



SĂNĂTATEA, MEDICINA ȘI BIOETICA ÎN SOCIETATEA CONTEMPORANĂ:

STUDII INTER ȘI PLURIDISCIPLINARE

HEALTH, MEDICINE AND BIOETHICS
IN CONTEMPORARY SOCIETY:

INTER- AND PLURIDISCIPLINARY STUDIES

Materialele Conferinței Științifice Internaționale
06-07 noiembrie 2020

CHIȘINĂU 2020

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
Ediția a III-a

HEALTH, MEDICINE AND BIOETHICS
IN CONTEMPORARY SOCIETY: INTER-
AND PLURIDISCIPLINARY STUDIES
3rd edition

Materialele Conferinței Științifice Internaționale
06-07 noiembrie 2020

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

CHIȘINĂU
Centrul Editorial-Poligrafic *Print Caro*
2020

Approbat spre publicare de către Colegiul de redacție al Conferinței Științifice Internaționale
proces verbal nr. 01 din 09 noiembrie 2020

Colegiul de redacție:

Vitalie Ojovanu (Chișinău, R.Moldova) dr. hab., conf. univ. – redactor responsabil
Teodor N. Țirdea (Chișinău, R.Moldova) dr. hab., prof. univ. – membru al colegiului
Boris Ostapenko (Kiev, Ucraina) dr., conf. univ. – membru al colegiului
Tatiana Mișatkina (Minsk, Bielorusia) dr. hab., prof. univ. – membru al colegiului
Valeriu Capcelea (Bălți, R.Moldova) dr. hab., conf. univ. – membru al colegiului
Marius Dumitrescu (Iași, România) dr., conf. univ. – membru al colegiului
Ana Pascaru (Chișinău, R.Moldova) dr. hab., conf. cercet. – membru al colegiului
Leontin Popescu (Galați, România) dr. hab., prof. univ. – membru al colegiului
Ion Mereuță (Chișinău, R.Moldova) dr. hab., prof. univ. – membru al colegiului

Culegerea de față include materiale științifice ce reflectă subiectele prezentate în cadrul Conferinței Științifice Internaționale: „*Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare*”, ediția a III-a, 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 prezente; Cadrul spiritual și asigurarea calității vieții, bunăstării și siguranței în sănătate; Viața și sănătatea omului contemporan din perspectivă multidimensională.

Prezentul material didactic este destinat cercetătorilor, doctoranzilor, mediciniștilor, specialiștilor diferitor specialități.

Recenzenți:

Tudor Grejdean, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar
Anatolie Eșanu, doctor în filosofie, conferențiar universitar

Materialele publicate sunt realizate în redacția autorilor

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

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

„**Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare**”, conferință științifică internațională (3; 2020; Chișinău). Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare = Health, medicine and bioethics in contemporary society: inter- and pluridisciplinary studies : Materialele Conferinței Științifice Internaționale, Ediția a 3-a, 06-07 noiembrie 2020 / colegiul de redacție: Vitalie Ojovanu (redactor responsabil și coordonator) [et al.]. – Chișinău : Print-Caro, 2020. – 400 p. : fig., tab.

Antetit.: Min. Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, 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. – Tit. paral.: lb. rom., engl. – Texte : lb. rom., engl., rusă. – Rez.: lb. rom., engl. – Referințe bibliogr. la sfârșitul art. – 100 ex.

ISBN 978-9975-56-805-0.

61+17(082)=135.1=111=161.1

S 19

CUPRINS

I

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

ACTUALITĂȚI ȘI PERSPECTIVE ALE IMPLEMENTĂRII POTENȚIALULUI BIOETICII ÎN SPAȚIUL SOCIO-MEDICAL

NEWSREEL AND PERSPECTIVES OF THE IMPLEMENTATION OF THE POTENTIAL OF BIOETHICS IN THE SOCIO-MEDICAL SPACE

Vitalie Ojovanu, Chișinău, R. Moldova 11

„SOCIETALUL” ÎN RAPORT CU „SOCIALUL” ÎN BIOETICA POTTERIANĂ: ABORDARE TORETICO-METODOLOGICĂ

THE SOCIETAL IN RELATION TO THE SOCIAL IN POTTERIAN BIOETHICS: TORETIC-METHODOLOGICAL APPROACH

Teodor N. Țirdea, Chișinău, R. Moldova 18

BIOETICA ÎN CONTEXTE PANDEMIC. DESPRE PRINCIPIISM ÎN ACȚIUNE *BIOETHICS IN A PANDEMIC CONTEXT. ON PRINCIPALISM IN ACTION*

Mircea Leabu, București, România 22

EUROPEAN UNION REGULATIONS ON MEDICAL RESEARCH IN MEDICAL RESEARCHES

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ

Borys Ostapenko, Kiev, Ukraine 31

CULTURĂ ȘI MENTALITATE ÎN VREME DE EPIDEMIE *CULTURE AND MENTALITY IN TIMES OF EPIDEMIC*

Marius Dumitrescu, Iași, România 36

RETROSPECTIVA COMPETENȚEI DIN COMUNITATE ÎN PANDEMIE

RETROSPECTIVES CONCERNING COMPETENCE IN THE SOCIETY IN TO PANDEMY

Ana Pascaru, Chișinău, R. Moldova 42

SUFERINȚA ÎN INTERPRETAREA MORALEI CREȘTINE

SUFFERING IN THE INTERPRETATION OF CHRISTIAN MORALITY

Leontin Popescu, Galați, România 49

TENDINȚE CONTRADICTORII ALE GLOBALIZĂRII ÎN CONTEXTE ACTUAL AL EVOLUȚIEI PLANETARE

CONTRADICTIVE TRENDS OF GLOBALIZATION IN THE CURRENT CONTEXT OF PLANETARY EVOLUTION

Anatolie Eșanu, Chișinău, R. Moldova 59

SPECIFICUL UNEI COMUNICĂRI CU PACIENȚII CU DIZABILITĂȚI *SPECIFIC OF COMMUNICATION WITH PATIENTS WITH DISABILITIES*

Oleg Cobileanschi, Svetlana Condriaticu, Alexandru Dandara, Chișinău, R. Moldova 65

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И БИОЭТИЧЕСКИЕ И АСПЕКТЫ АДДИКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ
GENETIC AND BIOETHICAL ASPECTS OF ADDICTIVE STATES
Татьяна Мишаткина, Сергей Мельнов, Минск, Беларусь..... 73

CAREVA PROVOCĂRI BIOETICE ALE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE
ÎN PANDEMIA COVID-19
SOME BIOETHICAL CHALLENGES OF THE HEALTH SYSTEM
IN THE COVID-19 PANDEMIC
Ludmila Rubanovici, Daniela Rusnac, Chișinău, R. Moldova..... 79

ETICA, BIOETICA ȘI DREPTUL CERCETĂRII
ETHICS, BIOETHICS AND THE LAW OF RESEARCH
Ion Mereuță, Ana Leorda, Chișinău, R. Moldova 87

VULNERABILITATEA PACIENTULUI HEPATIC ÎN FAZA PRETRANSPLANT.
IMPLICAȚII BIOETICE
VULNERABILITY OF THE LIVER PATIENT IN THE PRETRANSPLANT PHASE.
BIOETHICAL IMPLICATIONS
Ion Banari, Chișinău, R. Moldova..... 93

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНВЕРГЕНТНЫХ
NBIC-ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА
ETHICAL ASPECTS OF THE USE OF CONVERGENT NBIC-TECHNOLOGIES
IN MEDICINE AND HUMAN ECOLOGY
Николай Чащин, Петр Смалько, Екатерина Скребцова, Киев, Украина..... 98

ASPECTE BIOETICE ȘI PRACTICE ALE CONSILIERII SPIRITUALE
A DEȚINUȚILOR BOLNAVI
BIOETHICAL AND PRACTICAL ASPECTS OF SPIRITUAL COUNSELING
OF SICK DETAINEES
Viorel Cojocaru, Chișinău, R. Moldova..... 104

C. NOICA DESPRE MALADIILE SPIRITULUI ȘI CONTEMPORANIEȚATEA
C. NOICA ABOUT THE DISEASES OF THE SPIRIT AND THE CONTEMPORANEITY
Vera Panfil, Chișinău, R. Moldova 111

POLITICA SECURITĂȚII UMANE ÎN CONDIȚIILE PANDEMIEI COVID-19
HUMAN SECURITY POLICY IN CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC
Serghei Sprincean, Chișinău, R. Moldova 119

PROBLEME A AGEISMULUI PENTRU POPULAȚIA VULNERABILĂ
PROBLEMS OF AGEISM FOR VULNERABLE POPULATION
Svetlana Condratiuc, Chișinău, R. Moldova..... 126

IMPACTUL MEDICALIZĂRII ȘI A FARMACEUTICALIZĂRII ASUPRA CALITĂȚII
VIETII POPULAȚIEI VULNERABILE
THE IMPACT OF MEDICALIZATION AND PHARMACEUTICALIZATION
ON THE QUALITY OF LIFE OF THE VULNERABLE POPULATION
Șargu Elena, Federiuc Victoria, Chișinău, R. Moldova..... 129

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ
ГРАЖДАНСКОГО ОБОРОТА ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА
NATIONAL AND FOREIGN EXPERIENCE OF LEGAL REGULATION OF CIVIL TURNOVER
OF HUMAN ORGANS AND TISSUE**

Игорь Арсени, Комрат, Р. Молдова..... 130

**РОЛЬ УЧЕНИЯ В.И. ВЕРНАДСКОГО О НООСФЕРЕ В ФОРМИРОВАНИИ
БИОЭТИКИ
THE ROLE OF V.I. VERNADSKY ABOUT THE NOOSPHERE IN THE FORMATION OF
BIOETHICS**

Григорий Игнатенко, Дмитрий Ластков, Анна Дубовая, Донецк, Украина..... 138

**ASPECTE PRINCIPIALE ALE BIOETICII ȘI SĂNĂTATEA ORALĂ
PRINCIPLES OF BIOETHICS AND ORAL HEALTH**

Corneliu Năstase, Chișinău, R. Moldova 141

**ASPECTE BIOETICE DESPRE ADMINISTRAREA ANESTEZIEI
ÎN AFARA SĂLI DE OPERAȚIE
BIOETHICAL ASPECTS ABOUT THE ADMINISTRATION OF ANESTHESIA
OUTSIDE THE OPERATING ROOM**

Dinu Berlinschi, Chișinău, R. Moldova..... 155

**BARIERE ETICE ALE COMUNICĂRII CU PACIENTUL ONCOLOGIC
ETHICAL BARRIERS OF COMMUNICATION WITH THE ONCOLOGICAL PATIENT**

Anatolie Eșanu, Diana Pântea, Chișinău, R. Moldova..... 157

**UNELE PROBLEME MEDICALE ȘI BIOETICE ÎN SFERA SĂNĂTĂȚII MINTALE
SOME MEDICAL AND BIOETHICAL ISSUES IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH**

Mariana Triboi, Chișinău, R. Moldova 158

II

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

**RESPONSABILITATEA MORALĂ PENTRU CELĂLALT – IMPERATIV CATEGORIC
AL ETICII SOCIETĂȚII CONTEMPORANE
MORAL RESPONSIBILITY FOR THE OTHER – CATEGORICAL IMPERATIVE OF THE
ETHICS OF CONTEMPORARY SOCIETY**

Valeriu Capcelea, Bălți, R. Moldova..... 163

**CONGRUENȚA DINTRE ESTETIC, ARTISTIC ȘI POLITIC ÎN RETORICA COMUNISTĂ
THE CONGRUENCE BETWEEN AESTHETIC, ARTISTIC AND POLITICAL
IN COMMUNIST RHETORIC**

Lidia Troianowski, Chișinău, R. Moldova 167

**O REFLECȚIE ASUPRA ETICII MODERNE A ACȚIUNII
REFLECTION ON THE MODERN ETHICS OF ACTION**

Rarița Mihail, Galați, România 173

DIMENSIUNILE EDUCAȚIEI MILITARE ÎN FORMAREA LIDERILOR MILITARI <i>DIMENSIONS OF MILITARY EDUCATION IN FORMING ARMY LEADERS</i> Viorica Leancă, Chișinău, R. Moldova	179
COALIȚIA DE GUVERNARE „PLATFORMA SOCIAL-DEMOCRATĂ PENTRU MOLDOVA” ÎNTRE PSRM ȘI PDM – UN ARANJAMENT POLITIC ASUMAT <i>COALITION GOVERNMENT „SOCIAL-DEMOCRATIC PLATFORM FOR MOLDOVA”</i> <i>BETWEEN PSRM AND PDM – AN ASSUMED POLITICAL ARRANGEMENT</i> Pantelimon Varzari.....	183
REFLECȚII FILOSOFICE ASUPRA CORELAȚIEI FIZICII CUANTICE CU TEORIA RELATIVITĂȚII GENERALE <i>PHILOSOPHICAL REFLECTIONS ON THE CORRELATION OF QUANTUM PHYSICS</i> <i>WITH THE THEORY OF GENERAL RELATIVITY</i> Ecaterina Lozovanu, Chișinău, R. Moldova.....	189
ROLUL ADMINISTRAȚIEI PUBLICE ÎN ASIGURAREA CALITĂȚII VIETȚII <i>THE ROLE OF PUBLIC ADMINISTRATION IN ENSURING THE QUALITY OF LIFE</i> Angela Zelenschi, Chișinău, R. Moldova.....	194
CONȘTIINȚA DE SINE CA FACTOR AL ASIGURĂRII CALITĂȚII VIETȚII OMULUI CONTEMPORAN <i>SELF-CONSCIOUSNESS AS A FACTOR OF ASSURING THE QUALITY OF LIFE</i> <i>OF CONTEMPORARY MAN</i> Ludmila Roșca, Chișinău, R. Moldova	196
CONCEPTE FILOZOFICE IN OPERA LUI DIMITRIE CANTEMIR <i>PHILOSOPHICAL CONCEPTS IN THE WORK OF DIMITRIE CANTEMIR</i> Dumitru Căldare, Chișinău, R. Moldova	203
GLOBALIZAREA ȘI PRACTICILE DE CONSUM ALIMENTAR <i>GLOBALIZATION AND FOOD CONSUMPTION PRACTICES</i> Dumitru Dodul, Chișinău, R. Moldova	209
VALORI ALE IDENTITĂȚII, CULTURĂ ȘI SOCIETATE <i>VALUES OF IDENTITY, CULTURE AND SOCIETY</i> Niadi-Corina Cernica, Suceava, România	210
PROIECTAREA UNUI MEDIU GENERATOR DE SĂNĂTATE ȘI SECURITATE ÎN COMUNA (COMUNITATEA) „Râu-Lak – RiverLake” <i>DESIGN OF AN ENVIRONMENT HEALTH AND SECURITY GENERATOR IN THE</i> <i>"RiverLake" COMMUNITY</i> Anatolie Baciu, Chișinău, R. Moldova.....	214
DILEME ETICE –PROVOCĂRI ÎN ACTIVITATEA PROFESIONALĂ A AVOCATULUI ÎN R.MOLDOVA <i>ETHICAL DILEMMAS – CHALLENGES IN THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF THE</i> <i>LAWYER IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA</i> Zinaida Lupașcu, Chișinău, R. Moldova	220

ANALIZA CATEGORIEI JURIDICE A SECURITĂȚII ȘI SĂNĂTĂȚII ÎN MUNCĂ ÎN CADRUL SPAȚIULUI ȘTIINȚIFIC MODERN ANALYSIS OF THE LEGAL CATEGORY OF SAFETY AND HEALTH IN WORK WITHIN THE MODERN SCIENTIFIC AREA	
Boris Sosna, Emil Nasirli, Chișinău, R. Moldova	224
ПРИРОДА СОЗНАНИЯ В КОНЦЕПТЕ ХОЛИСТИЧЕСКОЙ ПАРАДИГМЫ THE NATURE OF CONSCIOUSNESS IN THE HOLISTIC PARADIGM CONCEPT	
Татьяна Дегтяренко, Владислав Коджебаш, Одесса, Украина	231
COPIII CU EPILENSIE ȘI PREGĂTIREA LOR PENTRU INSTRUIREA ÎN ȘCOALĂ CHILDREN WITH EPILEPSY AND THEIR PREPARATION FOR SCHOOL EDUCATION	
Natalia Daniliuc, Elena Savin, Chișinău, R. Moldova	237
STRESUL PSIHO-EMOȚIONAL LA ADOLESCENȚI CU AFECȚIUNI PARODONTALE PSYCHO-EMOTIONAL STRESS IN ADOLESCENTS WITH PERIODONTAL DISEASE	
Ala Ojovan, Chișinău, R. Moldova	242
CONSIDERAȚII PRIVIND SPAȚIUL CULTURAL EUROPEAN: VALORI UNIVERSALE, PARTICULARITĂȚI SPECIFICE ȘI INTERESE COMUNE CONSIDERATIONS RELATING TO THE EUROPEAN CULTURAL SPACE: UNIVERSAL VALUES, SPECIFIC PARTICULARITIES AND COMMON INTERESTS	
Luis Serdeșniuc, Chișinău, R. Moldova	245
THE IMPACT OF THE COLLECTIVE MENTALITY IN OVERCOMING THE VULNERABILITIES OF CONTEMPORARY DEMOCRACY IMPACTUL MENTALITĂȚII COLECTIVE ÎN DEPĂȘIREA VULNERABILITĂȚILOR DEMOCRAȚIEI CONTEMPORANE	
Cristina Lazariuc, Chișinău, R. Moldova	252
ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ЮРИДИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭЛЕМЕНТЫ THE CONTRACT FOR THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES: LEGAL CHARACTERISTICS AND ELEMENTS	
Юрий Фрунзе, Кишинэу, Р. Молдова	257
ПРОБЛЕМА СТРАХОВ И ТРЕВОЖНОСТИ У ПОДРОСТКОВ В СВЕТЕ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДОВ В ПСИХОЛОГИИ THE PROBLEM OF FEARS AND ANXIETY IN ADOLESCENTS IN THE LIGHT OF VARIOUS APPROACHES IN PSYCHOLOGY	
Лариса Москалюк, Бэлць, Р. Молдова	264
ABORDĂRI TEORETICE PRIVIND CONFLICTUL ȘI STRATEGIILE DE DEPĂȘIRE A CONFLICTELOR THEORETICAL APPROACHES ON CONFLICT AND STRATEGIES FOR OVERCOMING CONFLICTS	
Tatiana Moraru, Chișinău, R. Moldova	270

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

IMPORTANȚA INDICATORILOR DE PERFORMANȚĂ ÎN ACTIVITATEA SPITALICEASCĂ
THE IMPORTANCE OF KEY PERFORMANCE INDICATORS IN HOSPITAL ACTIVITY

Igor Ivanes, Larisa Spinei, Ludmila Goma, Nina Globa,
Irina Nicov, Chișinău, R. Moldova 277

FACTORII DETERMINANȚI CE INFLUIENȚEAZĂ STAREA DE SĂNĂTATE
A POPULAȚIEI DE 80 ANI ȘI PESTE
THE DETERMINENS FACTORS THAT INFLUENCE THE STATE OF HEALTH
IN A POPULATION OF 80 YEAS AND MORE

Tudor Grejdean, Anatol Negară, Victoria Voloceai, Gabriela Șoric,
Iurie Lupacescu, Chișinău, R. Moldova 291

UNII FACTORI DE RISC PENTRU BOLILE NETRANSMISIBILE LA ANGAJAȚII
AGENȚIEI NAȚIONALE PENTRU SĂNĂTATE PUBLICĂ
SOME RISK FACTORS FOR NON-COMMUNICABLE DISEASES AT THE EMPLOYEES
OF THE NATIONAL AGENCY FOR PUBLIC HEALTH

Alexei Chirlici, Vladislav Rubanovici, Vasile Ciobanu,
Eudochia Tcaci, Chișinău, R. Moldova..... 296

SITUAȚIILE EXCEPȚIONALE ȘI SECURITATEA SĂNĂTĂȚII PUBLICE
ÎN EPOCA CONTEMPORANĂ
EXCEPTIONAL SITUATIONS AND PUBLIC HEALTH SECURITY
IN THE CONTEMPORARY AGE

Vasile Dumitraș, Sergiu Cîrlan, Andrei Marfin, Chișinău, R. Moldova 302

SINDROMUL METABOLIC – O PROVOCARE SAU O DILEMĂ
A SECOLULUI XXI?
THE METABOLIC SYNDROME – A CHALLENGE OR A DILEMMA
OF THE 21st CENTURY?

Ion Mereuță, Lilia Poleacova, Vasile Fedeaș, Chișinău, R. Moldova..... 308

AFFECTAREA ORGANELOR ȘI ȚESUTURILOR CAVITĂȚII BUCALE PRIN LUPUSUL
ERITEMATOS SISTEMIC
THE AFFECTION OF MEMBERS OF MOUTH CAVITY WITH LUPUS ERYTHEMATOSUS

Valeriu Burlacu, Gheorghe Nicolau, Corneliu Năstase,
Ala Ojovan, Chișinău, R. Moldova 313

UNELE ASPECTE EPIGENETICE ALE DISFUNCȚIILOR SPERMATOGENEZEI
SOME EPIGENETIC ASPECTS OF SPERMATOGENESIS DYSFUNCTIONS

Vlada Furdui, Chișinău, R. Moldova..... 328

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА <i>ENVIRONMENTAL AND PSYCHO-SOCIAL ASPECTS OF POPULATION MORTALITY IN THE CONDITIONS OF A LOCAL MILITARY CONFLICT</i>	
Дмитрий Ластков, Марина Ежелева, Донецк, Украина	332
COMUNICAREA DE MARKETING ÎN MANAGEMENTUL MALADIILOR NETRANSMISIBILE MARKETING COMMUNICATION IN THE MANAGEMENT OF NONCOMMUNICABLE DISEASES	
Ludmila Goma, Agafia Cazacu, Chişinău, R. Moldova	337
DEREGLĂRILE COGNITIVE LA VÂRSTNICI – O PROBLEMĂ A MEDICINII CONTEMPORANE <i>COGNITIVE DISCORDERS TO THE ELDERLY POPULATION OF CONTEMPORAN PROBLEM AND MEDICIN</i>	
Anatol Negară, Gabriela Şoric, Mihai Moroşanu, Vlad Badan, Nina Globa, Chişinău, R. Moldova	346
STABILIREA TACTICII DE TRATAMENT ÎN AFECŢIUNILE PARODONTALE LA ADOLESCENŢII CU DIABET ZAHARAT TIP 1 <i>ESTABLISHING TREATMENT TACTICS IN PERIODONTAL DISEASE IN ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES</i>	
Vitalina Ojovan, Andrei Luchianuic, Chişinău, R. Moldova	350
IMPACTUL VULNERABILĂŢII FIZICE ŞI MENTALE ASUPRA RELAŢIEI DINTRE BOLILE CARDIOVASCULARE ŞI DECONDIŢIONĂRII FIZICE <i>THE IMPACT OF PHYSICAL AND MENTAL VULNERABILITY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN CARDIOVASCULAR DISEASES AND PHYSICAL CONDITIONING</i>	
Olga Bernaz, Chişinău, R. Moldova	352
SINDROMUL METABOLIC ŞI MICROBIOTA INTESTINALĂ – INTERRELAŢII ŞI INTERDEPENDENŢE <i>THE METABOLIC SYNDROME AND THE INTESTINAL MICROBIOTA – INTERRELATIONS AND INTERDEPENDENCES</i>	
Vasile Fedaş, Chişinău, R. Moldova	359
KNOWLEDGE ABOUT ANTIMICROBIAL RESISTANCE AND PARTICULARITIES OF ANTIMICROBIALS USE AMONG MEDICAL STUDENTS <i>CUNOŞTIŢELE DESPRE REZISTENŢA LA ANTIMICROBIENE ŞI PARTICULARITĂŢILE CONSUMULUI DE ANTIMICROBIENE ÎN RÎNDUL STUDENŢILOR MEDICINIŞTI</i>	
Livia Țapu, Chişinău, R. Moldova	364
ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТЬ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ У НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПОСЛЕДСТВИЙ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫХ СОСТОЯНИЙ <i>ECOLOGICAL DETERMINATION OF MENTAL DISORDERS IN THE POPULATION UNDER CONDITIONS OF CONSEQUENCES OF STRESS-INDUCED CONDITIONS</i>	
Дмитрий Ластков, Анна Дубовая, Евгений Евтушенко, Донецк, Украина	368

THE GENE DOPING: RECENT APPROACHES

DOPAȚUL GENETIC: ABORDĂRI RECENTE

Kirill Shur, Germany, **Cornelia Nenescu**, Chișinău, R. Moldova..... 372

**IMPACTUL RELEVANȚEI RELAȚIEI MULTIFORME DINTRE SĂNĂTATE
ȘI CONSUMUL DE CARNE DE PASĂRE**

***IMPACT OF THE RELEVANCE OF THE MULTIFORM RELATIONSHIP BETWEEN
HEALTH AND CONSUMPTION OF POULTRY MEAT***

Igor Petcu, **Ion Balan**, **Boris Demcenco**, **Natalia Osadci**, **Feodora Roșca**,

Veaceslav Gramovici, Maximovca, r-ul Anenii Noi, R. Moldova..... 376

**SĂNĂTATEA ȘI SECURITATEA PERSONALULUI MEDICAL DIN INSTITUȚIILE
MEDICO SANITARE PUBLICE**

***THE SECURITIES AND HEALTH OF THE MEDICAL PERSONAL WORKING
IN THE PUBLIC MEDICO SANITARY INSTITUTIONS***

Iurie Lupacescu, **Tudor Grejdean**, **Elena Florea**, Chișinău, R. Moldova..... 382

УЧАСТИЕ И РОЛЬ СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ

THE FREE AMINO ACIDS PARTICIPATION AND ROLE IN CARCINOGENESIS

Светлана Гараева, **Анна Леорда**, **Галина Постолати**, Кишинэу, Р. Молдова 387

**FENOMENUL ABANDONULUI COPILULUI DE VÂRSTA 0–7 ANI
ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

***THE ABANDONED PHENOMENA OF A CHILD BETWEEN 0-7 YEARS
IN REPUBLIC OF MOLDOVA***

Irina Malanciuc, **Voloceai Victoria**, **Tatiana Novac**,

Nina Globa, Chișinău, R. Moldova..... 392

**IMPORTANȚA SĂNĂȚĂȚII REPRODUCTIVE MASCULINE ÎN DINAMICA
SCHIMBĂRILOR AMBIENTALE**

***THE IMPORTANCE OF MALE REPRODUCTIVE HEALTH IN THE DYNAMICS
OF ENVIRONMENTAL CHANGE***

Ion Balan, **Nicolae Roșca**, **Vladimir Buzan**, **Iulia Cazacov**, **Galina Osipciuc**,

Nicolae Fiodorov, Chișinău, R. Moldova..... 397

**ДЕЙСТВИЕ АНТИОКСИДАНТОВ В СОСТАВЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ СРЕД
ДЛЯ КРИОКОНСЕРВАЦИИ СПЕРМЫ ЧЕЛОВЕКА**

***ACTION OF ANTIOXIDANTS IN THE COMPOSITION OF SYNTHETIC MEDIA
FOR HUMAN SPERM CRYOPRESERVATION***

Юлия Казаков, **Георгий Борончук**, **Ион Балан**,

Владимир Бuzан, **Ион Мереуца**, **Николай Рошка**,

Мелания Букарчук, Кишинэу, Р. Молдова 399

I

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

ACTUALITĂȚI ȘI PERSPECTIVE ALE IMPLEMENTĂRII POTENȚIALULUI BIOETICII ÎN SPAȚIUL SOCIO-MEDICAL

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

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

NEWSREEL AND PERSPECTIVES OF THE IMPLEMENTATION OF THE POTENTIAL OF BIOETHICS IN THE SOCIO-MEDICAL SPACE

Bioethics is the social phenomenon that has a strong implementation in the medical field. The experience of the theoretical and practical achievements of living ethics indicates a great applicative potential. The achievements achieved in the local space are obvious, but they need to be continued. Specialists have already outlined the design of the studies for the future.

Pe parcursul ultimului jumătate de secol, din momentul apariției sale, Bioetica a devenit un fenomen solid statornicit pe întregul mapamond. O evoluare admirabilă, constantă dar și dificilă, a bioeticii este marcată în R.Moldova. Din anul 1991 a devenit „zona de interes” al Catedrei de filosofie (din 1999 Catedra de filosofie și bioetică). Grație șefului catedrei de atunci, prof. univ. Teodor N. Țârdea, bioetica dintr-o doctrină deloc sau puțin cunoscută în spațiul sovietic, a devenit treptat în R. Moldova un domeniu actual și nou al științei și eticii practice, o disciplină implementată temeinic în programele de studii universitare, cu predilecție la USMF „Nicolae Testemițanu”.

Într-un interval de timp destul de mic bioetica a evoluat într-o formă avansată atât în aspect teoretic, cât și în cel aplicativ, devenind în medicină o adevărată formă de cultură, manifestare profesională deosebită sau chiar un fenomen social bine statornicit în cadrul societăților apu-

sene, evaluate din punct de vedere economic și social. În același timp în statele postsocialiste și cele în curs de dezvoltare bioetica încă își mai continuă eforturile pentru o afirmare mai stabilă a sa. Cu toate diferențele existente în ceea ce privește afirmarea bioeticii în diferite regiuni ale lumii, se observă tendințe tot mai evidente în privința unificării eforturilor și a intensificării schimbului de experiență.

Bioetica devine subiectul actual cu abordare tot mai ascendentă de către specialiștii celor mai diverse domenii, dar cu predilecție din cel filozofic, sociologic, medical și drept. Tot mai insistent își fac apariția studii interdisciplinare având drept subiect central etica viului. Bioetica a devenit, pe bună dreptate, factorul reglator și metodologic de referință al activităților din acele sfere ce au drept scop magistral diverse aspecte legate de viață – conservarea și perpetuarea acesteia (în orice formă n-ar fi ea), anihilarea sau diminuarea suferinței, sporirea calității vieții, optimizarea diverselor relații privitor la viață și sănătate.

Dacă la începutul anilor '90 s-a fixat temelia unei căi promițătoare de afirmare a bioeticii în spațiul autohton, declasându-se apoi abordări teoretice fundamentale [1; 2; 3; 4; 5; 6 ș.a.], inclusiv cu atribuție la specificul regional, 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 R.Moldova mai mult de două decenii 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.

Pentru a rupe acest cerc vicios s-au format grupuri de inițiativă compus din cadre didactice ale catedrei Filosofie și bioetică a USMF „Nicolae Testemițanu” și din specialiști ai Centrului Național de Bioetică din R.Moldova. Implementarea cunoștințelor de bioetică se realizează în câteva direcții: instruirea și educarea bioetică a viitorilor specialiști în medicină (la ciclurile licență, rezidențiat); utilizarea unor posibilități de predare la cursurile de educație continuă; lecții informativ-instructive în colectivele de medici; utilizarea mass-media.

Demult 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 această situație, 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 proiectelor de nivel instituțional și de stat.

O nouă etapă importantă de abordare a problemelor de bioetică medicală reprezintă activitatea în cadrul proiectului instituțional *Promovarea și implementarea practică a Bioeticii medicale în Republica Moldova* (2015-2019) care a fost câștigat de colectivul catedrei Filosofie și bioetică și la care au fost atrași și alți specialiști în medicină, asistență socială și spirituală, informaticii ș.a. Proiectul constituie un adevărat laborator de cercetări științifice, de implementări practice ale rezultatelor obținute, de mediatizare a cunoștințelor, de organizare a forurilor și dialogurilor pe internet ș.a. Cele realizate în cinci ani de activitate în cadrul proiectului constituie o nouă etapă în istoria evoluării bioeticii în general în R.Moldova. O problemă ce a fost și rămâne a fi cu perspective de soluționare în acest proiect este cea de constituire a condițiilor facile de activitate (în baza principiilor de bioetică și a comitetelor de bioetica medicală) în cadrul instituțiilor medicale din republică, condiții care la moment sunt aproape imposibile, de cele mai multe ori, din cauza opoziției managerilor lor sau șefilor de secții ale acestora.

Au fost obținute rezultate interesante care au descoperit probleme și mai numeroase în sistemul național de sănătate, de asemenea s-a întregit și tabloul existențial al lacunelor din medicină. 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 eminamente 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 toamna anului 2019 colectivul catedrei a câștigat prin concurs Proiectul de cercetare „*Abordarea interdisciplinară bioetico-socio-medicală a contingentului vulnerabil de populație cu stare severă de sănătate și posi-*

bilitățile de reabilitare” din cadrul Programului de Stat 2020-2023. Acesta continuă procesul început în cadrul celor anterioare, dar într-un format nou, caracterizat printr-o implementare mai concretă, specifică, axându-se pe studierea aspectului bioetic al vulnerabilității diferitor categorii de populație cu stare precară de sănătate.

Situația curentă, caracterizată de persistența pandemiei de Covid-19, a dezvăluit și mai multe carențe ale sistemului de sănătate, în multe privințe cauzate de elementara nerespectare a principiilor bioetice. În legătură de aceasta au fost întreprinse studii prin care s-au conturat subiecțiile de bază de interes investigațional.

Unul dintre acestea se referă la administrarea *actului medical* care reprezintă nucleul activității medicale. Acesta relevă probleme la toate cele câteva faze: adresarea la medic, stabilirea diagnozei, determinarea strategiei curative, procesul tratamentului activ, tratament sau observarea post terapeutică activă, finalizarea tratamentului. La fiecare fază ale acțiunii terapeutice se include și componentul generat de condiția pandemică. Se știe că tratamentul medical se numește și dar al divinității manifestat prin mâini și minte umană, artă, măiestrie, știință etc., adică cele necesare realizate de medic. În situația curentă actul terapeutic a devenit preponderent unul realizat la distanță, deseori cu mari dificultăți, mai ales cele legate de necesitatea internării, care a devenit aproape imposibilă.

Componentele și etapele actului medical sunt de neconceput fără prezența permanentă a *relației medic-pacient*. Această relație corelează, mai întâi de toate, în mod armonios componentul profesional-medical, cel psihologic și valoric. Dacă componentul psihologic e cel de acțiune, de facilitare a tratamentului prin canalul respectiv, atunci cel valoric este unul de ghidare a acțiunilor medicului în exercitarea profesiei sale. Poate termenul „ghidare” este ales prea simplist, mai potrivit ar fi cel de „armonizare” sau „condiționare” a întregii activități medicale. Prin apelarea la o bogată paletă de valori medicul obține un statut moral potrivit nu numai pentru situația sa personală, ci și pentru cea socială. Acțiunile sale terapeutice sunt determinate de acțiuni bine poziționate moral, anume de aceste valori. Prezența faptului în cauză facilitează actul terapeutic prin mai multe „motoare” de acțiune, ce nu constituie un subiect de abordare în acest studiu. Mai trebuie subliniat faptul că timpul prezent impune schimbări accentuate în relațiile medic pacient – apariția și implementarea acordului informat, care constituie o paradigmă a bioeticii, conform căreia pacientul acceptă benevol tratamentul sau procedura terapeutică după punerea la dispoziția lui a informației medicale adecvate. Noile condiții, impuse, au dereglat și respectiva relație, devenind una formală, de

prescriere formală a medicamentelor, la distanță, cu programări aproape imposibile, fără contactul firesc individual.

În procesul exercitării profesiei sale, **medicul**, în mod inevitabil, este **antrenat în multiple relații de serviciu**, toate deosebit de importante personal pentru el și scopul terapeutic: medic-medic, medic-asistent medical, medic-personal biomedical auxiliar, medic-specialiști cu profesii conexe medicinei, medic-infirmieră, medic-managerul instituției curative etc. Respectivul relații impun persoanei abilitate în profesia medicală și orientarea spre anumite valori pentru a fi asimilate, apoi aplicate în activitatea cotidiană. Poziția medicului devine dependentă de multiplele relații susnumite, dar devine prioritară doar atunci când manifestă aplicarea anumitor principii, devenite în baza anumitor valori. „Simptomatica” prezenței valorice manifestate prin persoana medicului încadrat în relațiile de serviciu, deseori deloc ideale, configurează trei subiecte individualizate posibile: 1) medicul cu o poziție profesională și comportamentală evident devenită prin asimilarea valorilor spiritual-morale; 2) medicul cu o poziție diametral opusă primei (cele precedente); 3) medicul cu aranjamente comportamentale și morale „adaptaționiste”, șovăielnice, mascate etc., fapt ce trădează deseori și o incapacitate profesională ca atare. Conform observațiilor noastre, pe parcursul ultimilor opt luni relațiile colegiale din contra, au devenit mai consolidate, iar stima și încrederea reciprocă și mai accentuată.

În noile condiții generate de pandemie s-a observat faptul că în mod obiectiv unele funcții specifice medicului au fost constatate la **farmacist**, persoană cu care contactul individual a devenit mai accesibil, în comparație cu reprezentantul sistemului medical. Astfel **relația dintre medic și farmacist** mult studiată anterior din mai multe puncte de vedere a suferit schimbări evidente, multisolicitarea precipitându-se pe persoana farmacistului. Această relație, în condiții normale, parte este încadrată în procesul terapeutic propriu-zis, parte e integrată în cadrul extramedical. Mulți autori descriu importanța participării farmacistului la tratament (deseori indirect, dar destul de eficace). Respectiva conlucrare dintre acești specialiști cu profesie diferită, devine deosebit de actuală, sesizându-se efecte curative benefice la pacienți. În paralel această conlucrare are efect și în afara actului curativ, prin efortul comun al menținerii sănătății la populație. E necesar, pentru atingerea obiectivelor scontate, depășirea intereselor profesionale înguste, inclusiv și celor comerciale, prin acceptarea priorității valorice, a poziției morale corespunzătoare. În anumite condiții (inclusiv cele existente astăzi) farmacistul preia unele segmente ale activității medicale – prin recomandarea medicamentului optim în lipsa celui recomandat de medic, prin sfaturi suplimentare la tratament

și recomandarea unor produse farmaceutice accesorii, prin îndrumări în caz de dureri sau stări de boală și disfuncții în situația inaccesibilității temporare a medicului, inclusiv prin posibilitatea comunicațională Informarea reciprocă între medic și farmacist cu subiecte importante prin dialog direct sau întruniri speciale este actualmente extrem de necesară.

Exercitarea actului curativ în unele instituții medicale, preponderent cele situate în mari centre urbane, poate **include sau corela cu anumite activități de cercetare științifică** în domeniul medicinei sau domeniilor adiacente medicinei. Unele secții ale spitalelor pot avea un statut deosebit – cel de efectuare a unor experimente, în dependență de profilul contingentului de pacienți internați. Unii medici pot avea, permanent sau temporar, un statut dublu: de medic curant și de cercetător științific. Medicul cu o atare funcție are în față permanent o poziție față de pacient ce balansează între risc și beneficiu. Pe de o parte el trebuie să lupte pentru viața sau sănătatea persoanei ce i s-a încredințat, ținând cont de faptul, că în medicină nu se tratează la modul general, ci doar individual, particular. Unele momente impune medicului cercetător dileme ce au la bază predilecție valorică, toate variantele fiind acceptate în scopuri nobile, atâta doar că acestea sunt concentrate asupra unei persoane cu sens duplicitar: tratez pacientul acesta și mă concentrez doar asupra sănătății sale sau îi mai propun un experiment, oferind posibilități mai performante de tratament unui număr imens de oameni, dar supunând persoana experimentată unui risc și, posibil, unui prejudiciu de sănătate. În cazul când medicul curant și cercetătorul sunt persoane diferite, survine un dialog destul de complex în care se impun și corelează poziții ce variază de la puncte de vedere comune până la cele diametral opuse. Începând cu vara anului 2020 unele instituții spitalicești din Chișinău, ce dispun de secții și specialiști corespunzătoare, s-au antrenat în testarea eficienței unor preparate antivirale sau pentru anihilarea urmărilor infecției de Covid-19.

Alt segment al implicației valorice constituie **poziția socială a medicului**. Reprezentantul acestei nobile profesii totdeauna a avut o atitudine deosebită din partea societății, concepând această meserie drept una prioritară nu numai din considerente utilitare, ci și din cele spirituale. Persoana medicului, în timpul exercitării competenței sale ca profesionist, nu numai că are necesitatea de a se conduce de anumite poziții spiritual-morale și axiologice, mereu de a se orienta spre anumite valori, ale asimila, ci și el însăși devine în fața opiniei publice un potențial „emițător” de valori, „far” ce orientează spiritul uman spre o conduită demnă de imitat, oferind bunătate, compasiune, jertfire de sine, competență, imparțialitate, spirit de convingere, speranță, tezaur de cunoș-

tințe universale... Deseori sfatul medicului se egalează cu cel al clericului, oferind sfaturi vital necesare și pentru sănătatea organismului, și pentru armonia sufletească. Un exemplu vorbitor, în această privință, este cel al devotamentului față de profesiunea sa, datoriei cetățenești chiar până la sacrificiu este activitatea medicilor și asistenților medicali din R.Moldova implicați în lupta pe prima linie cu maladia Covid-19.

Tot mai tranșant se relevă chestiunea instruirii organizate în bioetică a contingentului de lucrători medicali de toate nivelurile, fapt ce poate fi realizat mai eficient prin decizie ministerială ori guvernamentală. Trezește nedumerire faptul că până acuma n-a survenit nici o inițiativă din partea vre-unui șef de instituție medicală de a organiza o astfel de instruire, mai ales din partea celor care au probleme cu manifestare destul de frecventă și o bună parte mediatizate. Atare situație nu se înscrie în categoria celor ce au sau nu motivație din partea factorilor de decizie, ci din cauza lipsei interesului de perfecționare proprie, de acumularea noilor informații. Faptul în cauză denotă o carență serioasă a profesionalismului propriu-zis în medicina autohtonă.

Un subiect actual se prezintă a fi cel cu referire la nivelul precar de cultură sanitară a populației și, deci, a pacienților. Din acest motiv pacienții au și un mare deficit de elementare cunoștințe bioetice, fapt manifestat prin diverse pasivități ori stângăcii în apărarea propriilor interese în cazurile când au fost neglijați ori li sau încălcat drepturile. Instruirea populației rămâne un deziderat destul de dificil de atins. Pentru aceasta sunt necesare posibilități organizaționale destul de eficiente și financiar bine asigurate.

La moment condițiile unui proces decizional eficient în sfera medicală din R.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. și peste toate acestea dominare de aproape nouă luni a pandemiei de Covid-19. Atare condiții de funcționalitate a sferei medicale actuale în R.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 deficiențe logico-structurale și teoretice.

Așa dar, experiența de jumătate de secol a Bioeticii pe mapamond a constituit o adevărată revoluție morală în medicină. Eforturile în cadrul autohton al răspândirii și implementării cunoștințelor de bioetică au avut rezultate evidente. În perspectivă cercetătorilor le revin să studieze o serie de subiecte actuale, cu o evidentă relevanță în domeniul medicinei.

Referințe bibliografice

1. Dicționar de Filosofie și Bioetică. T.N.Țirdea, P.V.Berlinschi, A.I.Eșanu. D.U. Nistreanu, V.I.Ojovanu. Chișinău: Medicina, 2004.
2. Ojovanu V. Torță a înțelepciunii. Chișinău, 2002.
3. Ojovanu Vitalie. Dimensiunile performanței. Chișinău: Centrul ed. al UASM, 2007.
4. Ojovanu Vitalie. Axiologia și Medicina: Dimensiuni teoretico-metodologice. Monografie. Chișinău: Ed. UASM, 2012.
5. Țirdea T.N. Bioetică: origini, dileme, tendințe. Suport de curs. Chișinău: Medicina, 2005.
6. Цырдя Т.Н., Берлинский П.В. Философия (С курсом Биоэтики). Кишинэу: Medicina, 2002.

„SOCIETALUL” ÎN RAPORT CU „SOCIALUL” ÎN BIOETICA POTTERIANĂ: ABORDARE TORETICO-METODOLOGICĂ

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

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R. Moldova
teodor.tirdea@usmf.md

THE SOCIETAL IN RELATION TO THE SOCIAL IN POTTERIAN BIOETHICS: TORETIC-METHODOLOGICAL APPROACH

The paper examines for the first time the specifics of the societal phenomenon in relation to the social one in Potterian bioethics through social bioethics. The essence, content, dynamics, definition, heuristic force of this notion in the field of bioethical knowledge are revealed.

În ultimii ani, mai ales în primele două decenii ale sec. al XXI-lea, tot mai frecvent apar publicații vizavi de necesitatea implicării în explicațiile și interpretările paradigmelor și teoriei filosofiei sociale a unor noi

noțiuni și concepte, cum ar fi, de exemplu, *societalul* din perspectiva socialului în bioetica potteriană. Primul termen din acest duet, cu regret, n-a fost examinat de loc în filosofia sovietică marxistă, mai mult ca atât această categorie chiar lipsea în dicționarele și enciclopediile filosofice din aceste timpuri.

Concomitent menționăm, că despre „social” se vorbește și se scrie încă din antichitate, conținutul căruia la diverse etape de evoluție a societății se modifica, atunci când sensul acestuia nu se schimba, el permanent reflecta esența Homo-Sapiensului.

Societalul, la rândul său, este un fenomen specific, poate chiar și neordinar al existenței și una din categoriile de bază atât a filosofiei sociale cât și a filosofiei istoriei. El oferă posibilitatea de a înțelege mai profund mecanismul de funcționare a societății în diverse epoci istorice concrete, printre care aici regăsim conexiunile sociale, relațiile sociale, legile dezvoltării sociale etc. Însă, cu regret, menționăm că adesea „societalul” se confundă și chiar se substituie cu socialul, ceea ce nu poate fi justificat [1].

Actualmente societalul activ se cercetează în publicațiile filosofilor din Republica Belarus, Federația Rusă, România etc., unii dintre care chiar și susțin tezele de doctorat în domeniul filosofiei sociale pe tematica menționată [2]. Societalul în cercetările filosofice menționate se prezintă ca un mecanism dinamic al societății, iar analiza acestuia se realizează în diverse configurații, printre care se evidențiază cea ontologică, gnoseologică, politică, economică etc. Acest fenomen social neordinar și obiectiv direcționează înainte de toate gradul de interacțiune și de reproducere dintre indivizi în câmpul lor de activitate, fapt ce stabilește natura și direcția procesului istoric.

În această ordine de idei amintim că unii autori consideră că munca determină esența societalului, alții afirmă că rațiunea. La urma urmei societalul poate fi interpretat prin capacitatea omului (Homo Sapiensului) de a crea unelte de muncă, de a *preface natura* prin intermediul gândirii abstracte. Altfel spus, societalul printr-o atare abordare se transformă într-un instrument teoretic de schimbare, de prefacere a lumii, de modificare permanentă a acesteia.

Într-o asemenea situație *etica biologică* (bioetica) tangențiază permanent cu *societalul*, adică primul fenomen din acest *binom* se transformă într-un *instrument moral specific de control* asupra *societalului* în condițiile adaptării activității umane contemporane la cerințele societății informațional-ecologice, societății tehnologiilor performante, societății dezvoltării durabile. În așa mod facem primii pași în examinarea societalului (parte componentă a ansamblului cunoștințelor filosofiei sociale) din perspectiva eticii biologice, sau mai concret spus în raport cu bioe-

tica socială (sociobioetica) ca parte componentă a bioeticii [5]. Deja am avut ocazia să demonstrăm faptul, că în bioetica potteriană își regăsește „culcușul” său specific și fenomenul „socialul”, care-și manifestă trăsăturile sale, natura și esența sa, locul și rolul său în lumea biosocială într-un mod deosebit – prin intermediul, prin paradigma *bioetica socială* [3]. Cea din urmă, la rândul său, are ca obiect de cercetare procesul de bioetizare a sociumului și de adaptare a eticii biologice la fragmentele acestuia într-o interconexiune și interacțiune aparte.

Sociobioetica în așa situații, într-o asemenea interpretare devine și o parte componentă specifică și a sociofilosofiei [4], care ne oferă posibilitatea de a efectua un studiu mai aprofundat al aspectelor moral și etic ale unor fenomene sociale cu impact vădit negativ, chiar și primejdios pentru omenire, cum ar fi cunoștințele primejdioase, agresivitatea, violența, vandalismul, terorismul, traficul de persoane, medicalizarea, sadomazochismul, prostituția, narcomania și alcoolismul, orientarea sexuală netradițională, avortul, stigmatizarea, suicidul, eutanasia, clonarea etc.

În acest proces practico-cognitiv, important și necesar în studiul și determinarea gradului de bioetizare a sociumului și a nivelului de adaptare a bioeticii la realitățile sociale e posibil și necesar să implicăm nu doar bioeticieni, dar și sociologi, juriști, psihologi, politologi și alți specialiști, ce ni s-ar permite să examinăm fenomenele sus-menționate într-un mod mai accesibil, mai efectiv, mai lesne de înțeles și prin urmare mai prodigios pentru medicina socială, pentru practica umană în general.

În așa mod, detaliizând și concretizând succint cele spuse și luând în considerație cele menționate mai sus, am putea conchide că socialul în bioetica potteriană prezintă nimic altceva decât *gradul* de bioetizare a fragmentelor sociumului și nivelul de adaptare (acomodare) a eticii biologice la aceste segmente în practica cotidiană a Homo-Sapiensului. Doar o atare abordare ne oferă posibilitatea de a obține rezultate așteptate, mai ales în medicina socială, în activitatea medicală de toate zilele etc.

În ceea ce privește scoaterea în evidență a esenței și conținutului *societalului* în raport cu socialul în bioetica potteriană v-om utiliza abordările precedente referitor la ultimul fenomen (socialul). Dar altminterlea nu poate fi, deoarece „societalul” ca și „socialul” este absolut conexat de social, reflectă practic aceleași fenomene, dar sub un alt unghi de vedere, cu o altă profunzime și diversitate, din alte considerente, prin urmare „rădăcinile” acestor două concepte din socium în majoritatea absolută a cazurilor coincid. „Societalul” ca și „socialul” fără nici o rezervă se manifestă în bioetica socială prin intermediul proceselor de bioetizare a fragmentelor sociumului și de adaptare a eticii biologice la aceste segmente.

Dacă „socialul” în bioetica potteriană reprezintă schimbarea auten-

tică a nivelului de bioetizare a sociumului și gradului de acomodare a bioeticii la fragmentele acestuia (sociumului), apoi „societalul”, după cum s-a argumentat, apare la suprafața cercetării drept manifestare a gradului, forței socialului în procesul de bioetizare a societății și de acomodare a bioeticii la socium. Societalul, după cum s-a menționat, necesită permanent un control (o verificare permanentă) moral în favoarea omnirii și din partea bioeticii. Actualmente civilizația contemporană sub tutela conceptului „dezvoltării durabile”, altor paradigme ce țin de asigurarea securității umane utilizează la maximum instrumentariile morale alături de cele economice politice, ecologice, informaționale, noosferice etc. pentru a asigura o stabilitate necesară în diverse domenii de activitate umană.

Referințe bibliografice

1. Адуло Т.И. Содержание понятия „социальность” в его исторической динамике. În: Национальная философия в глобальном мире. Материалы Первого белорусского философского конгресса Республики Беларусь (Минск, 18-20 октября 2017г.). Минск: «Белорусская наука», 2018, с. 331-335.
2. Zezi, de exemplu: Терещенко Н.А. Социальная философия в ситуации „смерти социального” (К вопросу о панфилософском статусе социально-философской теории). Автореферат диссертации доктора философских наук. Казанский федеральный ун-т. Казань. 2012. 31с.
3. A se vedea: Цырдя Т.Н. Ещё раз о специфике «социального» в феномене «социальной биоэтики» În: Філософські засади медичної теорії та практики. Матеріали VIII Наукового симпозиуму з міжнародного участю, присвяченого 100-річчю заснування Национальної медичної академії після дипломної освіти ім. П.Л. Шупика). 27-28 вересня 2018 р. Київ: Графіка Київ дизайн, 2018. С.104-107.
4. Țirdea Teodor N., Sprincean Serghei L. Introducere în filosofia socială. Compendiu. Chișinău: Universitatea de Stat „Dimitrie Cantemir”, Institutul de Cercetări Juridice, Politice și Sociologice. Chișinău. 2019, p.97-108.
5. Цырдя Теодор Н. Статус, предмет и проблемное поле социальной биоэтики: методологический анализ În: Биоэтика. Федеральный научно-практический журнал. Волгоград: 2012. № 1, с. 5-11.

BIOETICA ÎN CONTEXT PANDEMIC. DESPRE PRINCIPIISM ÎN ACȚIUNE

Mircea Leabu, dr., director științific
Institutul Național de Patologie „Victor Babeș”
Centrul de Cercetare în Etică Aplicată, Facultatea de Filosofie,
Universitatea din București, București, România
mircea.leabu@ivb.ro

BIOETHICS IN A PANDEMIC CONTEXT. ON PRINCIPLISM IN ACTION

A pandemic is definitely a crisis. A crisis, says a cynical sentence, coming from economic sciences, is both a threat and an overtone window too. Despite of we don't like this sentence, it has proved to be a reality. Therefore, in this essay, I will try to answer in short to the question: what are the opportunities opened by pandemic to bioethics? My attempt is mainly assessing the utility of principlism, a tool of medical ethics, in this context of public health. I will check the utility of principlism's principles and their enhancement in our understanding for applying them. In conclusion, this essay will argue the usefulness of principlism in bioethics, and will point out the directions, revealed under "pandemic opportunity", to be changed in order to increase our ability to apply this ethical tool, suggesting it could be extended to other domains of our current life.

Introducere

Există o părere cinică, venită din sfera economico-socială, ce spune că orice criză reprezintă și o oportunitate (sau chiar mai multe, așa adăuga). Deși, prin cinismul ei, această afirmație nu ne place, sau ne contrariază, sau ne revoltă, nu putem să nu vedem partea ei de adevăr, decât dacă am adopta poziția struțului: băgam capul în nisip și atunci pericolul (citește realitatea) dispare. Nu-i adevărat, ea rămâne și ne dă târcoale, ne bântuie (că vrem să o receptăm sau că nu vrem). De-a lungul istoriei, oportunitățile pe care le oferă crizele s-au dovedit a fi o realitate. Pe acest flux al argumentării, ne putem întreba: care sunt oportunitățile pe care le deschide o pandemie (în cazul nostru oportunitățile deschise pentru bioetică), ea fiind, fără doar și poate, o criză. O criză multipotentă, deoarece se manifestă în primul rând în domeniul sănătății publice, dar se manifestă și la nivel politic, precum și (iar asta o vom simți într-un viitor mai mult sau mai puțin îndepărtat) la nivelul obișnuințelor din viața socială (în activitatea profesională – indiferent de preocupare, în educație, în viața personală, în obișnuințele religioase etc.) care vor fi afectate.

Fără a fi orbi la celelalte aspecte pe care le provoacă criza pandemică, aici vom insista în privința impactului ei asupra bioeticii, în partea semnificativă a acesteia, etica medicală, cu precădere cea clinică. Dar, pentru că etica biomedicală (a clinicii și a cercetării) este dominată de instrumentul numit principiism, îmi propun să trasez câteva jaloane asupra utilității dovedite sau nu de principiism în contextul pandemiei de COVID-19, această boală datorată unui virus perfid prin imprevizibilitate și agresivitate, SARS CoV-2.

Așadar, cum ne descurcăm cu practicarea principiismului într-o pandemie? În acest eseu, încerc să înaintez câteva puncte de vedere privind răspunsul la o asemenea întrebare.

Principiismul – un echilibru între diferite teorii etice

Principiismul a fost fundamentat de Tom L. Beauchamp și James F. Childress, prin cartea lor „Principii ale eticii biomedicale” („Principles of Biomedical Ethics”), cu prima ediție apărută în 1979 [1]. Cartea, care are și valoarea unui manual de bioetică, a trecut, până în 2019, prin 8 ediții [2], cu mai puține schimbări în structură (adică în formă), dar mai multe îmbogățiri în fondurile principiismului, acestea fiind posibile prin caracterul său de instrument practic mai degrabă, decât de teorie etică aplicabilă domeniului biomedical prin excelență. Principiismul a fost creat ca urmare a unor preocupări ale unei comisii înființată, în 1974, prin hotărârea Congresului SUA (Comisia Națională pentru Protecția Subiecților Umani din Cercetările Biomedicale și Comportamentale) și elaborării, în 1979, a ceea ce se cheamă Raportul Belmont (a se vedea detalii referitor la istoria bioeticii și importanța acestui raport în [3]). El are la bază definirea a patru principii etice *prima facie* operabile în practica și cercetarea biomedicală. Acestea sunt: autonomie, beneficență, non-maleficiență și dreptate (echitate). La cam 15 ani după ce a fost lansat principiismul, a fost pregătită o reacție europeană de normare a bioeticii care stipula tot patru principii: autonomie, demnitate, integritate și vulnerabilitate. Această reacție a fost rezultatul unui proiect derulat între 1995 și 1998 intitulat „Principiile etice de bază ale bioeticii și legislației biomedicale” (Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw) [4]. Am analizat în altă parte în ce măsură aceste două abordări principiiste din bioetică (cea anglo-americană, respectiv cea europeană) sunt sau nu diferențiabile sau se întrepătrund, fiind de fapt cam „aceeași Mărie cu altă pălărie” [5]. Aici, voi menționa doar că principiismul, așa cum a evoluat el până în acest moment prin cauzistica la care s-a aplicat, prin normele și regulile morale subsumate principiilor și care îi dau versatilitatea în aplicare, se dezvăluie de fapt ca un instrument care mixează

teorii etice semnificative cum ar fi deontologismul (respectul autonomiei și așezarea ființei umane în poziția de scop în sine și nu doar de mijloc pentru atingerea scopurilor), utilitarismul (prin urmărirea facerii binelui pentru toate persoanele aflate în nevoia de a beneficia de acesta – maximum de bine, pentru număr maxim de persoane) sau etica virtuții (prin ce impune el agenților morali, pentru a deveni util).

Acestea fiind punctate, ne putem întreba ce aduce pandemia, dacă ar fi să analizăm utilitatea principiismului în contextul ei.

Semnificația principiilor etice în context pandemic

Pandemia, prin nevoia impusă societății de a lupta cu răspândirea coronavirusului (periculos prin agresivitate, prin extrema infecțiozitate – transmițându-se foarte ușor, prin imprezibilitatea efectelor – poate afecta orice tip de țesut sau organ – și prin lipsa unui vaccin sau a altei formule terapeutice eficiente), a determinat meditații serioase legate de moralitatea măsurilor care trebuie adoptate (atât în plan medical, cât și politic). Această luptă însă necesită soluții care să răspundă exigențelor eticii profesionale și, fiind o problemă de sănătate publică, primele exigențe care trebuie urmărite și respectate sunt cele ale bioeticii. Cum fundamentele bioeticii sunt date de principiism, ne punem problema, pe bună dreptate, dacă acest instrument al bioeticii aplicate este operațional în contextul pandemiei și dacă principiile *prima facie* ale sale ne ajută să luăm decizii și să propunem soluții morale pentru a lupta împotriva pandemiei de COVID-19. Să încercăm să ne raportăm la principiile principiismului pe scurt. Mai întâi însă, trebuie să menționăm că dacă în mod obișnuit deciziile în etica medicală vizează aspecte ce implică un număr limitat, dar mic de oameni, în cazul pandemiei pericolul vizează întreaga populație a unei structuri sociale, prin amenințarea globală pe care o poartă. Să vedem acum care este greutatea principiilor etice ale principiismului în deciziile și soluțiile utile luptei împotriva pandemiei, luând pe rând în considerare pe fiecare dintre acestea.

Prima întrebare ar fi: Este utilă respectarea principiului autonomiei în contextul pandemiei? Deciziile de impunere a distanțării fizice, a izolării la domiciliu, sau a carantinei, motivate de protejarea sănătății populației și împiedicarea răspândirii virusului, evident că par a fi încălcat libertatea de mișcare și, prin aceasta, autonomia individului. Libertatea de mișcare este considerată, în societatea contemporană, un drept democratic, iar restricționarea acestuia ar afecta principiul autonomiei. Totuși, în societatea democratică, drepturile sunt la pachet cu obligațiile, iar acestea creează responsabilități. În contextul pandemiei și nevoii de distanțare

fizică, responsabilitatea se referă atât la protejarea sănătății proprii, cât și la protejarea sănătății celor dragi, a celor apropiați și a tuturor celorlalți prin împiedicarea răspândirii și propagării virusului. Filosofia ne învață că sentimentul de libertate este creat de înțelegerea necesității. Cine înțelege necesitatea unei acțiuni pe care trebuie să o facă, chiar dacă nu-i este la îndemână, nu reclamă a nu se simți liber. Aceasta este situația și referitor la distanțarea socială și izolare. Numai cei care nu cred în existența coronavirusului (fie din limite în educare și instruire, fie din manipulare prin scenariile privind o conspirație mai mult sau mai puțin mondială) nu vor conștientiza necesitatea protejării prin distanțare, prin purtarea măștii, sau respectarea măsurilor minime de igienă. Aceștia nu vor înțelege nici responsabilitatea pe care o au în acest context. Pentru marea masă însă, nu va exista un sentiment de nerespectare a autonomiei. Pentru aceștia autonomia nu va fi încălcată. Ceilalți, chiar dacă vor considera că demnitatea le este încălcată, vor avea timp să își revină, dacă nu vor cădea pradă, din vină proprie, pandemiei. Pentru scepticii amintiți, se găsesc exemple de responsabilitate care ar trebuie să le dea de gândit și să-i determine să-și amendeze comportamentul moral. Aș aminti aici cazul elevei de 12 ani din Oradea[6, 7]. Ariana, care a contactat boala jucându-se cu fetița unor prieteni din Cluj, în trecere prin Oradea și într-o vizită scurtă de două ore. Fetița prietenilor a fost diagnosticată, a doua zi, cu COVID-19, iar în urma anchetei epidemiologice și testării Ariana a fost, la rândul ei, diagnosticată pozitiv, iar mama ei nu. Fiind asimptomatică, minora ar fi putut să rămână în izolare la domiciliu, însă, deoarece mama ei este bolnavă de cancer, a cerut imperativ și cu hotărâre neclintită să fie internată în spital. Știa că astfel își protejează mama. Mai mult, Ariana este un pacient model, uimind și încântând, totodată, prin atitudine cadrele medicale în grija cărora se află. Aviz celor care depistați pozitiv și, asimptomatici fiind, refuză internarea (nici nu mai contează pe ce considerente) punând în pericol pe alții, mai ales că nu toți sau foarte puțini au condiții de autoizolare reală. Așadar, sentimentul responsabilității nu ține neapărat de vârsta individului ci, mai degrabă de capacitatea de a gândi echilibrat, adecvat situației, cu propria minte. În plus, Ariana a aplicat, instinctual am putea spune, regula precauției de care principiismul nu este străin.

A doua întrebare ar putea avea următorul enunț: Este posibilă aplicarea principiului beneficienței în lupta împotriva pandemiei? Altfel spus, putem face maximul de bine unui număr cât mai mare de oameni, sau măcar tuturor celor care au nevoie contextuală de un anumit bine? (În contextul pandemiei ne referim la asigurarea sănătății întregii populații.) Orice bine implică doi actori: unul care îl face (pe acesta îl putem numi

agentul moral), celălalt care îl primește (și care poate fi numit beneficiar). Cum binele cu forța este o iluzie, totul pleacă de la înțelegerea contextului și colaborarea între părți, în contextul unei pandemii mai acut decât în alte situații. Cu cât beneficiarii binelui sunt mai cooperativi, cu atât eficiența eforturilor agentului moral de a face binele este mai mare. Pentru aceasta însă este nevoie de educație și instruire, iar pentru asigurarea educației și instruirii (ce poate fi privită ca specificare, particularizare contextuală) ne putem gândi la regula mutualității (ridicată, de cei care au introdus-o, la nivel de principiu[8]) care spune că trebuie acționat astfel încât să se elimine condițiile care determină conflictualitatea dintre aplicarea principiilor, cu maximizarea respectării valorilor morale de bază. Așadar, statul trebuie să acționeze în direcția sporirii eficienței educației cetățenilor; altfel, lipsa de educație se întoarce ca un bumerang împotriva sa, chiar dacă interesul manipulărilor politice ar reclama cetățeni cu educație și instrucție limitate.

A treia întrebare poate fi formulată astfel: Putem identifica soluții practice în lupta cu pandemia care să respecte principiul non-maleficenței? Ne putem gândi, în argumentarea răspunsului la o asemenea întrebare, la situația în care s-au aflat unele sisteme de sănătate de a tria pacienții pentru accesul la echipamentele de ventilație artificială. Sistemele de sănătate din toate țările în care pandemia s-a manifestat cu agresivitate au trebuit să recurgă la asemenea trieri ale pacienților deoarece nu mai făceau față nevoii de locuri în ATI, pe de o parte, și din cauza necesarului care exceda numărul de ventilatoare din dotare, pe de altă parte. Într-o asemenea situație, aproape că nu mai putem vorbi de a nu face răul, ci de a acționa pentru a face un rău cât mai mic. Dezvoltarea principiismului prin cazuistica abordată a putut pune și aici la dispoziție instrumente de decizie acceptabile în situații de criză cum ar fi criteriile și indicatorii de triere din categoria QALY (quality-adjustedlifelyears) sau DALY (disability-adjustedlifelyears). Acești indicatori iau în considerare speranța de viață a pacienților pe baza unor criterii de istoric al sănătății, cu condiția ca informațiile necesare să fie disponibile comitetelor de decizie. Dincolo de aceste soluții care se străduiesc a fi nepărtinitoare, apar atitudinile pacienților cum ar fi cazul preotului Giuseppe Berardelli, de 72 de ani, din Italia care, bolnav de COVID-19 fiind, a refuzat să beneficieze de ventilator pentru a fi pus la dispoziția unui pacient tânăr, care, în conformitate cu se știa din punct de vedere medical la acea dată, avea șanse semnificativ mai mari de a se însănătoși[9]. Acestea sunt însă doar excepții, întrucât o asemenea decizie dovedește un caracter puternic, cu o morală solidă și atitudine virtuoașă de eroism. Acestea ne arată că și în ceea ce privește aplicarea cu eficiență a principiului non-maleficenței

un rol revine statului prin sistemul de sănătate care, în conformitate cu regula mutualității, trebuie să îl organizeze de asemenea manieră încât să elimine constrângerile de acest gen, în condiții de criză. Devotamentul, spiritul de sacrificiu și eroismul medicilor, uneori și al unor pacienți, deși atitudini necesare, nu sunt suficiente pentru depășirea problemelor, ci doar utile dezvoltării, prin exemple, a moralității.

A patra întrebare abordează principiul echității/dreptății și poate fi: Deciziile luate și soluțiile propuse în lupta anti-COVID-19 pot distribui echitabil tuturor membrilor societății riscurile și beneficiile? Decizia de a limita activitățile clinice pentru alte tipuri de afecțiuni și pentru bolnavii cronici, pentru a direcționa mai multă resursă umană și infrastructură medicală către nevoile bolnavilor de COVID-19 cade la analiza principiistă, deoarece supune unui risc greu de justificat unele categorii de cetățeni. Alte măsuri, cum au fost cele de distanțare fizică, cu reducerea sau chiar închiderea unor activități economice, au fost echilibrate în efectele lor prin compensările financiare gen șomaj tehnic acoperit de stat, chiar dacă impactul a fost diferit de la o categorie socio-profesională la alta.

Cele prezentate în această secțiune ne permit să afirmăm că principiismul, deși a fost creat ca instrument al bioeticii, iată se dovedește a fi util în analiza încărcăturii etice a deciziilor și la nivelul altor domenii sociale și economice, ca și politice.

Decizia etică în context pandemic

Nici o decizie etică nu poate mulțumi pe deplin, pe oricine. Cu atât mai mult, în situația în care vorbim de decizii care afectează întreaga populație – cum se întâmplă într-un context pandemic – și nu doar un număr mic de părți interesate. Opinia mea, reieșită din ce am studiat referitor la principiism, este că în context pandemic acest instrument își păstrează utilitatea în luarea deciziilor și identificarea de soluții care să răspundă exigențelor eticii contemporane. Într-un număr omagial al periodicului *Journal of Medical Ethics*, din 2003, dedicat onorării lui Raanan Gillon, personalitate de referință a eticii medicale și un avocat echilibrat, dar hotărât al principiismului, în editorialul de introducere, Julian Săvulescu afirma: „Promovarea respectului pentru cele patru principii rămâne de mare importanță practică în medicina obișnuită” [10], el referindu-se la principiile definite de principiismului anglo-american. Contextul pandemiei se dovedește, prin analiza și argumentarea succintă din secțiunile acestui articol, a nu contrazice sentința săvulesciană și, în plus, întărește ideea că diversitatea de reguli și norme, necesare aplicării eficiente a principiilor pentru elaborarea deciziei etice, necesită o mai atentă utilizare, plasându-le într-o rețea care să le potențeze reciproc.

În general, analiza oricărui caz și luarea unei decizii etice presupun operarea după reguli care permit o specificare, o particularizare practică a principiilor care sunt universal valabile, dar, tocmai de aceea, prea generale. Așa cum menționează Henry Richardson, procesul de particularizare prin specificare trebuie „să restrângă[să focalizeze] o normă prin adăugarea de clauze care să precizeze unde, când, de ce, cum, prin ce mijloace, către cine sau de către cine trebuie să fie făcută sau evitată acțiunea” [11], ceea ce ne duce cu gândul la specificațiile deductibile din argumentarea lui Aristotel pentru atitudinea virtuoaasă: să faci ce trebuie, atunci când trebuie, în relație cu cine trebuie, cu intensitatea cu care trebuie, asta ținând de phronesis și putând aduce fericirea.

Ce ne învață pandemia referitor la bioetică

Am încercat, prin analiza din secțiunile anterioare, să arăt că principiismul, ca instrument al bioeticii, este util în analiza etică a deciziilor necesare depășirii crizei în care ne-a aruncat pandemia de COVID-19. Principiile îmbogățite cu norme și reguli pot fi folosite prin particularizare la situațiile create de criza apărută în sistemul de sănătate și care are impact asupra vieții economice și sociale, ca și, poate mai pregnant, asupra politicului. Referitor la principiile cu care operează principiismul, la o primă strigare se pot trage, fără îndoială, câteva învățăminte. Principiul respectării autonomiei, analizat în contextul pandemiei, ne întărește ideea că trebuie să fie însoțit de asumarea responsabilității de către fiecare parte implicată, fiecare în sfera ei de acțiune. Nu poate exista respect pentru drepturi, fără asumarea de responsabilități. Dacă respectarea drepturilor sau asumarea responsabilităților sunt așteptate doar dintr-o parte, apar tensiunile, iar acestea creează dezavantaje pentru toate părțile și din toate părțile. În ceea ce privește principiul facerii de bine (beneficenței), pandemia ne întărește percepția că este foarte dificil să faci bine cu forța, iar înțelegerea binelui viitor către care cu toții tindem, ține de capacitatea de a raționa matur, aceasta fiind, la rândul ei dependentă atât de educație, cât și de instruire. Dacă ești nevoit să faci bine cu forța, aceasta ține, de regulă de virtutea eroismului. Înțelegerea rațională a nevoii de a aplica anumite măsuri pentru atingerea binelui, către care tindem cu toții (așa cum Aristotel spunea, acum mai bine de 2 300 de ani, în prima frază a Eticii Nicomahice), creează solidaritatea care este necesară și utilă atât în viața de zi cu zi, cât și în condiții de criză, mai ales. Cât privește principiul etic de a nu face rău (principiul non-maleficienței, cum este el numit în principiism), pandemia ne arată că, în cazul excepționale, de criză, grija reciprocă pe care trebuie să ne-o acordăm unii altora devine critică și nu mai poate fi opțională, așa cum

se întâmplă în situații „normale”. Am pus ghilimelele deoarece, poate ar trebui să înțelegem că grija reciprocă universalizată ar fi demn de umanitate să devină, într-adevăr, normalul. Așa cum istoria umanității o demonstrează, principiul dreptății, al distribuirii echitabile a riscurilor și beneficiilor în societate pare a fi cel mai sensibil și rămâne așa și în bioetică. Pandemia a scos la iveală nevoia de a ne schimba în sensul ameliorării atât a comportamentelor individuale, cât și de schimbări în societate. Sub aspectul nevoii de ameliorare morală a individului, pandemia sprijină pledoaria făcută de Ingmar Persson și Julian Savulescu în cartea „Neadaptăți pentru viitor. Nevoia de bio-ameliorare morală” [12]. În ceea ce privește nevoia de schimbare la nivelul societății, aceasta trebuie să implice îmbunătățirea sistemelor de sănătate, de educație, respectiv al administrației publice în primul rând. Sistemele de sănătate trebuie să-și sporească versatilitatea și să se digitalizeze eficient, inclusiv pentru a răspunde exigențelor principiismului. S-a dovedit, spre exemplu că unele activități se pot transfera online, chiar și unele tipuri de consultații sau eliberări de rețete, ceea ce ar spori respectul față de demnitatea pacienților. Pandemia a pus la colț administrativul din sistemul de învățământ care s-ar fi opus cu strășnicie activităților desfășurate online, iar acum a fost obligat să îl adopte de urgență. Pentru respectarea principiului dreptății însă, mai sunt multe de făcut în digitalizarea activităților didactice. În sfârșit, digitalizarea eficientă a administrației publice ar corespunde cel puțin aplicării principiilor autonomiei, respectării demnității umane, dar și beneficenței, non-maleficenței sau dreptății, respectiv integrității, indiferent că vorbim de principiism anglo-american sau european.

Chiar dacă analiza mea s-a bazat pe principiismul anglo-american, nu pot să nu mă refer, în încheiereși la principiul vulnerabilității din principiismul european. Pandemia a scos în evidență, odată în plus, că toți avem vulnerabilități specifice, nimeni nu este invulnerabil; indivizii au vulnerabilități, societatea are vulnerabilități, mediul are vulnerabilități și niciuna dintre acestea nu pot fi tratate cu succes dacă le ignorăm pe celelalte.

Concluzii

Analiza principiistă a încărcăturii morale a deciziilor impuse de pandemie ne dovedește că această unealtă a bioeticii își păstrează utilitatea în situații de criză. Prin evantaiul de implicații ale deciziilor menite să protejeze sănătatea publică și combaterea pandemiei, analiza succintă din acest eseu arată că, de fapt, principiismul se dovedește util și pentru etica altor domenii din sfera socială, economică sau politică. Aplicarea echilibrată a principiilor sale prin metoda specificării, adică a particula-

rizării la cazurile dilematice concrete care apar, poate ajuta părțile interesate să ajungă la decizii reciproc acceptate. Asta necesită păstrarea deschisă a minților, ceea ce la rândul ei implică atât educație, cât și instruire adecvate pentru capacitatea de dialog, de gândire rațională, de atitudine morală bazată cel puțin pe generozitate. Iar dacă ar fi să ne întrebăm dacă nu cumva pandemia ne atenționează că bioetica s-ar afla în criză [13], eu aș opina că răspunsul este nu și că pandemia, prin caracterul ei de criză globală, doar oferă oportunități bioeticii, dar și societății în ansamblul său să se perfecționeze.

Mențiuni

Această lucrare este finanțată de Ministerul Educației și Cercetării prin Programul 1 – Dezvoltarea sistemului național de cercetare-dezvoltare, Subprogram 1.2 – Performanță instituțională – Proiecte de finanțare a excelenței în CDI, Contract nr. 7PFE/16.10.2018.

Referințe bibliografice

1. Beauchamp Tom L., Childress James F. Principles of Biomedical Ethics, 1st edition. New York: Oxford University Press, 1979.
2. Beauchamp Tom L., Childress James F. Principles of Biomedical Ethics, 8th edition. New York: Oxford University Press, 2019.
3. Leabu Mircea. Bioetica: istoric și semnificație. În: Etică și integritate în educație și cercetare. (Antonio Sandu și Bogdan Popeveniuc, coord.). București: Tritonic, 2018, pp. 133-155.
4. Rendtorff Jacob Dahl. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability – towards a foundation of bioethics and biolaw. In: Medicine, Health Care, and Philosophy, 2002, 5(3), pp. 235-244.
5. Leabu Mircea. Principlism versus utilitarianism in translational medicine ethics. In: Studia BB. Philosophia, 2011, 41(2), pp. 53-63.
6. Voiculescu Loredana. O fetiță de 12 ani, diagnosticată cu Covid-19, și-a făcut singură bagajul și s-a internat în spital, ca să-și protejeze mama bolnavă. Republica.ro (28 iulie 2020). În: <https://republica.ro/o-fetita-de-12-ani-diagnosticata-cu-covid-19-si-a-facut-singura-bagajul-si-s-a-internat-in-spital-ca-sa> (accesat: 3 august 2020).
7. Criș Adrian. Dragoste de fiică: O fetiță de 12 ani din Oradea, infectată cu Covid, s-a internat în spital pentru a-și proteja mama bolnavă. eBihoreanul.ro (28 iulie 2020) În: <https://www.ebihoreanul.ro/stiri/dragoste-de-fiica-o-fetita-de-12-ani-din-oradea-infecata-cu-covid-s-a-internat-in-spital-pentru-a-si-proteja-mama-bolnava-157881.html> (accesat: 3 august 2020).
8. DeMarco Joseph P. Principlism and moral dilemmas: a new principle. În: Journal of Medical Ethics, 2005, 31(2), pp. 101-105.
9. Bonicelli Piero. Don Giuseppe Berardelli morto sul campo, da prete, ha rinunciato al respiratore per donarlo a uno più giovane. (23 martie 2020) În: <https://>

www.araberara.it/don-giuseppe-berardelli-morto-sul-campo-da-prete-ha-rinunciato-al-respiratore-per-donarlo-a-uno-piu-giovane/26523/ (accesat: 8 august 2020).

10. Săvulescu Julian. Festschrift edition of the Journal of Medical Ethics in honour of Raanan Gillon. In: Journal of Medical Ethics, 2003, 29(5), pp. 265-266.
11. Richardson Henry. Specifying, balancing, and interpreting bioethical principles. In: Journal of Medicine and Philosophy, 2000, 25(3), pp. 285-307.
12. Persson Ingmar, Săvulescu Julian. Neadaptatî pentru viitor. Nevoia de bio-ameliorare morală. Bucureşti: All, 2014.
13. Sandu Antonio. Bioetica în criză sau criza bioeticii? O filosofie a pandemiei în societatea medicalizată. Iaşi: Lumen, 2020.

EUROPEAN UNION REGULATIONS ON MEDICAL RESEARCH

Borys I. Ostapenko, PhD, associate professor,
Department of Philosophy, Shupyk National Medical Academy
of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine
ostabor@hotmail.com

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ

Комитеты по этике нуждаются в четко определенной роли в разработке клинических испытаний. Комитеты по этике наилучшим образом обслуживают пациентов (включая участников исследований), действуя в интересах исследования и общественных интересов.

Регуляция Европейского Союза обеспечивает эффективное стимулирование медицинских исследований и клинических испытаний при систематическом контроле за обеспечением безопасности пациентов и участников испытаний, защитой личной данных и достоинства человека.

Introduction

Provision of efficient health care and advancement of modern medicine demands establishment of extensive regulations. The European Union developed regulations on medical research to provide advancement of medical science and to secure safety of clinical research. To address these objectives several questions should be resolved. The first is how to organize ethical and regulatory oversight of medical research to minimize risks. The second is how to ensure quality, efficiency and reliability of medical research. These two objectives may conflict with each

other compromising a pace of the advancement of medical science and safety of clinical research demanding intrinsic risk management of efficient medical trial.

The European Union Regulations

European Union Regulation (EU) No 536/2014 addresses these complex demands [1]. The Regulation authorizes special institution “Ethics Committee” that means an independent organization established in a Member State of the European Union under the laws of that Member State, which has been empowered to give an opinion (assessment) in accordance with the objectives of the Regulation (EU) No 536/2014 [1], and “taking into account attention to the point of view of society (ordinary people), in particular patients or patient organizations” [1, p. 12]. The Regulations (EU) No 536/2014 obliges a sponsor of a clinical trial to adequately monitor a clinical trial in order to ensure the reliability and robustness of the results, and a subject (participant of the trial) safety, taking into account the characteristics of the clinical trial and respect for fundamental rights of subjects. When establishing the extent of monitoring, the characteristics of the clinical trial should be taken into account [1, p. 6].

The EU Innovative healthcare for the 21st century reflects “increased pressure on public budgets, a steady decline in the number of health personnel, higher incidence of chronic diseases and growing demands and expectations from citizens for higher quality services and social care. Deep-rooted structural reforms are needed to ensure the sustainability of the health systems while securing access to services for all citizens. As part of those efforts, Europe must reduce its overall regulatory burden while ensuring safety. eHealth and wellbeing are areas with high growth potential and possibilities for innovation notably by unlocking effective health data exchange” [2, p. 4]. EU health system is affected by significant budgetary limitation. Moreover, ageing population aggravates imbalance between economically productive and socially dependant citizens. Furthermore, rising expectations of citizens and mobility of patients and health professionals complicates healthcare performance. Despite of the challenges the inspiration of innovations in healthcare is a decisive goal to ensure sustained well being of EU nations. To succeed the EU Commission emphasises on “more transparency and empowerment, more skilled workforce, more efficient and sustainable health and care systems, better and more responsive public administrations, new business opportunities and a more competitive European economy.” [2, p. 14].

Especial awareness raised by the “Ethics and data protection” recommendation on data protection as a fundamental issue for research ethics

and human right, an essential part of personal autonomy and human dignity, and individually valued and respected. “For this principle to guide the development of today’s information society, data protection must be rigorously applied by the research community.” [3, p.2]. The failure to protect personal data from abuse and loss compromises integrity of patient followed by legal, reputational and financial responsibilities for the data holder. Individual EU-funded research projects processing personal data must comply with EU and national data protection laws. Particular attention required to special sensitive data, profiling, automated decision-making, data-mining techniques, big-data analytics and artificial intelligence having additional risks to the integrity of data subjects [3, p.3].

It is important to emphasize that in the European Union major responsibilities for the conduct of clinical research lay on the EU Member States. A clear distinction is made between the aspects in which Member States should interact in the assessment and in aspects of ethical assessment. That is informed consent or national or local nature and responsibility as well as suitability to local conditions, in which the assessment is made by each Member State individually. As a consequence, the proposed EU legislation does not specify which organizations within the EU Member State approve (or not) a clinical trial. The proposed EU legislation does not directly regulate or harmonize the functioning of the Ethics Committees, does not establish systematic interaction at the operational level between the Ethics Committees in the EU, does not limit the scope of the Ethics Committees’ responsibilities only to ethical issues, because science and ethics cannot be separated. Rather, the EU proposal leaves the member countries themselves an internal organization, the division of responsibilities among the various organizations.

The main thing is that the member countries provide independent, high quality assessment within the time limits as established by legislation. Moreover, it is critical to ensure clarity in the division of tasks that are provided by interaction and cooperation between member countries and tasks that are provided individually by each member country, since are tasks of a national, local or ethnic nature. Directive 2001/20 / EC Ethics Committees defines an ethics committee as an independent body in an EU Member State that composed of health professionals and non-medical members whose task is to protect the rights, safety and well-being of the human subjects who take part in research and to provide assurances to the public in such protection [4]. Ethics Committees of the EU Member States should take the measures necessary to organize and operate ethics committees for obtaining a unanimous opinion within time frame of 60

days. CTR 2014 of Regulation EU No 536/2014 determines that Member States remain free to designate the appropriate organizations for evaluating a clinical trial requests within the law time frame to obtain approval for such a clinical trial. In identifying the appropriate organization (s), the member country should ensure that ordinary people are involved, in particular patients or patient organizations. They must also ensure that the required experts are available. CTR 2014 of Regulation EU No 536/2014 demands that according to international guidelines, the assessment should be carried out jointly by a sufficient number of people who jointly possess the required level of qualifications and experience. The professionals evaluating the clinical trial request must be independent of the sponsor, the research centre, and the investigators who are involved and must be free from other undue influences.

Procedure for granting approval to conduct a clinical trial includes specific steps.

Prior Authorization: a clinical research study must undergo a scientific and ethical review process and must be approved for conduct in accordance with this law of the Member State involved in the specific clinical trial. Member countries should ensure that the time frame and procedures for ethics committee review are consistent with the time frame and procedures required by this law for reviewing a clinical trial application.

Clinical trial application procedure: Day 1 submission through the EU portal Sponsor proposes a „speaker – EU member state” (RMS).

Day 6 – the sponsor is notified of the selection of the speaker country via the EU portal.

Day 10 – the reporting country evaluates the application. That includes a short comments (10 days) and response (5 days).

Clinical Trial Application Review Report: Initial draft of the report within 26 days by the reporting country.

Coordinated review phase (12 days) by other involved member countries.

Each Member must also submit a Part 2 Review Report (mostly ethical) within 45 days, including its conclusion.

Decision to apply for a clinical trial: 1. Each member country involved must notify the sponsor via the EU portal whether significant amendments are approved, conditional or rejected.

The notification must be made by a single decision within 5 days from the date of the report.

Belgian law on clinical trials with drugs for use in the treatment of humans of 04/20/2017 aims at strengthening Belgium's position as a leader in medical research in the EU. Meanwhile, Belgium lags only

behind Denmark in terms of research per capita. Also Belgian regulator reduces the number of ethics committees from current 24 to increase competence of ethics committee's expertise. Accordingly to the latest view of the Belgium regulator the ethics committee is not required to be at the centre of the research. Belgian pilot project on ethics committee performance, similar to France and Germany, established a Voluntary joint pilot project between FAMHP (Federal Agency for Medicines and Health Products – Belgian clinical trials regulator), the College of the future, accredited ethics committees and sponsors for processing applications for clinical trials and significant amendments to drugs for use in humans in the spirit of Regulation (EU) No 536/2014 and the Draft Clinical Trials Act. The Belgium 'College' is an independent body that coordinates the operating ethics committees and is responsible for their quality control system. The College also acts as the point of contact between ethics committees and FAMHP. Belgium experience presents creative possibilities for the European Union Member States execute the objectives raised by the Regulation (EU) No 536/2014 in the most efficient and competitive method.

Conclusion

Ethics committees need a clearly defined role in the design of clinical trials and the Regulation (EU) No 536/2014 and other European Union Regulations and Recommendations establish a complex system to invigorate medical research and clinical trial to the highest scientific efficiency. At the same time the EU Regulations secure risk management and human subject protection including data protection and personal integrity. Ethics committees serve patients and research participants' best by acting in the interest of research and public embedding safety measures as intrinsic part of medical research design. Future effective development of medical science and risk management of research and clinical trials demand further sustained regulations and supervision from European Union Council and Parliament as well as the EU Member States to protect public interests, individual and community safety, competitive healthcare provision and secured ethical observation within ethics committees and public scrutiny performance.

Bibliography

1. Regulation (EU) no 536/2014 of the European Parliament and of the Council of 16 April 2014 on clinical trials on medicinal products for human use, and repealing Directive 2001/20/EC. URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-1/reg_2014_536/reg_2014_536_en.pdf (accessed: 29.09.2020).

2. eHealth Action Plan 2012-2020 – Innovative healthcare for the 21st century. European Commission. COM(2012) 736 final. Brussels, 6.12.2012. URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/com_2012_736_en.pdf (accessed: 29.09.2020).
3. Ethics and data protection. European Commission. 14 November 2018. URL: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/5_h2020_ethics_and_data_protection.pdf (accessed: 29.09.2020).
4. Directive 2001/20/EC of the European Parliament and of the Council of 4 April 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the implementation of good clinical practice in the conduct of clinical trials on medicinal products for human use. URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/eudralex/vol-1/dir_2001_20/dir_2001_20_en.pdf (accessed: 29.09.2020).

CULTURĂ ȘI MENTALITATE ÎN VREME DE EPIDEMIE

Marius Dumitrescu, dr. în filoz., prof. univ.
Facultatea de Filosofie și Științe Social-Politice
Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, România
dumitrescu.marius66@yahoo.com

CULTURE AND MENTALITY IN TIMES OF EPIDEMIC

In this paper we aim to present that one of the consequences of globalization, regardless of the era in which it took place, be it Antiquity, the Middle Ages or the Modern Age, besides the commercial exchanges and interpersonal relations, there was the appearance of epidemics, of the global diseases. Of these, among which we may mention cholera, typhus, syphilis, leprosy, and plague, the latter one had the most notable effects not only on the lives of men, but also on their way of thinking, and was called, when it arrived in medieval Europe, as Black Death. In this sense, we will try to follow some of the most significant changes, which take place both behaviorally and culturally, but also their political and historical consequences during the installation of the Black Death in Western Europe in the fourteenth and seventeenth centuries.

Introducere

La începutul mileniului III, omenirea, după o relativă siguranță în plan epidemiologic, care s-a manifestat începând cu anii 1950, a început să reexperimenteze într-o manieră nefastă consecințele epidemiilor globale.

După SIDA, Ebola și SARS-CoV-1, în anul 2020 SARS-CoV-2 repune în scenă angoasele pe care omenirea le-a experimentat cu secole în urmă în

fața epidemiilor globale induse de alți agenți infecțioși necunoscuți până atunci, din care cel mai redutabil a fost cel al ciumei.

În articolul de față, mă voi axa pe modificările care s-au manifestat la nivelul mentalităților colective, dar și într-o sferă mai largă – la nivel cultural, politic și istoric-, determinate de ciuma bubonică, ce a lovit Europa începând cu iarna anului 1347- primăvara anului 1348.

Globalizarea medievală determinată de cruciade și apariția ciumei transmisă din Extremul Orient în Occident

Unul dintre textele care dețin întâietate în analizele care tratează transformările mentalităților în vremea unei mari epidemii, în acest caz al ciumei, este primul capitol din *Decameronul* lui Giovanni Boccaccio (1313-1375). Epidemia de ciumă din 1347-1351, ce a răvășit atunci și viața Florenței, era cu siguranță consecința primei mari globalizări a lumii.

Cu doar patru decenii în urmă, Dante Alighieri (1265-1321) scrisese *Divina Comedie*, o carte ce marca în fapt pierderea de către Occident a tutoror posesiunilor ce aminteau de Regatul Latin din Orient. Ierusalimul era deja în mâna musulmanilor care, pentru a-l cuceri de la cruciați, au mobilizat într-o structură economică și militară întreaga cuprindere a Islamului, până în cele mai îndepărtate colțuri ale Asiei Centrale. Din acele zone îndepărtate ale Răsăritului s-a pornit și valul de ciumă ce a ajuns cu o rapiditate extremă până în Occident. Se pare că originea moli-meii este chiar în China, de unde, în 1346, a migrat spre Tashkent, în Asia Centrală, și apoi a coborât spre Marea Neagră, unde s-a împrăștiat printre tătarii ce se luptau atunci cu comercianții italieni, în peninsula Crimeea. Un cronicar al acelor vremuri descrie pe larg retragerea creștinilor în cetatea Kaffa (Feodosia) din fața tătarilor. Asediul a fost brusc întrerupt datorită molimeii ce a lovit armata tătarilor care, înainte de a pleca, au aruncat cadavrele morților de ciumă peste zidurile cetății asediate. Boala s-a răspândit pe nesimțite asupra celor închiși între zidurile care ar fi trebuit să-i apere. După întoarcerea acasă a creștinilor, care scăpaseră asediului, în porturile din Italia, mai ales în Messina și Genova, boala a început să devină o crudă realitate. Moartea Neagră, cum a fost numită molima, datorită buboanelor negre ce apăreau pe trup, a lovit timp de trei ani Europa, estimându-se că a ucis peste douăzeci de milioane de oameni, mai ales populația urbană [Porter; pp.122-123].

Boccaccio consemnează că, la începutul primăverii anului 1348, molima își arăta deja fața sa hidoasă prin toate „semnele ei cumplite” [Boccaccio; p. 38]. În fața epidemiei de ciumă, neputința oamenilor acelor vremuri era quasi-totală. Mai întâi, nu se cunoștea cauza bolii. Datorită puterii mari de contagiune a acesteia, nu mai erau oameni care să

aibă curajul de a se mai ocupa de tratamentul bolnavilor, iar aspectul malign al epidemiei consta în marea rată a mortalității, „aproape toți mureau până în a treia zi” [Boccaccio; p. 39].

Boccaccio, contemporan cu evenimentele din anul 1348 din Florența și, mai ales, martor ocular al acestora, poate fi considerat un autor cât se poate de veridic în descrierile sale. Un prim comportament menționat de Boccaccio era legat de faptul că oamenii se ocoleau, se îndepărtau și se izolau unii de alții, ajungând chiar la foarme extreme ale acestei îndepărtări reciproce în care „părinții înșiși se fereau să mai poarte de grijă copiilor...., de parcă n-ar fi fost ai lor” [Boccaccio; p. 41]. Un alt aspect important menționat în acest text este legat de faptul că cei care primeau îngrijiri nu se mai rușinau să fie văzuți dezbrăcați, se descoperea astfel trupul, nuditatea și valoarea unei îngrijiri medicale ce viza corpul uman și anatomia acestuia. Astfel, textul prezintă situația precisă în care „orișice femeie oricât era de frumoasă, de nobilă și de plăcută, dacă se îmbolnăvea nu mai ținea seama de faptul că are un bărbat în slujbă, fie el tânăr sau bătrân, și nu se rușina să-și dezgolească în fața lui orișice parte a trupului când suferința îi da ghes, întocmai cum ar fi făcut față de-o femeie, lucru care apoi, pentru cele care se vindecară, fu poate o pricină ce le făcu mai îngăduitare cu propria lor cinste” [Boccaccio; p. 42].

Un alt aspect important, ce ține tot de modificarea unei mentalități, este cel legat de faptul că ritualurile de înmormântare au dispărut, iar preoții grăbeau întregul proces al înmormântării. Descrierea acestui moment este și ea sugestivă: „popii, cu ajutorul cioclilor, zvârleau mortul în prima groapă pe care o aflau că-i goală fără să-și deie osteneala de a-i citi vreo slujbă...” [Boccaccio; p. 43].

Boala, așa cum o descrie Boccaccio, nu are granițe; din oraș, aceasta s-a extins cu repeziciune și asupra satelor, dovedind interconectivitatea comunităților umane.

Ciuma din perspectiva unei istorii a mentalităților inițiată de Școala de la Annales

În celebra-i carte dedicată fenomenului fricii în Occidentul secolelor XIV – XVIII, Jean Delumeau acorda o atenție deosebită prezenței cumei, considerând-o un factor ce a influențat enorm arta și întreaga metalitate vestică, mai ales în secolele XVI-XVII, perioadă în care războaiele religioase, ce supralicitau explicațiile de natură mistică asupra molimei, au făcut ca moartea să intre pe scenă ca un actor principal. În timpul epidemiei, arată Delumeau, sunt alterate toate legăturile firești dintre oameni instalându-se o „ruptură inumană” între aceștia. Cei care au posibilități părăsesc orașele, care intră în degringoladă prin lipsa autorităților. Când

molima se întetește, până și cei mai sărmani iau drumul disperat al pribegiei, așa cum s-a întâmplat atât la Londra, cât și la Paris, sub teroarea ciumei și a holerei [Delumeau; pp. 187-188]. Sunt ucise în masă animalele, purceii, câinii și pisicile. Apare o reacție pe care o putem numi „alergică” față de orice fel de vector care ar transmite boala și ar constitui o legătură între oameni. Epidemia creează cel mai crunt fenomen al dezumanizării tocmai prin faptul că omul este un animal social. Întreaga civilizație este fondată pe interferențe, pe legături, pe schimburile complexe dintre oameni. Molimele vin brusc; ele nu oferă răgazul ca aceste legături să fie desfăcute și analizate în liniște, rațional, ci apar dintr-o dată – amplificând la maximum efectul de dezumanizare, de creștere a gradului de indiferență și nepăsare între oameni. Delumeau creionează această stare de indiferență socială menționând consemnările unui călugăr portughez: „Toate legile iubirii și ale naturii fiind înăbușite sau uitate în grozăviile unei dezordini atât de cumplite, copiii sunt despărțiți fără veste de părinți, femeile de bărbați, frații sau prietenii unii de alții...” [Delumeau; p. 189].

Pe acest fond de înstrăinare apar și reacții paradoxale, surprinse atât de Boccaccio în cazul epidemiei de ciumă din 1348, cât și de naratorii celorlalte molime din secolele XVI – XVIII. Este vorba de ceea ce Jean Delumeau va numi stoicism și depravare, ce vin împreună cu o altă combinație nefastă: descurajarea însoțită de crunta nebunie.

Sub maxima teroare a molimei, este atenuat până la dispariție, pentru unii oameni, sentimentul de frică, ceea ce conduce în final la acceptarea celei mai mari promiscuități, ca o consecință a distrugerii mecanismelor de protecție rațională, și inducerea unor comportamente inconștiente atavice. În *Dincolo de principiul plăcerii*, Sigmund Freud (1856-1939) considera că rațiunea a apărut tocmai ca un mijloc de protecție atunci când comportamentele strămoșilor noștri în forma lor spontană conduceau spre moarte. Astfel, o seamă de imperative de tip ipotetic de forma dacă atunci au început să invadeze mintea omului arhaic populând-o cu o sumedenie de raporturi de tipul cauză-efect, a căror finalitate a fost nașterea rațiunii și a interdicțiilor pe care aceasta le impune. Atunci când însă nici aceste interdicții de natură sexuală, agresivă sau de orice altă pulsiune nu se mai dovedesc adecvate, apare sentimentul întoarcerii la origini, la acele comportamente refulate adânc în inconștientul cel mai profund, care acum tind să se răzbune pe toate inhibițiile raționale. Astfel, chiar Boccaccio, în *Decameronul*, nota că „unii erau încredințați că leacul cel mai bun pentru o boală atât de cumplită e să bei vârtos și să-ți împlinești toate poftele”. Delumeau avea să constate că între descrierea lui Boccaccio și cea a lui Tucidide din *Războiul Peloponez*, pe care îi des-părțeau optsprezece secole, nu era în fapt nici o diferență [Delumeau;

p. 201]. În final, nebunia ajungea să pună stăpânire pe acele suflete ce deveneau prea fragile pentru a-și mai aștepta moartea, preferând să se îngroape de vii sau se declanșau accese de furie colectivă, irațională, asupra unor vinovați imaginari, ce puteau fi străinii, călătorii, marginalii și toți cei neintegrați deplin într-o comunitate [Delumeau; p. 222]. Adeseori violența putea deveni colectivă, scutind individul de sentimentul amar al culpabilizării, pe care îl putea împărți, în mod liniștitor, cu toți cei participanți la linșaj. Demonul este, în acest caz, „umbră” noastră, a tuturor, acel inconștient colectiv adânc reprimat, pe care nimeni nu și-recunoaște și de care se înfioară de fiecare dată atunci când îl vede în toată grandoarea sa malefică [Dumitrescu; p. 104].

Nebunia deschidea larg porțile inconștientului și putea astfel crea dușmani veniți din zona unei fantasii excitate la maxim, ce lăsa loc viziunilor în care semănătorii de ciumă deveneau făpturi fantomatice de stirpe diavolească, așa cum se întâmpla adeseori în Tirol sau în Transilvania din acele vremuri [Delumeau, p. 229]. În aceste zone se dezvoltase un veritabil cult al strigoiului, element intermediar între lumea viilor și cea a morților, ce aducea, prin prezența sa, aburii pestilențiali ai molimei ce exhalau din mormintele reci ale cimitirelor și din gropile comune unde morții, aruncați de-a valma, smulși brutal din rândul familiilor lor, încă nu aveau numele uitate.

În Europa occidentală, explicația oficială asupra molimei, susținută atât de cercurile catolice, cât și de cele protestante, încuraja aceste deliruri izvorâte din cel mai obscur inconștient, într-o veritabilă „terapeutică a cainței” [Delumeau; p. 233]. Dacă molima a fost trimisă de Dumnezeu, în înțelepciunea Sa, pentru a-i pedepsi pe păcătoși, atunci numai rugăciunile și posturile puteau fi eficace. Acest lucru îi încuraja pe fanaticii religioși să se grupeze în veritabile cete de flagelanți, ce se biciuiau atât singuri, cât și unii pe alții pentru a alunga astfel păcatul din trup. Tot aceste grupuri fanatizate se află și la originea unor masacre împotriva evreilor, cum au fost cele de la Basel, Strasbourg, Frankfurt sau Mainz. La Basel, evreii au fost arși de vii într-o casă de lemn; la Strasbourg au fost spânzurați 2000 de evrei, iar la Mainz se spune că cifra celor uciși a fost una de-a dreptul impresionantă – aproximativ 12000. Flagelanții și-au dus furia fanatică la apogeu prin masacrul din cartierul evreiesc din Frankfurt, în luna iulie a anului 1349. Toate aceste excese de interpretare și mai ales de răspuns la molimă l-au determinat într-un târziu pe Papa Clement al VI-lea să treacă în regim de prohibiție toate aceste practici abuzive și mai ales grupurile care practicau flagelația ca metodă de salvare în fața dezastrului creat de ciumă [Porter, pp. 124-125].

Pe lângă explicațiile care îl aveau în centru pe Dumnezeu mai erau și

acelea ce porneau de la întreprinderile astrologilor, care vedeau în conjuncțiile planetare pretextele pentru fiecare eveniment din lumea terestră. Un loc predilect al transmiterii bolii era considerat aerul umid și viciat din jurul mlaștinilor sau al cimitirelor, unde resturile putrefacte ale ființelor moarte puteau fi sursa contagiunii.

Concluzii

Epidemiile au marcat schimbări profunde și la nivel istoric, de regulă istoricii evită însă să le recunoască importanța. De aceea, multe mutații la nivelul mentalităților par inexplicabile. Datorită cercetărilor inițiate mai ales de Școala de la *Annales*, sub patronajul lui Fernand Braudel (1902-1985) și al lui Jean Delumeau (1923-2020), de la *Collège de France*, putem înțelege acum mult mai bine importanța enormă pe care au avut-o bolile în modificarea cursului istoriei. Astfel, ciuma, care a răvășit Europa începând cu secolul al XIV-lea, a impus schimbări politice. Lumea Tătarilor, care în vremea lui Ginghis Han și Timur Lenk fusese un fel de „bici al lui Dumnezeu”, a început să își piardă vigoarea, intrând în declin și dezorganizare, și a lăsat loc pentru o altă istorie țărilor din estul Europei. În zona Balcanilor, abandonată de italieni și tătari, Imperiul Otoman va fi marele câștigător și își va revendica, după secolul al XIV-lea, bazinul Mării Negre, preluând astfel întreaga moștenire bizantină din această regiune.

Moartea Neagră a avut și efecte mari în plan cultural, făcând să se nască ceea ce numim Renaștere, o epocă de înflorire a artelor ce puneau trupul uman în centrul creațiilor artistice ale marilor pictori care glori ficau puterea, frumusețea și bucuria vieții terestre, ce a renăscut după marile distrugerii provocate de ciumă. Medicina a dovedit că trupurile robuste și viguroase au făcut față mult mai bine molimei, ceea ce a făcut ca explicațiile și atitudinile raționale ale oamenilor să devină mai importante decât fantasmagoriile iraționale generate de frică.

Referințe bibliografice

1. Porter Roy. The greatest benefit to mankind – A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present. London: Fontana Press, 1999.
2. Boccaccio Giovanni. Decameronul. București: Editura Cartea Românească, 1970.
3. Delumeau Jean. Frica în Occident (secolele XIV-XVIII). O cetate asediată. București: Editura Meridiane, 1986.
4. Dumitrescu Marius. Pandemon 2020 și Covid-19. Un punct de vedere filosofic. În : Pan-demon 2020 și Covid-19. Iași: Editura Sedcom Libris, 2020.

RETROSPECTIVA COMPETENȚEI DIN COMUNITATE ÎN PANDEMIE

Ana Pascaru, dr. hab. în filos., conf. cercet.
Institutul de Istorie, Chișinău, R. Moldova
apascaru2020@gmail.com

RETROSPECTIVES CONCERNING COMPETENCE IN THE SOCIETY IN TO PANDEMY

The content of the article is a continuation of previous research and which by referenced retrospectives complements the less elucidated aspects. Issues that the pandemic situation has brought forward and that the future of society is linked to. It demonstrates the need to optimize the ways of exploiting the opportunities of opening new horizons of Informational Era, including all decision-makers. It also contextualizes the importance of developing historical-axiological support in the education of competences, thus valorizing and implementing the professional level in the matrix of the socio-economic, socio-cultural and spiritual community of the spiritual

Predispoziția asupra temei invocate reprezintă o continuare a reflexiei filosofiei *reînnoite* privind aspectele problemelor cu care se confruntă societatea. Probleme care aduc cu sine schimbări și pentru care mediul social de departe nu este pregătit. Se constată că, problemele influențate de evenimentele proceselor la care și-au adus contribuția și deschiderile de noi orizonturi al Ereii Informaționale rămân insuficient investigate și cunoscute. În contextul în care deschiderile după gradul lor de intensitate au bulversat evoluția evenimentelor din procesele declanșate și ulterior se regăsesc în problemele stringente ce impun soluții pentru societatea nu este pregătită, indiferent de nivelul de dezvoltare. Nepregătirea societății reflectată în tratamentul din acțiunile întreprinse de actorii sociali demonstrează și nivelul de competență a tuturor actorilor sociali. Acțiuni, activitățile cărora nu s-au ridicat la nivelul provocărilor dat fiind abordarea fragmentară decât una complexă. Complexitatea acțiunilor în acest sens devine puntea de legătură în procesul regândirii reperelor sistemice, sinergiilor ce sparg și frontierele societale și se integrează contrar principiului de habitat geografic al omului. Actualmente cunoașterea influenței problemelor din schimbările produse asupra mediului comunitar s-a transformat în urgențe. În timp ce căutările de oportunități optime pentru a face față provocărilor este unul contracronometru.

Stare de fapt imprimată și de avalanșa pandemiei și întârzierile din acțiunile ce s-au declanșat pentru ai face față. Discutăm de insuficienta capacitate a actorilor sociali de a înțelege natura deschiderilor EI. Înțele-

gere asupra căreia e nevoie să se insiste deoarece contextualizarea acțiunilor ce se întreprind nu areori denotă lacune serioase privind cunoașterea reală a produselor și informației la care s-a apelat[1]. Or, înțelegerea lucrurilor facilitează cunoașterea și ulterior importanța construcției unui model viabil de echilibru dintre valorificare și utilizare ale deschiderilor de noi orizonturi. Cu atât mai mult cu cât, deschiderile prin oportunitățile EI au sporit accesul necontrolat la informația științifică, mediatică și produse performante ce pot constitui și căi de acces în acutizarea de probleme artificiale în mediul comunitar. Or, produsele se modifică instantaneu și prezența lor în proprietatea personală se raportează nu la pregătirea individului pentru a consuma sau valorifica, ci la situația financiară. Chiar dacă, pandemia deja a demonstrat că capitalul financiar nu absolvă pe nimeni de maladie, sistemul financiar n-a fost în stare în totalitate să facă față cerințelor, iar societatea a intrat în criză nu doar sanitară, ci una mult mai profundă. Efectele ce urmează tind să fie mult mai grave pentru societate de la schimbări socio-psihologice, socio-antropologice, socio-politice, culturale, spirituale până la reorganizarea structurii și sistemului social. Printre căile care se întrezăresc în vederea diminuării impactului respectiv se numără și cele privind pregătirea tuturor actorilor sociali, inclusiv sporirea competențelor pe toate palierele societății. Cu remarcă că, acțiunile întreprinse valorifică competențele prin reperatele sustenabile care acoperă cerințele de durată și nu ad-hoc ale societății în plină pandemie

În continuare, cu ajutorul instrumentarului filosofie și el *reînnoit*se contextualizează competența din problemele reflectate des schimbările ce se produc pe toate palierele societale. Se aduce în prim-planul cercetării aspectele competenței și validarea argumentului conform căruia *reînnoirile* [2] sub incidența oportunităților EI s-au revărsat și peste ea și devenită o prezență manifestă și la fel de necesară în toate domeniile de activitate. Prezența competenței mai bine de jumătate de secol se dezvoltă și se regăsește în toate acțiunile ce se impun a fi realizate datorită oportunităților EI, dincolo de nivelul de conștientizare sau pregătire a actorilor sociali. Considerăm că pe parcurs competența a devenit o axiomă care nu trebuie demonstrată, ci valorificată și utilizată. De ce? Deoarece competența ca axioma conjugată cu instrumentarul filosofiei nu doar elucidează necesitatea reevaluării conținutului acțiunilor din toate domeniile, dar și ridicarea acestora la un alt nivel soldat cu identificarea rețelelor și nodurile centrale care se proliferază. Concomitent cu aprofundarea cunoașterii efectelor pe care rețelele și nodurile le aduc acționând în arealul social, dar și particularitățile din organizarea rețelelor aflate și ele în plină constituire. Pe parcurs înmulțirile rețelelor nu fac decât să aducă în

spațiul comunitar personificarea deschiderilor EI și operaționalizarea *reînnoirii* domeniilor nu doar prin acțiunile desfășurate sau în curs de derulare, dar și transformări de paradigmă în elaborarea de strategii. Este vorba de faptul că prin intermediul rețelelor se schimbă profund statusul priorităților care în urma evaluărilor modifică nu totalitatea rețelelor, ci doar sunt redirecționate și valorificate investițiile pe segmentul cel mai important, astfel se edifică și încetățenesc comportamentul responsabil de menținerea capacității sinergice, adică de autoorganizare [3].

Dezvoltând subiectul reliefăm înțelegerea aspectelor competenței din perspectiva realităților EI la pachet cu urgențele actuale. În această ordine de idei, aspectele competenței necesită a fi înțelese pe potriva deschiderilor de noi orizonturi și dezvoltate concomitent în procesul educațional la toate nivelurile de la cel familial, preșcolar, școlar, preuniversitar până la cel universitar și postuniversitar. Vorbim de oportunitățile deschiderilor care au fost în mare utilizate pentru ordonarea cât mai schematică a competenței deoarece instruirea și formarea viitorilor specialiști raportate la necesitățile instituțiilor sociale și insuficient nevoilor comunitare. Semnificația acestei ordonări schematice include diminuarea ponderii disciplinelor responsabile de asigurarea comunicării dintre aspectele competenței și implementarea lor ulterioară în activitățile profesionale și comunitare. Diminuările s-au răsfrânt asupra disciplinelor filosofiei, completată în spațiul societății Republica Moldova și cu cele sociologice care de facto susțin echilibrul în comunicarea dintre formă și conținut, or EI facilitează accesul, dar nu și înțelegerea competenței a informației. Astfel, reorganizate aspectele competenței în condițiile EI au facilitat, dar și apropiat concomitent omul de noile orizonturi ce necesită a fi cunoscute, dar și îndepărtat de obiectul pe care tinde să-l cunoască. De asemenea, oportunitățile deschiderilor a împins omul să se cunoască pe sine total diferit de dragostea de înțelegere promovată din antichitate cu competență. Și nu în ultimul rând atitudinea superioară prezentă în aspectele competenței omului contemporan în raport cu mediul de care tinde să se delimiteze, uitând că de fapt el rămâne parte componentă al acestuia.

Indubitabil, aspectele mai mult dezintegrate decât integrate ale competenței se raportează preponderent la partea profesională și treptat are loc îndepărtarea de la matricea în care s-au educat la începuturi și care nu dispăre fără urme. Dimpotrivă aspectele competenței se îndepărtează de la seva care constituie surse de alimentare și înnoire. Este vorba de matricea socio-economică, socio-culturală și spirituală, la care se mai adaugă și partea antropologică. Parte în care schimbările evidențiază că accesul la produse și know-how influențează optic mentală reflectată

într-un comportament în care rigoarea și conexiunea nu sunt parte din agenda cotidiană. De ce ? Deoarece deținătorul competenței în registrul profesional se raportează doar la cea corporativă, conform fișei postului și cea de confidențialitate aplicată în domeniile de activitate și în consecință se monetizează. Dincolo de vrerea noastră avem de a face cu un deja-viupe care starea de pandemie nu doar la adus în prim-planul cotidian, ci și pericolul în care se află lumea contemporană și pe care ea înșiși la monetizat prin acțiunile ne controlate, pedalând cu precădere pe aspectul profesional al competenței.

Sine dubio, invocarea competenței țintește și spre clarificarea funcționalității acesteia în raport cu noile urgențe ale pandemiei. Discutăm de necesitatea apropierii aspectelor competenței de nevoile mediului comunitar și nu doar organizațional, deoarece în balanță se află interesele tuturor. În acest sens ne referim la valorificarea *reînnoirilor* cu ajutorul reorientării aspectelor competenței nu atât spre problemele curente, cât spre cele de durată. De asemenea, reorientările țintesc și asupra raportului dintre formă și conținut în cadrul competenței, deoarece oportunitățile EI nu arareori au fost axate preponderent pe partea formală. De rând cu sensibilizarea necesității valorificării competenței în condițiile pericolului immanent al pandemiei. Astfel, reorientată competența responsabilizează și se revarsă peste fiecare membru al comunității și deopotrivă peste instituțiile sociale. În aceeași cheie vine și nevoia accentuării nu doar a aspectelor îndreptățite a se înscrie în competența profesională, ci și cele ce trebuie învățate, conștientizate și încetățenite nu doar pe timp de pandemie. Cu atât mai mult cu cât, competența în deschiderile EI participă la spargerea frontierelor societății, însă rarism a fost asociată sau legată de expresia matricei socio-culturală, economică, antropologică și cultural-spirituală a unei comunității. Pe de o parte vorbim de o înțelegere insuficientă [1] a diferențelor pe care oportunitățile EI le aduc în spațiul considerat a fi cel care pregătește membrii competenței ai societății pentru a fi încadrați nu doar în câmpul muncii, dar și responsabil pentru instituțiile din care vor fi cotă parte. Pe de altă parte, ne confruntăm cu intervenții severe cu competențe discutabile în câmpul cultural și cel al cunoașterii deopotrivă, promovând prioritatea cunoașterii științifice în raport cu celelalte forme ale cunoașterii, iar tot ce nu se înscrie în tiparele acesteia sunt marginalizate. Totodată semnalăm că, sub incidența consecințelor competențelor de acest gen cade și cunoașterea științifică care fiind lipsită de reperate culturale din care își asigură seva își subminează sursele din care se alimentează. Și dacă lipsa surselor explică acutizarea problemelor cu care se confruntă mediul comunitar și enviorementul atuncicontrar competențelor, derapajele în multe din-

tre produsele obținute atât în centrele de cercetare, cât și întreprinderile producătoare n-au respectat protocoalele și investigațiile ce se impun [4, p.1-20].

Desigur înțelegerea fragmentară s-a răsfrânt și asupra competenței aceasta constituind o parte din nivelul de acutizare a problemelor din spațiul comunitar. De ce? Deoarece oportunitățile EI au facilitat *reînnoirea* tuturor domeniilor de activitate în dependență de cât de pregătiți și competenți sunt actorii sociali, și evident cât de mult le-a reușit să valorifice și nu doar să consume inclusiv cei responsabili de la educație. Drept exemplu, ponderea economiei sociale care s-a dezvoltat în ultimele decenii în cuantumul economiei în general. S-a produs acest și cu contribuția domeniilor științei, dar și prin apropierea aspectului profesional al competenței de matricea celorlalte din comunitate n-a cunoscut schimbări semnificative. Totodată se atestă că, domeniile particulare înșirul renunțării la domeniile filosofiei s-a extins și asupra instrumentarului ei, atât în procesul de obținere a rezultatelor, cât și promovarea ulterioară suportă consecințe. Deoarece în rezultatele în care s-a omis s-au marginalizat lipsa echilibrului dintre aspectele competenței cu ușurință s-au monetizat decât s-au valorificat. Or, protagoniștii și beneficiarii produselor din varii motive fie întârzierile privind elaborarea mecanismelor reglatorii, fie disparitățile legale marginalizează principiul rigorii și respectarea conexiunilor și în timp își prejudiciază valoarea propriilor competențe, dar și îndepărtarea de la matricea culturală a comunității în care s-au format și au consumat posibilitățile acesteia [5, p.7-74]. Or, așa cum susținea R.K.Merton cercetătorul continuă să poarte răspunderea pentru produsul cercetării și atunci când acesta a părăsit spațiul laboratorului [6]. Astfel, se explică acum în plină pandemie de ce rezultate obținute în sistemul TIC n-au fost implementate la interferență dintre domenii, pentru a schimba optica de priorități în conformitate cu nevoile și necesitățile stringente. Altfel spus, societatea a avut posibilități, dar înțelegerea sumară a rolului competenței în cunoașterea lor n-a reușit să le conecteze și reorganizeze pentru a diminua impactul inconvenientelor majore [3,5, p.7-74].

Indubitabil competența prezentă în toate domeniile contextualizează *căreînnoirile* nu se regăsesc plenar în comunicarea dintre actorii sociali și acțiunile ce le derulează. Gen de comunicare care conduce la derapaje severe în valorificarea competențelor privind soluționarea problemelor urgente și pedalarea pe utilizare și consum în exces. Stare de fapt care a explodat în pandemie, deoarece încercările societății de a face față intemperțiilor anterioare așa și nu s-au ridicat la nivelul cerințelor ceea ce evidențiază o înțelegere fragmentară a nivelului de competență. Înțelegerea

competenței de-a lungul timpului s-a valorificat în perpetuarea societății și patrimoniului cultural și envioremental, dar actualmente a devenit una mai mult formală. În această ordine de idei, revenirea la înțelegerea competenței din cadrul noțional-ideatic nu este de loc întâmplătoare deoarece[1] în condițiile deschiderilor tot mai frecvent este doar utilizată și rarism valorificată. Vorbim de oportunitățile deschiderilor care facilitează accesul la produse de la cele mai simple până la cele sofisticate, independent de pregătirea și competența individului sau instituțiilor care doar printr-o atingere a unui program la un PC cu informația pentru care a apelat, chiar dacă rămâne înțeleasă precar. Precaritate pe care o aduce în prim-plan și cea mai succintă radiografie privind soluțiile înaintate pe parcursul celor două decenii de sec. XXI propuse pentru problemele stringente cu care se confruntă nu doar societatea și membrii ei, dar și care îi alterează și modifică indiferent de vrerea lor. Probleme înțelegerea competentă a cărora chiar și formal deja evidențiază consecințele alterărilor și modificărilor socio-antropologice, socio-culturale, socio-politice sau socio-confesionale din societate. Un alt exemplu, modul în care au fost înțelese măsurile de prevenție după primele informații privind epidemia de Cov-19 și competența cu care s-a acționat. Se atestă că nivelul de competență de departe n-a fost aplicat pe potriva pericolului enunțat și demonstrându-se o înțelegere formală și nu de fond. De ce? Deoarece contextualizarea deciziilor la care s-au recurs nu s-au bazat pe o înțelegere competentă și adecvată a pericolului ce se contura, n-au fost reorganizate pe potriva consiliile cu reprezentanți din instituțiile vizate, din domeniul adiacente, dar și cei ai factorilor de decizie. Consilii care la nivel de societate ar fi stabilit relații cu cele din vecinătate și ulterior indicațiile reprezentanților Organizației Mondiale a Sănătății ar fi fost luate drept recomandare și nu adevăr în ultima instanță.

Consemnăm că, criza pandemică cu care societate și membrii săi s-au ciocnit induce nevoia de a *reînnoi* înțelegerea competenței în structura și sistemul social, dar și relațiile cu enviorementul care au suferit deopotrivă. Pe de o parte, înțelegerea contextului că aspectele competenței necesarmente să devină cartea de vizită printre actorii sociali și să reflecte contribuția tuturor în minimalizarea efectului pandemiei. Pe de alta, educarea competențelor la actorii sociali prin introducerea în comportament prioritatea sănătății proprii pentru protejarea nu doar celor din comunitate, dar și enviorementul. Cu atât mai mult cu cât competența *reînnoită* va facilitacunoașterea grupurilor sociale ce se constituie în structura societății ponderea cărora era mult mai mică până la pandemie și atragerea acestora în activitățile comunitare. Este vorba de grupuri care își organizează activitățile doar on-line și membrii lor pot fi din soci-

etăți, regiuni și continente diferite sau cele care au fost impuse de situația creată. Grupuri pentru care competența necesită a fi trecută atât intra cât și extra societal și ținute în vizorul factorilor de decizie pot elabora împreună soluții veritabile privind situația post pandemie. Totodată se impun competențe și pentru un alt gen de divizarea este cel intra și intergrupală, adică dintre cei care optează pentru activități de la distanță, majoritate cu vârsta până în 40ani, dar și dintre cei ce țin la comunicarea corporativă, pe viu. Și nu în ultimul rând, grupul vârstnicilor care a fost redus la tăcerea socială considerându-se că acest virus este unul eminent pentru ei cel mai periculos. Chiar dacă, pe parcurs se demonstrează virulența acestuia și aspre reprezentanților din categoriile de vârstă mai tinere.

În loc de corolar conținutul acțiunilor, modul în care sunt consolidate eforturile actorilor pentru ale asigura colaborarea între ele denotă nivelul de competență a fiecăruia în parte, dar și a societății în general. Competență care se cere a fi una de echilibru dintre aspectele: profesional cu cele socio-economică, socio-culturală, sau cu afinități spirituale reflectată, inclusiv în acțiunile de interferență dintre domeniile științei și cele sociale responsabile de sinergia cunoașterii schimbărilor ce se impun. Astfel, aprofundarea cunoașterii schimbărilor și produselor obținute prin cercetare vor menține echilibrul dintre valorificare și utilizare, ținându-se cont de recomandările lanțului de probe și toate măsurile de prevenție în acest sens.. Cu atât mai mult cu cât, sursele ce alimentează problemele marginalizează nu doar cauzele și efectele, ci pun în dificultate competența din acțiuni, inclusiv cele legate de sănătatea publică și distopia sanitară. Se certifică că, problemele evenimentelor impun un timp restrâns pentru găsirea de soluții, totodată evidențiază și adâncesc întârzierile și vulnerabilitățile din competența acțiunilor. Întârzieri care îngreuiază procesul de cunoaștere a problemelor, caracterul evenimentelor ce le-au influențat, dar și le multiplică prezența lor deoarece societatea, instituțiile responsabile au fost luate pe nepregătite. Acest decalaj perpetuat și în sec. XXI acutizat de evenimentele care au fost mai degrabă denunțate decât implementate de efectul pandemiei. Or, problemele evenimentelor fiind avansate de procesul globalizării, fenomenelor însoțitoare datorită deschiderilor Erei Informaționale au schimbat structural și sistemul existent de relaționare. Spre regret schimbările tratate mai degrabă segmentar, adică pe domenii unde frecvent se descoperă neconcordanțe sau prăpastie greu de depășitnecesită regândirea nu numai a modelelor de relaționare, dar și dintre modele atât pe orizontal, cât și pe vertical. Concomitent încercările modeste privind soluțiile din acțiunile întreprinse reprezintă doar parte vizibilă a *aisbergului* manifest într-o lume în plină interacțiune, interdependență și intercomunicare. În timp

ce partea invizibilă a *aisbergului* cere complexitate nu doar între acțiunile care se desfășoară pe plan local, dar și pe cele din regine, continent sau global. Cu atât mai mult cu cât, acțiunile privind efectele epidemiilor din 2002, 2012 denotă o înțelegere pragmatică și segmentară, dar care explică efervescenta proliferării pandemia peste tot, dincolo de statutul societății prosperă în curs de dezvoltare sau nordul bogat și sudul sărac din punct de vedere geopolitic în 2020. Cu remarca că, înțelegerea necesității încetățenirii acțiunilor complexe în post pandemie nu se va solda cu reactualizarea celor divergente și redimitizarea proceselor centrifuge într-o lume în plină globalizare și lovită de pandemie.

Referințe bibliografice

1. Hadot P. Filosofia ca mod de viață. București: Editura Humanitas, 2019.
2. Florian M. Recesivitatea structurii lumii. București: Editura Pro. Vol.I, 2003. Vol. II, 2004.
3. Barabasi A-L Linked – noua stiinta a rețelilor. Timisoara: Editura Brumar. Traducere de Marius Cosmeanu. 2017.
4. Fukuyama F Second thoughts. The lastman in a bottle. The National Interest, Summer, 1999, p.1-20.
5. Pascaru A. Prospectări epistemice privind societatea bazată pe cunoaștere. În: Integrarea tradițiilor filosofiei în societatea bazată pe cunoaștere. Chișinău: Tipogr. Artpoligraf, 2019.
6. Merton R K. Social theory and social structure. New York: Free Press, 1949.

SUFERINȚA ÎN INTERPRETAREA MORALEI CREȘTINE

Leontin Popescu, dr., prof. univ.

Facultatea de Istorie, Filosofie și Teologie,
Universitatea Dunărea de Jos, Galați, România
prleonpopescu@yahoo.it

SUFFERING IN THE INTERPRETATION OF CHRISTIAN MORALITY

Suffering has been and will be talked about until the end of time. It is our historical condition, it encompasses us, it sometimes overwhelms us, it makes us anxious, frustrated and rebellious. We are born through suffering and we continue to experience it during our lives. Death itself is often looked upon as suffering. The fear of suffering and, generally, the philosophical reflection on the meaning of suffering have always given rise to one of the greatest questions of mundane human existence disseminated in each historical epoch: what for? why is suffering necessary? which are the reasons for its existence? What is the meaning of suffering

when confronted with the fundamental and central belief of mankind's religious consciousness, namely how does it relate to the existence of God? Isn't there an irreconcilable difference between existence in suffering and the existence of God believed to be both Good and Omnipotent? Moreover, suffering invalidates the very plan of creation, where "everything was very good" and there was no room envisioned for pain or evil. And in more serious terms, how can one reconcile the suffering of an innocent person and the kindness and omnipotence of God, who is called Father? These are the questions that man has faced along his existence on Earth and on which he has spent very much time, thought and material things, hoping to find an answer. Testimonies are to be found in the various successful or unsuccessful attempts at providing answers from within the history of religions, philosophy, literature and varied human expressive arts during the centuries.

Introducere

Aproape că nu există gânditor în istoria omenirii pe care să nu-l fi preocupat problema răului și a suferinței care însoțesc viața unui om de la naștere și până la moarte, întocmai ca umbra ce nu se desparte de trup. Toți au căutat să pătrundă această taină, să o înțeleagă în profunzime, să-i descopere sensurile, să găsească modalități de a o înlătura sau măcar de a o face mai puțin resimțită. Și în acest sens se poate spune că durerea, suferința și tema de moarte alcătuiesc baza antropologică cea mai profundă a concepției religioase despre viață prin faptul că aceste realități arată omului limitele sale, constituția sa finită, de creatură și în consecință îl determină să cerceteze dincolo de limitele sale [1]. Din acest punct de vedere suferința fiecărui om evaluat în mod individual poate fi luată ca paradigma pentru o istorie a umanității [2] și acesta pentru că suferința este indisolubil legată de existență [3].

Sensul suferinței în Morala Creștină

Din interpretarea literaturii patristice știm că suferința însoțește în mod inseparabil existența umana datorită consecințelor păcatului primordial produse în firea umana și apoi în întreaga natură creată. Omul poartă în sine acest germen care datorită libertății poate aduce atât suferința și moartea dar și sfințenia. Pentru aceasta trebuie să distingem între mai multe feluri de experiență umană când vorbim de suferință, și anume, există suferința fizică, a trupului care vine omului odată cu experiența bolii, a deznădejzii și a morții; există suferința morală, a sufletului, mai sfâșietoare decât cea fizică cauzată de nemulțumire, părăsire, trădare, dispreț și chiar de propriile greșeli; există o suferință psihologică care de multe ori acționează ca o consecință a durerii fizice și a durerii morale și care se manifestă prin tristețe – veșnica achedie de care vor-

besc Sf. Părinți – pesimism, descurajare, depresie. Una este așadar, suferința fizică, și alta este cea pe care o numim în sens generic, suferință morală în care intră tristețea și deprimarea a căror leac nu este altul decât raportarea omului la partea spirituală și regăsirea omului ca persoană de dialog cu transcendentul [4]. În alte cuvinte, când vorbim de suferință fizică ne gândim la trup și când vorbim de suferința morală ne gândim la suflet. Uneori astfel de experiențe ale suferinței se suprapun, una altele transformându-se într-un adevărat bici social, cum se poate vedea în cazul calamităților naturale, epidemiilor, catastrofelor, foamei și războiului. Nu ne trebuie, pentru a înțelege existența tuturor acestor forme de experiență umană în fața suferinței, decât să ne gândim la exterminarea evreilor în lagărele naziste, la bombele atomice de la Hiroshima și Nagasaki, la purificările etnice, la abuzul a milioane de copii nevinovați. Toate aceste forme de suferință, nu sunt decât aspecte particulare ale problemei generale a "răului" care consistă în persoanele private de un bine.

Cunoaștem că Dumnezeu nu este cauza relelor și a suferințelor noastre dar, cu siguranță, ele sunt îngăduite de Proniator. Intervine stăruitor întrebarea: pentru ce îngăduie Dumnezeu ca omul, cea mai frumoasă dintre creaturi să se zbată în necazuri, suferințe, durere și moarte?

Foarte greu ne vine să înțelegem de fiecare dată cauza reală a suferinței și aceasta pentru că boala și durerea lovesc persoana în trăirea ei cea mai intimă. Omul în suferință trebuie să trăiască experiența conflictului interior: cum trebuie să se înțeleagă pe el însuși. Pornind de aici, se impune necesitatea unei interpretări a sensului suferinței.

Bineînțeles că întrebarea care se pune este aceasta: ce sens are suferința? unde trebuie să căutăm acest sens? Ce este până la urma suferința? Și dacă ne gândim din punct de vedere al vieții de credință: de ce mai este suferința în lume, dacă Hristos este cel care prin restaurarea firii umane a abolit-o? Iată atâtea interogative care cer interpretarea sensului suferinței.

De la început trebuie să spunem că, suferința trupească nu aduce niciodată moartea sufletului [5], nici măcar suferințele morale, și nici vina pentru păcatele săvârșite nu pot aduce distrugerea sufletului. Aceasta numai Dumnezeu o poate face. Dar dacă sufletul suferă, împreună cu el este și trupul: uită de cele necesare pentru păstrarea echilibrului biologic al persoanei. Și vice-versa, dacă trupul suferă, și sufletul suferă. Încât, experiența suferinței se adresează totdeauna conștiinței care simte și pe cea sufletească și pe cea fizică la fel [6]. În acest caz nu este vorba doar de o interpretare teoretică. Din punctul de vedere al celui care este în suferință, se constată o experiență al cărei sens este cel de pierdere, un faliment pentru om [7], pentru valorile sale, ca o privare de tot ceea ce tre-

buie sa realizeze în viață, o sclavie, resemnare, dând oarecum ascultare afirmațiilor adeptilor filosofului antic Epicur care vedea boala și durerea ca o lipsă sau un gol al sufletului [8], ci dimpotrivă suferința poate fi văzută ca un eveniment ce este trăit ca o experiență de verificare, de încercare a libertății care deschide calea nădejzii în trăirea vieții. E adevărat, suferința pune omul în situație de criză, dar aceasta criză nu vorbește omului doar de dificultăți, temeri și sfârșit, ci îl interpelează pe om în ceea ce este el mai profund, adică e chemat să se verifice pe el însuși până unde e dispus și vrea să trăiască ca om chiar în situație de suferință, de boală și moarte [9].

Durerea fizică și/sau morală în mod special prelungită în timp, provoacă în om o anumită condiție a suferinței, care stabilește acel așa-zis *status* al omului în timpul suferinței. Acest *Status* de boală sau de bolnav la nivelul cel mai profund, în spațiul interior poate da următoarele trăiri [10;11]: a) – trăirea unei rupturi de obiectivitate, o fractură între ceea ce gândești și trupul care suferă dând o senzație de alteritate și de înstrăinare manifestată printr-o dizarmonie interioară; b) – în interacțiunea bolnavului cu ceilalți și cu celelalte lucruri se trăiește în stadiul de boală o criză de comunicare și o criză a raporturilor interpersonale. Interesat de propria persoană, întreg universul bolnavului se restrânge la propria cameră; c) – suferința mijlocește o puternică experiență a propriei limite a vieții, a calității și a duratei vieții, limită care face prezența la nivelul conștiinței a ideii de moarte; d) – trăirea unui sentiment de părăsire, de a fi abandonat ce mijlocește experiența tristeții, de gol existențial, de frică;

Sensul suferinței ca proba a libertății

Suferința pe care orice om o încearcă provoacă și pune la încercare în mod direct libertatea, și deci virtuțile în mod special nădejdea, răbdarea și credința. Sfinții Părinți țin să sublinieze că atât suferințele trupești cât și cele sufletești, aduc deopotrivă câștig omului atunci când omul le rabdă cu mulțumire. Iată ce îi recomandă Sf. Ioan Gură de Aur diaconiței Olimpiada: ” *Nu-ți pierde, dar nădejdea! Numai un singur lucru este înfricoșător, Olimpiado, numai de o singură tulburare trebuie să ne temem: de păcat!* [12] și continuă într-o următoare scrisoare către aceeași Olimpiada: ” *Cugetă, dar, la acestea necontenit și tu! Și cu cât viața e mai plină de dureri, cu atât vei avea mai mult de câștigat dacă o înduri cu mulțumire. Aduc nespuse cununi nu numai durerile trupești, pricinuite de lovituri, ci și durerile sufletului; și durerile sufletului mai mult decât cele ale trupului, când cei loviți le îndură cu mulțumire. După cum ai primi mari răsplăți dacă spre slava lui Dumnezeu ai suferi cu curaj biciuirea și sfâșierea trupului, tot așa așteaptă mari răsplăți și pentru suferințele sufletești ce le*

înduri acum. Nădăjduiește că ai să vezi negreșit iarăși, că ai să scapi de durerea aceea și ai să ai mare câștig, și atunci și acum, de pe urma acestei dureri” [13]. [...] Că suferirea bolii este cel mai înalt chip de răbdare” [14]. [...] Tu? Tu trebuie să te bucuri și să te veselești, că ai săvârșit cea mai mare dintre virtuți, capul virtuților. Știi, știi bine că nici o virtute nu este egală cu răbdarea, ea mai cu seamă este împărăteasa virtuților, temelia faptelor bune, limanul cel neînvălmurat, pacea în războaie, liniștea în furtună, întărirea în mijlocul uneltirilor. Răbdarea te face mai tare ca diamantul. Răbdarea nu poate fi biruită nici cu arme, nici de oști, nici de mașini de război, nici de săgeți, nici de lănci, nici de oștirile demonilor, nici de falanșele înfricoșătoare ale puterilor potrivnice, nici chiar de diavolul, cu toată oștirea și iscusința lui. De ce dar te temi? Pentru ce te întristezi, când ești pregătită să-ți dai și viața, dacă împrejurările ar cere-o? Spui că dorești să vezi sfârșindu-se odată răutățile din jurul tău? Vei vedea și sfârșitul lor! Îl vei vedea curând, cu voia lui Dumnezeu! Îndrăznește, așadar să te bucuri de faptele tale bune! Nu-ți pierde nădejdea nicicând [15; 16].

Mai mult decât suferința în sine ceea ce macină liniștea omului în suferință sunt trei: experiența, încercarea și timpul, durata suferinței. De aceea, înțelegerea cea mai frecventă a suferinței este aceea că ea trebuie înțeleasă ca o experiență de încercare înscrisă în timpul vieții. Suferința este o încercare înainte de toate pentru că pare să creeze o viziune negativă, sterilă și zadarnică a aspirației umane de a dori fericirea și viața bună, dublând durerea fizică cu cea morală [17]. Este în firea omului ca acesta să caute binele, sau mai bine zis, să se simtă bine, să se împărtășească doar de ceea ce îi face plăcere. Suferința poate provoca în suflet grozave pustiiri. Dar nu ea este cauza acestora, ci modul în care noi privim realitatea și o percepem ca atare. Fericitul Augustin ne spune ca acceptarea sau împăcarea cu starea de suferință nu pentru toți oameni este la fel: „*Precum în același foc aurul strălucește și spuma se evaporă, precum sub același teasc drojdia nu se amestecă cu uleiul, precum în aceeași treierătoare paiul este strivit iar grâul curățat, tot astfel, aceeași soartă încearcă, purifică și sfințește pe cei buni, condamnă și distruge pe cei răi. Așa se face că în aceeași suferință cei răi blestemă pe Dumnezeu pe când cei buni îl binecuvântează. Vântul suflă peste gunoi și-i răspândește mirosul dar suflă și peste crin și-i răspândește parfumul” [18; 19].*

În suferință, conștiința este pusă să privească la un ”dincolo”, ca la o limită și în mod provocator pune sub semnul întrebării promisiunea de a trăi: cunoaște și descoperă solitudinea și individualismul existenței, sărăcia și goliciunea ontologică [20]. Durerea și suferința pot crea premisele deschiderii unei uși către o lume pe care noi nu o vedeam, sau nu era pusă interesului nostru imediat. Prin durere se naște o nouă existență

[21]. Problema care se pune nu este cum se poate reuși a elimina durerea, ci de a reuși a trăi în durere. Sensul suferinței nu se arată în faptul că cineva suferă, ci cum suferă și această înțelegere nu se va regăsi niciodată în apelul la imanență, ci totdeauna în apelul la transcendență [22]. În final este o încercare a credinței care este chemată a decide cu privire la întrebările existențiale, ultime. Văzută în acest sens, suferința devine un maestru neașteptat care propune libertății omului de a înfrunta provocarea experienței suferinței [23]. A suferi, ca și încercare, deschide posibilitatea a două căi care nu sunt echivalente: prima este aceea a negației, a refuzului oricărui sens pentru existența suferinței, și cea de a doua posibilitate care pune în centru invocarea de către om a nădejzii, a speranței ca un act necondiționat [24]. Nădejdea este răspunsul omului la experiența suferinței. Nădejdea nu trebuie confundată cu optimismul că poate suferința va primi un sfârșit, ci adevărata nădejde merge din acolo de orice condiție și așteptare determinată [25] eliminând astfel prin răbdare orice gând de deznădejde și asumând convertirea la o viață creștină [26]. Suferința, boala, necazurile pot deveni o adevărată cale de cunoaștere a lui Dumnezeu atunci când omul recunoaște dimensiunea spirituală a existenței sale. Durerea este o nouă revelație a lui Hristos în om [27]. Indiferent de cine le suportă: copiii, tineri, maturi și bătrâni, pentru toți suferințele și necazurile pot deveni motive de adâncă meditație și pocăință [28] și mai presus de toate un bun prilej de întărire a credinței. Prin suferință ne amintim de Dumnezeu, ne raportăm la El, și este mărită astfel marea harismă a rugăciunii [29] și a pocăinței. Tocmai apartenența la Dumnezeu prin credință, dă omului curajul de a înfrunta și de a răbda suferința văzând în suferință un mijloc de întărire nu în sensul stoicismului, ci în sensul că aceste sunt date omului ca îndreptare și pedagogie divină [30]. Sf. Ciprian al Cartagenei vorbind despre diferența dintre creștini și păgâni în a suporta suferințele, supune că pentru cei care cunosc puterea credinței, durerea și boala sunt mijloc de întărire [31]. Există, deci o pedagogie divină, în baza căreia încercările sunt necesare tuturor, spre exersare duhovnicească: *“Încercarea-spune Sf. Isaac Sirul -este de folos oricărui om(...).Cei ce se nevoiesc sunt încercați, ca să sporească în bogăția lor; cei leneși, ca să se păzească de cele ce-i vatămă; cei somnoroși, ca să se îndemne la trezire; cei ce se află departe, ca să se apropie de Dumnezeu; casnicii, ca să intre în casă cu îndrăzneală. Nici un fiu nedepriș nu primește bogăția casei tatălui său înainte de a se putea folosi de ea. De aceea îi și încearcă mai întâi Dumnezeu și-i supune la greutăți, apoi le arată darul”* [32].

Sf. Vasile cel Mare, el însuși încercat de suferință, spune că Dumnezeu îngăduie suferința, necazurile și lipsurile ca o încercare din care omul

poate regăsi nădejdea, credința, răbdarea, capacitatea de tăcere, nepătimirea. Scopul lor este acela de a-i face și mai străluciți și vrednici de o și mai mare răsplată pe cei ce le poartă și le depășesc duhovnicește: *"Furtuna mării – spune Sf. Vasile – pune la încercare și verifică pe căpitanul corabiei, stadionul pe atlet, lupta pe general, nenorocirea pe omul tare la suflot, ispita pe creștin. Necazurile încearcă sufletele ca focul auru"* [33].

Suferința are această putere terapeutică de a-l depărta pe cel păcătos de ceea ce este trecător și lipsit de valoare în lume, îl dezleagă de pământ și-l face matur pentru a caută patria cerească [34]: *„Ești sărac. Nu te mâhni! Că întristarea prea mare ajunge pricina de păcat; mâhnirea cufundă mintea, încurcăturile amestecă iar nedumerirea naște nerecunoștință. Ai însă nădejde în Dumnezeu! Oare Dumnezeu nu vede strâmtorarea ta? În mâna Lui are hrana ta, dar amână datul ca să-ți pună la încercare tăria, ca să-ți cunoască gândul, de nu cumva este ca al celor răi și nemulțumitori. Că aceia, atâta vreme cât au în gură bucățele, laudă, lingușesc și nu încetează a se minuna; dacă sunt îndepărtați puțin de la masă lovesc cu insultele ca și cu niște pietre pe cei cărora cu puțin mai înainte li se închinau, din pricina plăcerii, ca lui Dumnezeu"* [35]. Într-o astfel de situație, boala e mai presus de certarea pedagogică și celui ce o suportă cu răbdare și mulțumește lui Dumnezeu i se socotește drept de asceză și nevoință sau chiar mai mult, culege din răbdarea aceasta rodul mântuirii [36].

Concluzii

Rolul pedagogic al suferinței reiese și din faptul că ea ne arată, că păcatul lucrează în ființa noastră, că am ieșit din iubirea ocrotitoare a lui Dumnezeu riscând astfel mântuirea. Ca exemplificare, foarte simplu, observăm că ținând mâna deasupra focului firește ne vom arde, vom simți o usturime și prima reacție va fi aceea de a ne retrage imediat mâna de acolo. Aceasta înseamnă că acțiunea noastră anterioara de așezare a mâinii în flacăra a fost rea și durerea ce a urmat ne-a arătat aceasta. Iar dacă nu am fi simțit durerea, suferința provocată de foc, am fi riscat foarte să ni se ardă și mâna și trupul tot pierzându-ne astfel. Iată deci, cum suferința apare ca un prim vestitor că ne aflăm în pericolul distrugerii săvârșind anumite fapte.

Același sens au și suferințele ce se abat peste oameni, de a arăta că ființa lor se zbate într-un mediu neconform cu starea și locul ei firesc și de aceea se luptă prin durere spre a nu devia în devenirea ei ontologică. Numai în Hristos omul își poate reveni în firea lui cea adevărată, așa cum a fost concepută de Dumnezeu mai înainte de veci, când S-a gândit să facă pe om în chipul și asemănarea cea dumnezeiască iar descoperirea firii omului este devenirea într-o ființă [37].

În fine, suferința are puterea să transforme oamenii. Cei care, mai înainte treceau indiferenți pe lângă semenii lor îndurerați, după un necez suferit, o boală mai grea, și-au schimbat comportamentul. Au devenit niște buni samarineni și s-au aplecat cu milă asupra semenilor; sunt capabili nu numai de compătimire ci și de jertfire pentru binele aproapelui. Suferința da adevărata valoare a vieții. Ea ne învață lecția iubirii. Mai mult decât toate teoriile și ambițiile didactice, suferințele pătimate fac omului o educație reală și sănătoasă. Învățăturile scoase din suferințe sunt mai tari și mai adevărate decât toate principiile pedagogice. Acestea din urmă sunt de altfel tot așa de des și de substanțial corectate de experiența vieții [38].

Dumnezeu, din dragoste nețărnută pentru noi nu vrea să lase iubirea noastră să se risipească în păcat și de aceea încearcă în toate felurile de a o întoarce pe făgașul ei real. Hristos pentru cei ce se depărtaseră de El a venit, pentru ei a suferit, a murit și a înviat, dar dacă ei nu înțeleg aceasta Dumnezeu îi ține în suferința pe care singuri și-o cauzează cu speranța Tatălui din Evanghelie că doar se vor întoarce cândva acasă.

Referințe bibliografice

1. Terrin Aldo Natale. Il dolore e la morte nelle religioni. În: Sensul vieții, al suferinței și al morții. Alba-Iulia, 2008, p. 57.
2. Balca Nicolae. Sensul suferinței în creștinism. În: Studii Teologice, 1957, Nr.3-4, p. 155.
3. Stan Alexandru & Rus Remus. Istoria Religiiilor. București, 1991, p. 247.
4. Vlachos Hierotheos. Psihoterapie ortodoxă – continuare și dezbateri. București: Sofia, 2007, p. 148.
5. Larchet Jean-Claude. Dumnezeu nu vrea suferința omului. București: Edit. Sophia, 2008, p.104.
6. Chiodi Maurizio. Etica de la Vita. Milano: Edizioni Glossa, 2006, p. 360.
7. Dionigi Tettamanzi. Nuova Bioetica Cristiana. Torino: Piemme, 2001, p. 350.
8. Ricoeur Paul. Filosofia della volontà. I. Il volontario e l'involontario. Genova: Marietti, 1990, p. 107-112.
9. Dionigi Tettamanzi. Nuova Bioetica Cristiana. Torino: Piemme, 2001, p. 353.
10. Teșu C. Ioan. Necazurile, durerile și suferințele – forme ale iubirii milostive a lui Dumnezeu. În: Teologie și Viață, 2012, Nr. 9-12, p. 6.
11. Chirilă Pavel & com. Principii de bioetică. O abordare ortodoxă. București: Edit. Christiana, 2008, p. 143.
12. Sf. Ioan Gură de Aur. Epistolae ad Olympiadem. În: J.P. Migne, 1859, Patrologia Graeca, vol. 52, col. 549: "*Entenim una dumtaxat res gravis ac pertimescenda est, o Olympias, una tentatio, nempe peccatum*".
13. Sf. Ioan Gură de Aur. Epistolae ad Olympiadem. În: J.P. Migne, 1859, Patrologia Graeca, vol. 52, col. 571-572: "*Haec igitur ipsa tecum perpetuo meditare, et quo ea res cruciatum tibi maiorem affert, eo etiam eam, si grato animo feras,*

maiolem fructum allaturam esse existima. Non enim corporeae dumtaxat plagae illatae, sed etiam animi dolor omni sermone sublimiores coronas affert, et quidem animi dolor magis quam corporis, cum qui feriuntur, cum gratiarum actione ferunt. Quemadmodum igitur si corpore lacerata verberibusque concisa, forti ac generoso animo id ferres, Deique gloriam hoc nomine praedicares, ingentem hinc mercedem consequeris: eodem modo, cum haec animus tuus patiatur, magna hinc praemia exspecta. Expectes vetim etiam fore omnio, ut rursus nos videas, atque hoc dolore libereris, amplumque et uberem huius doloris quaestrum, et post hac et nunc, percipias."

14. Sf. Ioan Gură de Aur. Epistolae ad Olympiadem. În: J.P. Migne, 1859, Patrologia Graeca, vol. 52, col. 592 : "*Hoc omnibus rebus adversis gravis esse, ac summus patientiae genus*".
15. Sf. Ioan Gură de Aur. Epistolae ad Olympiadem. În: J.P. Migne, 1859, Patrologia Graeca, vol. 52, col. 606-607: "*Te vero exsultare ac laetitia diffundi convenit, quia quod virtutum caput est praestitisti. Nosti etiam, nostri profecto nihil esse quod patientiam adaequare possit, verum ipsam potissimum virtutum reginam esse, rerum praeclare gestarum fundamentum, portum tranquillum, in bello pacem, in tempestate tranquillitatem, in insidiis securitatem: quae sectatorem suum adamante firmiorem reddit, hanque naturam habet, ut eam nec arma mota, nec instructi exercitus, nec adhibita tormenta, nec arcus, nec lanceae emissae, nec ipsum daemonum agmen, nec terrificae adversariorum potestatum phalanges, nec denique diabolus ipse cum omnibus suis copiis machinisque in aciem prodiens, detrimento ullo afficere possit. Quid igitur extimescis? Quid excruciaris, cum ipsam quoque vitam, si tempus postularit, aspernari dinturna meditatione didiceris? At urgentium malorum finem cupis. Erit quoque istud, quidem brevi, Deo concedente. Gaude igitur et oblectare, atque cogitandis tuis recte factis animum exhilara: nec umquam despera*".
16. Sf. Maxim Mărturisitorul. Epistolae, În: J.P. Migne, 1865, Patrologia Graeca, vol. 91, Epistola XVI, col. 579: "*Deci să nu slăbim în necazuri, cinstitute părinte, știind că necazul lucrează răbdare, iar răbdarea, încercare, iar încercarea, nădejde, iar nădejdea nu rușinează, având asigurată bunătatea pentru care pătimim*". ("*Ne ergo deficiamus in tribulationis, venerande Pater, quos non lateat tribulationem patientiam operari; patientiam autem, probationem; probationem vero spem; spem autem, non confundere: quae firmam habeat, eorum nomine quae perpetuatur, aeternorum bonorum beatam possessionem ac dulcedinem*").
17. Larchet, Jean-Claude. Teologia bolii. Sibiu: Edit. Oastea Domnului, 1997, p. 58.
18. Ferictul Augustin. De civitate Dei. În: J.P. Migne, 1845, Patrologia Latina, vol 41, col. 21: "*Nam sicut sub uno igne aurum rutilat, palea fumat; et sub eadem tribula stipulae comminuuntur, frumenta purgantur; nec ideo cum oleo amurca conlunditur, quia eadem preli pondere exprimitur: ita una eademque vis irruens bonos probat, purificat, eliquat; malos damnat, vasiat, exterminat*".
19. Turcu Ioan. Suferința în concepția laică și cea creștină. București, 1931, p. 147.
20. Larchet Jean-Claude. Dumnezeu nu vrea suferința omului. București: Edit. Sophia, 2008, p. 129.
21. Vlachos Hierotheos. Psihoterapie ortodoxă – contiuare și dezbatere. București: Sofia, 2007, p. 145.

22. Frankl Viktor. La soferenza di una vita senza un senso. Psihoterapia per l'uomo d'oggi. Torino: Elle Di Ci Editrice, 1992, p. 92.
23. Chiodi Maurizio. Etica de la Vita. Milano: Edizioni Glossa, 2006, p. 363.
24. Marcel Gabriel. Homo viator. Roma: Borla, 1980, p. 57.
25. Marcel Gabriel. Homo viator. Roma: Borla, 1980, p. 57.
26. Teșu C. Ioan. Necazurile și încercările, căi spre mântuire. Accente hrisostomice. În: Analele Universității Al. I. Cuza din Iași, vol. 12, Teologie Ortodoxă, p. 98.
27. Vlachos Hierotheos. Psihoterapie ortodoxă – contiuare și dezbateri. București: Sofia, 2007, p. 145.
28. Teșu C. Ioan. Necazurile și încercările, căi spre mântuire. Accente hrisostomice. În: Analele Universității Al. I. Cuza din Iași, vol. 12, Teologie Ortodoxă, p. 102.
29. Vlachos Hierotheos. Psihoterapie ortodoxă – contiuare și dezbateri. București: Sofia, 2007, p. 146.
30. Sf. Ioan Gură de Aur. Epistolae ad Olympiadem. În: J.P. Migne, 1859, Patrologia Graeca, vol. 52, col. 553: "*Si igitur nunc cum molestiis laetos quoque successus subducere volueris, si non multa signa et miracula, at multas tamen res miraculis non dissimiles conspicies, quae quidem ingentis Dei providentiae atque auxilii perspicuis argumenta sint*". ("Dacă vrei, deci, să socotești faptele bune cu cele rele care se petrec în timpul de față, vei vedea, dacă nu semne și minuni, multe fapte asemănătoare minunilor, semne nespuse ale marii purtări de grijă a lui Dumnezeu și a ajutorului Lui".)
31. Sf. Ciprian al Cartaginei. De Mortalitate. În: J.P. Migne, 1844, Patrologia Latina, vol. 4, cap. 13, col. 591B: "*Hoc denique inter nos et caeteros interest, qui Deum nasciunt, quod illi in adversis queruntur et murmurant, nos adversa non avocant a virtutis et fidei veritate, sed corroborant in dolore*"; ("Ceea ce ne deosebește de cei ce nu-l cunosc pe Dumnezeu este faptul că aceștia din urmă se plâng și cârtesc la necaz, în timp ce pentru noi nenorocirea, departe de a ne abate de la adevărul curaj și de la adevărata credință, ne întărește prin durere".)
32. Sf. Isaac Sirul. Cuvinte despre nevoie. În: Filocalia Română, București: Editura Institutului Biblic, 1981, vol. 10, p. 251-252.
33. Sf. Vasile cel Mare. Homilia dicta Tempore Famis et siccitatis. În: J.P. Migne, 1857, Patrologia Graeca, vol. 31, col. 318C: "*Nam nauclerum tempestas, athleam stadium, imperatorem acies, magnanimum virum calamitatis, Christianum tentatio probat et examinat. Atque ut ignis aurum, ita res adversae animam probat*".
34. Balca Nicolae. Sensul suferinței în creștinism. În: Studii Teologice, 1957, Nr.3-4, p. 170-171.
35. Sf. Vasile cel Mare. Homilia dicta Tempore Famis et siccitatis. În: J.P. Migne, 1857, Patrologia Graeca, vol. 31, col. 318CD: "*Puper es? Cave animum abjicias. Nam nimia tristitia causa fit peccati, quod demergat mentem maeror, inducatque vertiginem desperatio, et vitium ingrati animi pariat consilii inopia. Sed spem habeto in Deum. Nunquid enim: non videm angustiam? Habet cibum in manibus: sed difert largitionem, ut probet tuam constantiam, ut animum agnoscat, sitne intemperantibus et ingratis consimilis. Ille enim, dum in ore sunt cibi, benedient, adulantur, supra modum admirantur: paululum vero dilata*

mensa, blasphemii velunt lapidus inpetunt eos quos aliquanto ante aequae ac Deum propter voluptatem colebant.

36. Teșu C. Ioan. Bolile -"Divina filozofie". Suferința – Pedagogie divină. În: Teologie și Viață, 2012, nr. 1-4, p. 20.
37. Celălalt Noica. Mărturii ale Monahului Rafail Noica însoțită de câteva cuvinte de folos ale Părintelui Simeon. București: Editura Anastasia, 1994, p. 46.
38. Coman G. Ioan. Frumusețile iubirii de oameni în spiritualitatea patristică. Timișoara: Editura Mitropoliei Banatului, 1988, p. 282.

TENDINȚE CONTRADICTORII ALE GLOBALIZĂRII ÎN CONTEXTUL ACTUAL AL EVOLUȚIEI PLANETARE

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

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

anatolie.esanu@usmf.md

CONTRADICTIVE TRENDS OF GLOBALIZATION IN THE CURRENT CONTEXT OF PLANETARY EVOLUTION

In this paper the author records some trends of evolution of the society from the perspective of the contemporary process of globalization. It highlights some crisis phenomena of current globalization, such as the increase of social-economic inequality at regional, interstate, and interpersonal level, as well as the crisis of migration and its consequences, the relationship between global and local in cultural context, and the phenomenon of nationalism and xenophobia.

Conceptul de „globalizare” a ocupat prim planul agendei științifice începând cu anii 90 al secolului XX. Fenomenul a marcat formarea unui sistem mondial fundamental nou, caracterizat prin fortificarea proceselor planetare în direcția integrării economice, politice și culturale. Subiectul globalizării îl reprezintă țările dezvoltate, în primul rând Statele Unite, iar majoritatea statelor lumii devin obiectul acestui fenomen. Prin urmare, în mod firesc, după cum a menționat J. Stiglitz, globalizarea se transformă în americanizare [1].

Globalizarea reprezintă un proces de lungă durată de transformare a economiilor naționale și a relațiilor politice între țări într-o geoeconomie și geopolitică unitară. Această abordare este strâns conexasă de conceptul de hegemonie mondială, ea fiind concepută ca o suprastructură geopolitică ce traversează baza economică globală pe care o controlează. Orice transformare a hegemoniei din motive interne sau provocări externe implică schimbări în spațiul geo-economic și geopolitic.

Pentru prima dată în istorie, lumea a devenit unitară. Prezentul și viitorul țărilor și popoarelor sunt determinate de probleme cu caracter predominant global: schimbările climatice, o deficiență crescândă de apă potabilă, o creștere a costurilor alimentare, o deficiență din ce în ce mai mare de materii prime și energie, fluxurile financiare globale, scăpate de sub controlul și reglementările naționale și internaționale, proliferarea armelor nucleare. Economia a devenit cu adevărat globală.

Economia mondială în context globalizațional a devenit un sistem de piață unic, a cărui ierarhie se bazează pe un nivel diferit de dezvoltare economică. Drept urmare, potrivit lui I. Wallerstein, Occidentul s-a dovedit a fi „centrul” întregii lumi, iar restul acesteia – „periferia”. „Centrul” creează, controlează și exploatează „periferia” [2]. Astfel, transformările din economia mondială care s-au produs la intersecția secolelor XX și XXI au contribuit la crearea, în accepțiunea lui M. Castells, a așa numitei „asimetrii globale”, care s-a intensificat în condițiile unei lumi unipolare.

Sursa animozităților, chiar am putea spune a unei crize a globalizării, se regăsește în baza economică. Principalul postulat al ideologului macroeconomiei moderne M. Friedman: o economie de piață este un sistem de autoreglare în care rolul statului se reduce doar la controlul circulației banilor [3]. Implementarea acestui postulat în țările cu economii în tranziție după colapsul comunismului în Europa de Est și în spațiul post-sovietic a contribuit la extensiunea modelului neoliberal și monetarist la scară planetară.

Globalizarea occidentală, în virtutea unor varii circumstanțe, a atins limitele sale naturale. Economia modernă mondială este concentrată în trei mega-regiuni principale: America de Nord, Europa Mare (UE plus spațiul post-sovietic) și Asia de Est. Și dacă acum 10 ani, Statele Unite și Uniunea Europeană dominau indubitabil la indicatorii PIB-ului global, cota lor atingând 54%, actualmente megaregiunea din Asia de Est este deja înaintea foștilor lideri la produsul nominal brut cu 1,5 trilioane de dolari, cota sa în PIB-ul global este de 29%, în timp ce UE și SUA reprezintă împreună 46%. În același timp, PIB-ul nominal al Chinei a crescut din 2007 de la 3,5 trilioane de dolari la 11 trilioane de dolari în 2016.

Devine din ce în ce mai evident faptul că regiunea din Asia de Est, și în special „fabrica globală” China, se postează actualmente drept noul beneficiar al globalizării, iar Statele Unite și-au dat brusc seama că continuarea proceselor geo-economice și geopolitice actuale va duce la slăbirea hegemoniei sale.

Globalizarea occidentală și criza doctrinei neoliberale actualmente sunt înlocuite de ceea ce poate fi rezumat ca neo-mercantilism, protecționism, neomodernism și, eventual, altceva care necesită încă o definire

ulterioară. Într-o proiecție geopolitică, aceste procese pot genera un neo-imperialism conservator, care părea la un moment dat caduc, sau poate accepta forme hibride nestandarde de rivalitate pentru dominația economică și politică din lume.

Dacă părțile componente ale sistemului economic global aflat încă în stare unificată vor începe să se izoleze, în urma politicilor protecționiste ale guvernelor sau grupurilor industriale, având în vedere starea actuală de dezechilibru a economiei mondiale, „entropia” va începe să sporească în deplină conformitate cu cea de-a doua lege a termodinamicii. Aceasta înseamnă că haosul se va aprofunda și incertitudinea va crește.

Toate aceste probleme și multe altele nu pot fi, prin definiție, rezolvate la nivel național sau regional și necesită o guvernanta supranațională globală. Însă, ciocnindu-se cu problemele lumii globale, societățile s-au orientat în rezolvarea lor la instrumentul și sprijinul obișnuit – statul național, care până de curând fusese prevăzut să moară. Dar și statele naționale au slăbit relativ, capacitatea de a influența nu numai procesele globale, ci și cele interne – economice, de mediu, de sănătate, informaționale – a scăzut, scapând din ce în ce mai mult de sub controlul lor. Pandemia Covid-19 demonstrează cu prisosință această circumstanță.

Devine din ce în ce mai evident faptul că lumea modernă necesită o guvernare globală, un „guvern mondial” la care gânditorii liberali au visat din perioada Iluminismului. Și de care autorii conservatori se tem de secole, căutând conspirații evreiești, masonice, americane și semne ale existenței acestui guvern. Dar el tot nu mai apare. Mai rău, majoritatea instituțiilor de guvernare globală au slăbit în ultimele două decenii. Contradicția contradicțiilor” – între globalizarea lumii și deglobalizarea guvernării sale – creează un vid de controlabilitate. Și continuă să se aprofundeze prin slăbirea relativă a instituțiilor de guvernare moștenite din epoca anterioară. ONU s-a transformat de mai mult timp într-un organ util pentru dialog, dar care nu este eficient pentru rezolvarea problemelor majore la nivel global. Consiliul său de Securitate suferă de o cădere a legitimității.

Logica dezvoltării economice globale necesită un „guvern mondial”. Dar în condițiile actuale ale unei scindări în comunitatea mondială, acest lucru este imposibil. „Un guvern mondial nu va fi creat – cel puțin în următoarele secole” [4]. Nu există un guvern mondial, dar există interese dominante și instituții socio-politice care le realizează.

Un model ideal al economiei globale implică o dezvoltare mai uniformă a diferitelor țări, care, în realitate, evident, nu există și este puțin probabil să se producă într-o perioadă vizibilă istoric. Nimeni nu a anulat legea privind dezvoltarea inegală. Chiar și în cadrul Uniunii Europene aceasta

realitate este implementată în formula „Europa cu două viteze”. Ce fel de strategie de dezvoltare uniformă poate fi discutată în raport cu majoritatea țărilor din Asia și America Latină, ca să nu mai vorbim de Africa?

Rezultatele sociale ale modelului actual al globalizării, de asemenea sunt neuniforme, contradictorii și generatoare de dezechilibre. Dominanța liberalismului nelimitat a fortificat polarizarea lumii, a extins decalajul dintre „miliardul de aur”, și cea mai mare parte a populației din „lumea a treia”. Potrivit ONU, în 2010, diferența dintre grupul de țări cu venituri mari în care locuiau „miliardul de aur” (1.004 milioane de oameni, sau 15,3% din populația lumii) și grupul de țări cu venituri mici, unde este concentrat „pragul sărăciei” (2.348 de milioane de persoane, sau 37,2% din populația lumii), în termeni de PIB s-au ridicat la 27 de ori, în termeni de PIB pe cap de locuitor – de 64 de ori, în capitalizarea de piață a activelor – 788 de ori, în costurile de asistență medicală pe cap de locuitor – de 115 ori. Dacă în 1960 diferența de venit între cea mai bogată cincime și cea mai săracă cincime a populației era 30: 1, atunci în 1997 ea a atins cota de 74: 1 [5].

Modelul actual al globalizării a aprofundat stratificarea socială nu numai în țările în curs de dezvoltare, dar și în cele ale „miliardului de aur”. Creșterea polarizării sociale, inclusiv sub forma de subminare economică a clasei de mijloc, are loc în întreaga lume occidentală, inclusiv în Statele Unite. Unii autori afirmă că în urma reformelor de piață, Statele Unite au devenit socialismul pentru bogați și capitalismul pentru săraci [6]. În Marea Britanie, care a adoptat principiul „economiei deschise”, în ultimul deceniu al secolului XX veniturile celor mai bogate 20% din populație au crescut cu 4,8% pe an, iar veniturile celor mai neasigurate 20% – doar cu 0,2%. Polarizarea veniturilor a crescut semnificativ în marile orașe, deoarece anume în ele costurile socio-economice ale globalizării sunt cel mai profund resimțite.

O polarizare socială în creștere amenință securitatea și stabilitatea în lume. Desigur, a existat și în trecut un decalaj profund între țările bogate și cele sărace. Dar globalizarea a adus un element nou, un fenomen sociopsihologic atât de puternic, și anume, efectul comparației, grație posibilităților fără precedent ale comunicării globale, accesului la un volum inimaginabil de informații. Sărăcia la un pol și bogăția provocatoare la celălalt, caracteristică lumii moderne, reprezintă un generator permanent de frustrare și intoleranță agresivă.

Globalizarea în limitele modelului ei actual agravează contradicția dintre cosmopolitismul capitalului și suveranitatea statului național. Libertatea fără limite a piețelor deschise, limitarea rolului statului în sfera economică creează riscuri atât pentru reglementarea distribuției veniturilor, cât și pentru protejarea drepturilor cetățenilor în sfera socială, pre-

cum și pentru democrație în general. „Economia în sine nu funcționează pentru consolidarea unei societăți democratice. Aceasta generează tendințe centrifuge puternice care trebuie stopate” [7]. Pentru o economie de piață cosmopolită, există doar consumatori cosmopoliți.

Diferența din ce în ce mai mare dintre cei super-bogați și cei săraci din țările dezvoltate acumulează un potențial protestatar, iar țările sărace devin surse de migrație cu un potențial conflictual exploziv. Creșterea exponențială a migrației din ultimii ani este un alt indicator al crizei modelului actual de globalizare. Printre cauzele migrației dominante sunt cele socio-economice. Exodul din țările sărace spre cele bogate reprezintă o dorință naturală a oamenilor pentru o viață mai bună, însă constituie o pierdere strategică pentru țările de origine, deoarece reduce perspectivele de dezvoltare ale acestora.

Potrivit ONU, în 2015, numărul de migranți a ajuns la 248 de milioane, constituind un spor de 47% în 15 ani. Dintre aceștia, 17,5 milioane de refugiați, adică. 7%. Migrația economică constituie marea majoritate a migranților, iar migrația cadrelor înalt calificate și a persoanelor apte de muncă extinde și mai mult ecartul dintre țările „miliardului de aur” și ale statelor în curs de dezvoltate. În același timp, migrația reprezintă adesea o amenințare pentru dezvoltarea stabilă a țărilor gazdă. Șomajul forțat, dificultățile financiare, statutul social precar îi împing pe migranți către forme deviante de comportament. Sub influența imigrației, cultura autohtonă a țărilor gazdă se transformă și ea. Imigranții creează concurență locurilor de muncă pentru populația locală, oferind forță de muncă mai ieftină, reduc câștigurile, crește criminalitatea și aduc cu ei o cultură diferită. Nemulțumită de această stare de fapt, populația locală, în special tinerii, se alătură mișcărilor antiglobaliste. Astăzi, Occidentul începe să conștientizeze suprasaturarea de imigranți.

Procesele contradictorii ale globalizării au generat un alt fenomen specific actualei etape de evoluție planetară, și anume valul de naționalism și xenofobie, ele fiind o rezultată a unei percepții de amenințare a diversității culturale și identităților naționale. Dominanța economiei globalizante creează o bază politică și economică pentru impunerea umanității a unei forme de practică socioculturală ca fiind singura acceptabilă, nivelând toată diversitatea ei sub o singură matrită și, drept consecință, reacția firească de a proteja unicitatea proprie. Însuși Donald Trump în alocuțiunea sa din cadrul Adunării Generale a ONU din 24 septembrie 2019 menționa „lumea liberă trebuie să se bazeze pe fundamentele sale naționale. Trebuie anulate tentativele de substituire sau de anihilare a lor. Dacă privești în jur, dacă contemplezi marea și minunata noastră planetă, imediat se vede și adevărul – dacă voi vreți libertate, trebuie să vă

mândriți cu țara voastră, dacă vreți democrație, fortificați suveranitatea voastră, iar dacă vreți pace, iubiți-vă poporul vostru. Liderii înțelepți dintotdeauna acționau în propria lor țară în interesul propriului popor. Viitorul aparține nu globaliștilor, viitorul aparține patrioților. Viitorul aparține statelor suverane și independente, care-și apără cetățenii, manifestă o atitudine de respect față de vecinii lor și respectă acele diferențe prin care fiecare țară este una deosebită, unică” [8].

Evidențiind reacția grupurilor etnice la procesele globale, M. Castells, într-o lucrare fundamentală dedicată secolului XX și sfârșitului de mileniu, consemnează: „de rând cu revoluția tehnologică, transformarea capitalismului, declinul statalității, am fost martorii la finele secolului la o explozie generală de manifestări puternice ale identității naționale, provocări în contrasens cu globalizarea și cosmopolitismul în numele unicității culturale și al dorinței oamenilor de a-și controla propriile vieți și habitate” [9].

Dar corelația localului și globalului reprezintă concomitent atât o contradicție, cât și interconectare profundă. Experiența etnoculturală locală este de neconceput în afara componentei sale supranaționale – contextul universal. Așa cum spunea Rabindranath Tagore, fiecare națiune este obligată să își dezvăluie identitatea națională lumii. Dacă o națiune nu are nimic de oferit umanității, ea ar trebui considerată o crimă națională, care nu este iertată niciodată de istoria umană. Națiunea este obligată să facă public tot ceea ce are, depășindu-și propriile interese înguste, pentru a trimite lumii întregi o invitație de a lua parte la cultura sa spirituală. Aceste cuvinte, rostite de R. Tagore la o prelegere la Universitatea Kaye în timpul vizitei sale în Japonia în 1916, determină într-un mod clar dialectica generalului și particularului, interacțiunea umanitară a etnosului și a umanității și destinul sociocultural al fiecărui etnos.

În consecință, pagubele cauzate formelor tradiționale de viață socială s-au dovedit a fi destul de semnificative. Din păcate, replica de multe ori este una supradimensionată și constă nu doar dintr-un apel la moștenirea culturală și memoria istorică, ci și la o supraestimare a identității socioculturale, pedalarea diferențelor dintre culturi și civilizații, redundanța eforturilor de protejare a specificului local, demonizarea noilor forme de viață. Toate aceste fenomene transcend în mod organic în sfera socio-politică, generând ascendența adversității și agresivității în protejarea limbii, a culturii, a istoriei naționale.

Tendențele anti-globaliste în ascensiune sunt legate și de faptul că oamenii în general se percep nu ca pe niște reprezentanți confuzi ai unei lumi comune opace, ci a unei comunități etnoculturale specifice. Există un protest spontan împotriva depersonalizării omului, suprimării de către general a particularului, suplinirea de către colectiv a individualului, căci evoluția umanității reprezintă o ascensiune spre diversi-

tate. Motto-ul supraviețuirii umane este : să trăim împreună, rămânând diferiți. Lumea este unică și întreagă, dar elementele sale individuale sub forma unor comunități umane discrete constituie împreună o civilizație culturală multicoloră, ceea ce o face mai stabilă și viabilă într-o eră a globalizării aflată în incertitudine.

Referințe bibliografice

1. Stiglitz Joseph E. Globalizarea: speranțe și deziluzii. București: Paradigmele economiei, 2003, p. 24.
2. Wallerstein, Immanuel. World-System Analysis: An Introduction. Durham: Duke University Press, p.179.
3. Friedman Milton. The Methodology of Positive Economics. In: Essay in Positive Economics. Chicago: The University of Chicago Press, 1966, p.3-16, 30-43.
4. Белл Д., Иноземцев В. Эпоха разобщённости. Размышления о мире XXI века. М.: Центр исследований постиндустриального общества, 2007, с. 224.
5. Стукало А., Авдеева Т. Глобализация мировой экономики. In: Международная жизнь. 2000. № 5, с. 54.
6. Zinn Howard. A People's History of the United States: 1492 – Present. Harper & Row Perennial Classics, 2003.
7. Alexis de Tocqueville. Democrația în America. București: Humanitas, 2000, p. 391-392.
8. The Washington Post, 2019, September 24.
9. Castells Manuel. The Power of Identity. 2nd Edition. Oxford: Wiley-Blackwell, 2009, p. 3.

SPECIFICUL UNEI COMUNICĂRI CU PACIENȚII CU DIZABILITĂȚI

Oleg Cobileanschi, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Svetlana Condrațiu, dr. șt. med., conf. univ.

Alexandru Dandara, medic rezident

oleg.cobileanschi@usmf.md

svetlana.condrațiu@usmf.md

SPECIFIC OF COMMUNICATION WITH PATIENTS WITH DISABILITIES

This article elucidates some notions of „communication”, as well as communication failures in patients with disabilities. The difference between communicating with female and male patients and how to create the conditions for productive communication was also described. The specificity of communication with psychotic patients was elucidated.

Comunicarea este un fenomen cultural ce formează un ansamblu de acțiuni care au în comun transmiterea de informații sub formă de mesaje, știri, semne sau gesturi simbolice, texte scrise și etc. între doi indivizi, numiți interlocutori, sau mai formal, emițător și receptor. Ele variază în dependență de specificul cultural și factorii externi al mediului în care sa dezvoltat această limbă.

Cum putem comunica cu un pacient psihotic este o problemă deosebită pe care și-o pun adesea cu îngrijorare membrii familiei a acestuia, rudele apropiate, prietenii, colegii de serviciu, vecinii și nu de puține ori chiar și personalul medical, care se confruntă cu o persoană ce prezintă unul sau mai multe simptome: (comportament dezorganizat sau catatonie, halucinații, idei delirante, vorbire dezorganizată (incoerență ideo-verbală) și etc. [4, 7, 10].

Este o abordare care pune accentul pe comunicarea în ambele sensuri, atât din partea personalului medical spre pacient, dar și invers, fiindcă dialogul joacă un rol esențial, aducând beneficii vădite calității și rezultatelor finale ale actului medical. Această implicare a pacientului în diversele decizii necesare în timpul discursului medical este un aspect cheie al specificului îngrijirii medicale ale pacientului. O comunicare adecvată de ambele părți este un element fundamental în construirea unei îngrijiri medicale corecte față de pacient să fie calitativă, eficace și eficientă [4, 10].

Simptomele psihotice relevă o deteriorare severă în aprecierea realității, astfel încât persoana în cauză evaluează incorect realitatea. Pacientul psihotic este convins de realitatea celor gândite, simțite, trăite de el. Simptomele respective îi stăpânesc conștiința și îi modifică în mod patologic comportamentul. Simptomul psihotic, este în ciuda contradicțiilor evidente cu realitatea, lipsa atitudinii critice, pacientul este lipsit de capacitatea de a i sesiza esența patologică.

Atât retrăirile halucinatorii cât și ideile delirante sunt considerate a fi un efect al supraactivării persoanei caracterizate prin descărcări brutale [6, 11].

Simptomele psihotice sunt considerate ca elemente psihopatologice de o mare gravitate, conferind caracterul de urgență psihiatrică și posibil și medicală, condiției ce le manifestă.

Simptomele psihotice caracterizează conform DSM-IV, trei grupe mari de tulburări și anume:

- tulburări psihotice primare (schizofrenia, tulburarea psihotică acută, tulburarea schizoafectivă, tulburarea delirantă) și ocazional anumite tulburări de dispoziție primare, conferindu-le un grad suplimentar de gravitate;

- tulburări psihotice datorate unei condiții medicale generale și ocazional întâlnite în anumite tulburări cognitive datorate unei condiții medicale generale (delirium și demența);
- tulburări psihotice induse de o substanță psihoactivă și ocazional în anumite tulburări cognitive (delirium, demența) induse de o substanță psihoactivă [13, 22].

Pentru a înțelege mai bine gravitatea simptomelor psihotice ele ar putea fi comparate cu simptome somatice precum hematemiza, melena, febra de 39-40°C, simptome ce reprezintă persoana în cauză, determinând solicitarea a ajutorului medical. Este greu de presupus că în fața unor astfel de simptome, cineva, indiferent de gradul de educație medicală ar ignora pur și simplu simptomul considerându-l lipsit de semnificație [20, 14].

Nerecunoașterea sau ignorarea simptomelor psihotice constituie o problemă deosebit de importantă ce grevează comunicarea cu pacientul psihotic. Aceasta nu este o problemă specifică ci una generală care aparține în egală măsură individului și comunității.

La nivel individual, pacientul psihotic este lipsit de capacitatea de a sesiza esența patologică ceea ce îl incapacitează de cele mai multe ori, în solicitarea personală a ajutorului medical.

Observăm un lucru extrem de interesant și anume faptul că majoritatea persoanelor nu au idee când o problemă personală devine suficient de mare importanță încât să necesite îngrijire medicală psihiatrică. Cercetările recente sugerează faptul că oamenii operează mental pe baza unor scheme conținând o abordare asupra cauzei, simptomelor, evoluției corespunzătoare unui anumit tip de boală. Identificarea caracteristicilor unei anumite astfel de scheme conduce persoana la conștientizarea necesității ajutorului medical și al obiceiului de complianță la tratament. În ceea ce privește schemele mentale ale tulburărilor psihice, acestea constituie încă o arie majoră de cercetare [3, 9, 18].

Există însă o relație direct proporțională în societate, respectiv nivelul cultural și economic al persoanelor ce se adresează serviciilor medicale de îngrijire a sănătății mentale. Nivelul educației pare să fie mult mai important decât aspectul material privind autoadresarea către medicul psihiatru, ceea ce sugerează că factorii culturali sunt mult mai importanți decât resursele financiare.

Am observat, că femeile se adresează cu mai multă ușurință decât bărbații serviciilor de îngrijire a sănătății mentale. Cum rezultă din cercetările sociologice pe parcursul mai multor ani, datorită faptului că ele sunt mai capabile să identifice aspectele sanogene și respectiv patogene comparativ cu bărbații. Această recunoaștere este punctul cheie în pro-

cesul luării deciziei de a se adresa medicului psihiatru și care diferențiază bărbații de femei [16, 21].

Persoanele cu o comorbiditate a condițiilor medicale sunt mai interesate să caute ajutor medical specializat psihiatric, decât acelea cu o singură boală.

Factorii psihologici personali cum este strategia de a face față negării problemei sau prin evitarea confruntării cu problema ivită, prejudecățile legate de serviciile de psihiatrie, contribuie și ele la rândul lor la această atitudine de ignorare a simptomelor psihotice.

În comunitate persistă din nefericire o percepție negativă a bolnavilor psihici, o atitudine de rejectare a acestuia ce se învâрте în jurul nostru de pericolozitate și impredictibilitate a acestor pacienți, atitudine întărită și de tablourile stereotipe ce apar în mass-media (TV, filme, ziare).

Atitudinea aceasta negativă (având o strânsă legătură problematică comunicării în general cu pacientul psihotic) este parte a unei grupări mai largi de credințe, atitudini și valori caracterizate prin absența simpatiei pentru oamenii aflați în suferință, a unei neîncrederi adânc înrădăcinate în oameni și instituții. Atitudinea negativă față de pacienții psihici este mai pronunțată la persoanele în vârstă, a celor cu nivel educațional scăzut și al bărbaților comparativ cu femeile.

Prin impactul asupra comunicării cu pacientul psihotic, atitudinea negativă este importantă dintr-o multitudine de motive, dar mai ales pentru faptul că ea privează pacientul de ajutorul medical [19, 20].

Simptomele psihotice sunt ignorate sau tolerate inimaginabil de mult atât de pacient cât și de microgrupul în care trăiește. Studiile asupra primului episod de schizofrenie evidențiază faptul că perioada medie de timp de la debutul simptomelor psihotice și până la inițierea unui tratament eficient este frecvent de câțiva ani.

Dar chiar și pacienții care se adresează serviciilor sistemului de sănătate înregistrează întârzieri considerabile în instituirea unei terapii adecvate. Pacienții aflați la primul episod de schizofrenie au avut în medie 7-9 consultații (contacte medicale) cu profesioniștii din sistemul de sănătate înaintea primirii unui tratament adecvat. Durata de timp dintre debutul simptomelor psihotice și inițierea tratamentului (durata psihozei netratate) are implicații profunde asupra pacientului și familiei sale [15, 19].

Cunoaștem, că simptomele psihotice netratate pot avea un efect „toxic” prin ele însele asupra structurilor cerebrale. Studiile evidențiază corelații dintre durata psihozei netratate și prognosticul afecțiunii în termeni ai ratei de recădere, duratei de timp necesare atingerii remisiunii simptomelor, nivelului de remisiune atins și etc. Pe de altă parte perioada psihozei dinaintea începerii tratamentului a fost găsită deosebit de trau-

matizantă pentru familiile pacienților fiind caracterizată prin rate înalte de suicid și parasuicid, suferință familială, acte medico-legale, intervenții ale poliției, utilizare de droguri, comportament amenințător, perturbant, cu tendința de a abandona relația cu pacientul. Din nefericire, motivația de a căuta ajutor psihiatric apare numai în contextul deteriorării severe în funcționarea relațiilor intrafamiliale [1, 2, 13].

Comunicarea cu pacientul psihotic este grevată de asemenea de o serie de prejudecăți, unele aparținând chiar personalului medical. O prejudecată deseori întâlnită printre cadrele medicale care îngrijesc pacienți psihotici având distorsiuni importante în aprecierea realității este aceea că în totalitate judecata pacientului este afectată, că acesta nu ar fi în stare să discearnă sau să acționeze în mod responsabil, prezumție ce nu corespunde realității. Comunicarea este un proces învățat, influențat desigur de aptitudinile persoanei, de abilitatea sa de a relaționa cu alții, de experiențele trecute, de condiția socio-culturală sau etnică, dar și de cunoștințele asupra subiectului abordat [5, 10, 18].

Desigur comunicarea cu pacientul psihotic recunoaște anumite aspecte specifice, pur tehnice ce pot fi divizate în:

- atitudini corecte;
- atitudini greșite.

Pacientul psihotic simte nevoia să comunice, să exprime trăirile patologice care de cele mai multe ori sunt angoasante. Simptomul psihotic nu anulează comunicarea în totalitatea formelor ei. Faptul că pacientul psihotic ne comunică suferința lui într-o manieră care ne intrigă, ne șochează, ne sperie nu ne dă dreptul să o ignorăm. Atenția, îngrijorarea, compasiunea și suportul de care beneficiază simptomele medicale, o datorăm în egală măsură simptomelor psihice și mai ales celor psihotice. Imaginați-vă că întoarceți spatele unei persoane care se prăbușește sub ochii dumneavoastră acuzând dureri precordiale. Este același lucru.

Filosofia îngrijirilor medicale centrate pe pacient are următoare principii de bază și expunem mai jos:

- **colaborare** – cadrele medicale, pacienții, familiile lor și conducerea administrativă a unităților medicale colaborează pentru realizarea unui act medical de înaltă calitate, eficacitate și eficiență;
- **comunicare deschisă și completă** – cadrele medicale împărtășesc pacientului, la timp, informații complete și obiective, într-un mod care este încurajator și util pacientului, astfel încât acesta să poată participa la luarea deciziilor medicale;
- **demnitate și respect** – cadrele medicale îi ascultă pe pacienți și iau în calcul valorile, convingerile și preferințele acestora în luarea deciziilor medicale;

- **participare** – pacienții și familiile lor sunt încurajați și sprijiniți pentru a participa în actul medical și deciziile pe care le implică [10, 16].

Comunicarea adecvată cu pacienții și familiile lor, unul dintre principiile de bază ale asistenței medicale centrate pe pacient, a fost inclusă în topul factorilor care determină gradul lor de satisfacție în privința îngrijirilor medicale primite de către pacienții consultați individuale sau în cadrul unor grupuri.

Punctul de vedere al pacienților este întărit de opiniile personalului medical din spitalele, spitale care promovează abordarea centrată pe pacient. O comunicare adecvată cu pacienții și membrii familiei este esențială în realizarea actului medical de calitate [8, 15, 17].

Pacienții care sunt încurajați să poarte un dialog cu cei care le oferă îngrijiri medicale ce le pun întrebări ca să înțeleagă corect și complet informațiile primite și exprimându-și preferințele pentru un anumit mod de administrare a tratamentului, sunt mai înclinați și reușesc mai bine să-și accepte problemele medicale, să înțeleagă opțiunile de tratament, să-și schimbe comportamentul în modul dorit și să adere mai riguros la respectarea tratamentului prescris.

Atunci când lipsește o comunicare reală pacienții resimt aceasta în mod palpabil, iar anxietatea, vulnerabilitatea și sentimentul lipsei de control se accentuează.

Comunicarea adecvată cu pacienții și familiile lor urmărește să transmită un mesaj clar și să stabilească o legătură între cadrul medical și aceștia, pornind de la valorile primordiale ale profesiei medicale – dorința de a ajuta, atât prin îngrijiri de calitate, cât și prin sprijin moral, pe cineva care suferă [5, 8, 18].

O comunicare adecvată cu pacienții, cum o putem transforma dintr-un concept care poate părea teoretic într-o practică de zi cu zi în saloanele de spital.

Iată ce recomandările principale le putem oferi cadrelor medicale pentru a putea construi ușor o comunicare optimă cu pacienții:

1. Fiți pregătiți de întâlnirea cu pacientul rememorând importanța următoarelor comportamente adecvate:

- Să i acordați pacientului atenție mai deosebită.
 - Să l ascultați cu atenție ce vă spune pacientul.
2. Creați un climat ce va favoriza dialogul și stabilirea legăturii cu el:
- Îmi voi arăta sprijinul moral față de pacient oferindu-i de încurajare de câte ori este posibil.
 - Mă voi adresa pacientului folosind numele pe care îl preferă.
 - Mă voi așeza lângă pacient în loc să stau în picioare.

- Mă voi prezenta și voi împărtăși câte ceva despre mine.
 - Voi acorda atenție membrilor familiei care sunt prezenți, recunoscând rolul lor important în îngrijirea pacientului.
 - Voi fi conștient(ă) de limbajul meu și cum ar putea fi acesta interpretată de către pacient.
 - Voi verifica că am înțeles corect ce mi-a spus pacientul, reformulând ce a spus acesta cu cuvintele proprii.
3. Oferă informații și confirmă cu pacientul că ai înțeles corect ce-ți spune acesta:
- Îl voi ruga pe pacient să-mi explice ce a înțeles.
 - Îmi voi sprijini pacienții pentru a deveni parteneri în procesul de îngrijire oferindu-le acces la informații despre procesul de evoluție a bolii lor.
 - Voi explica informațiile pe care le transmit și voi acorda pacientului timp suficient să proceseze și integreze aceste informații.
4. Cere ți de la pacient părerea despre stilul Dvs. de comunicare:
- Înțelegem, că fiecare persoană învață în mod diferit.
 - Sunt lucruri pe care le puteți face pentru a-i încuraja pe pacienți să vă abordeze fără temeri și să comunice deschis:
 - Campanii / postere pentru a putea să le satisfacem mai bine nevoile și ca șederea ta în staționar să fie cât mai confortabilă;
 - carnețele pentru ca pacienții să-și noteze pe loc întrebările pentru medici și asistenții medicali, pentru a nu le uita până la o eventuală întâlnire cu aceștia;
 - oferirea unei vestimentații diferențiate pentru diversele categorii de cadre medicale astfel încât pacienții să știe mai ușor pe cine pot aborda pentru un anumit tip de problemă;
 - organizarea unor sesiuni periodice de comunicare cu familiile.
 - panouri cu poze ale cadrelor medicale din echipa de îngrijiri;
 - panouri informative pentru comunicarea cu pacienții și familiile lor, unde sunt expuse sarcinile cadrelor medicale a informațiilor utile pacienților, când este programate intervențiile și etc.;
 - sisteme de televiziune pentru pacienți, unde se pot difuza filme medicale educaționale.
 - Ca să mă asigur că am reușit să stabilesc un dialog deschis și clar.
 - Îl voi întreba pe pacient dacă modul în care comunic este adecvat din punctul lui de vedere.

Comunicarea adecvată se bazează, deci, pe lucruri relativ simplu de pus în practică, dar foarte eficiente în a stabili un dialog real și a construi un parteneriat între cadrele medicale și pacienți și familiile lor. Acesta este obiectivul fundamental al îngrijirilor centrate pe pacient.

Existența unui parteneriat real este esențială pentru îmbunătățirea deznodământului actului medical, crescând calitatea și siguranța acestuia, precum și satisfacția pacienților [1, 4, 8].

Concluzii:

1. Comunicarea schematică ajută în lucrul cu pacienții psihotici.
2. Însușirea comunicării corecte de către familia pacienților mențin remisiile mai îndelungate.
3. Comunicarea corectă, adaptivă, favorizează dorința pacienților de ași controla starea proprie.

Referințe bibliografice

1. Coman Alina. Tehnici de comunicare. Bucuresti: Editura C.H. Beck, 2008.
2. Evans RG. Patient centred medicine: reason, emotion, and human spirit? Some philosophical reflections on being with patients. In: *Med Humanit.*, 2003, Jun. 29 (1), p.8–14. doi: 10.1136/mh.29.1.8.
3. Fakhr-Movahedi A., Salsali M., Negarandeh R., Rahnavard Z. Exploring contextual factors of the nurse-patient relationship: A qualitative study. In: *Koomeh.*, 2011, 13(1), p. 23–34.
4. Jason H. Communication skills are vital in all we do as educators and clinicians. In: *Education for Health.*, 2000, 13, p. 157–160.
5. Kallergis G. Guide of information and communication with the patient: Personalization, 7 therapeutic relationship, character, family. *Medical Graphics*. 2000.
6. Kidd J., Patel V., Peile E., Carter Y. Clinical and communication skills. In: *BMJ.*, 2005, 330, p. 374- 375.
7. Lee S.J., Back A.L., Block S.D. Stewart Enhancing Pysician-Patient Communication. *Hematology*, 2002.
8. Maguire P. *Communication Skills for Doctors*. London: Arnold, 2000.
9. Mueller Martin. *Psihologie sociala, experiența personală din Germania*. Cluj-Napoca: Editura „Limes”, 2008.
10. Moussas G.I., Karkanias A.P., Papadopoulou A.G. Psychological dimension of cancer genetics: Doctor-Patient communication. In: *Phychiatriki*, 2010, 21, p. 148–157.
11. Oprea N., Nacu An., Oprea V. *Psihiatria*. Chișinău, 2008.
12. Panagopoulou E, Benos A. Communication in medical education. A matter of need or an unnecessary luxury? In: *Archives of Hellenic Medicine*, 2004, 21(4), p. 385–390.
13. Papadantonaki A. Communication and Nursing. In: *Nosileftiki*, 2006, 45(3), p. 297–298.
14. Papadantonaki A. Nursing Role. In: *Nosileftiki*, 2012, 51(1), p. 7–9.
15. Papagiannis A. Talking with the patient: fundamental principles of clinical communication and announcement of bad news. În: *Medical Time Northwestern Greece*, 2010, 6 (Supplement), p. 43- 49.

16. Papagiannis A. Thessaloniki: University Studio Press, 2003.
17. Pânișoară I.O. Comunicarea eficientă. Iași: Editura Polirom, 2004.
18. Teutsch C. Patient-doctor communication. În: Med Clin North Am., 2003, 87, p. 1115–1145.
19. Țânțu M. M., Domnariu C. D. Comunicarea în procesul de îngrijire. In: JMB, 2015, (2), p. 30–33.
20. Vâlceanu C. Comunicarea în asistența medicală. In: Healthcare Communication, 2016, 1(30), p. 11–16.
21. Vuković M., Gvozdrenović B.S., Stamatović-Gajić B., Ilić M., Gajić T. Development and evaluation of the nurse quality of communication with patient questionnaire. In: Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo, 2010, 138(1-2), p.79–84.
22. Тёле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. Мн.: Интерпрессервис, 2002.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И БИОЭТИЧЕСКИЕ И АСПЕКТЫ АДДИКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Татьяна Мишаткина, канд. филос. наук, профессор
Сергей Мельнов, докт. биол. наук, профессор
Международный государственный экологический институт
им. А.Д. Сахарова, Белорусского государственного университета,
Минск, Беларусь
mtv_2013@ tut.by

GENETIC AND BIOETHICAL ASPECTS OF ADDICTIVE STATES

We consider negative parameters of anthropogenic impact on increases in the levels of mutagenicity and the possibility of preserving pathological genotypes that ensure the preservation of alleles responsible for abnormal conditions (propensity to drug, alcohol, and other addictions). We analyse the manifestation and moral-and-social consequences of drug and alcohol addiction, presenting the fundamental bioethical principles of relationships and interaction with people suffering from drug addiction.

Развитие современного индустриального общества существенно меняет воздействие средовых факторов на популяцию *Homo sapiens* как биологического вида, что не может не отразиться на селективной ценности формирующихся генотипов. В настоящее время именно антропогенное воздействие существенно способствует нарастанию уровня мутагенности. Кроме того, успехи современной медицины, снижение детской смертности, ведут к сохранению в популяции патологических аллелей, что также

способствует нарастанию общего генетического груза. Антропо-генизация окружающей среды, ее адаптация для комфортного существования человека резко снижает селективную роль ведущих факторов естественного отбора, которые ранее определяли направления морфологических изменений и широту пределов нормы реакции по адаптационно критическим признакам, лежащим в основе адаптивной микроэволюции. Казалось бы, чем мозаичнее территория, тем напряженнее в ней жизнь, тем больше факторов приходится учитывать. Она отбирает особей с большей пластичностью поведения, поисковой активностью, способностью к многовариантному поведению. Чем выше гетерогенность среды, т.е. чем она контрастнее и мозаичнее, тем плотнее пространственно-временные характеристики среды и тем интенсивнее отбор.

В то же время существование человека в современных рафинированных условиях, лишенных вызовов прошлого, открывают возможности сохранения патологических генотипов, обеспечивающих сохранение аллелей, ответственных за аномальные состояния, в частности, такие как склонности к наркомании, алкоголизму и другим аддикциям, которые в естественных условиях вызывали бы их элиминацию и обеспечили бы генетическую санацию вида. В современных условиях эффективность адаптивной микроэволюции резко снижается и сохраняется возможность для широкого распространения патологических аллелей.

Это в полной мере относится к такому злу, как наркомания и алкоголизм. Их широкое распространение отнюдь не способствует ранней элиминации особей-носителей и их генов-предикторов, а их репродуктивные возможности, сохраняясь, обеспечивают увеличение числа особей-носителей. Кроме того, благодаря развитию современной медицины, инновационным репродуктивным технологиям, естественный отбор перестает работать, что обеспечивает сохранение в ряду поколений неблагоприятных состояний. Под вопросом оказывается сама основа индивидуальных характеристик человека, которая составляет его конституцию в широком смысле — генетическом, морфологическом, функциональном, психофизиологическом и психическом. Под генетически заданной конституцией понимают совокупность наследственной информации, которая определяет стабильные и специфические особенности реактивности организма на внешние воздействия, темпы его роста и развития, характер процессов жизнедеятельности. Внешним выражением генетической конституции человека является своеобразие его фенотипа.

Учитывая изложенное выше, можно констатировать, что

сегодня мы разрушаем генетическую конституцию человека и создаем условия для сохранения генетического потенциала различных патологических состояний, включая разнообразные формы аддикций – от алкоголизма и наркомании до лудомании. А их практическое нарастание в современном обществе уже не вызывает сомнений. К сожалению, о природе этих состояний нам известно крайне мало, хотя изучение индивидуальных вариаций импульсивного поведения и аддиктивных состояний, как неспособности человека контролировать возникающие импульсы и побуждения, проводится уже более полувека. Высоко импульсивное поведение не только является симптомом ряда психиатрических состояний, но и оказывается тесно связанным с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (наркотики, алкоголь), а также игровой зависимостью. Для наркологии ключевым компонентом понимания закономерностей развития не только наркотической, но и любой другой зависимости выступает выявление основных факторов риска данного феномена.

Наркотическая зависимость – это хроническое рецидивирующее психическое расстройство, характеризующееся навязчивым стремлением к приему наркотических веществ, несмотря на негативные последствия для здоровья человека и общества. Наркомания развивается и хронизируется за счет прохождения четырех стадий: случайное употребление, рекреационное употребление, регулярное употребление и непосредственно сама наркотическая зависимость. При этом воздействие вызывающих привыкание веществ чаще всего начинается в подростковом возрасте. Наркомания – это серьезная проблема общественного здравоохранения, приводящая к чрезмерной заболеваемости и смертности и значительному экономическому бремени. Например, в США широкое распространение опиоидов в 1980-2008 гг. привело к большему числу смертей, чем автомобильные аварии.

На тяжелых стадиях наркотической зависимости люди, страдающие от нее, склонны производить переоценку ценностей, тем самым меняя для себя значимость базовых социальных ценностей и отдавая приоритет психотропным веществам в ущерб социальному и семейному взаимодействиям. Вместе с тем многие люди, употребляющие вещества, вызывающие зависимость, не становятся при этом зависимыми, а распространенность зависимости имеет тенденцию снижаться по мере взросления/старения людей.

Значительную часть населения затрагивают нарушения, связанные с употреблением алкоголя. Алкоголизм – это сложное заболевание мозга, характеризующееся 3 различными стадиями цикла

зависимости, которые проявляются как нейрорадаптивные изменения в мозге. Прежде всего, во многих культурах и группах пациентов с диагностированным злоупотреблением алкоголем и/или зависимостью в 2–3 раза чаще возникают тревожные расстройства по сравнению с популяцией в целом. Наличие диагностированной, не ослабляющейся тревожности и/или депрессивного расстройства достоверно предсказывает начальный этап развития алкоголизма. Люди, страдающие от злоупотребления алкоголем, чаще, чем трезвенники, страдают и от неврологических заболеваний, гастрита, рака, цирроза печени. Злоупотребление алкоголем порождает и такие распространенные социальные последствия, как ограничение возможностей получения образования и трудоустройства, ухудшение финансового состояния, чувство вины или раскаяние в отношении этой привычки. Социальное, экономическое и индивидуальное бремя, которое несет алкоголизм и сопутствующий ему ущерб, подчеркивают необходимость глубокого понимания причин развития и патофизиологии этой зависимости.

Сегодня генетическая природа указанных зависимостей не вызывает сомнения. По сути дела, все аддикции — это хронические полигенные мультифакториальные заболевания головного мозга. При этом, по разным источникам, генетический и средовой вклад в формирование этих состояний варьирует в широких пределах, однако игнорировать ни одну, ни другую компоненту нельзя. По мнению д.м.н. А. Кибитова, руководителя лаборатории молекулярной генетики Национального научного центра наркологии Минздрава РФ, до 15% людей имеют генетическую предрасположенность к наркомании, алкоголизму и игромании, причем эта предрасположенность имеет полигенную природу — в ее формирование может быть вовлечено от 40 до 60 генов, хотя сейчас внимание исследователей сосредоточено примерно только на 20 из них.

Современная наркология, занимающаяся диагностикой, лечением и профилактикой этих зависимостей, рассматривает их не как каприз, распущенность, слабоволие, а как заболевания, проявляющиеся в пристрастии к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств и веществ вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема. Их особенность в том, что они порождают у больных множество морально-социальных проблем, связанных с деградацией личности: утрачивается способность нормального общения с коллегами по работе, нарушаются взаимоотношения в семье, теряется квалификация, совершаются правонарушения, влекущие судимость, утрату работы, безделье-

ность, неумение распоряжаться своим временем, финансами и т.д. В результате общественным мнением и даже частью медиков большие алкоголизмом и наркоманией рассматриваются как люди аморальные, безвольные, распущенные и неизлечимые, при этом наследственная компонента уходит на второй план.

Моральной проблемой становится «этический нигилизм» по отношению к этим больным, которым, как правило, отказывают в праве быть субъектами этических отношений. Один из самых спорных биоэтических вопросов здесь – это право человека с зависимостью оставаться самим собой (наркоманом, алкоголиком) или необходимость в его обязательном лечении. Эта проблема носит не только индивидуально-личностный характер (права человека), но и выплескивается на уровень общественных отношений, где решается по-разному. Так, например, в Нидерландах отношение к приему наркотиков очень спокойное: если человек нуждается в них, то почему надо чинить ему препятствия и бороться с этим?

Другая важная биоэтическая проблема – это отношение к этим людям в обществе. В нашем обществе этика коммуникативного общения крайне авторитарна и нетерпима: мы ждем от Другого поведения, адекватного моему, и если этот Другой не соответствует моим ожиданиям (например, предпочитает флаг с другой символикой), я не принимаю его. Тем более, если речь идет о резко отклоняющемся поведении, о склонности к наркомании, алкоголизму, игромании и другим аддикциям. Именно в общении и отношении с этими людьми чаще всего проявляются такие недопустимые нормы как стигматизация и дискриминация. Стигматизация – навешивание ярлыков – иногда на всю жизнь ставит на человеке клеймо наркомана или алкоголика, от которого ему бывает не отмыться и которое портит жизнь не только ему, но и его семье, его детям. На основе стигматизации происходит дискриминация – ущемление человека в его правах. Его не берут на работу, не дают ему возможности войти в нормальные социальные отношения. С другой стороны, а где мера терпимости, с которой мы должны относиться к наркоманам, алкоголикам, людям, проигрывающим последние деньги, на которые надо кормить детей? Не приведет ли терпимость и толерантность к безнаказанности и вседозволенности?

Но если в системе общественных отношений это – дискуссионная, не однозначная биоэтическая проблема, то в работе медперсонала с этой категорией пациентов толерантность, безусловно, должна быть однозначной этической нормой. Негативное отношение препятствует продуктивной работе с этими людьми, отражается на их поведении: такие пациенты часто склонны «выпадать» из

лечебного процесса, их болезнь дает рецидивы. Отсюда делается вывод, что все люди, злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, имеют плохой прогноз в плане выздоровления, что, в свою очередь, препятствует развитию системы адекватной помощи им. Кроме этого основными «барьерами» в работе персонала с наркологическими пациентами являются:

- отсутствие у специалистов достаточных знаний о наследственной природе и генетической предрасположенности к таким состояниям, что ставит этих пациентов в один ряд с пациентами с любой наследственной патологией;
- пессимизм – убеждение, что лечение людей, страдающих зависимостью – дело безнадежное;
- морализаторство – стремление воспитывать пациентов, внушая им, что потребление психотропных веществ – порок, их прием – постыдный акт, а люди, употребляющие их – безнравственны;
- проявление стереотипов пренебрежения, когда считается, что злоупотребление алкоголем, психотропными веществами, лудомания свойственны каким-то определенным (низшим) слоям населения в большей степени, чем другим;
- непонимание и отрицание того факта, что алкогольные и другие аддиктивные состояния – это болезнь, нуждающаяся в лечении.

При этом обычно игнорируется тот факт, что большинство других болезней (за исключением сугубо наследственных или врожденных) также являются в значительной мере результатом поведения человека, будь то его неосторожность или рискованность, легкомыслие или сознательный отказ следовать рекомендациям о здоровом образе жизни.

В современной наркологии как специфической отрасли психиатрии особенно актуально требование воспринимать больного как личность, обладающую индивидуальностью и достоинством. Пациенты, страдающие наркоманией или алкоголизмом, переживают дезорганизацию своей социальной жизни, вызываемую болезнью, более остро, чем даже нарушения функций организма. Поэтому современные принципы лечения больных алкоголизмом и наркоманией в значительной степени должны быть ориентированы на мобилизацию и активацию резервов самого больного, в первую очередь, на морально-психологические возможности его личности. Обычно больные данного профиля не осознают всей тяжести своей болезни, стараются исключить себя из лечебного процесса, целиком полагаясь на действия медицинского персо-

нала. В связи с этим возрастают требования к персоналу наркологических учреждений, который должен научиться преодолеть предубеждения по отношению к этим больным и самой болезни и последовательно проводить реабилитационные мероприятия, несмотря даже на сопротивление со стороны больных. Основной этической установкой в наркологии должна быть идея, что человек, злоупотребляющий психотропными веществами, такой же человек, как все, обладающий человеческим достоинством, только попавший в беду. Он готов откликнуться даже на небольшие, но правильно организованные психотерапевтические воздействия, особенно на ранней стадии болезненного пристрастия, что может привести к положительным результатам. Поэтому тактичное вмешательство близких и друзей, ранняя диагностика, доброжелательное консультирование и выяснение обстоятельств, по которым у некоторых людей развивается зависимость, будут повышать эффективность помощи людям, страдающим различными аддикциями. Отношения, которые обеспечивают такому больному чувство собственного достоинства и самоуважения, которые гарантируют ему личную защищенность и конфиденциальность, способствуют его включению в процесс лечения, рожают оптимистические ожидания на будущее.

CAREVA PROVOCĂRI BIOETICE ALE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ÎN PANDEMIA COVID-19

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

Daniela Rusnac, asist. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, Republica Moldova

ludmila.rubanovici@usmf.md

daniela.rusnac@usmf.md

SOME BIOETHICAL CHALLENGES OF THE HEALTH SYSTEM IN THE COVID-19 PANDEMIC

The COVID-19 pandemic revealed the existence of ethical and bioethical dilemmas related to the public health system and society and demonstrated that public health policies must be constantly analyzed and modified to rationalize medical resources, to promote equality between people and medical institutions, equity in the distribution of risks and benefits in the society, and the promotion of solidarity and respect for the person.

Pandemia COVID-19 a pus la grea încercare sistemele de sănătate publică din majoritatea țărilor lumii, chiar și cele considerate mai dezvoltate. În sistemul medico-sanitar din întreg mapamondul se constată existența unor curențe grave de resurse umane, resurse medicale și materiale necesare pentru a face față situației. Se observă, de asemenea, o deficiență axiologică și o lipsă a culturii bio-medicale în sistemul de sănătate, ridicând o serie de provocări etice și bioetice, or valorile morale și cultura bioetică reprezintă repere indispensabile și eficiente ale sferei medicale de azi [1; 2]. Indicii culturii bioetice și axiologiei medicale sunt determinați de principiile morale de bază ale bioeticii, deoarece prin prisma acestora are loc formarea modalităților responsabile de gândire și comportament profesional.

În circumstanțele stării de urgență, în sistemul de sănătate trebuie să existe permanent un echilibru între datoria de îngrijire centrată pe pacient și îndatoririle axate pe întreaga societate pentru a promova egalitatea între persoane și echitatea în distribuirea riscurilor și beneficiilor în societate, iar lucrul acesta poate fi stipulat doar în politicile de sănătate publică. De regulă, un sistem de sănătate trebuie să asigure atât beneficiarii de servicii medicale, cât și furnizorii de îngrijiri medicale cu resurse în mod echitabil. Politicile de sănătate au menirea pe timp de pandemie să raționalizeze resursele medicale, iar acestea diferă în funcție de instituție, sistem de sănătate și legislație. Acolo unde există politici de sănătate, majoritatea sunt de acord cu faptul că fiecare pacient trebuie să beneficieze de tratament și de servicii medicale de calitate.

Situația pandemică din lume scoate la iveală existența unor dileme etice și bioetice legate de sistemul de sănătate și societate, inclusiv cum să se definească beneficiile, cum să se distribuie resursele medicale echitabil, respectul pentru posibilitatea de a decide, de autodominare, dreptul la viața privată sau libertate în reflectarea morală, cum să se gestioneze consimțământul informat și nevoile speciale ale pacienților pediatrici, cum să se implice comunitățile în cazul vârstnicilor, pacienților cu dezaabilități, persoanelor care trăiesc cu afecțiuni cronice și cum se pot atenua preocupările legate de discriminare și efectele inechităților structurale și sociale. Chiar dacă OMS coordonează eforturile în mai multe regiuni și departamente pentru a sprijini implementarea de către țări a acțiunilor vizate pentru reorganizarea și menținerea accesului la servicii de sănătate esențiale sigure și de înaltă calitate [3] sunt necesare măsuri pentru a sprijini clinicienii în tranziția de la îngrijirea medicală centrată pe pacient sau familia acestuia la o îngrijire centrată pe sănătatea publică.

Creșterea numărului de infecții de COVID-19 a declanșat discuții internaționale despre etica triajului [4], alocarea resurselor limitate și

luarea deciziilor medicale în conformitate cu standardele de îngrijire pe timp de criză, deși aceste conversații nu sunt noi și epidemiile anterioare, inclusiv SARS, EBOLA și HIV/SIDA, au atestat probleme etice a siguranței personalului din domeniul sănătății și a populației în contextul unei epidemii. La acest capitol apar o multitudine de întrebări la care lucrătorul medical nu are răspunsuri, dar trebuie să decidă moral: „Care este datoria mea morală de a îngriji un pacient, dacă nu dispun de echipament de protecție personal adecvat? Sunt oare eu obligat să îngrijesc un pacient infectat de COVID-19, dacă eu însumi fac parte din grupa de risc? Sunt eu oare obligat să am grijă de un pacient infectat, dacă locuiesc cu familia și unii membri sunt în grupa de risc? Cum pot interpreta datoria de îngrijire cu riscul la care sunt supus eu și membrii familiei mele? Oare obligația profesională are limite?” [5].

În plus, lucrătorii din domeniul asistenței medicale de primă linie și-au asumat un risc semnificativ în fața ratelor neobișnuit de mari de infecție și mortalitate ale COVID-19, a aprovizionării necorespunzătoare cu echipament de protecție individuală. Societatea le datorează cu siguranță un echipament de protecție individual adecvat și, fără îndoială, după meritul cuvenit le poate acorda prioritate pentru vaccinuri și tratamente medicamentoase.

Cu toate acestea, există caracteristici ale crizei COVID-19 care sunt diferite de epidemiile anterioare și ridică un anumit set de preocupări pentru sistemul nostru de sănătate, pentru societatea europeană, precum și pentru comunitatea globală. Acestea prezintă adevărate provocări etice care apar atunci când sistemele de sănătate ajung la limita capacității lor de a face față fluxului mare de pacienți în timpul unei pandemii. Pe măsură ce COVID-19 s-a răspândit la nivel global, bioeticienii lucrează alături de medici și alți profesioniști din domeniul sănătății pentru a crea sau revizui politicile din sănătate, pentru a se angaja în consultări clinice și pentru a ajuta la dezvoltarea unor criterii adecvate pentru luarea unor decizii morale și corecte de alocare a resurselor medicale cu respectarea în permanență a principiilor etice/bioetice [6].

Crearea sistemelor și procedurilor de luare a deciziilor în avans (și în caz de pandemie) este cel mai bun mod de a se asigura concordanța oricărui act medical cu principiile bioetice [7]. Statele, instituțiile de îngrijire a sănătății, organizațiile internaționale și alte instituții implicate în eforturile de răspuns la epidemii sunt încurajate să dezvolte strategii și instrumente practice de precauție în aplicarea principiilor bioeticii medicale și orientarea acestora la trăsăturile specifice fiecărui sistem, luând în considerare contextele sociale, culturale și politice locale. Etica și bioetica implică judecăți despre „modul în care ar trebui să ne trăim

viața, inclusiv acțiunile, intențiile și comportamentul nostru obișnuit” [8]. Procesul de analiză etico-bioetic presupune identificarea principiilor relevante și aplicarea acestora în anumite circumstanțe corespunzătoare timpului trăit, fiindcă „Bioetica nu impune principii abstracte asupra realității, ci dorește să adere la fapte, la realitate. Pentru aceasta are nevoie de principii și reguli de bază” [9].

Prin urmare, este important de analizat cum pot fi aplicate cele mai relevante principii etice/bioetice la soluționarea corectă a diferitor situații legate de COVID-19. *Principiul justiției* sau accesul echitabil la îngrijirea sănătății, stipulat în Articolul 3 din Convenția de la Oviedo, prevede ca toți membrii comunității să aibă acces echitabil la o îngrijire a sănătății de calitate corespunzătoare, luând în considerare cerințele de sănătate și resursele disponibile [10]. Prin echitate se mai înțelege și abordarea cazurilor deopotrivă, evitând discriminarea și exploatarea și având o mare grijă față de persoanele care sunt deosebit de vulnerabile la inechitate. În acest caz, apare întrebarea cine vor fi primii beneficiari ai vaccinului împotriva COVID-19? Este oare corect ca lucrătorii din domeniul sănătății să fie primele persoane care îl vor primi? În absența unei mai bune înțelegeri a faptului, prioritatea lucrătorilor din domeniul sănătății pot ridica multe semne de întrebare. Or, cum s-a observat de la începutul pandemiei cei bogați accesează în mod nedrept resurse medicale rare, în detrimentul persoanelor defavorizate. Testarea COVID-19 a politicienilor asimptomatici, a sportivilor, a companiilor mari de IT și a vedetelor atunci când testele nu erau disponibile nici măcar pentru pacienții bolnavi, a provocat în mod înțeles astfel de îngrijorări.

Un alt principiu important în situația actuală, cel al *utilității* afirmă că acțiunile sunt corecte în măsura în care promovează bunăstarea indivizilor sau a comunităților. Eforturile de maximizare a utilității necesită luarea în considerare a proporționalității (echilibrarea beneficiilor potențiale ale unei activități împotriva oricăror riscuri de prejudiciu) și a eficienței (obținerea celor mai mari beneficii la cel mai mic cost posibil) [7]. În timp ce tehnologiile bazate pe inteligență artificială (IA) au multe de oferit în combaterea COVID-19, acestea prezintă, de asemenea și riscuri pentru viața privată, dar în același timp, prin o astfel de modalitate statul, guvernul are grijă de bunăstarea cetățenilor. De exemplu, China a folosit IA pentru a urmări persoanele din grupul de risc și cele ce trebuie să fie în autoizolare pentru combaterea cu succes a pandemiei. Israel a anunțat, de asemenea, că va folosi supravegherea digitală în luptă cu pandemia. Singapore a dezvoltat aplicația TraceTogether, care utilizează date Bluetooth pentru a efectua urmărirea rapidă a contactelor [11]. Tot despre aceste tehnologii vorbesc și alți autori, menționând că dreptul la

viața privată sau libertate poate fi limitat cu scopul de a proteja bunăstarea întregii comunități, iar în cazul nerespectării acestei reguli au fost elaborate sancțiuni severe (în Singapore persoana poate să fie condamnată până la 6 luni închisoare). Un lucru este cert că, aceste țări au combătut eficient pandemia, mult mai reușit decât țările liberale occidentale, unde drepturile și libertățile cetățenilor sunt lege supremă pentru toți. Deci uneori trebuie să balansăm și să alegem dintre riscul pentru viața privată și constrângerea libertății și a confidențialității pentru a promova securitatea și bunăstarea întregii societăți [12]. Despre importanța bunăstării comunității și privarea de libertate și autoizolare a persoanei pe un termen determinat consemnează și David Shaw [13].

Lupta permanentă a persoanei în vederea recunoașterii *libertății* sale are o cale lungă în decursul istoriei. Libertatea a fost, este și va fi apreciată, deoarece a constituit din totdeauna esența a ceea ce permite oamenilor să fie autori ai propriilor vieți. Începând de la proclamarea libertății averii, educației, libertății de întrunire pașnică și de exprimare, libertății religioase și politice, s-a ajuns până în prezent când fiecare om este proclamat proprietar al corpului său, având liberul arbitru de a dispune de el cum vrea. Multe aspecte ale libertății sunt protejate ca drepturi fundamentale ale omului (Declarația Universală a Drepturilor Omului). Însă ar fi absurd în situația în care se află omenirea astăzi să se absolutizeze libertatea. Starea indusă de pandemie ne impune, justificat, ca libertatea să fie respectată doar în raport cu responsabilitatea, iar libertatea pentru societate trebuie să devină în egală măsură și responsabilitatea fiecărui, asigurând siguranța individuală și colectivă de lungă durată. „Virusul distruge multe vieți și multe altele din ceea ce ne este foarte drag. Nu ar trebui să-l lăsăm să distrugă valorile noastre fundamentale și societățile libere”, a relatat secretarul general al Consiliului Europei, Marija Pejčinović Burić, (*The Secretary General of the Council of Europe, Marija Pejčinović Burić, has issued a toolkit for governments across Europe on respecting human rights, democracy and the rule of law during the COVID-19 crisis*). Măsurile legale actuale de limitare a libertății individuale sunt determinate de necesitatea situației. Este cazul să menționăm că bioetica tot mai mult pune în discuție respectul pentru autonomia relațională, care prevede faptul că toți suntem dependenți de ceilalți, interesele individului și ale comunității sunt inevitabil interdependente. Autonomia ar trebui să revină la forma sa originală, un concept relațional care ia în considerare efectele exercitării autonomiei cuiva asupra autonomiei altora [14]. Bazele de dovezi și ipotezele pe care le face politica internațională în sănătate pentru o perioadă de lungă durată, denotă faptul că măsurile de constrângere trebuie să rămână sub control constant.

Respectul față de persoane presupune tratarea indivizilor în moduri adecvate și informate prin recunoașterea umanității noastre comune, a demnității și a drepturilor inerente. Un aspect central al respectului față de persoane este respectul pentru autonomie, care permite indivizilor să facă propriile alegeri pe baza valorilor și preferințelor lor, sunt suficient informați și nu sunt sub influența constrângerilor [7]. Servirea nevoilor comunității devine primordială într-o criză pandemică, dar trebuie realizată într-un mod care să respecte drepturile și să păstreze corectitudinea. În timp ce reglementările actuale permit renunțarea la consimțământ în situații de urgență, starea actuală sugerează necesitatea elaborării unor noi standarde etice pentru consimțământ în contextul unei crize din sănătatea publică. Contrar acestui principiu, pe timp de criză pandemică practicienii din domeniul sănătății sunt obligați să notifice autoritățile cu privire la detaliile tuturor pacienților afectați, astfel încât, dacă este necesar, libertatea acestor persoane să poată fi restricționată atât timp cât sunt infecțioase. Deci, principiul respectului autonomiei individuale nu mai este o normă după care s-ar conduce practicienii, deoarece unorii unii cetățeni ar putea să nu acționeze în mod responsabil. Cu toate acestea, dilema constă în a ști cât de mare ar trebui să fie probabilitatea de a face rău pentru a declanșa astfel de restricții și ce grad de restricție a libertății este justificat de aceasta. Proporționalitatea dintre daune și beneficii trebuie menținută, astfel încât panica asupra răspândirii bolii să nu conducă la restricții nelocale pentru indivizi [15].

Principiul binefacerii se referă la acte care sunt făcute în beneficiul altora, cum ar fi eforturile de ameliorare a durerii și suferinței indivizilor. În contextul sănătății publice, principiul binefacerii stă la baza obligației societății de a satisface nevoile de bază ale indivizilor și comunităților, în special nevoile umanitare, cum ar fi hrana, adăpostul, sănătatea bună și securitatea [7]. Analizând principiile enumerate mai sus, dar și în cele care urmează deducem semnificația acestui principiu în sănătatea publică.

Principiul bioetic ce prevede *reciprocitatea* constă în realizarea unei rentabilități adecvate și proporționale pentru contribuțiile pe care oamenii le-au făcut. Politicile în sănătate care încurajează reciprocitatea pot fi un mijloc important de promovare a principiului justiției, deoarece pot corecta disparitățile nelocale în distribuirea beneficiilor și poverile eforturilor de reacție pandemică. Răspunsul la o criză din sănătate publică în pandemie necesită o perspectivă etică mai largă decât abordarea celor patru principii ale bioeticii medicale: autonomie, binefacerii, non-maleficență și justiție [16]. Bioetica medicală și de cercetare s-a concentrat în mod tradițional asupra individului, în timp ce etica sănătății publice abordează interesele unei majorități [17]. Această schimbare a orientării

etice este o dilemă cu care se luptă majoritatea lucrătorilor din domeniul sănătății. Clinicienii și asistenții medicali sunt instruiți să adopte o abordare etică bazată pe datorii (kantiană), care stipulează că îngrijirea pacientului individual este principala lor preocupare. Atunci când riscurile pentru sănătate afectează în primul rând o persoană, respectul pentru autonomie are o valoare ridicată. Cu toate acestea, atunci când populația este expusă riscului, interesele colective au cea mai mare relevanță [18]. Principiul reciprocității este pertinent, în cazul în care drepturile individuale sunt limitate, iar statul are obligația de a limita orice povară consecventă asupra persoanelor și a comunităților. E cazul să menționăm că există obligații morale reciproce din partea statului și a angajatorilor de a proteja și sprijini acei profesioniști din domeniul sănătății care activează în timpul pandemiei. Lucrătorii din domeniul sănătății nu ar trebui să se expună la riscuri inutile în cazul în care angajatorii nu au furnizat necesarul adecvat [19]. Pentru a evita răspândirea în continuare a infecției, lucrătorii au obligația etică nu numai de a utiliza măsurile de protecție care li se oferă, ci și de a raporta dacă sunt infectați și de a accepta excluderea temporară de la locul de muncă până când nu mai sunt infecțioși. În acest sens, reciprocitatea este discutată cu referire la obligația de îngrijire a lucrătorilor din domeniul sănătății și limitele acesteia.

Solidaritatea este o relație socială în care un grup, o comunitate, o națiune sau, potențial, o comunitate globală se află împreună [20]. Principiul solidarității justifică acțiunea colectivă în fața amenințărilor comune. De asemenea, susține eforturile de depășire a inegalităților care subminează bunăstarea minorităților și a grupurilor care suferă de discriminare. În cazul situației de pandemie, pentru a realiza distanțarea socială și autoizolarea voluntară a unui număr mare de persoane afectate sau vulnerabile este nevoie de conceptul etic al solidarității. Prin urmare, solidaritatea între membrii societății este esențială pentru limitarea daunelor cauzate de pandemie. Solidaritatea cuprinde, de asemenea, virtuți precum altruismul, bunătatea, generozitatea și empatia, extinzându-se pentru a include conceptul de părtășie [21].

În situația crizei pandemice este necesar să recunoaștem că în plan global nici un sistem de sănătate publică nu a fost pregătit pentru o astfel de provocare. Astfel, este nevoie să se acorde o importanță deosebită dezvoltării infrastructurii de sănătate publică din întreaga lume și să se efectueze îmbunătățirea condițiilor de sănătate și de viață în toate țările. În acest context s-a confirmat încă o dată necesitatea abordării problemelor din sănătatea publică din perspectivă morală, prin prisma principiilor bioetice pentru a minimaliza riscurile atât pentru sănătatea lucrătorilor din domeniul sănătății cât și a întregii societăți.

Referințe bibliografice

1. Ojovanu V. Prezențe axiologice-bioetice în procesul investigării și propagării cunoștințelor bioetice în instituțiile medicale din Republica Moldova. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Chișinău: Print-Caro, 2019, pp. 9-14.
2. Eșanu A. Unele aspecte ale formării culturii bioetice la cadrele medicale. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Chișinău: Print-Caro, 2019, pp. 110-113.
3. Maintaining essential health services. In: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/related-health-issues> (accesat: 20.08.20).
4. Gest emoționant al unui preot infectat cu COVID-19. În: <https://deschide.md/ro/stiri/externe/63252/Gest-emo%C8%9Bionant-al-unui-preot-infectat-cu-COVID-19-A-cedat-ventilatorul-s%C4%83u-unui-pacient-mai-t%C3%A2n%C4%83r-apoi-a-murit.htm> (accesat: 01.09.2020).
5. Mitchell Christine. In: Ethical Dilemmas in Mask and Equipment Shortages: Health care during the COVID-19 pandemic. <https://petrieflom.law.harvard.edu/events/details/ppe-guidelines-and-access-ethical-dilemmas-for-health-care-during-the-covid-19-pandemic> (accesat: 20.08.2020).
6. Jacobs B. 2020. In: Utah updates its emergency care protocol, as advocates worry about discrimination against disabled COVID-19 patients. The Salt Lake Tribune <https://www.sltrib.com/news/2020/04/08/disabled-utahns-should> [Google Scholar] (accesat: 17.09.2020).
7. Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. În: Geneva: World Health Organization; 2016 pdf. (accesat: 30.08.2020).
8. Guidance on ethics of tuberculosis prevention, care and control. În: Geneva: World Health Organization; 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44452/1/9789241500531_egpdf?ua=1 (accesat: 30.08.2020).
9. Astărăstoae V. Reflexia bioetică și terapia în COVID-19. În: https://astarastoae.wordpress.com/2020/10/01/reflexia-bioetica-si-terapia-in-covid-19/?fbclid=IwAR35lvA_O5oe2B7w_YS91EHgFuWB9z5b5ykIRQz_9GerUDx5p10aajimg (accesat: 01.10.2020).
10. Convenția pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei: convenția privind drepturile omului și biomedicina. Oviedo, 4.IV.1997 pdf.
11. Carmel Shachar, Sara Gerke, and Eli Y. Adash. AI Surveillance during Pandemics: Ethical Implementation Imperatives. In: https://petrieflom.law.harvard.edu/assets/publications/Shachar_final.pdf (accesat: 21.09.2020).
12. Savulescu J., Persson I., Wilkinson D. Utilitarianism and the pandemic. Bioethics. 2020;34:620–632. În: <https://doi.org/10.1111/bioe.12771> (accesat: 21.09.2020).
13. Shaw David. The many meanings of “stay safe” in a pandemic: Sympathy, duty, and threat. In: <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2020/05/13/the-many-meanings-of-stay-safe-in-a-pandemic-sympathy-duty-and-threat/> (accesat: 23.09.2020).
14. Dworkin G. The Concept of autonomy. Cambridge: Cambridge University Press, 1988. In: <https://scholar.google.com/citations?user=jD4svzAAAAAJ&hl=ru> (accesat: 21.09.2020).

15. Guide to the ethics of surveillance and quarantine for novel coronavirus. In: <https://www.nuffieldbioethics.org/news/guide-to-the-ethics-of-surveillance-and-quarantine-for-novel-coronavirus> (accesat: 25.09.2020).
16. Beauchamp T., Childress J. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press, 2013. În: <https://jme.bmj.com/content/28/5/332.2> (accesat: 21.09.2020).
17. Thompson AK., Faith K., Gibson JL, et al. Pandemic influenza preparedness: an ethical framework to guide decision-making. 2006. In: <https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6939-7-12> (accesat: 23.09.2020)
18. Baylis F, Kenny NP, Sherwin S. A relational account of public health ethics. In: https://www.academia.edu/28343833/A_relational_account_of_public_health_ethics (accesat: 17.09.2020).
19. British Medical Association. COVID-19 ethical issues. A guidance note, 2020. In: <https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf> (accesat: 23.09.2020).
20. Dawson A., Jennings B. The place of solidarity in public health ethics. Public Health Reviews. 2012. In: <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/track/pdf/10.1007/BF03391656?site=publichealthreviews.biomedcentral.com> (accesat: 20.09.2020).
21. Brody H., Avery E.N. Medicine's duty to treat pandemic illness: solidarity and vulnerability. Hastings CentRep 2009. In: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19213194/> (accesat: 23.09.2020).

ETICA, BIOETICA ȘI DREPTUL CERCETĂRII

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

Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, R. Moldova
ion.mereuta@usmf.md

Leorda Ana,

dr. șt. biol., conf. cercet.

Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, R. Moldova
leorda-ana64@mail.ru

ETHICS, BIOETHICS AND THE LAW OF RESEARCH

Modern new biotechnologists not only expanded the scientific field of research in biology and medicine, but also created many ethical and legal issues, including abortion, surrogacy, euthanasia, implantation, transplantation, the use of new reproductive technologies and much more. The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights obliges Member States to use only the achievements in the field of biological and medical sciences, based on respect for human rights and its fundamental freedoms.

La mijlocul secolului XX, ca urmare a dezvoltării științifice și tehnice, în biomedicină s-au produs schimbări calitative și au apărut condiții nu numai pentru a reforma etica în medicina tradițională, dar și pentru transformarea ei radicală. Odată cu apariția tehnologiilor biomedicale și a preparatelor farmaceutice noi, a aparatajului performant de diagnostic medical, dezvoltarea biomedicinii și a eticii medicale a intrat într-o nouă fază, care implică un rol tot mai mare al lucrătorilor medicali și al savanților. Bioetica nu se „stratifică” peste etica medicală, ci este într-adevăr o „punte către viitor”, bazată pe valorile trecutului și, prin urmare, în bioetică, problema păstrării identității persoanei și a relațiilor sale armonioase cu mediul este foarte importantă [1]. La începutul secolului XXI exista o tendință clară de a îngloba filozofia, biologia și medicina de către bioetică (etica biomedicală), care părea că ar rezolva toate problemele din acest domeniu. Actualmente, însă, putem vorbi despre necesitatea evaluării multilaterale a fenomenului bioeticii, care ar include toți factorii „pro” și „contra” [2]. Noile biotehnologii nu numai că au extins domeniul științific al cercetării de către biologi și medici, dar au creat și o mulțime de probleme etice și legale, inclusiv problema avortului, mamelor surrogat, eutanasiile, implantarea, transplantul, utilizarea de noi tehnologii de reproducere etc. Declarația universală privind bioetica și drepturile omului obligă statele membre să folosească realizările în domeniul științelor biologice și medicale, a celor mai noi tehnologii numai în baza respectării drepturilor omului și a libertăților lui fundamentale. Problemele de etică în viziunea Comunității Europene reflectă două aspecte principale: aplicarea principiilor etice în cercetarea științifică și cercetarea științifică în domeniul eticii. În anul 2005 Comisia Europeană a adoptat Carta Europeană a Cercetătorului și Codul de Conduită pentru Recrutarea Cercetătorilor. Aceste două documente atribuie fiecărui cercetător în parte aceleași drepturi și obligații indiferent de locul din Uniunea Europeană, unde își desfășoară activitatea. Codul de Etică în Cercetarea Științifică reglementează buna conduită în cercetarea științifică, dezvoltarea tehnologică și inovare din instituțiile care fac parte din sistemul de cercetare, din instituțiile care conduc programe de cercetare, precum și din unitățile care asigură valorificarea rezultatelor cercetării științifice. Cercetarea științifică în medicină se supune unor reguli de etică și morală, care reies din principiile etice ale societății umane: principiul legalității și eticii cercetării medicale, principiul bineficienței (de a nu face rău prin acțiunea asupra ființei și minimalizarea efectelor nedorite), principiul justiției (principala responsabilitate a cercetătorului, care lucrează cu subiecții umani este protejarea stării de bine a celui cercetat), principiul precauției (clarificarea gradului de risc, a consecin-

țelor care pot fi prezise pe baza datelor științifice) [3]. Pentru a preveni o eventuală tragere la răspundere pentru actul medical este necesară respectarea unor parametri deontologici dintre care pot fi evidențiați: competența profesională, conștiinciozitatea față de actul medical, prudența profesională, profesiunea de credință etc. Evoluția medicinei contemporane scoate în evidență unele probleme, soluționarea cărora ține de creșterea responsabilității complexe, inclusiv judiciare, a medicului și de „agresiunea” tehnică a medicinei performante, cu investigații uneori periculoase. În cazul stărilor terminale, se impune legiferarea recoltărilor de organe și țesuturi, ținând cont de drepturile asupra corpului, care nu pot fi comercializate, ci impuse doar în scopuri terapeutice și umane, în condițiile unui consimțământ clar pronunțat. În această ordine de idei se poate vorbi despre eutanasiu, problemă majoră, care a fost abordată la toate etapele de dezvoltare a societății umane, devenind prerogativă medicinei, eticii, dreptului, filozofiei și religiilor [4]. Unii specialiști în domeniul justiției au formulat propuneri pentru completarea Codului penal al Republicii Moldova cu următorul conținut: a) efectuarea ilegală a cercetării biomedicale asupra persoanei, fără consimțământul voluntar al pacientului se pedepsește cu închisoare până la 5 ani; b) provocarea unei îmbolnăviri artificiale la o persoană sănătoasă cu scop de cercetare, se pedepsește cu închisoare de la 5 la 10 ani [5]. Republica Moldova a ratificat Protocolul adițional la Convenția privind drepturile omului și biomedicina ce vizează cercetarea biomedicală, adoptat la Strasbourg la 25 ianuarie 2005 [6].

În cadrul juridic este reglementat transplantul pentru toate organele, țesuturile și celulele umane, inclusiv celulele hematopoietice prelevate din cordonul ombilical, măduva osoasă și sângele periferic, exceptând organele, țesuturile și celulele reproductive (în afară de uter), organele, țesuturile și celulele embrionare și fetale (inclusiv celulele hematopoietice embrionare), organele, țesuturile și celulele prelevate de la animale, sângele și derivatele din sânge [7].

Cadrul legal al Republicii Moldova include legi, care au drept scop consolidarea drepturilor fundamentale ale omului în sistemul serviciilor de sănătate, asigurarea respectării demnității și integrității pacientului și sporirea rolului participativ al persoanelor la adoptarea deciziilor de sănătate, lege, care stabilește bazele juridice și reglementează condițiile organizatorice și formele exercitării profesiei de medic și, anume – cerințele față de persoana care dorește să practice profesiunea de medic, drepturile, obligațiile și responsabilitățile generale pentru a exercita această profesiune conform jurământului medicului [8, 9]. De asemenea a fost ratificată Convenția pentru protecția drepturilor omu-

lui și a demnității ființei umane în ceea ce privește aplicațiile biologiei și medicinei, adoptată la Oviedo la 4 aprilie 1997 și a Protocolului adițional la Convenție referitor la interzicerea clonării ființelor umane, adoptată la Paris la 12 ianuarie 1998, cu următoarea declarație: „În conformitate cu articolul 35 al Convenției, Republica Moldova declară că, până la deplina restabilire a integrității teritoriale a Republicii Moldova, prevederile Convenției sunt aplicate doar în teritoriul controlat de Guvernul Republicii Moldova” [10]. Cercetarea științifică în domeniul biologiei și medicinei se exercită liber sub rezerva convențiilor și a dispozițiilor juridice, care asigură protecția ființei umane. Cercetarea cu implicarea indivizilor umani necesită întrunirea cumulativă următoarelor condiții: lipsa unei metode alternative de eficacitate comparabilă; riscuri proporționale beneficiilor potențiale ale cercetării; aprobarea proiectului de cercetare de instanța competentă; informarea persoanei implicate în cercetare despre drepturile și garanțiile sale prevăzute prin lege; consimțământul, care poate fi retras în orice moment, consemnat în scris. Pentru persoanele incapabile de a consimți cercetarea este necesară întrunirea unor condiții adăugătoare. La efectuarea cercetărilor pe embrioni *in vitro*, atunci, când aceasta este permisă de lege, va fi asigurată o protecție adecvată a embrionului. Prin convenția europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei este interzisă crearea de embrioni umani în scopuri de cercetare [11].

În Republica Moldova agenții economici, indiferent de forma lor organizatorico-juridică, desfășoară cercetările în domeniul geneticii și microbiologiei numai în baza licențelor eliberate de Ministerul Sănătății conform Legii nr.332-XIV din 26 martie 1999, privind acordarea de licențe pentru unele genuri de activitate. Licența poate acționa în afara hotarelor țării în conformitate cu acordurile internaționale, la care Republica Moldova a aderat [12].

O importanță majoră constituie faptul respectării cadrului legal în cazul realizării experimentelor pe animale. Legea nr. 211 din 19.10.2017 privind protecția animalelor folosite în scopuri experimentale sau în alte scopuri științifice transpune Directiva 2010/63/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 22 septembrie 2010 privind protecția animalelor utilizate în scopuri științifice [13]. Legea reglementează toate aspectele folosirii animalelor în scopuri experimentale: restricții privind folosirea animalelor pe cale de dispariție sau a animalelor sălbatice în experimente; condițiile privind efectuarea experimentelor și selectarea metodelor folosite în experimente, anestezia; clasificarea severității experimentelor; re folosirea animalelor în experimente; eliberarea și relocarea animalelor; metodele de ucidere. Un capitol aparte include

cerințele față de crescătorii, furnizorii și utilizatorii de animale folosite în experimente sau în alte scopuri științifice, autorizarea/suspendarea autorizației sanitar-veterinare a crescătorilor, furnizorilor și utilizatorilor de animale folosite în scopuri experimentale sau în alte scopuri științifice; cerințele privind instalațiile și echipamentele; precum și față de personalul responsabil de bunăstarea animalelor; regularitatea controalelor efectuate de către Agenție; condițiile de modificare, reînnoire și suspendare a autorizației de proiect; documentația proiectelor. În cadrul Agenției se organizează și funcționează Comitetul național de etică pentru protecția animalelor folosite în scopuri experimentale sau în alte scopuri științifice, care oferă consultanță privind aspectele legate de achiziția, creșterea, adăpostirea, îngrijirea și folosirea animalelor în experimente și elaborează pentru persoanele interesate un ghid de bune practici în acest sens [14].

În sistemul de principii morale în știință se disting noțiunile de „bună conduită” și „conduită incorectă”. Oficiul pentru Politica Științei și Tehnologiei al Casei Albe, în anul 2000 a definit conduita științifică incorectă („*misconduct*”), care include fabricarea, falsificarea sau plagiatul în efectuarea sau analizarea cercetărilor sau în raportarea rezultatelor cercetării [15]. Comitetele de Etică în Cercetare au atribuții de a stabili principiile etice specifice activității științifice; monitorizează aplicarea și respectarea dispozițiilor legale referitor la normele de conduită morală și profesională; analizează cazurile sesizate referitoare la încălcarea regulilor de conduită profesională (trafic de influență, plagiat etc.), problemele de conduită morală (comportamente discriminatorii, hărțuire etc.); monitorizează respectarea eticii în experimentele efectuate pe subiecții umani și pe animale de laborator; acordă avizul de desfășurare a studiilor biomedicale preconizate.

Astfel, monitorizarea activității științifice și inovaționale la toate nivelurile, desfășurarea acestora în conformitate cu legislația națională, cu exigențele Spațiului European al Cercetării și cu principiile etice acceptate de către comunitatea științifică internațională va duce la creșterea rolului științei în societate. Etica în cercetare în aceste condiții confirmă conținutul său de normă morală, bazată pe transparență, ceea ce facilitează evaluarea impactului acesteia atât pentru fiecare persoană în parte, cât și pentru societate.

Referințe bibliografice

1. Кетова Т. Н. Биоэтика как этап развития гуманизма. В: Ученые записки СПб ГМУ им. акад. И. П. Павлова. Том XXII, № 4, 2015, с. 31-34.
2. Моисеев В.И. От биоэтики к биофилософии. В: Философские проблемы биологии и медицины: Сборник статей. М.: Социально-гуманитарные знания, 2018, № 12, с. 6-18.
3. Curcă George Cristian. Elemente de etică medicală. Cluj-Napoca: Editura Casa Cărții de Știință, 2013.
4. Baciú Gheorghe. Aspecte etico-morale ale activității medicale. În: Arta Medica, 2011, Nr. 1 (44), p. 31-34.
5. Midrișan Vitalie-Silviu. Cercetarea și experimentul biomedical ca variante-tip ale riscului medical profesional: expunerea condițiilor de legalitate. În: Studia Universitatis. Revista științifică a Universității de Stat din Moldova, 2011, nr.8 (48), p. 58-63.
6. Lege pentru ratificarea Protocolului adițional la Convenția privind drepturile omului și biomedicine ce vizează cercetarea biomedicală nr. 271 din 30.11.2012. În: Monitorul Oficial nr.1-5/10 din 04.01.2013.
7. Lege privind transplantul de organe, țesuturi și cellule umane nr. 42-XVI din 06.03.2008. În: Monitorul Oficial nr.81/273 din 25.04.2008.
8. Lege cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005. În: Monitorul Oficial al R. Moldova nr.172-175/839 din 23.12.2005.
9. Lege cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263-XVI din 27.10.2005. În: Monitorul Oficial al R. Moldova nr.176-181/867 din 30.12.2005.
10. Lege privind ratificarea Convenției pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane în ceea ce privește aplicațiile biologiei și ale medicinei și a Protocolului adițional la Convenția referitor la interzicerea clonării ființelor umane nr. 1256-XV din 19.07.2002. În: Monitorul Oficial al R. Moldova, nr.110-112/853 din 01.08.2002.
11. Convenție europeană pentru protecția drepturilor omului și a demnității ființei umane față de aplicațiile biologiei și medicinei (Convenția privind drepturile omului și biomedicina) din 04.04.1997. În: Tratatate internaționale, 2009, vol. 43, p. 466.
12. Regulamentul cu privire la modul de eliberare a licențelor pentru desfășurarea cercetărilor în domeniul geneticii și microbiologiei în Republica Moldova din 09.02.2000. În: Monitorul Oficial al R. Moldova nr.54-56/202 din 12.05.2000.
13. Directiva 2010/63/UE a Parlamentului European din 22 septembrie 2010, privind protecția animalelor utilizate în scopuri științifice. În: Jurnalul Oficial al Uniunii Europene L 276/33 din 20.10.2010.
14. Legea nr. 211 din 19.10.2017 privind protecția animalelor folosite în scopuri experimentale sau în alte scopuri științifice. În: Monitorul Oficial, 2018, Nr.1-6/2.
15. The Withe House. Office of Science and Technology Policy „ Research Misconduct: A New Definition and Guidelines for Federal Research Agencies”. In: Federal Register, vol. 65(235), 2000, p. 76260-76264.

VULNERABILITATEA PACIENTULUI HEPATIC ÎN FAZA PRETRANSPLANT. IMPLICAȚII BIOETICE

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

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R. Moldova
ion.banari@usmf.md

VULNERABILITY OF THE LIVER PATIENT IN THE PRETRANSPLANT PHASE. BIOETHICAL IMPLICATIONS

Vulnerability is a characteristic of the human condition that includes various approaches. The bioethical knowledge applied in biomedical practice includes several stages. First, refers to monitoring medical research if it meets the moral normative consensus at the national and international level. Second, includes the analysis of the medical activity if it is respected the human values in the life and being of the patient. Next, tendency consist in improving the patient's quality of life. Of course, all these stages are linked between. However, the methods of achievement and evaluation are different, respectively the groups of trained subjects are different. An essential bioethical subject, in this context, is the issue of vulnerability in its overall interpretation, and the vulnerability of the liver patient in the pretransplant phase in particular. The training of bioethics in the analysis of the vulnerability of the liver patient is guided by the need to establish an integral image with possibilities of real applications in clinical activity.

Cunoștințele bioetice aplicate în practica biomedicală cuprinde câteva etape. Una ar fi monitorizarea cercetărilor medicale dacă întrunește consensul normativ moral atât la nivel național, cât și la cel internațional. Alta, cuprinde analiza activității medicale dacă în exercitarea ei se respectă valorile umane în viața și ființa pacientului și nu doar. Următoarea, tendința perpetuă de a îmbunătăți calitatea vieții pacientului. Sigur, toate aceste etape au o legătură strânsă între ele. Însă, modalitățile de realizare și evaluare sunt diferite, respectiv și grupurile de subiecți antrenați sunt diferite. Un subiect esențial de natură bioetică, în acest context, este problema vulnerabilității în ansamblul interpretării ei și în particular vulnerabilitatea pacientului hepatic în faza pretransplant.

Planul analizei poate fi determinat: de reperatele bioetice necesare în realizarea actului terapeutic hepatic; de realitatea fizică, psihică și socială a pacientului hepatic; de particularitățile realizării cerințelor bioetice în condițiile vulnerabilității bolnavului hepatic. Astfel, conținutul studiului își conturează obiectivele pentru a atinge scopul. Printre acestea, în abordare ne propunem să evidențiem vulnerabilitatea pacientului hepatic și posibile implicații bioetice în activitatea clinică. Mai mult, subiectul

investigației implică o evaluare de moment a pacientului care să reflecte indicii psiho-somatici și sociali ai vulnerabilității bolnavului hepatic. Ultima constatare are caracter empiric în comparație cu prima. Respectiv, în abordarea de față ne axăm pe prima, apoi în cadrul proiectului, „Bolile cronice hepatice și pancreatice: aspecte nutriționale și chirurgicale”, executat de Laboratorul de Gastroenterologie și de chirurgie reconstructivă a tractului digestiv, să realizăm și cercetarea empirică, iar rezultatele să publicăm care va cuprinde a doua parte a temei studiate.

În contextul celor propuse supra survine două întrebări conceptuale: care este caracteristica persoanei vulnerabile? Care sunt trăsăturile vulnerabilității, specifice pacientului hepatic? Situația primei interogații este mai simplă în comparație cu a doua, deoarece literatura de specialitate oferă o gamă largă de caracteristici. Într-o formă sistematizată constatăm că: „Vulnerabilitatea umană este o noțiune complexă și contextuală de natură situațională, relațională și temporală, ce se referă la o persoană sau grupuri de persoane, care din cauza unei stări fizice, afective și cognitive se află în pericol de a fi lezată sau distrusă, datorită susceptibilității la influențe destabilizatoare, în consecință nu are abilități de a lua decizii proprii sau nu dispune de capacitate suficientă pentru a-și controla și proteja interesele” [1; 2; 3; 4]. Conținutul definiției pretinde a clarifica contextul situațional, relațional și temporal a vulnerabilității pacientului hepatic, pe de o parte, iar, pe de altă parte, susceptibilitatea fizică, afectivă și cognitivă a pacientului hepatic ce cauzează vulnerabilitate. Atât contextele, cât și susceptibilitățile enumerate determină să evidențiem caracteristicile fizice, afective și cognitive a vulnerabilității bolnavului hepatic.

Așadar, boala prin ansamblul simptomelor determinate de disfuncțiile fiziologice și durerea, sunt semne vizibile ale vulnerabilității fizice a corpului uman. În același timp, omul bolnav este caracterizat de o vulnerabilitate fizică crescută în sine, în comparație cu cel sănătos. Sensibilitatea sa la vătămare, la infecții și dureri, de exemplu, este adesea ridicată semnificativ. Persoana care suferă de o boală este probabil să fie afectat și de un declin fizic suplimentar, dacă nu i se acordă îngrijire medicală sau nu sunt cunoscute metode de tratament, precum și incapacitatea pacientului de a suporta cheltuielile tratamentului [5]. Prin urmare, o sănătate afectată este un factor care crește „riscul relativ sau susceptibilitatea la rezultatele adverse pentru sănătate” [6] și constituie o vulnerabilitate fizică crescută. Aceste caracteristici generale pot fi individualizate și la pacientul hepatic având în vedere caracteristicile morfologice, clasificările anatomopatologice și tablourile clinice a bolii hepatice. Mai mult, în condițiile vulnerabilității fizice îngrijirea pacientului hepatic, pe lângă

tratament, se cere o protecție corespunzătoare prin reducerea riscurilor în sine, unde este posibil (prin atenuarea, predicție și avertizare, pregătire), a consolida capacitățile de rezistență, de a face față riscurilor și de a determina sursele eventualelor niveluri de vulnerabilitate.

Pe lângă cele semnalate supra, vulnerabilitatea fizică a pacienților determină diverse forme de incertitudini, stări emotive necontrolate, furie, frică, anxietate etc., care constituie o formă de vulnerabilitate afectivă. Diagnosticul unei afecțiuni cronice progresive severe sau perspectiva morții poate provoca frică, furie și disperare. Rudele și prietenii pacientului pot suferi durere și anxietate. Arhitectura spitalului și rutinele clinice pot evoca intimidare și confuzie. Din nou, aceste stări emoționale sunt, pe de o parte, semne vizibile ale unei vulnerabilități afective anterioare. Pe de altă parte, aceste stări emoționale cresc uneori probabilitatea de a face rău în continuare. De exemplu, disconfortul poate duce la lipsa complianței la tratament, sterile de agitare influențează negativ succesul terapiilor, iar durerea prelungită poate duce la pierderea relațiilor sociale și la izolare [5]. Analiza acestor particularități în contextul pacientului hepatic este necesar, deoarece, pe fundalul encefalopatiei hepatice se poate modifica anumite trăsături de personalitate cu tendință spre suspiciozitate, agresivitate, anxietate, etc. Iar, îngrijirea și protecția bolnavului, în acest context, implică o abordare interdisciplinară (medicină, bioetică, psihologie etc.), unde să se descifreze atitudinile disfuncționale și gândurile negative ce determină manifestări necorespunzătoare, care poate diminua complianța la tratament. O întrebare simplă, de natură bioetică, la prima vedere, dar complicată în realizare, ar fi, cum procedăm cu persoanele care nu dispun de capacitate decizională, pe fundalul vulnerabilității afective?

Tot în anturajul celor evidențiate, boala hepatică, cauzează pacienților forme crescute de vulnerabilitate cognitivă. În linii generale, când se cunoaște un diagnostic sever, înțelegerea faptelor medicale referitoare la acest diagnostic, prognosticul și opțiunile de tratament cu greu se poate înțelege impactul acestora asupra rutinelor zilnice, a activității profesionale și a altor activități. Din acest punct de vedere, vulnerabilitatea cognitivă a bolnavului hepatic cuprinde dificultățile crescute ale pacienților în anumite situații de a înțelege faptele medicale și alte lucruri vitale. Mai mult, înțelegerea acestor fapte încorporează întotdeauna și aspecte evaluative. Atunci când se înțelege impactul potențial al unei boli cronice asupra vieții viitoare a pacientului, scenariile sunt construite și evaluate în funcție de modul în care acestea afectează interesele, preferințele și ideile care descriu o calitate bună a vieții. Atunci când li se cere să aleagă (dacă au capacitatea) o opțiune de tratament, pacienții

trebuie să examineze aceste opțiuni din punctul de vedere al preferințelor lor. Din nou, având în vedere că aceste opțiuni pot afecta restul vieții și afectează preferințele și valorile de bază, această decizie poate provoca neliniștite. Uneori, adaptarea vieții pacienților la o boală cronică poate pune în discuție valorile și preferințele care au format până acum viața unei persoane. Pacienții s-ar putea simți îndemnați, mai ales familia lor, să restructureze și poate să înlocuiască valorile pe care le respectau. Pacienții cu boli severe pot simți nevoia să reevalueze ordonarea preferințelor pe care le-au respectat până acum. Aceasta poate duce la o nouă ordine a preferințelor sau la noi interpretări ale sensului „sănătății” [4; 5].

Aceste judecăți accentuează înțelegerea faptică pe de o parte, iar, pe de altă parte, capacitatea evaluativă a pacientului. Înțelegerea faptică poate fi compromisă de incertitudine și frică cu privire la viitor. Raționamentul evaluativ presupune luarea deciziilor cu efecte grave și pe termen lung în ceea ce privește sănătatea și viața viitoare a persoanei, iar aceste mize mari pot provoca anxietate. Operațiile evaluative pot consta, de asemenea, în nevoia de a restructura valorile și ideile de bază ale unei vieți bune, care definesc parțial cine este și ceea ce reprezintă o persoană. În acest caz, raționamentul evaluativ devine un proces de tranziție a identității personale care este orientat de experiențe, preferințe și valori, dar care nu este ghidat în mod ferm de aceste preferințe și valori. Din nou, acest proces va fi adesea însoțit de o incertitudine neliniștitoare. Rolul și sarcina medicilor și a personalului medical este de a oferi ajutor în cazurile de boală. În acest sens, aceștia reduc și atenuează vulnerabilitatea emoțională și fizică a pacientului. Mai mult decât atât, atunci când medicii explică fapte medicale și când depun eforturi pentru a se asigura că pacientul înțelege aceste fapte, de exemplu, explicând în mod repetat și evitând jargonul profesional, aceștia reduc și vulnerabilitatea cognitivă a pacientului. Cu toate acestea, o limitare a rolului de specialist în medicină este atinsă atunci când vine vorba de aplicarea cunoștințelor statistice despre progresul unei boli la perspectivele unui pacient individual. Cunoștințele medicale generale privind evoluția unei boli trebuie combinate cu date clinice și experiența clinică pentru a permite predicții în cazuri individuale. O astfel de predicție adesea se aseamănă mai mult cu o presupunere decât cu cunoștințe sigure. În acest sens, cunoștințele medicale sunt ambigue și medicii sunt vulnerabili cognitiv [7; 8].

În contextul celor analizate, ideea de vulnerabilitate antrenează un șir de stări de fapt care sunt caracteristice situației pacienților hepatici și, în parte, a specialiștilor medicali. Respectivul particularități au o semnificație bioetică și nu doar. Vulnerabilitatea fizică a pacientului hepatic necesită îngrijire medicală, pe când vulnerabilitatea afectivă și

cognitivă necesită, pe lângă cea medicală, o îngrijire și protecție bioetică și psihologică. Printre acestea, când investigăm subiectul – vulnerabilitate – nu implică doar identificarea unor indici psiho-somatici și sociali importante ale situației pacienților în actul medical, dar, în același timp, identifică potențialele aspecte în care pacienții pot avea nevoie de protecție și îngrijire. Aceasta include temeinic activitatea medicală, dar nu se limitează la ea, mai ales în cazurile de vulnerabilitate afectivă și cognitivă. Totodată, vulnerabilitatea pacientului hepatic evidențiază interdependența ființială între trăsăturile fizice, afective și cognitive. O dată ce vulnerabilitatea bolnavului hepatic acoperă toate aceste trei trăsături ale neliniștii și confuziei, încurajează o înțelegere cuprinzătoare a situației pacientului. În cazul când o persoană este diagnosticat cu una din patologile hepatice, ideea de vulnerabilitate atrage atenția asupra posibilităților provocări afective și cognitive, în loc să se concentreze exclusiv pe nevoile fizice. Aceasta implică formarea unui tablou integral cu privire la subiectul analizat, realizându-se legătura dintre parte și întreg.

Referințe bibliografice

1. Rendtorff J. D. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability – towards a foundation of bioethics and biolaw. În: *Med Health Care Philos*, 2002, vol. 5, p. 235-244.
2. Țirdea T. N. Bioetică. Curs de bază: Manual. Chișinău: CEP „Medicina”, 2017. p. 50-55.
3. Ojovanu V. Axiologia și Medicina. Dimensiuni teoretico-metodologice. Chișinău: UASM, 2012. p. 75-78.
4. Banari I., Federiuc V., Șargu E. Conceptul de vulnerabilitate în activitatea medicală. Sinteze bioetice. În: *Sănătate publică, economie și management în medicină*. Chișinău: 2020, vol. 5(87)/2020, p. 13-18.
5. Boldt J. The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. În: *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*. 2019, vol. 14(6). Disponibil pe: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13010-019-0075-6#Bib1> (accesat 10 septembrie 2020).
6. Rogers W., Mackenzie C., Dodds S. Why bioethics needs a concept of vulnerability. În: *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 2012, vol. 5(2), p. 11–38.
7. Thomson M. Bioethics & Vulnerability: recasting the objects of ethical concern. În: *Emory Law Journal*, 2017, vol. 67, p. 1207-1233.
8. Reynolds J.M. Renewing Medicine's basic concepts: on ambiguity. În: *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2018, vol. 13(8). Disponibil pe: <https://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13010-018-0061-4>, (accesat 18 august 2020).

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНВЕРГЕНТНЫХ NBIC-ТЕХНОЛОГИЙ В МЕДИЦИНЕ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

Николай Чащин, канд. биол. наук, директор

Петр Смалько, канд.биол.наук, заместитель директора

Екатерина Скребцова, ученый секретарь

ГУ «Научный центр медико-биотехнических проблем НАН Украины»,
Киев, Украина

biomed04@ukr.net

ETHICAL ASPECTS OF THE USE OF CONVERGENT NBIC-TECHNOLOGIES IN MEDICINE AND HUMAN ECOLOGY

The consequences of using convergent NBIC-technologies, especially in biology and medicine, are still unpredictable. Therefore, a comprehensive analysis of the ethical problems caused by these technologies and the search for solutions aimed at protecting human health and the environment is required. The prospects and possible consequences of convergence of NBIC- technologies, tools of social control that prevent or reduce the risks of their use are considered.

Развитие науки и техники в наступившем столетии характеризуется ускоренным прогрессом в области нанотехнологий, биотехнологий, информационных технологий и когнитивных наук [1]. Все эти технологии активно взаимодействуют друг с другом, образуя так называемую NBIC- конвергенцию (по первым буквам областей: N – нано; B – био; I – инфо; C – когно). Результаты применения конвергентных технологий, таких, например, как «нано-био», «нано-инфо», «нано-когно» могут приводить к социально-экономическим последствиям, которые по широте охватываемых явлений и масштабности будущих преобразований без сомнения можно назвать революционными [2]. Приведенные примеры с «нано-» не случайны, поскольку в концепции NBIC- конвергенции особо важное значение имеют нанотехнологии, которые дают уникальную возможность осуществлять целенаправленные манипуляции с объектом на атомарном и молекулярном уровнях. Последние достижения в нанонауке и нанотехнологиях обуславливают быструю конвергенцию других наук и технологий. Именно поэтому нанотехнологии выступают в роли «катализатора» конвергенции.

Действительно, сегодня уже идет активное использование нанотехнологий для создания более мощных вычислительных и коммуникационных устройств. Это в свою очередь облегчает моде-

лирование наноструктур, обеспечивая ускоренный прогресс нанотехнологий [1]. Такое же синергетическое взаимодействие наблюдается и в области биологических наук и биотехнологий. Известно, что биологические системы дали ряд инструментов для построения наноструктур. Использование концепций и принципов, заимствованных из биологии, способствует развитию нанотехнологий, делая их более безопасными по отношению к живому организму [3]. В целом же взаимосвязь нано- и био- областей науки и технологии носит фундаментальный характер – при рассмотрении биологических структур на молекулярном и наноуровне становится очевидным отсутствие принципиальных отличий между живыми и неживыми системами [4].

Благодаря применению нанотехнологий в области фундаментальной биологии и медицинской биотехнологии, сформировалось такое направление как наномедицина. Развитие наномедицины связано с рядом проблем философского, этического, правового и социального характера. К ним, в частности, относятся такие проблемы как:

- Переосмысление основ и целей медицины как науки, искусства и социальной практики;
- Изменение подходов к определению понятий «норма», «здоровье», «болезнь», «благополучие», «благо» и т.д.;
- Трансформация взаимоотношений между врачом и пациентом;
- Пересмотр принципов персонализированной медицины;
- Более глубокое понимание человеческой природы, целесообразности и правомерности ее видоизменений.

В практическом смысле наномедицина предоставляет инновационные подходы для выявления и лечения заболеваний, целевой доставки лекарственных средств, наноразмерной хирургии, регенеративной медицины – восстановления или замещения частей тела с помощью большого разнообразия наноматериалов. Достаточно четко сформировалась нанофармакология, призванная изучать физико-химические и фармакодинамические свойства нанопрепаратов, показания, противопоказания и возможные побочные эффекты их применения. Одновременно развиваются нанотоксикология и наноэкология, направленные на исследование влияния наноматериалов на здоровье человека, животных и окружающую среду [5].

Из четырех отраслей NBIC-конвергенции когнитивная наука – самая молодая, по мнению экспертов, самая перспективная [6].

Она сама является междисциплинарной конвергенцией психологии, лингвистики, антропологии, нейронауки и компьютерной науки, то есть первичных составляющих искусственного интеллекта. По мнению ученых, стремительный прогресс, присущий сегодня когнитивной науке, вскоре позволит «разгадать загадку разума», то есть описать и объяснить процессы, ответственные за высшую нервную деятельность человека. Следующим шагом, вероятно, будет реализация данных принципов в системах универсального искусственного интеллекта, который будет способен к самостоятельному обучению, творчеству и свободному общению с человеком. Из явно просматриваемых уже сегодня перспектив в паре «нано-когно», прежде всего, следует выделить использование наноинструментов для изучения мозга, а также – его компьютерного моделирования.

Таким образом можно констатировать, что в настоящее время мы живем в условиях развивающейся NBIC-конвергенции, то есть в условиях усиливающегося взаимовлияния и взаимодействия ведущих инновационных технологий, предполагающих уже в ближайшие десятилетия:

- радикальное расширение физических и интеллектуальных возможностей человека;
- освоение человеком новых сред обитания (водной среды, других планет и открытого космоса, виртуальных вселенных);
- появление систем искусственного интеллекта, превосходящих человека по своим возможностям;
- эффективное управление климатическими изменениями и процессами в биосфере, глобальное восстановление природных экосистем;
- достижение материального благополучия на основе развитых нанотехнологий и информационных технологий;
- перенос личности человека на новый физический носитель, например, на искусственную нейронную сеть или в обладающий соответствующей архитектурой и вычислительной мощностью компьютер [7].

Из вышеизложенного следует, что конвергентные NBIC- технологии могут кардинально влиять на здоровье человека, его физические и интеллектуальные возможности. Существенное значение для прогресса в этой сфере имеет всестороннее понимание фундаментальных химических и биологических аспектов живого, поиск путей контроля над метаболизмом в клетках, тканях, органах и

целых организмах, изучение человеческого мозга и его всестороннее компьютерное моделирование, включая симуляцию разума, личности, сознания и других свойств человеческой психики.

Что касается практического использования конвергентных технологий в медицине, то оно характеризуется рядом особенностей. Во-первых, это высокий потенциал конструирования человеческого тела и сознания. Электронные имплантанты и физические модификаторы позволяют улучшить биологические возможности человека, разработка интерфейсов «мозг-компьютер» открывает широкие возможности для подключения через нервную систему искусственных частей тела и донорских органов [1]. Уже сейчас информационные и коммуникационные технологии используются для повышения человеческого интеллекта, они существенно усиливают умственные способности человека в работе с информацией, расширяя и углубляя границы его природных возможностей. Во-вторых – это миниатюризация, позволяющая создавать нанороботы для мониторинга физиологического состояния, целевой доставки лекарственных препаратов и очистки сосудов, обеспечивать прямые контакты между мозгом и компьютером, между биомолекулами в кровеносном русле и сенсорами и др. И в-третьих – это индивидуализация: достижения молекулярной генетики и нанобиотехнологии позволят создавать лекарства, учитывающие особенности конкретного генома, что даст возможность точно попадать в «цель» и избегать побочных эффектов.

Последнее, кстати, уже воплощается в жизнь в виде так называемой «персонализированной медицины», которая стала реальностью благодаря достижениям современной молекулярной науки – фармакогенетики и связанных с ней «-omics» технологий, таких как геномика, протеомика и метаболомика. Это инновационное направление в медицине представляет собой персонализированный подход к выбору и дозировке лекарственных средств на основе результатов молекулярно-биологических исследований генетических факторов, влияющих на специфику ответа организма на тот или иной препарат [8]. Целью фармакогенетики является выявление групп пациентов, которые в связи с генетическими особенностями имеют различную скорость метаболизма применяемых лекарственных средств, что учитывается при разработке схемы лечения пациента в соответствии с его индивидуальными данными.

Таким образом, персонализированная медицина отходит от традиционной фармакотерапии, ориентированной на всю популяцию, и фокусируется на отдельных индивидуумах или небольших

субпопуляциях. Применение персонализированных методов существенно сократит смертность не только непосредственно от заболеваний, но и от неверно назначенных лекарственных средств. Исходя из этого, можно сделать вывод, что персонализированная медицина более эффективна и безопасна, т.е. более этична.

Однако, при переходе от абстрактной концепции персонализированной медицины к реально работающей модели персонализированного здравоохранения возникает множество препятствий, которые включают научные, этические, экономические, образовательные и организационные аспекты. В результате широкой дискуссии о преимуществах и недостатках персонализированной медицины, проблемах перехода от традиционного к персонализированному здравоохранению, делается вывод, что медицина будущего должна учитывать все эти аспекты на пути к персонализированному подходу в интересах пациента [9].

Без сомнения NBIC-технологии способны привести к революционным преобразованиям не только в медицине, но и в других сферах жизнедеятельности человека [4]. Это самые различные области промышленности, энергетика, военная, космическая, информационная и телекоммуникационная сферы. В то же время результаты использования этих инновационных технологий могут быть непредсказуемыми и нести определенные риски для человека, общества и окружающей среды. В связи с этим насущными становятся анализ последствий применения NBIC-технологий, оценка их возможных рисков и разработка инструментов социального контроля, предотвращающих или снижающих их. Предполагается, что одним из таких инструментов для обеспечения биобезопасности человека и природы может стать гуманитарная экспертиза и разработка социогуманитарных технологий на основе биоэтики [10].

Потенциальные риски и угрозы био- и нанотехнологий в сочетании с информационно-коммуникационными и когнитивными технологиями связаны с новыми качествами и свойствами, которые проявляются в нанодиапазоне, а также с новыми свойствами генетически модифицированных организмов и активных гибридных нанобиоструктур. К сожалению, управление развитием NBIC-технологий сегодня находится на начальной стадии. Сейчас ведутся дискуссии о возможных негативных последствиях применения инновационных конвергентных технологий для здоровья человека, состояния окружающей среды и безопасности. Однако эти последствия пока не удается однозначно определить даже для

современного поколения наноструктур и продуктов биотехнологий, не говоря уже о будущем. В наработанных сегодня документах только указывается на особое положение нанобиотехнологий и перспективы их конвергенции между собой и с информационными технологиями, а также отмечается, что конвергенция этих высоких технологий способна коренным образом трансформировать процесс производства и структуры потребления товаров и услуг, тем самым создавая предпосылки для серьезных экономических и социальных изменений [11].

Библиография

1. Прайд В., Медведев Д.А. Феномен NBIC-конвергенции: Реальность и ожидания. In: Философские науки, 2008, № 1, с. 97–117.
2. Цикин В.А. NBIC-конвергенция – катализатор техногенной модификации человека. In: Філософія науки: традиції та інновації, 2014, № 2(10), с. 3-13.
3. The strategy of survival in the context of bioethics, philosophy and medicine. / Кундиев Ю.И., Скребцова Е.В., Смалько П.Я., Чашин Н.А.: Проблемы взаимодействия природных и синтетических наноразмерных структур: Proceedings of international conference. Resp. Teodor N. Tirdea, Chisinau. 2014, p. 228-230.
4. Аматова Н.Е. Развитие и внедрение NBIC-технологий: история и современность. In: Современные проблемы науки и образования, 2014, № 5, с. 36-41.
5. Чекман І.С. Нанофармакологія: експериментально-клінічний аспект. In: Лік. справа, 2008, № 3–4, с. 104–109.
6. Roco M.C., Bainbridge W.S. (Eds.) Managing Nano-Bio-Info-Cogno Innovations: Converging technologies in society. Berlin: Springer. 2006.
7. Мищенко А. В. Апгрейд в сверхлюди. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009..
8. Evans, W.E., McLeod, H.L. Pharmacogenomics – drug disposition, drug targets and side effects. In: The New England journal of medicine, 2003, Vol. 348. № 6, p. 538-549.
9. Седова Н.Н. Этика персонализации в современной медицине. In: Материалы 19-й международной научной конференции «Сахаровские чтения 2019 года: экологические проблемы XXI века». Минск, Республика Беларусь. 2019, с. 493-494.
10. Нежметдинова Ф.Т. Гуманитарная экспертиза рисков внедрения современных технико-технологических достижений НБИК-технологий на основе биоэтики: методологический подход. In: Инноватика и экспертиза, 2013, Вып. 1(10), с. 132-138.
11. Белянцев А.Е. NBIC-технологии как сфера международного взаимодействия. In: Вестник Нижегородского университета им. Н.И.Лобачевского, 2013, № 6(1), с. 350-356.

ASPECTE BIOETICE ȘI PRACTICE ALE CONSILIERII SPIRITUALE A DEȚINUȚILOR BOLNAVI

Viorel Cojocaru, lect. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

Chișinău, R. Moldova

prviorelcojocaru@gmail.com

BIOETHICAL AND PRACTICAL ASPECTS OF SPIRITUAL COUNSELING OF SICK DETAINEES

The topicality of the approached problem is not only the improvement of the quality of life of the detainee but also the breaking of the usual stereotypes of our society related to the prison environment. A complex and current analysis of the medical scientific field is the spiritual counseling of sick detainees, addressing the bioethical and methodological aspects for their psychosomatic rehabilitation. In all precarious situations where the human individual is involved as a victim, it requires a special approach to the habitat environment, and the prison one, a particular approach related not only to the harmfulness of the system, but also to the institutional legal-criminal norms. Solving multiple problems requires the involvement and organization of teams of specialists, focused on the entire spectrum of recovery of the vulnerable humanness

Cauzalitatea unor efecte și fapte amorale sau imorale, abordate azi cu insistență atât la nivel științific, cât și la nivel media, tinde să propună o profilaxie a non-valorilor în societatea contemporană. Pentru lumea actuală nu mai sunt străine noțiunile de crimă, arestat, pedeapsă, penitenciar, deținut, etc., excepție făcând doar execuția. Mai mult ca atât, astăzi, cele mai senzaționale știri sunt cele legate de arestări și condamnări. În pofida abuzurilor informaționale în explorarea mediului penitenciar, totuși, acest subiect rămâne tabu pentru mulți cercetători din diverse domenii. Studiarea acestui mediu implică nemijlocit cunoașterea non-valorilor predominante în acest sistem, inclusiv spulberarea stereotipurilor negative și pozitive despre acest fenomen. O abordarea complexă și actuală o constituie consilierea spirituală a deținuților, abordând aspectele bioeticii și metodologice pentru reabilitarea lor. Corijarea deținuților în instituțiile penitenciare este caracterizată prin adaptarea, formarea și educarea calităților morale, selecția și schimbarea, deprinderea și menținerea, ținând cont de condițiile și mediul penitenciar, de nivelul intelectual al deținutului și starea lui spirituală anterioară condamnării.

O problemă actuală în cercetarea mediului penitenciar ar fi contribuția noastră la spulberarea stereotipurilor uzuale în societate. Cunoș-

tințele infime despre lumea penitenciară v-a dăuna somatic și spiritual potențialului științific de cercetare în acest domeniu. Cele două izvoare, care impulsionează cercetările din mediul penitenciar: mass-media cu filmele artistice de profil și stereotipurile, prin care societatea liberă cunoaște lumea penitenciară sunt superficiale. Din acest punct de vedere consilierea spirituală a deținutului, utilizând diverse principii de cercetare antropologice, este pusă în fața unui pariu: acela de se „defamiliariza” de cotidian, adică de a se distanța de ceea ce este cunoscut societății prin prisma mass-mediei și a stereotipurilor, și a surprinde ipostazele noi în refacerea morală a individului deraiat de la aceste norme. În condițiile precare a mediului penitenciar abordarea bioetică a problemei vine să susțină biosul uman, astfel păstrând integritatea somatică, psihică și spirituală a deținutului, deconectându-l definitiv de la formele non-valorice, promovate și publicate în mediul penitenciar, iar în cel liber spulberând stereotipurile exotice ale mediului privat de libertate. Cercetările științifice a mediului penitenciar pe subiecți umani a provocat dintotdeauna atât fascinație și atracție, cât și repulsie, groază și frică, toate acestea din perspectiva pluralismului identitar uman. Promovarea unor realități despre mediul penitenciar, despre formele de manifestare umane și consecința somatică, spirituală și psihică va debulosa toate stereotipurile negative ale societății. Sensul vieții în plenitudinea lui, se va realiza în libertate.

În descrierea succintă a noțiunilor de stereotipuri despre mediul penitenciar, vom utiliza posibilitatea științifico-antropologică, alteritatea, astfel divizând subiectul cercetat în două categorii: stereotipuri pozitive și stereotipuri negative. Experiența alterității a fost trăită de timpuriu de navigatori, colonizatori, exploataatori, apoi turiști, misionari, oameni de știință, etc. [1]. Toate cercetările pe subiecți umani, pe aspecte comparate, au la bază premiza alterității.

O abordare uzuală a stereotipurilor negative despre mediul penitenciar, vine să estetizeze incorect habitatul acestui mediu, din acest punct de vedere atât consilierul spiritual, cât și medicul întâmpină probleme la anamneză, diagnosticare și tratament. Asumarea unui statut de „erou” în penitenciar, format în baza stereotipurilor negative, din care astăzi societatea se hrănește, va provoca din partea deținutului noncompliance atât la tratamentul medicamentos cât și la consilierea lui spirituală. Abordarea principiilor bioetice în acest caz, prin diverse metode de asistență spirituală va ajuta revenirea condamnatului la albia valorilor morale pentru menținerea și stabilizarea stării de sănătate, în caz contrar, dacă patologia este infecțioasă, va surveni izolarea lui de ceilalți condamnați. Această formă de profilaxie este în dezavantajul deținutului izolat din

câteva motive: dacă izolarea va fi în perioada arestării, atunci condamnatul va suferi o privare dublă de libertate, iar aceasta va cauza o traumă morală și psihică, va accentua neîncrederea în factorul medical, aducându-i suferințe, iar deținutul nu este pregătit să le suporte. Din alt punct de vedere stereotipurile care promovează non-valorile în mediul penitenciar sunt contagioase, după fiziologul N. Păulescu toate viciile sunt contagioase [2], iar obiectivul suprem al penitenciarelor este reabilitarea morală a individului privat de libertate. Prejudecățile asumate pe parcursul detenției sunt apoi reluate, amplificate, transformate în stereotipuri și aruncate societății. Cauzalistica acestor prejudecăți constă de fapt în mediul privat de libertatea fizică și socială, pe fonul acestui fenomene mai evidențiază profesionalismul sau non-profesionalismul colaboratorilor, medicilor, consilierilor, etc. Acestea deseori cedează din obligațiile morale, în diverse împrejurări și forme, inclusiv: răzbunarea, ura, pedepsirea etc., până la încălcarea confidențialității, factori nocivi ce justifică apariția și menținerea stereotipurilor negative.

Stereotipurile pozitive sunt mai puține cantitativ, dar mai utile pentru consilierea spirituală. Această categorie vine în susținerea paradigmei bioetice de habitat în mediul penitenciar. O doză de tratament spiritual a deținuților bolnavi poate fi utilizată de stereotipurile pozitive în forțarea conștiinței de a depăși fobia medicală, prin recunoașterea și aprecierea lucrătorilor medicali drept prietenii și susținătorii vieții și integrității deținuților. O parte din societate acceptă această categorie de stereotipuri uzuale, mai ales familiile condamnaților, utilizându-le în contracararea stigmatizării atât a familiei deținuților, cât și a condamnatului în perioada post detenție. Consilierul spiritual abordează aceste stereotipuri în consilierea deținuților ce urmează a fi eliberați, precum și în perioada post detenție.

Antropologia medicală, culturală, socială, astăzi este dominată de diverse reprezentări ale alterității, fapt ce a devenit vizibil începând cu abordările teoretice și cercetările practice, accentul căzând pe dialogul interdisciplinar, intercultural și interreligios, unde partenerii au același statut spiritual, „prin urmare, se poate spune că sensul alterității se „înmoaie”, ea încetează să mai fie percepută ca o diferență interioară și ostilă” [3].

În toate situațiile precare unde este implicat individul uman în calitate de victimă, necesită o abordare specială a mediului. Condamnarea ușuratică și precoce a tuturor rebelilor valorilor morale este un act de terorism moral, societatea penală este impusă în elaborarea condițiilor de reabilitare a umanului căzut. De timpuriu, deținuții s-au „bucurat” de divesre metode explozibile antropologic, inclusiv: implicarea lor în acti-

vități inumane (deșifrarea pădurilor siberiene, săparea manuală a canalelor Volga-Don, Dunăre-Marea Neagră, foame, sete, ger etc.); implicarea lor la diverse experimente de inumanizare (fenomenul Pitești, fenomenul Arhipelag, etc.); participarea lor involuntară la diverse cercetări biomedicale etc., toate acestea au fost și sunt condamnate de toate Forurile Internaționale de Protecție a Omului. Deținuții bolnavi, indiferent de regimul detenției, au nevoie de îngrijiri speciale: începând cu consiliere spirituală și finisând cu îngrijirea paliativă. Ei sunt subiecți activi în procesul refacerii morale. Omul, din punct de vedere fiziologic, în suferință se poate modela spiritual, dacă suferința devine valoare morală [4]. Consilierea spirituală în comun cu lucrătorii medicali, preoți, juriști, sociologi ridică nivelul moral al condamnatului [5]. Obiectivul suprem în aceste condiții fiind menținerea sănătății fizice și psihice a condamnatului, precum și anihilarea suferinței. Consilierea spirituală realizată, ținând cont de rețerile bioetice, acordată de specialiștii diverselor domenii: preot capelan, psiholog gardian, medic ș.a. are o mare probabilitate de a deveni una eficientă. Nu doar consilierea deținuților bolnavi necesită a fi organizată într-un echipaj de specialiști, ci și întreg spectru de refacere a umanului căzut necesită colaborare cu diverși specialiști.

Rezultate obținute în urma studiilor realizate în condițiile de penitenciar, indică faptul că consilierea spirituală a deținuților bolnavi au îmbunătățit calitatea anamnezei, iar relația medic-deținut și consilier-deținut au dus la complianță, rezultând un tratament reușit. Utilizând principiile biotipologiei în consilierea spirituală a deținutului atragem atenția la individualizarea asistenței, eliminând șablonul terapierilor spirituale speciale. Astfel, în comun acord, medicii și asistenții spirituali în mediul penitenciar vor explora toate metodele terapeutice de menținere a sănătății bolnavului, astfel paradigma antropologiei clinice, care „are la bază ideea că patologia umană este puternic influențată de condițiile de viață, de mediul social” [6], va reuși stabilirea unor norme de conduită în relațiile medic-deținut, deținut-gardian sau deținut-deținut. Condițiile de viață și însăși mediul penitenciar promovează ideile unor repulsi la stabilitatea vieții individului uman.

O abordare specială revine consilierii spirituale a bolnavilor terminali, prin îngrijirea paliativă. Condițiile precare de habitat în mediul penitenciar, precum și densitatea condamnaților în celule v-a propulsa diverși factori nocivi în destabilizarea sănătății somatice a condamnatului, astfel numărul bolnavilor terminali în instituțiile penitenciare este în creștere. Această nouă formă de asistență medicală în penitenciare s-a evidențiat în temnițele comuniste, atunci când deținuții se îngrijeau unii pe alții [7], chiar și în momentele când li se interzicea. Azi, noul sistem de mana-

gement european al sănătății impune toate instituțiile medicale sau paramedicale (penitenciar-spital, azile de bătrâni, etc.) să ofere condiții speciale bolnavilor terminali. Dat fiind faptul că repartizarea condamnaților în celule se face după mai multe criterii (crima săvârșită, vârstă, sex, patologie etc.), în fiecare secție a Spitalului-Penitenciar există celule special amenajate pentru bolnavii terminali. Îngrijirea paliativă a deținuților terminali este oferită sistematic de lucrători medicali și de alți condamnați, iar ocazional de diverși consilieri și specialiști. Consilierea spirituală a deținuților bolnavi terminali este indispensabilă de alte preocupări medicale. În această perioadă persistă un fenomen des întâlnit, agonia deținutului, care se manifestă în dependență de pregătirea morală și psihică în fața morții a bolnavului, recunoașterea vinovăției și a stării păcătoase, precum și eliberarea de quantumul păcătos prin diverse metode spirituale. În final, obiectivul suprem în aceste condiții cade pe micșorarea suferinței, refacerea și păstrarea sănătății spirituale a condamnatului.

Aplicarea metodelor bioetice în consilierea spirituală a deținuților a lansat un model eficient de cooperare la tratament dintre medic și pacient, utilizând toate tipurile de relație consilier spiritual – deținut, împrumutate din domeniul medical. Aceste metode vin în ameliorarea relațiilor medic-deținut și deținut-familie, sensibilizându-se pozitiv și deținuții bolnavi cu tentativă de suicid, astfel fiind contracarată atitudinea ostilă față de viață. Problema tentativei de suicid pe fonul maladiilor cronice este un flagel și pentru societatea liberă. În majoritatea țărilor Europene, suicidul este considerat o problemă a sănătății publice, iar drept cauză de deces este situată între primele zece premise ale morții [8]. Atenuarea fenomenului suicidal în mediul penitenciar se manifestă prin lipsa de încredere în factorul medical din penitenciar și a sistemelor juridice de privare de libertate (în Republica Moldova avem trei tipuri de detenție: închis, semi-inchis și deschis). Chiar dacă deținutul este bolnav, în penitenciarul-spital forma detenției se păstrează, paradoxal fiind că de acest factor nu răspunde lucrătorul medical din penitenciar, dar se răsfrânge negativ asupra relației medic-condamnat.

Referințele directe a suicidului în mediul penitenciar sunt axate în cele mai dese cazuri pe patologii spirituale, sociale și psihiatrice. Cercetătorii care s-au ocupat de acest fenomen mai în deaproape, susțin că suicidul nu urmărește neapărat moartea sau desființarea propriei persoane, cât fuga de viață, fuga de probleme, modul în care o reprezintă victima [9], sau șantaj emoțional [10], ultimul fiind cel mai des întâlnit în mediul penitenciar. Moraliștii consideră că suicidul este o boală morală care poate fi contagioasă [11], de exemplu se înregistrează uneori adevărate epidemii de morți voluntare fiind specifice unui anumit timp și unui

anumit loc. În instituțiile penitenciare din întreaga lume sunt cunoscute fenomenele de autorănire sau automutilare cât și de faptele premergătoare lor, anume acele ce simulează fenomenul. Intențiile acestea caracterizează comportamentul deviant al deținutului manifestându-se prin: 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 contracararea suicidului ca fenomen medico-social în penitenciare este lucrul în comun, iar un aport deosebit îl are consilierul spiritual al instituției care aduce la cunoștința administrației factorii decisivi în evoluția problemei.

Unii factori de risc ai condamnatului cu tentative de suicid sânt: statutul socio-economic, dezavantajele, bolile (nevroticii deprimați, dezechilibrul hormonal, slăbirea unor neurotransmițători) [12], tulburări psihice și anxioase, depresia, etc., dar și predispoziție familială pentru sinucidere sau transmitere ereditară. Cunoașterea factorilor de risc v-a reuși abolirea faptelor imorale ce duc la tentative de suicid. De multe ori, bolnavii din penitenciare, într-o criză, aprobă aceste fenomene în calitate de manipulare pentru câștigarea beneficiilor personale, uneori fiind fatale. Definirea raportului deținutului bolnav cu propria lui viață este obligația consilierului spiritual, explicându-i valoarea vieții și uzualitatea socială a factorului uman. Desigur, aceste tipuri de consiliere sunt de durată, dar cu efecte așteptate. Toate metodele desfășurate în aceste cazuri pornesc de la premisa că viața omului este cel mai mare dar de la Dumnezeu [13]. În aceste cazuri consilierul spiritual are 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 obligația, respectarea confidențialității.

Problema nemuririi din viziunea religiei și a antropologiei va justifica tendințele consilierului de a păstra viața deținutului. Suicidul poate fi considerat ca încălcarea sancțiunii vieții umane, care, „conform convingerilor bioetice, este inalienabilă, sacră, unică și inviolabilă, atât fizic, cât și spiritual” [14].

Problemele morale, nerezolvate în mediul penitenciar, sunt cele legate de raporturile sexuale. Chiar dacă angajații și lucrătorii medicali încearcă contracararea acestui flagel imoral, homosexualitatea are premise de dezvoltare în acest mediu, în primul rând, că aceste tipuri de relații sexuale anormale sunt considerate drept metodă de pedeapsă intercelulară și intercollegială. Sistemul penitenciar dezaproabă aceste fapte prin sistematizarea unor principii de conduită interpersonală și amplasarea lor în celule ținându-se cont de gravitatea crimei, sex, nivelul intelectual, etc.

Această carență morală are consecințe grave și din punct de vedere al profilaxiei bolilor transmisibile sexual. Ridicarea nivelului moral a deținuților este cea mai corectă metodă de evitare a fenomenului homosexual în mediul penitenciar. Această sarcină grea îi revine și consilierului spiritual. Unii din practicanții activi ai homosexualității, resping și boicotează toate metodele de consiliere spirituală, săvârșite de preot, pastor, abate etc. [15]. În aceste cazuri asistența spirituală, adecvată valorilor morale autentice o poate desfășura medicul, asistentul social sau cel psihologic, important este să se respecte premisele bioeticii și confidențialitatea. Indiferent de specialistul care desfășoară consiliere spirituală are nevoie de spațiu protejat, unde condamnatul să se simtă liber iar consilierul în siguranță. Inviolabilitatea libertății spirituale a condamnatului va avea efecte negative, recomandabil ar fi ca asistența spirituală a acestor categorii de deținuți să se facă nonconfesional și apolitic.

Elaborarea unei strategii a consilierii spirituale a deținuților bolnavi, aplicând metodologia bioetico-antropologică, a configurat metode eficiente de tratament prin promovarea persistentă a valorilor morale în instituțiile penitenciare. Uzualitatea fiecăruia în această societate este și ea o premiză de a purcede în consilierea spirituală a deținuților bolnavi. Vulnerabilitatea bolnavilor din mediile penitenciare se deosebește de cele din societatea liberă. În libertate lupta cu boala se împarte între familie, prieteni și bolnav, în schimb, în mediul penitenciar această luptă este suportată doar de deținut și colegii de celulă și ei vulnerabili. Reușita unei redute în acest segment poate fi considerată pregătirea lui intelectuală, dar mai ales sensibilitatea gnostică a suferinței. Revenind la metodele de consiliere spirituală a deținuților bolnavi în perioada comunistă, era strâns legată de starea emotivă, culturală și intelectuală a colegilor de celulă. Exemplu aici revine evenimentului pe când se afla Valeriu Gafencu în penitenciarul-spiritual Târgu-Ocna, celula sa s-a transformat într-o aulă de rezistență spirituală, unde suferința îmbrăca haina unei valori morale, iar dragostea prevala împreună cu ajutorul reciproc, compătimirea și educarea morală în lupta pentru suferință [16].

Aportul unei consilieri spirituale reușite, va aduce beneficii nu numai deținuților bolnavi dar și celorlalți, inclusiv și angajaților instituției penitenciare. Reabilitarea morală a unui individ delicvent este plauzibilă pentru întreaga societate, mai ales pentru familie, care de fapt este și scopul privării de libertate. Elaborarea metodelor de consiliere spirituală prin prisma bioeticii va îmbunătăți: relațiile în care este antrenat deținutul, terapia psiho-somatică, silueta spirituală a individului în ansamblu.

Referințe bibliografice

1. Gavriluță N. Antropologie socială și culturală. Iași: Ed. Polirom, 2009, p. 30.
2. Paulescu N. Fiziologie filosofică. Cele patriu patimi și remediile lor. București: Ed. Cartea Românească, p. 14.
3. Eco U. Înainte ca racul. Războaiele calde și populismul mediatic. București: Ed. RAO, 2007, p. 90.
4. Paulescu N. Instincte sociale. Patimi și conflicte. Remedii morale. Iași: Ed. Creștină strămoșească, 2009, p. 283.
5. Durnescu I. Asistența socială în penitenciare. Iași: Ed. Polirom, 2009, p. 138.
6. Baci Adina-Brîndușa, Sroică Laura-Oana, Robe Adin-Daniel, Ispas Alexandru-Teodor. Antropologie medicală. Elemente introductive. București: Ed. Universitară Carol Davila, 2017, p. 97.
7. Ianolide I. Întoarcerea la Hristos. Document pentru o lume nouă. București: Ed. Christiana, 2009.
8. Popescu L. Bioetica și perspectiva creștină. Brăila: Ed. Istros, 2009, p. 142.
9. Niță M., Gheorghe I., Ionescu F., Otilie B., Mogoi C., Bușe V. Dicționar de Bioetică. Craiova: Ed. Aius, 2009, p. 215.
10. Brînză S. Infracțiuni contra vieții, sănătății, libertății și demnității persoanei. Chișinău, 1999, p. 68.
11. Zăgărean I. Morala creștină. Cluj-Napoca: Ed. Renașterea, 2006, p. 218.
12. Popescu L. Bioetica și perspectiva creștină. Brăila: Ed. Istros, 2009, p. 141.
13. Stăniloae D. Teologia Dogmatică Ortodoxă. Vol. I. București: Ed. Institutului Biblic și de Misiune a Bisericii Ortodoxe Române, 1996, p. 321.
14. Țirdea T. Elemente de bioetică. Chișinău: Medicina, 2005, p. 90.
15. Gheorghe V., Dîrlău A. Fața nevăzută a homosexualității. București: Ed. Christiana, 2014, p. 179-187.
16. Sfântul Închisorilor. Alba Iulia, 2007.

C. NOICA DESPRE MALADIILE SPIRITULUI ȘI CONTEMPORANETATEA

Vera Panfil, doctorand

Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, R. Moldova
veronicapanfil2255@gmail.com

C. NOICA ABOUT THE DISEASES OF THE SPIRIT AND THE CONTEMPORANEITY

This study reflects the concept of "model" in continuation (ontologic, cultural) defined in the philosophy of Constantin Noica as an investigation and structuring method of the creature through the I-D-G terms: individual-general-determinations indicating from six modulations of the verb "tobe" in the work "Becoming a Creature" in correspondence with the unfulfilled creature, left creature, the creature that doubles the reality, the possible creature that negates the reality, the crea-

ture that has no "place of living", identity, the creature that has no saved generality, naming them "diseases of superior order" of the spirit in the work "Six Diseases of the Contemporary Spirit", that "... are, in fact, of the creature, ontic diseases and, that is why, they could really be constitutional to the man in contrast to the others; if the body and the soul participate in the creature, the spirit itself reflects it thoroughly..." [3, p. 7].

These six diseases are determined from Greek: 1. *Catholita* – "catholu" -- in general characterized by the disease lacking generality. 2. *Todetita* – "tode ti" -- this disease namely is one from the lack of individuality. 3. *Horetita* – "horos" is the determination of the disease according to the will of deregulation of the determinations. 4. *Ahoretie* – the disease of the refuse of determination. 5. *Atodetie* – the disease of refuse of the individual, from this namely. 6. *Acatholie* – the disease of the refuse from the general, from determination.

Acest studiu relevă în continuare conceptul de „model” (ontologic, cultural) definit în filosofia lui Constantin Noica ca o metodă de cercetare și structurare a ființei prin termenii I-D-G: *individual-determinații-general*, inducându-l din șase modulații a verbului „a fi” în lucrarea „*Devenirea întruființă*” în corespundere cu ființa neîmplinită, ființa suspendată, ființa ce dublează realitatea, ființa posibilă ce neagă realitatea, ființa ce nu are „așezare”, „identitate”, ființa ce nu are asigurat generalul, denumindu-le „maladii de ordin superior” „ale spiritului” în lucrarea „*Șase maladii ale spiritului contemporan*”, care „... sunt în fapt ale ființei, maladii ontice, și de aceea s-ar putea ca ele să fie cu adevărat constituționale omului, spre deosebire de celelalte; căci dacă trupul și sufletul participă și ele la ființă, spiritul singur o reflectă deplin...” [3. p.7]. Aceste șase maladii sunt determinate din limba greacă: 1. *Catholită* – „katholu -- în general” caracterizată de maladia de lipsă a generalului; 2. *Todetită* – „tode ti -- acest lucru anume” – maladie de lipsă a individualului; 3. *Horetită* – „horos -- determinare” - maladie pe linia voinței de dereglare a determinațiilor; 4. *Ahoretie* – maladia refuzului de determinare; 5. *Atodetie* – maladia refuzului de individual, de acest lucru anume; 6. *Acatholie* – maladia refuzului de general, de determinare.

Termenii maladiilor relațai de Noica nu se găsesc pentru tălmăcire în alte surse (Larousse. Marele dicționar al PSIHOLOGOIEI; Cartier. Dicționar enciclopedic; Enciclopedia mondială. Filosofia etc.), fiind determinați doar de filosoful român: „Le-am dat, ca într-o *altă* medicină, nume, nu fără de surâs, firește. Dar ce putem face decât să le numim, dacă maladiile apar atât de lămurit în om, iar ca „situații” ale ființei deopotrivă în lucruri, poate?” [3, p. 12]. Primele trei maladii au „carența refuzului” la om al unui anumit termen al ființei.

Catholita caută vindecare în existența individuală, neagă „ideologiile”, desprinzându-se de ordinea societății și fiind singura maladie spirituală

de ignorare a generalului prin exemplul individualității a celor „1003” cuceriri feminine a lui Don Juan (fără supunere socială, libertin, lipsit de lege), dar și fără de personalitate și nesupus generalului (simpla frumusețe din toate ființele) sau Napoleon Bonaparte în tendința lui de afirmare generală – sindrom tipic a unui bolnav de catholită prin tirania acțiunii oarbe și desfigurată. Sau manifestarea artistică din Comedia Umană a lui Balzac – „... un cuceritor exemplu de cuplare a individualului cu posibilul..., ascunzând în eleo maladivitate a spiritului, un fel de cancer al creativității” [3, p.40]. Sau pictura flamandă a lui Picasso prin „extraordinara lui prolificitate” și „fenomen de oboseală” și „adevărata paradigmă a catholitei” reprezentată prin fiul risipitor („Fac ce-mi place”), care ignoră sensul general (casa părintească) și rătăcește prin lume. Noica îl exemplifică pe Kierkegaard – „marele bolnav de catholită din istoria culturii noastre, care nu-și realizează destinul său individual în dragostea lui pentru Reghina Olsen prin actul religios-social al căsătoriei și afirmă scrierile sale doar ca individuale de dragul iubitei, nerealizând generalul. Experiența extremă a catholitei, culminarea acestei maladii Noica o reprezintă prin exemplul Nietzsche, care înfruntă divinul prin carența generalului: „Dumnezeu a murit” – Dionysos contra lui Crist – exprimare a sentimentului neantului, unde nu este nimic, experiența tragicului și negarea legilor cetății: „Forma clasică a tragicului este astfel doar capătul de drum al catholitei: demersul ei extrem, învrăjbirea generalurilor în subiectul conștient” [3, p.51]. *Todetita* este prezentată de Noica ca maladia *perfectiunii* cauzată de carența individualului, prin lipsa unui anumit lucru „*tode ti*” de care suferă conștiința religioasă de a nu vedea divinul întrupat în nimic concret spre deosebire de creștinism, ce întrupează individul din divin. Timpul absolut al lui Newton și spațiul absolut al lui Hegel sunt maladiile perfectiunii generale, caracteristica omului ca ființă gânditoare și cercetătoare suspendată de individual în perfectiunea generalului. Filosoful Noica afirmă: „*Todetita* este veche de când lumea, ca și celelalte maladii. Este o maladie tipică pentru jumătate din umanitate, pentru femei, care urmăresc să fixeze generalul speciei într-un individual: într-o iubire, un copil, un cămin. Dar la fel, orice tânăr trece printr-un ceas al vieții când suferă de *todetita*, sub idealismul său, prost dar plin de frumuseți și exaltări, în speță sub magia idealului, ca o primă și nelămurită ridicare la planul generalului de care este o clipă înrobit” [3, p.56]. În această maladie ființa rămâne suspendată de dezechilibru spiritual cum e eroul lui Goethe Faust în iubirea lui pentru frumoasa Elena – ideal al inimii – se fixa în prima întâlnită, unde ființa individuală „se abandonează” sensurilor generale precum omul de vârstă a doua poate fi cucerit de „fanatismele ideologice”, care îi par convingătoare și „uită de sine”, luând figura și funcția furnicii din furnicar. Exemplificare a acestei

maladii sunt miturile din Evul mediu, „zbuçiumul ” artiștilor de a atinge culmea idealului, utopia statului platonician, tendința statelor de ridicare la general prin Constituție, Revoluție și modele. Todețita e suferința fratelui fiului risipitor, „supus și bine făptuitor”, stăpânit de legile generale ale cetății și familiei se simte superior fratelui prin judecata de a face ce trebuie și condamnarea risipei, care nu poate admite ca iertarea tatălui să aducă legea (generalul), fiul risipitor să nu fie pedepsit, iar el – răsplătit.

Horetita ca maladie în lipsa determinației e o suferință din voință, de bună voie și se poate manifesta prin formă acută sau cronică atât la om, cât și la scară istorică. Romantismul lui Eminescu îl exemplifică în acest sens pe Luceafarul, ce nu se poate individualiza și „nu-și poate da determinații pămîntești”, nu poate fi fericit și nici ferici pe alții și își exprimă nerăbdarea față de Demiurg, cerând determinare pămîntească, dar posibilul îl lasă „nemuritor și rece”. *Horetita* lui Don Quijote e manifestată pe plan individual, care rămâne un cavaler rătăcitor cu coif de carton și cu sentimentul amăgirii de sine, apoi și amăgirii de către ceilalți. O formă cumplită de horetită e maladia spirituală a lui Nietzsche idealizată prin Zarathustra, care la coborârea în lume din munți peste 10 ani nu-și poate da determinații și pribegește în neștire prin lume. Ca și în viața omului, când după lungi rătăcirii vine timpul lucidității și conștiințizarea necesității de a se determina pentru fapte concrete și responsabile. Cultura, fiind reflecția vieții spirituale a omului, poate ilustra celelalte trei maladii „prin trei creații ale culturii”: *acatholia*, *atodetia* și *ahoretia*.

Acatholia în forma refuzului de general este o confruntare, caracteristică *civilizației europene*, dar „hotărâtoare pentru restul lumii”. Noica reliefează această maladie, spre deosebire de celelalte două (*atodetia* și *ahoretia*), atribuind-o modernismului contemporaneității cu caracteristicile ei: revoluția tehnico-științifică cu exploziile informaționale și demografice „răzvrătite împotriva generalului”, ce se bazează pe elementele electricității, fluxurilor electronice, undelor electromagnetice în era cibernetizării totale. Anume aceste inovații științifice întruchipate în curentul *iluminismului* (*de la lumină*) largesc rațiunea omului modern, care caută *sensuri* și argumente științifice, însă întunecă spiritul, îl orientează împotriva generalurilor, mai ales, a celor date ca negarea lui Dumnezeu. Inteligența iluminismului în *cultura occidentală* (aducătoare de dezvoltare la începuturi) a aprofundat maladia spirituală a acatholitei franceze și germanice (vocația filosofică și muzicală), „bastardizându-se” sub influența anglo-saxonă cu vocație empirist-tehnică și meșteșugărească (Faraday, Maxwell – cult de exactitate și matematică logică în schimbul adevărului), care apoi domină peste lumea occidentală a spiritului nu numai prin mândrie exterioară și ținută victoriană, dar și prin

impunerea limbii engleze manifestată prin simplismul lexico-gramatical întregii lumi. Noica concluzionează: „În definitiv, dacă ne concentrăm asupra înnoirii tehnico-științifice de astăzi, pe care a făcut-o posibilă acatholia europeană în general și cea engleză în particular, este limpede că o asemenea înnoire a fost posibilă tocmai pentru că acatholia a devenit la un moment dat precumpănitoare în lumea europeană” [3, p.138]. Noica și aici opune opinia sa în aprecierea culturii europene *Declinului Occidentului* lui *Spengler*, care apreciază această civilizație prin negativism și refuzul conștient al generalului, prezicând descendență și degradare în Apus și care privește cultura din spectrul „*habitusului unei plante*” cu o durată determinată a ciclului de dezvoltare exprimat în *conceptul de stil* religios, politic, social, economic sau *stilul unui suflet*. Acest aspect e relatat de A. Boboc în *Stil cultural la Blaga și Spengler*: „Fiecare cultură își are noile ei posibilități de expresie, care se înfățișează, se maturizează, se ofilesc și nu se mai repetă... Esențe vii în cel mai înalt grad, aceste culturi cresc într-o sublimă lipsă de finalitate, ca și florile pe câmp... În istoria lumii nu văd altceva decât tabloul unei neîncetate confruntări și reconfigurări ale unei minunate deveniri și dispariții de forme organice” [1, p.123]. Acatholia spiritului identificată în societăți și popoare Noica o exemplifică manifestată la om prin persoana lui Don Juan, o încercare de refuz și desemnare apărută în chip de femeie cu văl negru (generalul din afară) – vestitoare de moarte (neant) lui Don Juan și statuia de piatră a Comandorului, întruchiparea generalului inert. Această ființă dezordonată refuzase „deschiderea întru ființă”, dar, în final, oricum trece în neființă, în generalul inert exprimat prin statuia de piatră la atingerea mâinii: „Expresie a lucidității și maturității târzii, acatholia apare, fie ca fenomen de cultură, fie ca simplu fenomen de viață spirituală, drept o renunțare la sensuri generale de necontrolat și la regăsirea răspunderii față de sensurile individuale reale de cunoaștere (pozitivism), din sânul persoanei și cuprinsul societății istorice” [3, p.140].

Maladia *Atodetiei* cu caracteristica *lucidității* proclamă cunoașterea, cultivarea și modelarea ceremonialului la popoare întregi, dar cu refuzul individualului. O asemenea carență era caracteristică pentru Grecia Antică (sofismul), Dacia Veche în întruchiparea Zeului Zamolxe și ceremoniile condiționate de sacrificiu [5], fanatismul religiei islamice arabe și otomane, propagarea creștinismului prin ideea persoanei umane și a mântuirii, pentru China convertită în fenomenul de atodetie și Franța actuală, ce nuanțează inteligența ideilor europene, care s-ar părea la prima vedere că proclamă libertățile individului (spre deosebire de lumea asiatică), dar proclamarea lor în extrem ca minoritățile sexuale și altele echivalează cu refuzul conștient de individual. Această maladie a spiri-

tului este înfățișată prin cultură, pe când acatholia e maladia civilizației, manifestată „... în particular în omul de cultură, ea va fi poate cea mai frumoasă și superior creatoare maladie a spiritului,... adevărate izvoare de viață pentru acesta” [3, p.113]. Deci, omul cultivat pentru el însuși (omul de știință și de laborator), întregește și educă adevărurile, care devin cultură și reflectă raportul, unde excepția nu numai confirmă, dar și infirmă regula, unde „... se poate limpede face deosebirea între posibil și posibilitate, posibiluri și posibilități” [3, p.115]. Ca caracteristică a acestei maladii în domeniul filosofiei Noica îl aduce pe atodeticul Kant (ahoretic în viața cotidiană), care în sistemul de determinații ale lumii exterioare din „Critici” generalul singur își dă determinații și se delimitează, dar căruia i-a lipsit individualul uman și nu dă acces la realul concret. Sub aspectul literar al acestei maladii se ilustrează Lev Tolstoi cu refuzul total al eroilor de individual din „Razboi și pace”, modulând generalul prin determinații și opunând necesitatea posibilului.

Rezumatul autorului Noica este semnificativ în aprecierea *atodetiei* la scara individuală prin „interesul exclusiv” pentru general, care cade asupra *posibilului* exprimată în gândirea filosofică *critică* și *disociativă* și exprimată de oamenii de cultură în perioada maturității, când acțiunea proprie nu mai contează și sunt primordiale concepțiile teoretice în desfășurarea intelectuală.

Ahoretia, ca maladie a lucidității reprezintă refuzul (renunțarea) de determinării, „*de a avea horoi*”, pe care omul o înfruntă voit (se îmbolnăvește *singur*), crezând că „sporește spiritul prin el” și care pare stranie în civilizația europeană a spiritului deschis și activ, fiind ilustrată în piesa *Așteptându-l pe Godot* de Beckett sau ahoreticul *stoicismului* lui Marc Aureliu, care „nu are nevoie de intermedierea determinațiilor pentru a se ridica la general”, adică nu ai nimic altceva de făcut, decât să ai indiferența realului și să te contopești în general, să-ți disprețuiești trupescul și să domine sufletul, unde omul nu este decât o umbră. Mai târziu aforismele sclavului Epictet se găsesc în cugetările înțelepte ale lui Nietzsche, suferindul de horetită, care în genialitatea operei lui reformatoare cu determinațiile eroilor săi (Zarathustra-supraomul) se idealizează pe sine în duh profetic. Pe când, în lumea indiană această boală e ridicată la *scara istorică* a conștiinței sociale superioare exprimată prin eroul Arjuna (oșteanul) din *Bhagavad Gita*, ce refuză să lupte, să făptuiască, iar Zeii acestei religii au suferința *horetitei*. Noica accentuează la acest capitol: „Miracolul ahoretiei, ca al oricărei maladii spirituale de altfel, este că a obținut pozitivul chiar în forma extremă a negativului, sau acțiunea efecace prin totală pasivitate” [3, p.87]. Aici zeitatea lui Brahma are o vastă extindere de general, încât omul și societatea nu valorează, spre deo-

sebite de Iehova și Allah, propagând teoria reîncarnării. Noica expune cazurile tipice de ahoretie în iubire ca „un refuz al lumii, spre a prefera o singură făptură a ei, în fericirea căreia vor încâpea tot mai multe determinații noi...” [3, p.92]. În particular, ahoretia se găsește în poezia lirică exprimată prin „asceză și extaz”, fiind un exercițiu al cuvântului prin renunțarea la funcția lui de comunicare imediată, apoi în matematici prin asceza gândului cugetător: „... vom spune că matematicile trebuie invocate aici mai mult decât orice altă aventură umană, tocmai spre a se putea pune în lumină prezența și acțiunea ahoretiei în lumea modernă” [3, p.94]. Omul European, „omul din timpurile noi” în contemporaneitatea de astăzi manifestă mai multă caritate de ahoretie decât omul indian prin refuzul mai liber de determinării în natură și ființa proprie, care se deplasează atât de intens în timp și spațiu impus de mijloacele expresive de comunicație și informaționale, dar „Dispare din lumea noastră călătorul acela care aducea cu el noutatea și o înfrunța pe a altora. Întocmai celui din pustie, noi stăm pe loc, cu extraordinara noastră mobilitate. Omul ahoretiei este tocmai cel *care nu mai călătorește*” [3, p.97]. Filosoful își întocmește o *fișă clinică* proprie, atribuindu-se pe sine la maladia ahoretiei de la vârsta de 18 ani „confiscat pe viață”, citindu-l pe Kant, „fenomen de rapt pozitiv”, apoi trece la pacientul Kant, care refuză artele, acțiunea practică în teren în favoarea speculației actului de luciditate, fiind cuprins de orgoliu în anii tinereții, dar neagă apoi virtutea goală și întră în postura de secretar-demiurg „...om care se segregă și se secretează pe sine, acționând oarecum din umbră, dar de fapt din miezul lucrurilor, spre a vedea pe alții dezlănțuindu-se” după cum îl expune Noica: „...este maladia născută sub un rapt sufletesc ori intelectual, ducând la o bruscă *iluminare* sau luciditate de conștiință, ce face pe subiect să-și interzică participația, să-și *domine determinațiile*... Ahoretia, ca refuz al determinațiilor, își dă măsura ei în ceasul *senectuții*, când nici una din determinațiile oarbe ale lumii nu mai întinează spiritual” [3, p.108].

Actualitatea temei în contemporaneitatea noastră este stridentă cu referire la maladia catholitei în globalizarea migrației de popoare caracteristică acestei perioade a civilizației mondiale. Destinul multor oameni plecați din cetatea lor în aventura de căștiguri materiale, părăsind în negație totală „generalul” autohton au ajuns în situația „de a păzi porcii altora” ca fiul risipitor și buna parte acceptă „robia” fără să caute împrejurări favorabile sau voință de întoarcere la cetate ca fiul risipitor și rămân să pască porcii altora. Popoarele din spațiul european supuse acestei maladii au avut mult de suferit și încă lipsesc statistici care din ele a pătimit mai mult, dar la opinia proprie Republica Moldova e febril „scuturată” în continuare de „frigurile aprige” ale catholitei. Noica la tim-

pul lui ar fi apreciat acești „păscători a porcilor altora” ca o formă „trivială de hazard, una la nivelul jucătorului de noroc” ca suferinzi de maladia catholitei. Voi aduce un citat extraordinar de actual pentru sfera tuturor științelor, dar îndeosebi pentru medicină din Noica în cracteristica todetitei actuale: „... medicina pur și simplu, care a ajuns în situația de-a nu putea să nu salveze progenitura umanității, dar știe perfect că, făcând așa, grăbește explozia demografică, adică amenință însăși viața umană, după cum, prelungind la nesfârșit și în hebetudine bătrânețea omului, amenință iarăși viața însăși cu propria ei degradare” [3, p. 56]. NB! Savantul în biologie Krick, deținătorul premiului Nobel, a propus ca după 80 de ani omul să nu mai primească medicamente... Totetita ca o maladie spirituală a actualității e aprofundată de *statisticile* contemporane ca o suferință a individului (influențat de generaluri), care la cea mai mica încercare de manifestare individuală este marcat de statistică: cod personal, temei de telefon pentru găsim rapidă și ascultare a convorbirilor, acces informațional la toată corespondența personală. E actuală teza todetitei în interpretarea lui Noica despre schimbările fortuite ecologice, geologice, genetice și climaterice în rezultatul cărora apar noi specii de vietăți cu lipsă de individualitate și cu caracteristica generalului, adică omul contemporan suferă și creează sub „semnul” todetitei.

Lumea contemporană este bântuită și de alte afecțiuni, de exemplu, în viziunea lui Dalai Lama și a altor reprezentanți ai Occidentului (Lee Yearley, Daniel Goleman, Daniel Brown, Francisco Varela, Jon Kabat-Zinn) principalele vicii ca: atașamentul, ura, ignoranța, compasiunea, furia tulbură spiritul uman și liniștea minții. În *Dialoguri – rădăcinile respectului de sine. Diferențele dintre Orient și Occident* se pun în discuție cauzele ce duc la afecțiuni și acțiuni nesănătoase în aceste două colțuri de lume diametral opuse: „Întrebarea-cadru a acestei discuții despre emoție este dacă circumstanțele istorice și culturale ar putea da naștere unor emoții noi sau expresiilor acestora” [2, p. 209]. Dalai Lama rămâne surprins, puțin spus, chiar uluit de suferința occidentalilor din cauza unui *respect de sine scăzut (un dispreț orientat către sine)*, care nu există în cultura tibetană. Dalai Lama argumentează această afecțiune în baza competiției nesănătoase pentru bunuri materiale în societatea occidentală, ce declanșează emoții negative de tip nou (fără precedent) și accentuează crearea unui sentiment de „vid” în educație cauzat de absența bunătații iubitoare de sine ca antidot pentru respectul scăzut de sine. Lee Yearley și Daniel Goleman explică această caritate cauzată de viața occidentală emoțional mai bogată și complicată, ce preconizează neîncrederea, stânjeneala, rușinea încă din fragedă copilărie. Dalai Lama ridică întrebări de rigoare despre distincția acestor emoții și dependența lor de specificul credinței și

morala societății. În opinia lui Daniel Brown aceste distincții sunt diferit pronunțate în dependență de grupurile culturale: în cultura franceză disprețul e mai evident decât în cea americană, iar în cultura japoneză este educată de secole lipsa emoției faciale etc. Cele relatate au tangență cu cele șase maladii ale spiritului și sunt în vizorul cercetătorilor.

Tensiunea timpului actual și stresul caracteristic contemporaneității condiționează ca toate maladiile spiritului să reactiveze în plan global, dar spiritul românesc ca parte indispensabilă a Europei le încercă pe toate, dar e mai puțin determinat și „sensibilizat” de *acatholieși* nu refuză generalurile civilizației, cu excepția genului literar precar a lui Caragiale, bântuit de acatholie în opinia lui Noica. Măsura spiritului românesc subliniază factorul de ordin general prin rostul care „trebuie să le aibă lucrul făcut de om și omul însuși” prin fraza din vechime relatată în acest sens de Noica „Nu are nimic sfânt în el”, ce nu invocă caracter religios, ci caracteristic spiritului.

Referințe bibliografice

1. Boboc A. „Stil cultural” la Blaba și Spengler. În: Revista de filosofie. Tomul LIII, ianuarie-aprilie. București: Editura Academiei Române, 2006, p. 123-132.
2. Emoții vindecătoare. Dialoguri cu Dalai Lama despre rațiune, emoții și sănătate. București: Curtea Veche, 2008, p. 125-224.
3. Noica C. Șase maladii ale spiritului contemporan. București: Humanitas, 1997.
4. Noica C. Simple introduceri la bunătatea timpului nostru. București: Humanitas, 1992.
5. Vicol I. Noaptea Sfântului Andrei. Chișinău: Universul, 2012.

POLITICA SECURITĂȚII UMANE ÎN CONDIȚIILE PANDEMIEI COVID-19

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

HUMAN SECURITY POLICY IN CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC

Human security policy has to be promoted in the current Covid-19 pandemic as an appropriate response to this global challenge. It must be based on bioethical principles and methodology. This policy of human security must become a basic component of the comprehensive policy of social modernization world wide and in the Republic of Moldova, because the Covid-19 pandemic is not only a security

challenge, but also a great opportunity to reformand modernize human society. The societyin the Republic of Moldova alsohas a pressin gneedtoover come the global crisis in general, and toovercome the current Covid-19 pandemic in particular, in ordertoovercomeall the human security problems it has accumulated throughout its recent history.

Spre sfârșitul sec. XX au avut loc un șir de evenimente care au determinat afirmarea pe plan mondial a concepției securității umane, în perspectiva generării unui reviriment moral și spiritual al civilizației mondiale contemporane și o securizare a persoanei umane contra oricăror pericole în contextul găsirii unor soluții viabile la criza globală care s-a agravat continuu până în perioada actuală, pentru un viitor mai bun și mai sigur pentru generațiile ce urmează. În calitate de premise pentru apariția și lansarea acestei concepții securitare, a acestei mișcări social-politice și academice totodată, vom remarcadegradarea continuă și în proporții nemaîntâlnite a stării mediului ambiant, a schimbărilor climaterice și a încălzirii globale din cauze antropice și naturale, acutiizarea, pentru majoritatea populației planetei, problemei accesului la apă potabilă, creșterea numărului de maladii noi din cauze tehnogene și ecologice, întinerirea multor maladii, precum cele oncologice, cardiace sau care țin de dereglările metabolismului [1]. Toate acestea, potrivit prognozelor, vor face imposibilă viața omului pe Terra, influențând drastic calitatea vieții, securitatea sănătății omului, cea alimentară etc. Totodată, se acutizează către sf. sec. XX, criza energetică și a resurselor naturale, din cauza creșterii exponențiale a consumului de către om a resurselor naturale cu un caracter neregenerabil al majorității acestora. Are loc aprofundarea discrepanțelor demografice dintre diverse regiuni ale lumii, atunci când în unele zone, precum Europa de Est, inclusiv Republica Moldova, are loc o depopulare a teritoriilor, o îmbătrânire bruscă a populației, iar în alte regiuni, preponderent subdezvoltate socioeconomic, are loc o creștere galopantă a numărului populației planetei. Acest fenomen demografic periclitează eforturile guvernelor și instituțiilor mondiale de a implementa strategia cu privire la dezvoltarea durabilă și de a controla procesele sociale pentru o prognozare realistă și adecvată a evoluției proceselor sociopolitice, cu scopul de a evita cele mai pesimiste scenarii de viitor. În lungul șir de premise și condiții de fundamentare și promovare a concepției securității umane, atât la nivel mondial, cât și la nivel național în Republica Moldova, se impune și pandemia Covid-19 care s-a abătut asupra Terrei la finele anului 2019 [2].

Această nouă condiție a arătat cu lux de amănunte că există o lipsă evidentă, atât la nivel internațional, dar mai ales în Republica Moldova, a unui cadru normativ și legislativ adecvat gravității situației create de

pandemia Covid-19 în ceea ce privește nivelul actual scăzut al securității umane, aspect ce poate fi ameliorat doar printr-un efort comun al comunității mondiale solidarizate, prin contribuția metodologică și logistică a unui șir de instituții internaționale/mondiale și discipline academice noi cum ar fi bioetica, pentru o contracarare mai eficientă a celor mai grave amenințări de securitate la adresa persoanei umane și societății contemporane, printre care putem plasa și actuala pandemie Covid-19 [3, 4]. Această lipsă a unui cadru normativ adecvat în domeniul securității umane a dus la instaurarea unor practici sociale și politice nocive pentru stabilitatea, prosperitatea, progresul și coeziunea societății, inclusiv a celei din Republica Moldova, precum cele legate de acceptarea tacită în societatea autohtonă a unor forme de corupție, nepotism sau cume-trism, a toleranței excesive a populației față de proasta guvernare și devierea de la normele morale ale clasei politice și elitei sociale, indiferența și dezamăgirea electoratului, în majoritatea cazurilor, față de necesitatea implicării personale, în calitate de societate civilă, în chestiuni de interes public sau național [5]. Aceste maladii sociale s-au agravat și au ieșit la suprafață în perioada actualei pandemii. Au cauzat disfuncții grave în toate sistemele sociale, dar mai ales în sistemul de ripostă la asemenea probleme grave cum continuă să fie actuala pandemie Covid-19. În același timp, promovarea și înrădăcinarea unor deprinderi și obișnuințe sociale, foarte des degradante pentru ființa umană și descurajatoare pentru cetățeanul simplu, în raport cu funcționarul public, cu organele de stat și de supraveghere a ordinii publice și constituționale, precum cele menționate, au apărut ca rezultat al nivelului scăzut al culturii sociopolitice și securitare, atât a majorității populației Republicii Moldova, cât și a clasei politice și elitelor, dar mai ales a gestionarilor actualei pandemii de Covid-19 [6]. Această situație se datorează atât crizei morale și identitare din societatea autohtonă [7], cât și lipsei unui nivel adecvat de competență a funcționarilor publici și al reprezentanților statului în domeniul securității umane, a drepturilor omului, dar mai ales în cel al bioeticii, precum și a necunoașterii în măsură acceptabilă de către aceștia a normelor internaționale referitoare la reglementarea domeniilor date [8].

Provocările de ordin practic la adresa securității umane, a omenirii în genere și a viitorului acesteia, au fost dublate de cele teoretico-metodologice în perioada extinderii galopante a actualei pandemii de Covid-19 pe tot parcursul anului 2020. Comunitatea științifică a reacționat prompt la aceste provocări și a făcut eforturi importante pentru a se adapta la prioritățile momentului de ordin practic. Au fost inițiate studii de amploare pentru a cerceta această nouă maladie, au fost alocate surse financiare enorme de instituțiile mondiale și companiile farmaceutice pentru ela-

borarea de medicamente pentru un tratament adecvat, dar mai ales pentru elaborarea vaccinului contra maladiei Covid-19.

Amploarea crescândă a provocări globale în ultimele decenii, precum necesitatea ameliorării situației privind drepturile omului, a teoriei și practicii dezvoltării durabile [9, 10], a generat apariția concepției securității umane care a schimbat accentele și în paradigma securității naționale, înlocuind statul ca obiect al activităților de securizare prin aplicarea forței militare, cu individul uman, protejat multilateral [11]. Pentru prima dată conceptul de securitate umană a fost propus în anul 1994, în Raportul asupra dezvoltării umane a ONU. Evoluția securității umane în plan teoretic și practic a fost destul de anevoioasă în ultimul sfert de secol, după lansarea termenului de către PNUD. Totuși, concepția dată a făcut un progres vizibil prin acceptarea ei în mare parte, prin efortul deosebit al ONU, de către comunitatea științifică mondială, dar și de către practicienii din domeniul securității, prin includerea pleneră a acestei concepții în strategiile de securitate ale celor mai importante state de pe glob și a celor mai influente structuri internaționale de securitate [12]. O rezonanță deosebită l-a avut concepția securității umane în rândurile comunității academice mondiale prin lansarea a numeroase lucrări dedicate dezvoltării metodologice a conceptului și a valențelor sale aplicative în soluționarea unor probleme stringente de pe glob prin restabilirea echității, a demnității umane prin apărarea și asigurarea oamenilor contra diverselor suferințe și amenințări securitare [13, 14]. În spațiul est-european, inclusiv în Republica Moldova, se atestă un interes semnificativ pentru problematica securității umane în corelație cu dezvoltarea durabilă sau cu procesul globalizării din diverse perspective: filosofică, bioetică, securitară, politologică, militară, juridică etc.

În contextul actualei pandemii de Covid-19 concepția securității umane se regăsește într-un proces de reconceptualizare și regândire a priorităților. Devine limpede că se prefigurează necesitatea fundamentării și promovării, de comun acord dintre comunitatea academică și clasa politică din Republica Moldova a unei politici a securității umane în Republica Moldova care să țină cont de problemele social-sistemice evidențiate de actuala pandemie Covid-19. Elaborarea acestei direcții științifice calitativ noi în științele politice din Republica Moldova trebuie să transforme și abordările clasei politice cu referință la agenda socio-politică în care sunt trecute și prioritizate cele mai stringente probleme cu care se confruntă societatea din Republica Moldova, inclusiv actuala pandemie Covid-19. Această nouă direcție în științele sociopolitice e nevoie să accepte în calitate de fundament conceptual investigația interconexiunii dintre concepția securității umane și domeniul bioeticii,

abordate ca părți componente ale sistemului sociopolitic, precum și ca un sistem integrat distinct destinat asigurării securității umane conform principiilor bioetice [15]. În corelație cu bioetica, concepția securității umane devine capabilă să elaboreze un răspuns și o reacție mult mai amplă la provocarea lansată de actuala pandemie Covid-19. Promovarea și implementarea unor politici și strategii de stat în domeniul securității umane, a securității naționale cu extensiune normativă și de reglementare în diverse sectoare ale activității sociale se impune ca imperativ, mai cu seamă în condițiile pandemiei Covid-19, care a lovit grav omenirea în 2019 și în 2020, și continuă să facă ravagii, distrugând sectoare întregi ale economiei mondiale, diminuând semnificativ nivelul de trai și calitatea vieții, mai ales în societățile cele mai sărace și în grupurile sociale cele mai vulnerabile, dar, mai grav, luând deja peste un milion de vieți, potrivit datelor statistice de la sfârșitul lunii septembrie 2020. Nu încapе îndoială că pandemia Covid-19 reprezintă una dintre principalele provocări la adresa securității în plan mondial, și mai ales la adresa securității umane în anul 2020. Cunoștințele acumulate de către comunitatea științifică mondială, inclusiv cea din Republica Moldova, cu privire la combaterea acestei maladii noi care s-a abătut peste umanitate și care se pot constitui în niște răspunsuri adecvate și eficiente, pot oferi pentru factorii de decizie din cadrul instituțiilor de stat abilitate cu elaborarea, promovarea și implementarea politicilor din domeniul asigurării securității naționale și internaționale, soluții utile și relevante obținute în baza rezultatelor științifice obținute recent cu privire la maladia Covid-19, cunoștințe axate pe eficientizarea mecanismelor securității umane prin racordarea la principiile bioetice.

În concluzie vom statua că sistemul de asigurare a securității, atât la scară internațională, cât și la cea națională, a necesitat mari ajustări după finalizarea „războiului rece” în anii '90 ai secolului trecut, așa încât la etapa contemporană concepția securității umane vine să substituie pe cea a securității naționale bazată pe forță militară, promovând persoana umană cu interesele sale specifice, ca element central în sistemul de asigurare a securității, înlocuind în această postură statul și interesele naționale care se transformă din element central al sistemului securitar în perioada „războiului rece”, într-un mecanism de bază pentru promovarea securității umane. Dar, în condițiile actualei pandemii de Covid-19 sistemul actual de asigurare a securității umane necesită nu doar o reconceptualizare, ci și o redimensionare a priorităților, îmbogățind bagajul metodologic cu noi input-uri, cum ar fi metodologia și principiile puse la dispoziție de teoria și practica bioetică. Procesul de modernizare și ajustare la imperativele timpului a sistemului internațional și național al

securității este unul continuu și necesită permanent noi idei și propuneri de îmbunătățire și de eficientizare, deoarece în perioada contemporană, mai cu seamă în perioada expansiunii pandemiei de Covid-19, asigurarea securității umane a devenit o preocupare complexă și multidimensională, încorporând astfel de componente precum securitatea personală, a sănătății, de mediu, alimentară, a comunității, securitatea politică și economică. Pe de altă parte, politica securității umane care se cere a fi promovată în condițiile actualei pandemii de Covid-19, trebuie fundamentată în baza principiilor bioetice, trebuie să devină o componentă de bază a politicii ample de modernizare socială în Republica Moldova în condițiile necesității depășirii crizei globale în general, și de depășire a actualei pandemii de Covid-19 în mod particular, inclusiv a manifestărilor acestor probleme globale la nivel local, al Republicii Moldova, ca pericole și riscuri de securitate umană. În condițiile în care actuala pandemie Covid-19 nu își diminuează ritmurile de extindere la sfârșitul lunii septembrie 2020, constatăm că această provocare majoră globală nicidecum nu reduce riscul agravării concomitente a altor provocări la adresa securității umane, precum: degradarea mediului ambiant, sărăcia și subdezvoltarea socioeconomică etc. Politica securității umane în condițiile actualei pandemii de Covid-19, elaborată în baza principiilor bioetice, trebuie să devină o strategie viabilă de edificare în Republica Moldova a unui sistem funcțional al securității umane, valorificând contribuția și aportul logistic și metodologic pe care teoria și practica securității umane, precum și domeniul bioeticii sunt capabile să le ofere factorilor sociopolitici și decizionali.

Referințe bibliografice

1. Sprincean S. Dimensiuni biopolitice ale securității umane: Compendiu. Chișinău: Biotehdesign, 2018.
2. Sprincean S. Provocări securitare în perioada crizei sanitare și pandemiei Covid-19. În: Mandatul de securitate: probleme actuale de interpretare, legislație și practică. Conferință științifico-practică națională, 08.09.2020, INIS "Bogdan, Întemeietorul Moldovei". Chișinău: Print-Caro, 2020, p. 37.
3. Sprincean S. Reconceptualizarea riscurilor securitare la adresa sănătății publice în contextul pandemiei COVID-19. În: "Combaterea știrilor false în condițiile provocărilor de securitate – COVID 19". Institutul Național de Informații și Securitate "Bogdan, Întemeietorul Moldovei". Materialele Mesei rotunde cu participare internațională, 20.05.2020. Chișinău: SIS al RM (Tipogr. „Garamont Studio”), 2020, p. 68.
4. Țirdea T.N. Problema asigurării securității umane din perspectiva principiului biosferocentrist și paradigmei noosferice: analiza teoretico-metodologică. În: Bioetica, Filosofia și Medicina în strategia de asigurare a securității. Conf. a

- XIII-a Științ.Internaț., USMF, 26-27 martie 2008. Red. resp. T.N.Țirdea. Chișinău: CEP Medicina, 2008, p. 9.
5. Sprincean S. Aspecte etice în procesele electorale în perspectiva eficientizării instituțiilor puterii de stat. În: Impactul sistemului electoral asupra capacității de funcționalitate a instituțiilor puterii de stat din Republica Moldova. Coord.: Victor Juc. Cap. 8. Chișinău: Tipografia Centrală, 2018, p. 123.
 6. Sprincean S. Cultura securitară ca fundament al bunăstării societății. În: Revista Studiul artelor și culturologie: istorie, teorie, practică, [Chișinău], Nr. 2 (35), 2019, p. 149.
 7. Țirdea T. Unitatea memoriei sociale și identității – imperativ-cheie în strategii de asigurare a securității umane: analiză teoretico-filosofică. În: Anale științifice ale USMF „N. Testemițanu”. Probleme actuale de sănătate și management. Ediția a IX-a. Volumul 2. Chișinău: USMF CEP „Medicina”, 2008, p.156.
 8. Sprincean S. Insecuritatea umană în contextul securității naționale: oportunități de evaluare. În: Riscuri și amenințări la adresa securității naționale: tehnici de analiză și evaluare. Ghid metodologic. Coord. N. Albu, V. Varzari, S. Sprincean. Chișinău: Tipografia Centrală, 2019, p. 110.
 9. Ursul A.D., Ursul T.A., Țirdea T.N. Главное управление переходом к устойчивому развитию: социально-политический ракурс. În: Moldoscopy (Probleme de analiză politică). Revistă științifică trimestrială. Chișinău: USM, nr. 1 (LVI), 2012, p. 189.
 10. Sprincean S. Noi riscuri și amenințări la adresa siguranței persoanei în epoca intensificării biopericolelor globale. În: Știința în nordul Republicii Moldova: probleme, realizări, perspective. Conferința științifică națională cu participare internațională. Ediția a 4-a, 26-27 iunie 2020. Bălți: Tipogr. „Indigou Color”, 2020, p. 374.
 11. Sprincean S. Securitatea umană și bioetica. Monografie. Chișinău: Tipografia Centrală, 2017.
 12. Урсул А. Д. Природа безопасности. În: Безопасность Евразии, 2008, № 1. p. 18.
 13. Sprincean S. Perspective de asigurare a siguranței persoanei în contextul realizării securității umane. În: Studii Naționale de Securitate. Revistă științifico-practică. Institutului Național de Informații și Securitate „Bogdan, Întemeietorul Moldovei”, 2020, Nr. 1(1), p. 191.
 14. Buzan B. Popoarele, statele și teama. O agendă pentru studii de securitate internațională de după războiul rece. Chișinău: Cartier, 2000. 92 p.
 15. Sprincean S. Politica securității umane în Republica Moldova în contextul provocărilor și oportunităților mediului regional de securitate. În: Dezvoltarea cadrului juridic al Republicii Moldova în contextul necesităților de securitate și asigurare a parcursului european. Red. șt. Valeriu Cușnir. Chișinău: Tipografia Centrală, 2019, p. 481.

PROBLEME A AGEISMULUI PENTRU POPULAȚIA VULNERABILĂ

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

PROBLEMS OF AGEISM FOR VULNERABLE POPULATION

The problem of ageism (from the English "age") – the creation of stereotypes and discrimination of individuals or groups of people by age, is increasingly attracting public attention. Most often, ageism affects the elderly, due to their greater vulnerability. It is necessary to identify the facts of institutional and everyday ageism in the health care system and take measures to prevent and overcome negative gerontostereotypes.

Împreună cu sexismul și rasismul (discriminarea legată de sex și culoarea pielii), problema ageismului (de la engleză "age" – vârstă) – crearea stereotipurilor și discriminarea indivizilor sau a grupurilor de oameni pe baza vârstei, atrage din ce în ce mai mult atenția societății. Astăzi, în lume există aproximativ 600 de milioane de oameni cu vârsta de peste 60 de ani. Până în 2025, acest număr se va dubla, iar până în 2050 va ajunge la 2 miliarde, marea majoritate a persoanelor în vârstă trăind în țările în curs de dezvoltare [1]. Cel mai des, ageismul îi afectează pe cei mai tineri și mai în vârstă, ceea ce se datorează, în primul rând, vulnerabilităților mai mari și, în al doilea rând, după cum subliniază J. Traxler, dominării în societatea modernă a valorilor sociale ale productivității și eficienței, în care atitudinea față de o persoană depinde de capacitatea de a produce bunuri și servicii [2].

Autorul termenului „ageism” – psiholog american, director al Institutului Național de Îmbătrânire al SUA, Robert Butler, a dat în 1969 prima și cea mai cunoscută definiție a acestuia: „O atitudine care reflectă anxietatea profund ascunsă a unor tineri și de vârstă mijlocie și un sentiment de antipatie față de persoanele în vârstă, boli, dizabilități, frica lor de nepuință, inutilitate și moarte” [3]. Ulterior, ei au definit ageismul ca fiind „procesul de stereotipare sistematică și discriminare împotriva oamenilor din cauza vârstei lor”. Ageismul presupune că toți oamenii în vârstă sunt la fel: se caracterizează prin degradare cognitivă și fizică, inactivitate fizică și eșec economic. Aceste stereotipuri socio-culturale, fiind un element al conștiinței de masă, sunt, de asemenea, caracteristice unora dintre lucrătorii medicali, provocând judecățile lor eronate despre vârstnici, nevoile lor, capacitățile fizice și mentale.

Ideea că boala este un atribut indispensabil al bătrâneții are drept consecință o reacție larg răspândită și uneori singura reacție a lucrătorilor medicali la plângerile pacienților vârstnici cu privire la sănătatea lor sub forma sintagmei „Ce vrei tu, prietene, să ai la vârsta ta?” Uneori, plângerile pacienților în vârstă sunt percepute ca capricii și ignorate.

Cercetările sociologice efectuate din 2012 până în 2015 în regiunea Belgorod din Federația Rusă, au confirmat prezența diferitelor manifestărilor ageiste în practica îngrijirii medicale [4]. Lucrătorii medicali se caracterizează prin percepții negative asupra persoanelor în vârstă, o atitudine agresivă și ostilă față de aceștia, în creștere o dată cu creșterea experienței de muncă și manipularea persoanelor în vârstă [5]. Sunt considerați deprimați, ramoliți, netratabili. Unii medici manifestă frustrare sau antipatie cauzată de limitările fizice sau cognitive ale persoanelor în vârstă. Medicii abordează tratamentul lor, fiind siguri în prealabil că tratamentul este inutil [6]. Rezultatele studiului au arătat că unii experți consideră că ageismul în instituțiile de îngrijire a sănătății se manifestă printr-un comportament insuficient atent sau incorect, grosolan al personalului medical cu pacienții vârstnici (2/3 din respondenți); în erorile de diagnostic și tratament bazate pe idei stereotipice despre caracteristicile persoanelor în vârstă, nevoile și cerințele persoanelor în vârstă (1/3 din respondenți); în refuzul sau minimizarea serviciilor pentru persoanele în vârstă (1/4 din cei chestionați); în înșelăciune (prescrierea procedurilor opționale, prescrierea medicamentelor scumpe etc. (1/5 din experți) [4].

Datorită influenței gerontostereotipurilor negative asupra scăderii funcțiilor cognitive la vârstnici, incapacității de a lua decizii corecte, lucrătorii medicali nu explică necesitatea a prescripțiilor medicale indicate și adesea, fără a le consulta, iau decizii pentru ei; încalcând spațiul personal, informând rudele și membrii familiei despre starea lor fără consimțământul lor. Ageismul există atât la nivel instituțional, cât și sub forma discriminării aprobate juridic sau a cerințelor discriminatorii nerosite obligatorii ale structurilor oficiale privind persoanele în vârstă. Potrivit cercetărilor efectuate în Anglia și Irlanda, există restricții de vârstă la invitarea persoanelor în vârstă la screening pentru cancerul de sân, operația de bypass cardiac, înlocuirea genunchiului, pentru a ajuta persoanele cu vârsta peste 65 de ani care au suferit un accident vascular cerebral etc. [7]. În Rusia, în special, există o restricție privind numirea hemodializei la pacienții cu vârsta peste 70 de ani. O analiză a consultațiilor dintre cardiologi și un consultant în chirurgie cardiotoracică cu privire la potențialii candidați la intervenție chirurgicală a arătat că, în multe cazuri, vârsta pacientului și nu starea sa de sănătate au avut o influență decisivă asupra

luării deciziilor. De asemenea, clientul poate fi plasat într-un loc dezavantajos în coada pentru operațiune [8].

Ageismul dăunează sănătății persoanelor în vârstă. Studiile efectuate de Levy și colab. arată că persoanele în vârstă care au o percepție negativă asupra îmbătrânirii pot trăi cu 7,5 ani mai puțin decât persoanele în vârstă care au o atitudine pozitivă [1].

Este necesar de a menționa că rezultatele diferitelor studii și analize ale situației existente privind manifestarea discriminării în segmentele cele mai vulnerabile ale populației în funcție de vârstă permit de a conștientiza importanța identificării a cazurilor de manifestare a ageismului instituțional și habitual în sistemul de sănătate. Soluționarea problemelor privind prevenirea și depășirea ageismului gerontologic în sectorul sănătății ar trebui să urmeze calea de sensibilizare a lucrătorilor din domeniul medical, precum și a persoanelor în vârstă, a rudelor și a tutorilor acestora. Dar primul pas într-o astfel de muncă ar trebui să fie recunoașterea oficială a faptelor ageismului și inadmisibilitatea utilizării vârstei ca criteriu care limitează accesul persoanelor în vârstă la anumite servicii și programe, posibilitățile de a obține îngrijiri medicale calificate. Un alt pas important ar trebui să fie schimbarea atitudinii întregii populații față de bătrânețe, dezmințirea gerontostereotipurilor negative care există în mintea publică și creșterea statutului social al persoanelor în vârstă [9].

Referințe bibliografice

1. <http://www.who.int/ageing/features/faq-ageism/ru/> (accesat: 19.09.20).
2. Traxler, A.J. Let's Get Gerontologized: Developing a Sensitivity to Aging The Multi-Purpose Senior Care Concept: A Training Manual for Practitioners Working With the Ageing. Springfield, IL: Illinois Department of Aging, 1980.
3. Butler R.N. Ageism: Another form of bigotry. In: The Gerontologist, 1969, Vol. 9, p. 243-246.
4. Колпина Л.В., Оленская Т.Л., Прощаев К.И., Ильницкий А.Н.. Разработка механизма преодоления геронтологического эйджизма в системе здравоохранения. In: «Биоэтика и современные проблемы медицинской этики и деонтологии: материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием» (Витебск, 2 декабря 2016 г.). М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет». Витебск: ВГМУ, 2016 p. 67-70.
5. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Эйджизм в работе с пожилыми людьми. Психология старости и старения. Хрестоматия. Для студентов психологических факультетов высших учебных заведений. Москва: АCADEMA, 2003.
6. Wilkinson J.A., Ferraro K.F. Thirty years of ageism research. In: T.D. Nelson (Ed.). Ageism: Stereotyping and prejudice against older adults. 2002.

7. Perceptions of Ageism in Health and Social Services in Ireland: Report based on research undertaken by Eileen McGlone and Fiona Fitzgerald. National Council on Ageing and Older People, 2005.
8. Hughes D. and Griffiths L. But if you look at the coronary anatomy: risk and rationing in cardiac surgery. In: *Sociology of Health and Illness*, 1996, № 18, p. 172-97.
9. Колпина Л.В. Влияние социальногоэйджизма на качество жизни пожилых людей. Курс научно-популярных лекций. 2016. <http://www.gerontolog.info/docpdf/dec16/konspekt.doc>(accesat: 28.09.20).

IMPACTUL MEDICALIZĂRII ȘI A FARMACEUTICALIZĂRII ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII POPULAȚIEI VULNERABILE

Elena Șargu, asist. univ.

Victoria Federiuc, asist. univ.

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

THE IMPACT OF MEDICALIZATION AND PHARMACEUTICALIZATION ON THE QUALITY OF LIFE OF THE VULNERABLE POPULATION

Access to medical services is one of the benchmarks for assessing the quality of life of the population. Due to the major role of the pharmaceutical industry, there is a need to assess the influence of medicalization and pharmaceuticalization on the quality of life of vulnerable sections of the population. Focusing policies on ensuring the socio-economic security of the population is the fundamental source for improving the health of the vulnerable population.

Introducere. Accesul la servicii medicale reprezintă unul din reperele de evaluare a calității vieții populației. Drept urmare datorită rolului major al industriei farmaceutice apare necesitatea aprecierii influenței medicalizării și farmaceuticalizării asupra calității vieții categoriilor vulnerabile de populație.

Scopul constă în elucidarea interdependenței dintre medicalizare, farmaceuticalizare și calitatea vieții asupra categoriei vulnerabile de populație.

Material și metode. Meta-analiza studiilor identificate în bazele de date: NCBI, PubMed/MedLine, JSTOR privind impactul medicalizării și a farmaceuticalizării asupra populației vulnerabile și a modului în care este afectată calitatea vieții.

Rezultate. Tendința puternică de a „medicaliza” problemele de sănătate se concentrează adesea pe accesul financiar și geografic sporit la serviciile de sănătate și medicamente în politicile destinate populațiilor vulnerabile cu stare de sănătate precară. Această abordare are impact pozitiv asupra sănătății publice, dar neglijează cauzele sociale și economice ale vulnerabilității. Pe lângă accesul la serviciile medicale, politicile focalizate pe asigurarea securității economice, educație, locuințe, nutriție / securitate alimentară și mediu sunt, de asemenea, critice în eforturile de îmbunătățire a sănătății în rândul populațiilor defavorizate social.

Concluzii. Medicalizarea și farmaceuticalizarea contribuie la îmbunătățirea calității vieții a categoriilor vulnerabile de populație. Focalizarea politicilor asupra asigurării securității socio-economice a populației reprezintă sursa fundamentală pentru îmbunătățirea sănătății populației vulnerabile.

Cuvinte cheie: medicalizare, farmaceuticalizare, vulnerabilitate, calitatea vieții.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ГРАЖДАНСКОГО ОБОРОТА ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

Игорь Арсени, доктор права, препод.

Комратский Государственный Университет, Комрат, Р. Молдова
igorarseni1987@gmail.com

NATIONAL AND FOREIGN EXPERIENCE OF LEGAL REGULATION OF CIVIL TURNOVER OF HUMAN ORGANS AND TISSUE

The gradual recognition of the real-legal nature of the organs and tissues of the human body raises questions about the possibility of involving these objects in civil circulation. These questions arise not only in national, but also in foreign legislative and law enforcement practice. The article examines the possibility of contractual regulation of these relations, including on a reimbursable basis. As part of the study, a mechanism for such regulation is proposed, taking into account the specifics of legal and moral-ethical categories, including changes to the current civil legislation.

Постепенное признание за органами и тканями человеческого организма вещно-правовой природы, ставит вопросы относительно возможности вовлечения данных объектов в гражданский оборот. В Республике Молдова отношения в связи с трансплан-

тацией регулируются специальным законодательством, в основе которого находятся нормы Закона РМ «О трансплантации органов и тканей» № 42 от 06.03.2008 г., закрепляющие определенные требования, относящиеся к донору, а именно к его дееспособности и состоянию здоровья. Кроме того, данный закон предусматривает, что изъятие органов и тканей у живого донора должно преследовать обязательную цель – восстановление здоровья реципиента, при этом оно может происходить только «... в случае отсутствия пригодных для трансплантации органов и (или) тканей трупа или альтернативного метода лечения, эффективность которого сопоставима с эффективностью трансплантации органов и (или) тканей» [13].

В действующем гражданском законодательстве не решены вопросы гражданского оборота органов и тканей человека. Вместе с тем, частичное регулирование данного вопроса можно найти в иных отраслях российского права. Так, в частности, Закон Республики Молдова «Об охране здоровья» № 411 от 28.03.1995 предусматривает возможность отчуждения (в том числе и возмездного [12]) тела, органов и тканей умершего человека в медицинских, научных или образовательных целях.

Таким образом, сохраняется проблема признания за органами и тканями человеческого организма статуса объектов гражданского оборота, кроме того, не ясны возможности использования средств и методов договорного права при регулировании отношений донорства (как прижизненного, так и посмертного). В итоге действующее законодательство ставит перед юридической наукой и правоприменительной практикой достаточно актуальные вопросы и сложные задачи определения правовой природы органов и тканей человека, разрешения на их вовлечение в гражданский оборот.

Одним из наиболее острых вопросов на сегодняшний день является вопрос о возможности отчуждения биологических объектов человеческого организма на возмездной основе.

Основное число исследователей, отмечают, что «... коммерциализация донорства противоречит благородной и гуманной идее донорства – пожертвование органа (ткани) ради спасения жизни человека» [14]. При этом также отмечается, что запрет возмездных сделок с биологическими материалами человеческого организма неизменно приведет к значительному повышению степени юридических гарантий конституционных прав, в том числе права на жизнь и здоровье.

Незаконная торговля человеческими органами, в том числе сопряженная с их незаконным изъятием, зачастую приводящим

ксмерти донора, сегодня является достаточно острой медикосоциальной проблемой, имеющей международный характер. Именно поэтому считается, что эта проблема должна решаться идентично во всех странах мира. В связи с этим на международном уровне приняты ряд правовых актов, устанавливающих запрет на торговлю человеческими органами, к числу которых относятся: конвенция Совета Европы против торговли человеческими органами (2015), Соглашение о сотрудничестве в борьбе с торговлей людьми, органами и тканями человека (2005), Конвенция о правах человека и биомедицине (1997), Рекомендация Совета Европы о торговле человеческими органами (2004) и ряд других. Все эти документы весьма критично относятся к возмездному донорству. Помимо названных актов международного права представляется также необходимым назвать документы, принятые в рамках профессионального сообщества на международном уровне: Декларация по трансплантации человеческих органов (1987), Стамбульская декларация о трансплантационном туризме и торговле органами (2008) провозгласившая, что «...торговля органами и трансплантационный туризм попирают принципы справедливости, равенства и уважения к человеческому достоинству и должны быть запрещены». Анализ данных документов позволяет констатировать, что международная доктрина отрицательно относится к возможности совершения коммерческих сделок с органами и тканями человека.

подавляющее большинство стран мира придерживаются провозглашенных международным сообществом принципов. Так, к примеру, с точки зрения немецкого законодательства, установлен уголовно-правовой запрет на коммерческие сделки с органами и тканями человека [5]. Те же положения можно найти и в законодательстве Великобритании.

Несколько иной подход можно встретить в законодательстве стран СНГ. Так, к примеру, если в Казахстане закреплен традиционный запрет на куплю-продажу донорских органов, то белорусский законодатель допускает совершение любых гражданско-правовых сделок, носящих безвозмездный характер, с органами и тканями человека, признанных вещами, ограниченными в обороте. В Республике Молдова же запрет на совершение коммерческих сделок с органами и тканями человека действует только в отношении медицинских учреждений, в отношении иных лиц такого запрета нет.

Американское законодательство допускает свободное совершение безвозмездных сделок донорства как прижизненных, так и посмертных, при этом в отношении посмертного донорства

достаточно широко распространены договорные механизмы, а также использование возможностей завещания. Применительно к посмертному донорству в США также распространена конструкция так называемой «квазисобственности», которая позволяет близкому родственнику защитить как свои права, так и права умершего с одной стороны, и осуществить акт распоряжения органами и тканями, передав их для трансплантации, с другой стороны [2]. Несмотря на то, что правоприменительная практика американских судов допускает признание органов и тканей человека вещами [7], тем не менее, государство устанавливает уголовную ответственность за коммерческое донорство.

Исключение из общего правила составляют правовые подходы Ирана, Турции и Индии, законодательство которых допускает заключение возмездных сделок с органами и тканями человека [15].

Таким образом, иностранное и международное право в целом направлено на запрет коммерческих сделок с органами и тканями человека. Вместе с тем, опыт стран, в которых данные сделки разрешены, свидетельствует о том, что надлежащая организация соответствующих процедур, не позволяет увеличиваться степени криминализации сферы трансплантологии.

В связи с этим вопрос о возможности продать свои органы и иные биологические производные своего тела продолжает оставаться открытым. В цивилистике биологические материалы человеческого организма признаются либо вещами [8], либо особыми объектами гражданских прав [1], либо одним из личных неимущественных прав [6]. Вещно-правовой статус анатомических объектов предопределяет возможность возникновения в отношении них различных вещных прав, в том числе права собственности. Соответственно, право собственности предполагает возможность свободного распоряжения объектом собственности.

По вопросу включения органов и тканей человека в гражданский оборот существует несколько позиций: от полного запрета до свободного обращения биологических объектов человеческого организма. При этом практически все исследователи, которые отстаивают идею признания за органами и тканями человека статуса вещей в обороте, предполагают необходимость их классификации. Так, к примеру, М.Н. Малейна подразделяет биологические материалы человеческого организма на: «1) трансплантаты, 2) органы и ткани, отчуждаемые в результате оказания медицинской помощи, 3) органы и ткани, отторжение которых не связано с медицинским вмешательством» [8], при этом критерием такого

разделения выступает причина отделения органа от организма, а также предполагаемая цель его дальнейшего использования. Д.С. Донцов за основу классификации взял урегулированность нормами действующего законодательства возможности участия в гражданском обороте, в результате чего разделил биологические объекты на: «органы и ткани, запрет на осуществление любых сделок в отношении которых прямо закреплен в законодательстве о трансплантации; репродуктивные ткани, а также кровь и ее компоненты, участие которых в гражданском обороте практически не урегулировано» [3].

Внимания заслуживает позиция С.Н. Мызрова и В.А. Нагорного, которые полагают, что «...к проблеме правового регулирования оборота биологических материалов человека следует подходить дифференцированно» [10], на основе критерия восполняемости (возобновимости) соответствующих ресурсов. В итоге авторы выделили нерегенерируемые и регенерируемые органы и ткани. Первая группа включает в себя любые органы и ткани человеческого организма, утрата которых для организма является невозможной (в естественных условиях). Авторы делают вывод о том, что данные объекты непосредственно обеспечивают жизнь и здоровье человека, в силу чего их отчуждение на возмездной основе невозможно. Вторая группа биологических объектов включает в себя такие органы и ткани, которые в силу естественных свойств организма восполняются им с течением определенного времени. С учетом значимости таких ресурсов для обеспечения жизнедеятельности человека, авторы подразделяют регенерируемые биологические объекты человека на две подгруппы: регенерируемые ткани, куда относят, в том числе, кровь и ее компоненты, и репродуктивные ткани и прочие биологические материалы. В отношении первой подгруппы предлагается установление режима ограниченной оборотоспособности, вторая подгруппа допускается к свободному обороту.

Отдельного внимания заслуживает вопрос о возможности заключения договора возмездного донорства органов – объекто-трансплантации. Думается, что сегодня вопросы возмездного донорства подвергаются неоправданной критике. Безусловно, пациент не должен платить за спасение своей жизни, это, как отмечают специалисты, аморально и негуманно. В общем смысле, правилом должно быть положение, согласно которому взаимоотношения между пациентом и врачом в трансплантологии «определяются... конституционным правом каждого человека на получение бесплатной медицинской помощи» [11]. Вполне справедливым

можно признать установление действующим законодательством запрета в отношении учреждений здравоохранения: «...учреждению здравоохранения, которому разрешено проводить операции по забору и заготовке органов (или) тканей у трупа, запрещается осуществлять их продажу» [4].

Однако, если на ситуацию посмотреть «глазами донора», то ситуация меняется. Отчуждая свои биологические объекты, фактически части своего тела, донор подвергает себя риску, при этом последствия принятого сегодня решения могут проявиться спустя некоторое, в том числе и весьма продолжительное время. Возмездное донорство, в данном случае, следует трактовать не как получение вознаграждения за предоставленные биологические объекты, а как «...компенсацию донору за ... риск возможного ухудшения здоровья» [8]. Критерием определения цены договора возмездно-донорства можно считать капитализацию вреда здоровью [14].

Подобное предложение актуально ввиду устоявшейся практики общественных отношений. Так, определенной популярностью пользуется купля-продажа волос и сцеженного грудного молока, критериями определения покупной цены которых выступают их количественные (объем, вес) и качественные (возраст, цвет) характеристики.

Говоря о режиме репродуктивных тканей человека, отметим, что основное отличие исследуемого объекта от крови и ее компонентов заключается в том, что забор, например, спермы возможен лишь в пределах, определенных физиологической нормой, в то время как донорство крови ограничено медицинскими критериями, когда ценой ошибки может стать угроза здоровью человека. Поэтому применение модели договора купли-продажи в отношении репродуктивных тканей представляется вполне обоснованным.

В отношении донорства крови и ее компонентов действующим законодательством косвенно предусмотрены признаки возмездного договора. Так законодательство о донорстве крови указывает на возможность замены бесплатного питания донора его денежным эквивалентом. Однако говорить о признаках купли-продажи не приходится, поскольку данными действиями покупается не кровь, а обеспечивается ее скорейшая регенерация и восстановление здоровья донора [3].

Таким образом, думается, что в силу признания вещноправового статуса за биологическими материалами человеческого организма, отношения по их передаче третьим лицам должны регулироваться средствами договорного права. В данных условиях справедливой

видится позиция профессора М.Н. Малеиной, согласно которой сделку донорства следует считать «...не разновидностью договора купли-продажи, а договором *suigeneris*» [9].

Специфическим содержанием такого договора является то, что на его основе передается право использования биологического объекта, относящегося к человеческому организму. Предметом рассматриваемых договоров будут выступать орган и (или) ткань человека, в отношении которых заключен договор.

Важным условием такого договора должна стать цена.

Допускается признание за ценой статуса существенного условия договора. Правовая природа отношений, оформляемых в данном случае договором, позволяет выделить несколько вариантов его цены. Наиболее целесообразным представляется сочетание единовременной денежной компенсации, выплачиваемой донору непосредственно при изъятии биологического объекта, а также денежных сумм, которые необходимы для дальнейшего восстановления донором своего здоровья посредством получения медицинских и санаторно-курортных услуг. При таком подходе возможно сочетание императивного и диспозитивного подходов при определении цены: размер денежной компенсации может устанавливаться соглашением сторон договора, а объем и стоимость второй части цены – определяться государством. В договорах между донором и реципиентом можно предусмотреть отказ от выплаты компенсации, однако для договоров, заключаемых с медицинскими учреждениями, за исключением договоров о посмертном донорстве, выплата компенсации должна быть обязательной. В случае посмертного донорства, компенсация должна выступать в виде медицинских услуг и средств реабилитации при жизни донора (думается, что для защиты прав второй стороны договора в данном случае можно установить гражданско-правовую ответственность за ненадлежащее по вине донора состояние органов и тканей, в отношении которых был заключен договор, с переложением ответственности на правопреемников в случае смерти донора). В целях гарантирования прав на жизнь и здоровье всем пациентам вне зависимости от их материального положения, в случае заключения договора с реципиентом, оплата цены договора может осуществляться с использованием ресурсной системы обязательного медицинского страхования.

Таким образом, представляется возможным сделать следующие выводы. Современное развитие молдавской правовой системы позволяет включить органы и ткани человека в гражданский обо-

рот. В Закон о трансплантации должны быть включены нормы договоров донорства. Представляется, что действующее законодательство может и должно признать оптимальной моделью договорный механизм распоряжения личным неимущественным правом нательсную неприкосновенность (как при жизни, так и после смерти).

Библиография

1. Аполинская Н.В. Биологические объекты человека в гражданском праве Российской Федерации: Автореф. дис. канд. юрид. наук. Иркутск, 2009.
2. Афанасьева Е.Г. Донор и реципиент перед лицом закона. In: Современное медицинское право в России и за рубежом: Сб. науч. тр. М., 2003.
3. Донцов Д.С. Перспективы совершенствования гражданского законодательства РФ, регламентирующего участие органов и тканей живого человека в обязательственных отношениях. In: Медицинское право, 2010, № 2.
5. Дргонец Я. Современная медицина и право. М.: Юридическая литература, 1991.
6. Дубовик О.Л. Законодательство ФРГ о трансплантации органов и тканей. In: Журнал российского права, 1998, № 10, с. 206 – 212.
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.
8. Майфат А.В. Тело человека, его отдельные части как объекты правового воздействия: Некоторые предложения для обсуждения. In: Юридический мир, 2002, № 2.
9. Малеина М.Н. Статус органов, тканей, тела человека как объектов права собственности и права на физическую неприкосновенность. In: Законодательство, 2003, № 11, с. 13 – 20.
10. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве: Учебное и практическое пособие. М.: БЕК, 1995.
11. Мызров С.Н. К вопросу о вещно-правовом статусе органов и тканей человека: дифференцированный подход к разрешению проблемы. In: Медицинское право, 2014, № 3, с. 35 – 40.
12. Попов, В.Л. Правовые основы медицинской деятельности: справочно-информационное пособие. СПб.: Деан, 1999.
13. Закон Республики Молдова «Об охране здоровья» № 411 от 28.03.1995. In: Monitorul Oficial al Republicii Moldova № 34 от 22.06.1995.
14. Закон Республики Молдова «О трансплантации органов и тканей» № 42 от 06.03.2008. In: Monitorul Oficial, 2008, № 81 от 25.04.
15. Серебрякова А.А. Государственно-правовое регулирование использования органов и тканей человека в целях трансплантации как особых объектов гражданского права(компаративистское исследование). In: Власть, 2011, № 8, с. 155-157.
16. Степанова, Е.Н. Трансплантация органов человека: мировой опыт и Россия (гражданско-правовой аспект): Дис. канд. юрид. наук: 12.00.03ую Е.Н. Степанова. М., 2004.

РОЛЬ УЧЕНИЯ В.И. ВЕРНАДСКОГО О НООСФЕРЕ В ФОРМИРОВАНИИ БИОЭТИКИ

Григорий Игнатенко, д.мед.н., профессор

Дмитрий Ластков, д.мед.н., профессор

Анна Дубовая, д.мед.н., доцент

Донецкий национальный медицинский университет

имени М. Горького, Донецк, Украина

lastkov.donmu@list.ru

THE ROLE OF V.I. VERNADSKY ABOUT THE NOOSPHERE IN THE FORMATION OF BIOETHICS

The ideas of V.I. Vernadsky on the noosphere as a methodological basis of bioethics are submitted.

Учение В.И. Вернадского о биосфере и переходе ее в ноосферу явилось величайшим вкладом в мировую науку, отразившим естественнонаучную картину мира в естествознании первых десятилетий XX века [1].

Представление о ноосфере как идеальной, духовной оболочке земного шара ввели в 20-х годах XX века французский палеонтолог и теолог П. Тейяр де Шарден, автор книги «Феномен человека», и французский философ-идеалист Э. Леруа [2]. В.И. Вернадский внес в понятие ноосферы материалистическое содержание, поскольку рассматривал ее как высшую стадию биосферы, связанную с появлением человечества. Принципиально важна идея ученого о роли научной мысли: «Научная мысль человечества работает только в биосфере и в ходе своего появления в конце концов превращает ее в ноосферу, геологически охватывает ее разумом. Научная мысль есть часть структуры – организованности – биосферы и ее в ней проявления, ее создание в эволюционном процессе жизни является величайшей важности событием в истории биосферы, в истории планеты» [1].

Ноосферному этапу эволюции биосферы посвящены многочисленные работы. Как указывает М.М. Камшилов (1979), переход к ноогенезу – разумному управлению эволюцией биосферы – должен сопровождаться выработкой новых принципов, новых методов взаимных отношений человека и остальной биосферы, преследующих цель неограниченного временем прогрессивного развития общества [3]. Тогда получается логически стройная цепь понятий: ноосфера, ноогенез, ноогеника – цель, специфика процесса развития, совокупность принципов и методов. Задача ноогенеза

ники – разработка методов сознательного управления эволюцией биосферы, включающей человеческое общество как ведущую интегральную часть. А.Л. Яншин (1981), исходя из представлений В.И. Вернадского об условиях, необходимых для создания ноосферы, определяет основные из них следующим образом: «1) Человечество стало единым целым...2) Преобразование средств связи и обмена. Ноосфера – это единое организованное целое, все части которого на самых различных уровнях гармонично связаны и действуют согласованно друг с другом...» [4]. По справедливому мнению С.Р. Микулинского (1989) ноосфера может быть сопоставлена с другими геосферами только метафорически, поскольку ее природа иная [5]. Реальная область явлений, обозначенная В.И. Вернадским термином «ноосфера», является предметом исследований как естественных, так и общественных наук. Ноосферогенез в понимании В.И. Вернадского следует рассматривать как своеобразный феномен, где глубоко сочетаются социально-исторические и естественно-природные закономерности.

«Я не могу представить себе лучшего мира, чем микрокосм, в котором я живу, но меня волнует судьба того большого мира, который я оставляю своим детям и их потомкам» [6]. Насколько созвучно высказывание основателя биоэтики – выдающегося американского ученого Ван Ранселера Поттера – рассмотренным ранее идеям о преобразовании ноосферы! Духовный наследник В.И. Вернадского также был неординарной личностью: будучи представителем естественных наук, он смог подняться до осмысления глобальных общечеловеческих проблем.

Согласно представлениям В.Р. Поттера, естественная среда обитания человека не безгранична, поэтому образование следует направлять на то, чтобы помочь людям понять природу человека и его отношение к миру; содержание образования должно включать как редуccionистскую, так и холистическую точку зрения на биологию и быть шире, чем оба представления вместе взятые [7].

«Биология – это больше, чем просто ботаника и зоология. Она является основанием для строительства экологии, науки о взаимоотношениях растений, животных, человека и неорганической среды. Биология включает также и генетику, имеющую дело со всеми аспектами наследственности, и физиологию, изучающую функции индивидов. В течение тысячелетий своей истории люди вообще не имели никакого представления о своей химической природе. И хотя зависимость человека от естественной среды осознавалась всеми, вместе с тем, щедрость Природы рассматри-

валась как неограниченная, а ее способность к восстановлению после использования человеком вполне достаточная. Внезапно стало ясно, что человек, так интенсивно эксплуатирующий Землю, все больше нуждается в науке и технологиях» (В.Р. Поттер, 2002) [8]. Человек рассматривается В.Р. Поттером как «кибернетическая машина, которая может ошибаться».

«Человечеству срочно требуется новая мудрость, которая бы являлась «знанием о том, как использовать знание» для выживания человека и улучшения его жизни», – пишет В.Р. Поттер [8]. Концепцию мудрости, необходимую для достижения социального блага и улучшения качества жизни, американский гуманист называет «Наукой выживания». Он указывает на то, что эта наука должна строиться на знании биологии и в то же время выходить за границы ее традиционных представлений; включать в сферу своего рассмотрения наиболее существенные элементы социальных и гуманитарных наук.

Поттер предлагает не противопоставление, а соединение ценностей науки и гуманитарного знания. «Наука выживания должна быть не просто наукой, а новой мудростью, которая объединила бы два наиболее важных и крайне необходимых элемента – биологическое знание и общечеловеческие ценности», – считает В.Р. Поттер. Исходя из этого, он предлагает для ее обозначения новый термин – «Биоэтика» [8].

Таким образом, Поттер расширяет экологическую этику своего предшественника О. Леопольда до этики выживания человечества, глобальной биоэтики. «Мы испытываем большую потребность в Земельной этике, Этике живой природы, Популяционной этике, Этике потребления... и т.д. – пишет он. – Проблемы, которые ими рассматриваются, призывают к действиям, основанным на знании ценностей и биологических фактов. Все они включают Биоэтику, ибо выживание всей экосистемы является своеобразной проверкой системы наших ценностей». «Мораль не имеет естественной природы, а Природа открывает новые духовные измерения», – подчеркивает В.Р. Поттер.

Соединение антропо- и эгоцентристских взглядов является характерной особенностью мировоззрения Поттера, который в этом отношении оставил далеко позади себя представителей экологической этики. В отличие от многих современных природоохранников, он не рассматривал природу как то, что противостоит человеку.

Идеи В.Р. Поттера о глобальной биоэтике, механизмах соединения гуманитарного и естественнонаучного знания, создании

междисциплинарных этических комитетов, развитии адаптивных возможностей человека, изменении его образа жизни, сегодня повсеместно находят свое воплощение в развитии гуманистической биоэтики, международной этической экспертизе и сети этических комитетов, внедрении в образование курсов биоэтики, развитии валеологии и нетрадиционной медицины и т.д. [9].

Таким образом, учение В.И. Вернадского о биосфере и переходе ее в ноосферу явилось методологической основой формирования биоэтики.

Библиография

1. Вернадский В. И. Научная мысль как планетное явление. Москва: Наука, 1991.
2. Феномен человека: Сб. очерков и эссе: Пер. с фр. Москва: ООО «Издательство АСТ», 2002.
3. Камшилов М.М. Эволюция биосферы. Москва: Наука, 1979.
4. Яншин А.Л. Соль Земли: Портрет российского ученого. 1983.
5. Микулинский С.Р. Методологические вопросы историко-научного исследования. Москва: Наука, 1976, с. 20-34.
6. Вековщина С.В., Кулиниченко В.Л. Биоэтика: начала и основания (Философско – методологический анализ). Киев: Сфера, 2002.
7. Вековщина С.В. Глобальная биоэтика: прозрения «до» и «после». In: Материалы Третьего Международного симпозиума по биоэтике. Киев: Сфера, 2004, с. 44-45.
8. Поттер В.Р. Биоэтика: мост в будущее. Под ред. С.В. Вековщиной, В.Л. Кулиниченко. Пер. с англ. Киев, 2002.
9. Седова Н.Н. Биоэтика: учебник. Москва: КНОРУС, 2018.

ASPECTE PRINCIPIALE ALE BIOETICII ȘI SĂNĂTATEA ORALĂ

Corneliu Năstase, dr. șt. med., conf. univ.

Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, R. Moldova
nastasecor@mail.ru

PRINCIPLES OF BIOETHICS AND ORAL HEALTH

Bioethics was created in response to emerging conflicts in clinical medicine caused by advances in the scientific and technological revolution in the middle of the last century, which, in turn, reshaped the relationship between practitioners and their patients. The purpose of this article is to point out ways to overcome this clinical crisis and to help build a more balanced and responsive relationship between doctor and patient in dental practice. It is important that dentists do not

treat the patient as a passive subject of health care delivery, but treat patients as individuals with rights and expectations, with the ability to stimulate their interest and energy to actively participate as beneficiaries and partners in decision-making before, during and after provision of dental services.

Introducere

Realizările remarcabile ale progresului tehnico-științific au consemnat niște schimbări cantitative și calitative pentru calitatea vieții societății de o asemenea amploare încât au impus revizuirea abordărilor etice individuale și colective în privința multor dileme care apar în domeniul sănătății [1].

Bioetica este o disciplină recentă, un compartiment al eticii practice, care se concentrează pe oferirea unor răspunsuri concrete la problemele morale existente în relațiile clinice, sănătatea publică, tehnologiile aplicate în medicină, cercetările clinice pe oameni și animale, protecția mediului ambiant, respectarea drepturilor omului. Bioetica depășește ceea ce a fost cunoscut sub numele de moralitatea mediului ambiant, extinzând-o asupra animalelor, biosferei, întregului univers și se proiectează în viitor prin încorporarea în opțiunile sale a intereselor și destinului generațiilor următoare sau ale celor virtuale [2].

Multe evenimente și factori istorici au constituit premisele înființării Bioeticii ca disciplină, însă și mai mulți au fost cei care, după constituirea sa, au legitimat existența și necesitatea includerii acesteia în formarea profesioniștilor din domeniul ocrotirii sănătății și al științelor biologice. Ani de zile s-a considerat că paternitatea termenului **bioetica** (greacă: *bios* /viață/ + *ethos* /relativ la etică/) urmează să fie atribuită oncologului Van Ressellear Potter, din Wisconsin, care a folosit termenul respectiv în cartea sa „*Bioethics: Bridge to the Future*” (1969) pentru a indica necesitatea construirii unei *punți* între științele vieții și etică în numele supraviețuirii umane [1].

Însă, în literatura de specialitate modernă, există trimeri/mențiuni documentate conform cărora termenul *bioetică* a fost folosit pentru prima dată în 1927, când Fritz Jahr, pastor și teolog protestant din Halle, a publicat articolul „Bio-Ethik: Eine Umschau ilber die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze” („Bioetica: o panoramă a relațiilor etice ale ființei umane cu animalele și plantele”) în revista germană Kosmos. (Jahr, 1927) [3].

Ideea principală a articolului semnat de Jahr a fost să anticipeze ceea ce el a numit ulterior „imperativul bioetic” (Jahr, 1934). Parafrazându-l pe Immanuel Kant cu imperativul categoric, Jahr a sugerat că toate ființele vii au dreptul la respect și ar trebui tratate nu ca mijloace, ci ca scopuri în sine [4, 5, 6, 7].

În studiul transdisciplinar între Biologie, Medicină, Filosofie (etică) și Drept (Biodrept), care investighează condițiile necesare pentru o administrare responsabilă a vieții umane, animale și a mediului ambiant, se propune o bioetică cu baze raționale diferențiate și înrădăcinată în tradiția clasică și a filosofilor analitici ai secolului XX [6, 8, 9].

Dezvoltarea bioeticii a fost favorizată atât de conștientizarea și popularizarea chestiunii respective de către unii medici și cercetători de avangardă, sau grupuri de non-conformiști gen cele feministe, cât și de impactul efectelor tehnologiilor avansate asupra formelor de viață, precum și de modul în care erau realizate cercetările biomedicale pe ființe umane [2].

Dar, importanța decisivă pentru conștientizare colectivă a problemelor etice din medicină revine dezvăluirii unor grave probleme morale a experiențelor pe subiecți umani, care au fost efectuate în Germania nazistă, precum și în multe alte cazuri similare [1, 2].

În rezultatul proceselor de acuzare a crimelor fascismului contra umanității, în 1947 la Nürnberg apare Codul cu același nume, care constituie primul ansamblu de reguli internaționale care stabilesc legătura eticii medicale cu drepturile omului [1,2,9].

În acest cod pentru prima dată au fost adunate informații consistente pentru a fundamenta condamnarea naziștilor – specialiști în domeniul sănătății, implicați în așa-numitele „crime împotriva umanității”, comise în cadrul cercetărilor medicale efectuate asupra deținuților lagărelor de concentrare în timpul celui de al Doilea Război Mondial [9].

În același document a fost prezentat în premieră un acord internațional pentru reglementarea cercetărilor biomedicale asupra unor ființe umane, fiind stabilite principii etice minime, care trebuie urmate în cadrul acestora. Primul punct al documentului este acordul (consimțământul) benevol al subiecților de cercetare, utilitatea cunoștințelor obținute, necesitatea de a minimiza riscurile și de a avea grijă de bunăstarea subiecților implicați în cercetare. [2] În Codul de la Nürnberg se accentuează că acordul (consimțământul) benevol al omului este absolut necesar pentru participarea acestuia la oarecare cercetări clinice, fiind specificată necesitatea unor studii preliminare pe animale, a analizei beneficiilor și riscurilor, a libertății participantului de a refuza implicarea sa în experiment și neconstrângerea la participare [9].

În 1948, Declarația Universală a Drepturilor Omului promulgată de Organizația Națiunilor Unite a contribuit inițial la formarea bazelor drepturilor omului, și ulterior – ale celor sociale, politice și culturale [2].

În același timp, au început să se consolideze principiile filosofice ale bioeticii, creând controlul asupra progresului tehnico-științific, care ar

trebui să fie însoțit de conștientizarea umană a impactului său asupra lumii și societății, să evite expunerea unor noi descoperiri și a aplicațiilor acestora pentru interese dubioase, dăunătoare sau malefice, și să țină cont de faptul că știința nu este mai importantă decât omul [9].

Câțiva ani mai târziu, în 1964, Declarația de la Helsinki a fost aprobată de Asociația Medicală Mondială, cu scopul de: a) a promova și populariza principiile de bază pentru cercetarea științifică cu participarea unor ființele umane și b) a aborda necesitatea acordului persoanelor implicate. A fost explicată în mod adecvat printr-un document numit „Acord post-informat” (Declarația de la Helsinki, 1964) [9].

Asociația Medicală Mondială a promulgat Declarația de la Helsinki drept o propunere de principii etice ce servesc la orientarea medicilor și a altor persoane care efectuează cercetări medicale asupra ființelor umane [10].

Cercetările medicale asupra ființelor umane includ investigarea materialelor umane sau a informațiilor identificabile [10].

Datoria medicului este de a promova și a asigura sănătatea oamenilor. Cunoștințele și conștiința medicului trebuie să fie subordonate îndeplinirii acestei obligații [10].

Declarația de la Geneva a Asociației Medicale Mondiale spune despre datoria medicului: „Sănătatea pacientului meu va face obiectul preocupării mele principale”, iar Codul internațional de etică medicală prevede ca: „Medicul trebuie să acționeze numai în interesul superior al pacientului în cazurile în care aplică astfel de tipuri de îngrijiri medicale, care pot slăbi starea fizică sau mentală a acestuia” [10].

2. Cercetările biomedicale asupra ființelor umane trebuie efectuate numai de către colaboratori calificați științific, sub supravegherea unui personal medical cu competență clinică. Responsabilitatea pentru ființa umană (implicată în experiment) trebuie să revină întotdeauna medicului (unei persoane cu calificări medicale), și niciodată (în niciun caz) nu poate fi atribuită individului investigat, chiar dacă ultimul și-a dat conștientământul [10].

Cercetările biomedicale realizate asupra oamenilor nu pot fi justificate dacă importanța obiectivului nu este proporțională cu riscul inevitabil pentru individul investigat.

3. Fiecare studiu biomedical asupra oamenilor urmează a fi precedată de o coroborare minuțioasă a riscului posibil cu beneficiile așteptate pentru subiectul implicat în experiment.

Acestea sunt doar unele din multele norme sau parametri care au fost dictate la nivel internațional relativ la etica profesională pe care lucrătorul medical trebuie să o practice în activitatea sa cotidiană; ele au servit

drept ghid sau model pentru elaborarea codurilor, legilor și constituțiilor la nivel mondial [10].

După lansarea Codului Nürnberg și a Declarației Helsinki, al treilea document de referință pentru bioetică a fost elaborat în 1980 de către Organizația Mondială a Sănătății, fiind numit «Principii etice internaționale în cercetarea biomedicală» [11, 12, 13, 14].

Din momentul lansării celor trei documente directorii, continuă să apară varii coduri similare, aprobate la nivel internațional [2].

Metamorfoze (modificări) survenite în conceptul de sănătate și în practica medicală

În anii <70, dezvoltarea tehnologică a transferat discuția, înglobând faptele care pot fi explicate științific cu valorile care pot fi studiate cu ajutorul eticii [9].

În ultimii 30 de ani, au avut loc mari schimbări în practica medicală, care s-au răsfrânt enorm asupra procesului de *sănătate – boală* [1].

Acest impact merită o analiză mai profundă, dar, – sintetic, – putem menționa: [1].

- *Modernizarea tehnică a medicinei.* Sănătatea se confruntă cu ideea de dominarea (superioritatea) tehnică asupra omului, al cărui corp apare ca un câmp imens deschis la tot felul de intervenții și cercetări, de la începutul până la sfârșitul vieții.

- *Reafirmarea autonomiei pacienților și schimbarea relației medic-pacient,* ultimul apărând ca consumator (utilizator, beneficiar, uzufructuar), și, – în final, – reglementarea drepturilor pacientului.

- *Schimbarea conceptului de sănătate,* înțeles ca un drept fundamental al omului și ca o stare de bunăstare fizică, mentală și socială completă și nu doar absența bolilor.

- Promovarea și prevenția în domeniul ocrotirii sănătății ca *Strategie de Politică Sanitară.*

Bioetica principială

În 1974 Parlamentului nord-american a fost prezentat *Raportul Belmont* (publicat, după alte surse, – în 1978), – cel mai important document din domeniul bioeticii din SUA [1, 2, 10]. Acest raport a fost elaborat în cadrul Comisiei Naționale pentru Protecția Subiecților Umani ai Cercetărilor Biomedicale și Comportamentale, create în SUA în 1974 [1]. În Raportul Belmont a fost consacrat un model de principii etice, care urmează să servească la formularea, criticarea și interpretarea unor reguli specifice, aplicate în domeniul experimental biomedical cu implicarea oamenilor: *binefacere, echitate și respect* [1, 2, 10]. Aceste principii au fost

incluse în cursurile standard de bioetică și, de asemenea, – utilizate în varii documente din domeniul respectiv și din cele conexe. Prin urmare, ele pot fi deja considerate clasice. Desigur, aceste principii nu acoperă toate problemele etice din cercetarea biomedicală, dar reprezintă cadrul inițial pentru analiza și dezvoltarea ulterioară a reglementării etice a experimentelor asupra ființelor umane. Principiile de bază care urmează să ghideze cercetările (din domeniul științelor comportamentale și biomedicinii) realizate asupra oamenilor sunt definite în modul următor:

Principiul **respectului** pentru individ se bazează pe două cerințe/rigori:

a) respectarea autonomiei persoanelor care sunt capabile să aleagă și să ia decizii de sine stătător:

Autonomia reprezintă dreptul oamenilor de a se autoguverna prin propriile sale opinii și decizii, în conformitate cu valorile și convingerile personale [15]. Principiul respectului față de oameni, care impune obligația de a-i trata drept entități autonome și de a le asigura condițiile necesare pentru ca aceștia să acționeze în mod autonom [1].

O *persoană autonomă* are capacitatea de a acționa, puterea de a judeca în mod rațional măsura și sensul acțiunilor sale și de a răspunde pentru consecințele lor. Principiul autonomiei este unul imperativ, și trebuie respectat în orice situație în care oamenii pot fi neautonomi sau cu o autonomie diminuată (de ex., minori), persoane în stare vegetativă sau cu leziuni cerebrale etc. În al doilea caz, este necesar de justificat cauzele lipsei sau diminuării autonomiei.

Respectarea autonomiei pacientului are numeroase consecințe (implicații) pentru un lucrător medical: de a oferi pacientului toate informațiile necesare (utile, relevante), astfel încât acesta să poată lua decizii în cunoștință de cauză și de predictibilitate a situației; de a contribui la o comunicare accesibilă și comodă, folosind un limbaj ușor de înțeles, manifestând abilitatea de a asculta și de a înțelege situația, doleanțele și preferințele pacientului; de a nu induce în eroare în ceea ce ține de diagnostic, prognostic și calitatea vieții, rezultate din tratamentul propus, cu excepția cazului în care pacientul solicită contrariul; de a prezenta în mod corect și în volum adecvat diferitele alternative terapeutice; de a respecta confidențialitatea, precum și promisiunile sau angajamentele luate față de pacient [1].

În domeniul medical, acordul (consimțământul) informat este cea mai înaltă expresie a acestui principiu de autonomie, constituind un drept al pacientului și o datorie a medicului, întrucât preferințele și valorile primului sunt esențiale din punct de vedere etic. El presupune că obiectivul medicului este să respecte această autonomie, deoarece este vorba despre sănătatea pacientului

b) protecția persoanelor care au o autonomie limitată (adică, într-un grad sau altul, – foarte dependente de alții, sau – deosebit de vulnerabile), de diferite forme de injurii, daune sau alte abuzuri.

Principiul *binefacerii* (beneficienței) prevede obligația fiecărui profesionist de a acționa în beneficiul altora, promovându-le interesele legitime și reducând/eliminând daunele. În Raportul Belmont se respinge perceperea conceptului beneficienței drept un act de binefacere = caritate [1].

Se poate remarca, că acest principiu constă din două reguli/condiții directorii: a) a nu provoca daune (prejudicii); b) a obține beneficiul maxim posibil și a reduce la minimum daunele/riscurile posibile. În medicină, acest principiu promovează interesul major al pacientului, dar fără a ține cont de părerea ultimului [10].

Condiția non-vătămării urmează a fi tratată, în primul rând, în sensul că sunt inacceptabile orice cercetări care vizează provocarea deliberată a vătămării subiectului implicat în experiment.

Principiul *binefacerii* este formulat în Raportul Belmont într-un sens strict ca fiind o obligație etică ce se aplică în cazul unor cercetători aparte și – societății în general. Organizatorii și realizatorii unor oarecare proiecte individuale de cercetare urmează să aibă anticipat grijă pentru a maximiza beneficiile și a reduce riscurile conexe experimentului respectiv. Același lucru este valabil și pentru cercetarea în ansamblu: membrii comunității mai numeroase trebuie să evalueze beneficiile și riscurile care pot apărea, între timp, la afluxul de cunoștințe și dezvoltarea de noi metode.

Cea mai importantă problemă ce ține de principiul beneficienței este determinarea cazului în care este acceptabil să se asume riscuri și când cercetarea urmează a fi abandonată. Riscurile experimentului trebuie să fie justificate, – atât în aspectul prinosurilor (aporturilor, beneficiilor) așteptate, cât și în ceea ce privește valoarea absolută a riscului la care este expus subiectul.

Principiul beneficienței presupune că medicul are pregătirea și cunoștințele care îi lipsesc pacientului, așa că știe (și, prin urmare, decide) ce este cel mai convenabil pentru ultimul.

Un prim impediment în analiza acestui principiu este acela că se ignoră părerile pacientului, primar implicat și afectat de situație, și îi desconsideră opinia pe motivul lipsei cunoștințelor medicale. Cu toate acestea, preferințele individuale ale medicului și ale pacientului pot diferi în ceea ce privește ce este rău și ce este benefic. Din acest motiv, este dificil de apărat primatul acestui principiu, deoarece dacă se iau în baza lui decizii medicale, alte principii valabile precum autonomia sau dreptatea (echitatea) sunt puse deoparte [10].

Dreptatea (echitatea) sau imparțialitatea în distribuirea/corelarea riscurilor și beneficiilor, neputând fi trata o persoană deosebit de cealaltă, cu excepția cazului în care există o diferență relevantă între cele două, rezultă în echitate socială [10, 15].

Conform Beauchamp, *echitatea* reprezintă responsabilitatea unor persoane, state și societăți de a acorda un tratament egal, echitabil și adecvat celorlalți, în lumina a ceea ce li se cuvine sau le aparține lor. Aceasta se înțelege drept „imparțialitate în distribuirea riscurilor și beneficiilor sau, cu alte cuvinte, poate fi concepută ca ceea ce obligă să trateze egalii în mod egal” [1].

Un alt autor specifică faptul că acest principiu constă în repartizarea echitabilă a poverilor și beneficiilor în domeniul bunăstării vitale, evitând discriminarea în accesul la resursele existente de ocrotire a sănătății. El definește dreptul tuturor de a nu fi discriminat din motive culturale, ideologice, politice, sociale sau economice [10]. Se stabilește datoria corespunzătoare de a respecta diversitatea în problemele menționate anterior și de a colabora la o distribuire echitabilă a beneficiilor și riscurilor între membrii societății [10, 16].

Acest principiu impune oarecare restricții, deoarece susține că autonomia fiecărui individ nu afectează viața, libertatea și alte drepturi de bază ale altor persoane. Adică, decizia unuia îl poate afecta pe celălalt. Aici se impune principiul egalității care spune că: *nu-mi faceți mie ceea ce nu doriți să vi se întâmple vouă* [10].

Problema echității în domeniul ocrotirii sănătății constituie, de altfel, unul dintre cele mai animate, urgente și controversate capitole ale bioeticii din perioada precedentă, actualitate și viitor [1].

În 1979, doi membri ai Comisiei, – Beauchamp Tom și Childress Janos, au publicat în 1979 cartea „Principii ale eticii biomedicale” (*Principles of Biomedical Ethics*), în care au făcut o analiză sistematică a principiilor descrise până atunci în Raportul Belmont și au extins aceste principii până la relații clinice (RC), sugerând un al patrulea principiu, – cel al *non-maleficității (nedăunării)* [2, 10].

Astfel, se enunță că cercetătorul profesionist nu trebuie să cauzeze pacientului vre-un eventual rău, în cazul în care nu se prevăd beneficii [1, 2, 5, 10]. Aici se conturează cadrul axiologic al practicii medicale moderne și se constituie o avansare în domeniul moral [2].

În medicină, totuși, acest principiu trebuie să găsească o interpretare adecvată, deoarece acțiunile medicale uneori dăunează pentru a obține beneficiul scontat [10].

Deci, ideea finală constă în a nu a face rău (prejudicia) inutil altora.

Analiza acestui principiu merge mână în mână cu cel al binefacerii, astfel încât beneficiul trebuie să prevaleze asupra prejudiciului [10].

Consecințele medicale ale principiului non-maleficienței sunt diverse:

- a) a avea o pregătire teoretică și practică riguroasă și permanent actualizată pentru a se dedica practicii profesionale, cercetării de noi tratamente, proceduri sau terapii, îmbunătățirii celor existente pentru a le face mai puțin dureroase și dăunătoare pacienților;
- b) a avansa în managementul durerii;
- c) a evita medicina defensivă și, concomitent, – realizarea de nenumărate ori a unor proceduri și / sau tratamente inutile [10].

Cele patru principii bioetice sus-menționate au caracterizat și au consolidat incontestabilă *Teorie Principialistă* care, pentru o lungă perioadă de timp, a servit drept „ghid” etic pentru profesioniștii care, dacă ar fi urmat-o, și-ar fi asigurat realizarea unor acțiuni întotdeauna corecte. [10] Astfel, grație acestei teorii, Bioetica a devenit „instrument”, care a început să dea răspunsuri la toate întrebările apărute, – printr-o analiză a „dispuței” dintre principii, adică “cel care a prevalat – urmează a fi răspunsul la problema chestionată” [10, 15].

Multe critici au survenit acestei teorii, chiar din partea autorilor Beuchamp și Childress în 1994, deoarece aceste principii etice recomandate nu trebuie folosite ca fundamentare în activitatea profesională, ci, mai degrabă, – drept referință în caz de oarecare dubii sau întrebări, care apar în cadrul unui oarecare tratament clinic. În plus, fiecare pacient trebuie să fie asistat, programat și tratat într-un mod special / individualizat / diferit de ceilalți pacienți, deoarece există factori implicați, cum ar fi, printre alții, – cei socio-politici sau culturali [10].

Cu toate acestea, bioetica nu se reduce la aplicarea principiilor abstracte în situații concrete, ca și cum ar fi o nouă deontologie. Bioetica este, mai degrabă, o conștientizare a implicațiilor morale și a consecințelor acestora în domeniile deja menționate. Bioetica pune la îndoială hegemonia cunoștințelor medicale profesionale și exclusivitatea acestora asupra problemelor de sănătate. Ea oferă posibilitatea de a participa nu numai medicinei, ci și dreptului, filosofiei, antropologiei etc., precum și persoanelor care nu sunt specializate în luarea deciziilor cu privire la viață, boală, sănătate și moarte [2].

Acordul informat

După recunoașterea Codului de la Nüremberg, Asociația Medicală Mondială a acceptat Declarația de la Helsinki cu modificările ulterioare, în care era recunoscut faptul că bărbații și femeile nu pot fi un simplu obiect al științei, ci mai degrabă participanți la ea, ca parte a procesului biomedical sau ca beneficiarii acestuia. Declarația de la Helsinki a stabilit pentru prima dată pentru domeniul cercetării cu implicarea unor

subiecți umani, că acceptul (consimțământul) voluntar al subiectului este o cerință absolut necesară, esențială, cu libertatea de a ieși din experiment în orice moment, – primul antecedent al acordului informat în domeniul Științei Medicale. Poate fi definit ca acordul (asentimentul) pacientului și / sau părintelui (sau – tutorelui, persoanei responsabile) de a accepta primirea unei proceduri medicale sau, -intervenții chirurgicale, – după ce a fost consultat și a înțeles toate informațiile necesare pentru a lua o decizie liberă și rațională. Aceasta înseamnă că persoana în cauză trebuie să aibă capacitatea legală de a consimți. Individul respectiv trebuie să poată alege liber, fără intervenția vreunui element de forță, fraudă, înșelăciune, constrângere, abuz de putere sau orice altă formă de obligație sau constrângere.

Acordul informat are un suport etic care se bazează pe obligația medicului de a raporta cu veridicitate starea bolii, precum și diagnosticul sau tratamentul pe care îl consideră cel mai potrivit. Medicului îi revine obligația să respecte voința pacientului, cu excepția cazului în care inconștiența, incapacitate mintală asociată cu gravitatea cazului nu admite întârzieri. Acordul în scris va fi necesar atunci când vine vorba de intervenții chirurgicale sau operații de amputare, ablație sau implantare de organe. Pentru a clarifica aspectele legate de informațiile medicale pe care pacienții și reprezentanții legali ar trebui să le primească despre intervențiile chirurgicale și terapeutice riscante, pentru început urmează de analizat câteva momente care vor contribui la înțelegerea motivului de obținere a acordului informat [1].

Ce și cum urmează de informat?

Se oferă date relativ la esența (specificul) și caracteristicile procedurii / procedurilor care urmează de efectuat cu explicațiile conexe: în ce constă, cum se va desfășura, care sunt alternativele sau opțiunile etc. Acordul deplin este posibil numai după discutarea cu beneficiarul a unor puncte importante precum diagnosticul, planul de tratament, consecințele procedurilor, inclusiv posibilele sechele (în caz dacă există asemenea probabilitate), și costul acestora. Sunt explicate beneficiile scontate și probabilitățile relative ale succesului, precum și fiind discutate riscurile posibile, indicând cele mai grave și frecvente. Pentru a informa beneficiarul, este necesar, în primul rând, să existe abilitatea de a comunica cu acesta [9].

Comunicarea reprezintă unul din cei doi piloni mai importanți pentru instalarea unor relații eficiente dintre lucrătorul medical și beneficiar, și, probabil, reprezintă unul din principalele impedimente mari care trebuie depășite în stomatologie [9]. Comunicarea trebuie să aibă loc într-un mediu adecvat, calm, comod și fără interferențe [1]. Limbajul urmează a fi

pe înțelesul interlocutorilor, corespunzător nivelului intelectual, cultural și psihologic al celor care primesc informațiile, și, în principiu, medicul va vorbi despre ceea ce se știe, și mai puțin – despre ceea ce se exclude [1, 9].

Obținerea acordului pentru o procedură operatorie nu exclude responsabilitatea profesională a medicului pentru daunele rezultate din malpraxis. Esența acordului este consimțământul dintre părți, realizat prin informarea și înțelegerea acțiunilor profesionale, – pentru o acceptare liberă a acestora.

În cazul procedurilor electivă, este convenabil să se dea acordul înainte de ziua intervenției, astfel încât să fie înțeles ca un act participativ (în comun) și rațional. Același lucru va fi reflectat în fișa medicală, astfel încât să se demonstreze clar că a fost înțeles și că se alege un rău mai mic (intervenție chirurgicală cu riscurile sale) pentru a preveni sau a evita unul mai mare (înăutățirea sănătății, survenirea unei dizabilități sau a decesului în sine) [1].

Bioetica și sănătatea orală

În prezent, specialistul în sănătatea orală trebuie să posede și să aplice în practică cunoștințe despre etica profesională și bioetică. Abordarea deontologică a predării eticii, în cadrul instruirii profesionale, trebuie să depășească lipsa de cunoștințe a obligațiilor și drepturilor de serviciu, extinzând viziunea problemelor existente. Accesul la aceste domenii de cunoaștere poate contribui la reducerea numărului mare de atitudini ce contravin legilor bioeticii, pe care le manifestă unii stomatologi, precum și la reflectarea asupra modalităților de a scădea numărul de acționări în judecată care vizează medicii respectivi. Această situație poate fi legată de lipsa de interes a viitorului specialist în timpul studiilor universitare, precum și din partea instituțiilor de învățământ superior, care nu abordează la cursurile din acest domeniu tema respectivă cu atenția cuvenită. Includerea proceselor educaționale în domeniul sănătății orale, având ca scop redefinirea practicilor profesionale în funcție de nevoile stomatologice ale populației, și luând în considerare umanizarea, îngrijirea, exercitarea spiritului civic și înțelegerea faptului că actualele condiții de viață au un rol fundamental în definirea procesului sănătatea-boală, și solicită specialiștilor în domeniu a unor noi abilități pentru a face față realității sociale, cu scopul de a realiza integritatea acțiunilor întreprinse [9].

În întreaga lume, pacienții sunt relativ mai informați în ceea ce ține de problemele sănătății orale și serviciile stomatologice moderne, fapt care îi determină să își sporească selectivitatea și drepturile. În plus, ei pot să facă mai ușor comparații și participă mai activ în procesele de luare a deciziilor relativ la tratament, ceea ce se manifestă mai des la persoane

titrate. Această percepție a utilizatorului în ansamblu, cu o personalitate specifică, probleme și dorințe particulare, este fundamentală pentru o bună comunicare și asigurarea succesului asistenței odontologice. După luarea diplomei, tânărul specialist urmează nu doar să deprindă și să perfecționeze aplicarea procedurilor tehnice, ci și să reflecteze asupra aspectelor etice, exercitând acțiuni, asimilând conduite și dobândind obiceiuri sănătoase pentru exercitarea profesiei. În zilele noastre, medicul stomatolog trebuie să posede și să practice cunoștințe de bioetică. Stomatologii manifestă de nenumărate ori atitudini ce contravin legilor bioeticii, adesea – doar din cauza că nu au avut niciodată acces la astfel de informații [9].

Din câte știm, majoritatea conflictelor care apar în cadrul relațiilor clinice, sunt soluționate între pacienți și medici direct în clinica stomatologică. Însă, pe zi ce trece, crește numărul de cazuri care se soldează cu plângeri la Ministerul ocrotirii sănătății, cu solicitarea evaluării cazurilor clinice de către experți și cu acționări în judecată [2].

Numărul de conflicte care implică acești profesioniști, din păcate, nu este neglijabil, reflectând și semnalizând deficiențe în abordarea subiectului respectiv de către facultățile de stomatologie, precum și dezinteresul total al cadrelor universitare și a absolvenților. În același timp, contingentul numeros de medici stomatologi asociat cu concentrația sporită a acestora în marile centre urbane generează o criză în prestarea de servicii stomatologice, ducând la o concurență nestăvilită, și promovând înlocuirea treptată a lucrătorilor independenți prin cei salariați, pe cale directă (contract) și indirectă (acreditate), rezultând în final neglijarea etică pe parcursul practicii profesionale. Având în vedere această realitate a pieței, care impune și concurența acerbă în sectorul stomatologic, căutarea unei remunerații mai bune a determinat unii profesioniști să efectueze proceduri pentru care nu sunt pregătiți corespunzător, sau să presteze servicii costisitoare, însă – insuficient clinic argumentate. Acțiunile de acest tip denotă absența obligațiilor și responsabilității lucrătorului medical față de beneficiar. Astfel de acțiuni, în general, duc la un număr mare de iatrogenii, ceea ce contravine principiului de necauzare a daunelor. Cu toate acestea, conform datelor unui studiu realizat în 2007 de Bugarin Júnior și Garrafa /citată de/, stomatologii folosesc biomateriale dentare, necunoscând riscurile și efectele lor adverse, distanțându-se astfel de principiul beneficienței. În stomatologie, există multiple și diferite probleme care fac parte din această gamă bioetică atotcuprinzătoare, dar discuția este deabia la început de cale. Este esențial ca practicile de sănătate orală să se conducă de promovarea bunăstării beneficiarilor și de restabilirea sănătății lor integrale, fiind bazate pe beneficiență, conducând medicul stomatolog să acționeze în conformitate cu cele mai bune intenții față de

individ. Pentru aceasta, profesioniștii trebuie să prezinte alternativele de tratament existente și să explice caracteristicile fiecăruia. Astfel, nu există nicio concepție relativ la specialistul care ar impune pacientului lucrarea pe care o găsește că ar fi cea mai bună [9].

În lupta pentru realizarea universalității și echității în ceea ce ține de dreptul la asistență egală, autonomia cetățenilor nu poate fi lăsată deoparte. Medicul stomatolog trebuie să-și considere acțiunile profesionale drept parte componentă a domeniului relațiilor umane în care unul este capabil și competent să-și asume responsabilitatea pentru vindecarea solicitată de celălalt. Însă, medicul trebuie să nu uite că pacientul este o persoană autonomă inclusă într-un context socio-economic-cultural și în caz dacă este bine informat, poate deveni și co-responsabil pentru luarea deciziilor care vizează beneficiul, viața și demnitatea umană ale acestuia. Un exemplu activ și pozitiv al importanței înțelegerii (prehensiunii) pacientului în acest context este cel în care profesionistul are nevoie de participarea lui la menținerea propriei sănătăți orale. Fără colaborarea indispensabilă a ultimului în asigurarea sieși a unei diete adecvate, în perierea corectă a dinților și în alte măsuri necesare pentru controlul plăcii bacteriene, este puțin probabil ca terapia realizată profesional să aibă succes [18].

Este important ca specialiștii din domeniul sănătății orale să conștientizeze faptul că pacientul deja nu mai poate (și nici nu acceptă) a fi un subiect pasiv și inert la acordarea serviciilor stomatologice, ci se vede, mai degrabă, titularul unor drepturi care, printre altele, îi conferă puterea de a participa activ la tratamentele curative și preventive.

Concluzii

1. Analiza principiilor bioeticii facilitează înțelegerea lacunelor în activitatea practică cotidiană a medicului stomatolog.
2. Angajamentul specialistului în sănătatea orală prevede acordarea priorității principiilor bioeticii, având ca scop final bunăstarea pacientului.
3. Autonomia presupune oferirea de către un profesionist în domeniul sănătății orale a unor informații „educative” în volum suficient pentru a se lua decizii raționale la diferite etape ale diagnosticului, tratamentului și profilaxiei, ceea ce permite obținerea unui acord informat sigur și clar, sporește eficiența conlucrării medic-pacient și permite evitarea disensiunilor și conflictelor.
4. La aplicarea inteligentă a principiilor bioeticii, profesionistul în domeniul stomatologiei are mari șanse de a stimula participarea activă a pacientului la menținerea propriei sănătăți orale conform recomandărilor prescrise.

Referințe bibliografice

1. Roisinblit, Ricardo. *Odontología para las personas mayores*. 1a ed. Buenos Aires, 2010. María de la Paz Bossio. Capítulo 28, p. 331-334
2. Luengas AMIF. La bioética en la relación clínica en odontología. In: *Rev ADM.*, 2003, 60(6), p. 231-239.
3. Goldim J.R. Revisiting the beginning of bioethics: the contribution of Fritz Jahr. (1927). *Perspect Biol Med*. Summer, 2009, 52(3) p. 377-80.
4. Lolas, Fernando. Bioethics and animal research: A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. *Biol. Res.* [online]. 2008, vol.41, n.1 [citado 2020-10-19], pp.119-123..
5. SASS H M (2007a) Fritz Jahr's bioethischer Imperativ. 80 Jahre Bioethick in Deutschland von 1927 bis 2007. Bochum: Zentrum fiir medizinische Ethik, Medizinethische Materialien Heft 175
6. Sass H.M. Fritz Jahr's concept of bioethics. In: *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2007, 17, p. 279-295
7. Zagorac Ivana. Fritz Jahr's Bioethical Imperative. In: *Synthesis Philosophica*, 2011, 26 (1), p. 141-150
8. Diniz D, Guilheme D. O que é bioética? *Brasiliense*, São Paulo, 2002.
9. Valladão, Antônio Sérgio Netto et al. A bioética odontológica contemporânea – Ampliando concepções deontológicas. *Revista Interdisciplinar de Direito*, 2011, V. 8, n. 01, p. 255-270,
10. Castillo, D., & Guerra, A. Bioethics from an odontological perspective. In: *Revista Estomatología*, 2017, 17(2).
11. Gaieski Pires L.A., Cerveira J. A Bioética na Odontologia. In: *Stomatos*, 2003, V.9, n.17, p.7-12.
12. Silva, S. R. Mais Ética nas Pesquisas. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. V.55, n.6, p.393-403, 2001
13. Estrela, C. *Metodologia Científica*. São Paulo: Artes Médicas, 2001.
14. Araújo, L.Z.S. Araújo, L.Z.S. Aspectos éticos da pesquisa científica. *Pesqui Odontol Brasá*. V.17, p. 57-63, 2003.
15. Goncalves P, Garbín C., Garbín A., Moimaz S. y Oliveira R. Evaluación del conocimiento de los cirujanos dentistas brasileños sobre aspectos bioéticos en el tratamiento odontológico. 2007.
16. *Bioética: Un nuevo arraigo para lo humano en el mundo tecnocientífico*. 2009.
17. Agranatti P. *Bioética en Odontología*. 2001.
18. Maluf F, Osório de Azambuja L.E. Bioethics and dentistry: considerations on the professional-patient relationship. In: *Revista Odontológica de Araçatuba*, 2015, v.36, n.2, p. 61-65.

ASPECTE BIOETICE DESPRE ADMINISTRAREA ANESTEZIEI ÎN AFARA SĂLII DE OPERAȚIE

Dinu Berlinschi, student, anul VI

Coordonator științific: Vitalie Ojovanu, dr. hab. în filos., conf. univ.,
Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova
dinu.berlinschi@gmail.com

BIOETHICAL ASPECTS ABOUT THE ADMINISTRATION OF ANESTHESIA OUTSIDE THE OPERATING ROOM

Anesthesia is one of the unique clinical branches in medicine, that has its own issues of ethics either inside or out of the operating room. Historically, anesthesiologists have played pivotal roles in medical ethics by developing and applying technology that posed ethical dilemmas, and by their leadership in answering ethical questions and posing new ones. Knowledge of the ethical and professional standards in patient care and research is essential in the specialty of anesthesiology, which is more than the mere provision of a technical service on demand.

Actualmente, anestezia se confruntă cu numeroase provocări etice, inclusiv promovarea autonomiei pacientului, rezolvarea conflictelor dintr-un medic-pacient în luarea deciziilor medicale, obligații etice în cercetarea subiectului uman, conflicte etice în timpul îngrijirii pacientului atât în timpul intervenției chirurgicale, cât și în timpul procesului de diagnostic. Datorită evoluției rapide și a progreselor tehnologice, personalul medical necesită acum pregătire specială în afara zonelor sigure de muncă. Anestezia se confruntă cu provocări în a practica în locații dincolo de sala de operație. Administrarea anesteziei în afara blocului operator, presupune procedurile obișnuite, precum: radiologia, imagistica gastro-intestinală, intervenții diagnostice/terapeutice, cateterism cardiac pediatric, tratament psihiatric (electroșocuri) și stomatologie. Scopul principal al administrării anesteziei este siguranța pacientului și acest lucru trebuie asigurat la absolut aceleași standarde ca și în blocul operator. În afara acestui scop, anestezia trebuie să mai asigure confortul psihic al pacientului, să scadă trauma psihologică și să crească șansa de amnezie.

Anestezia trebuie să fie conștienți de faptul că anestezia sau sedarea în afara sălii de operație crește riscul de evenimente adverse, căci pot lipsi sistemele de salvare prezente în sala de operație. Rata mortalității și morbidității va crește dacă personalul din secția de radiologie /sau endoscopie nu vor fi familiarizați cu anestezia sau resuscitarea cardiovasculară.

Principalele principii etice de care ar trebui să țină cont un anesteziolog, anume în contextul folosirii anesteziei cu scop diagnostic sunt:

1. Principiul dreptății. Respectarea dreptului fiecărui pacient la auto-determinare, fie el adult sau minorii inculpați, acesta are dreptul în luarea unei decizii medicale care e adecvată problemei medicale implicate. Nu toți pacienții pot tolera durerea, disconfortul produs în timpul unei investigații cu scop diagnostic, având pe deplin dreptul de a alege confortul.

2. Primirea consimțământului și respectarea autonomiei. Anesteziștii trebuie să respecte autonomia pacienților în preferință față de alte principii care influențează relația (precum ar fi paternalismul-o anti-teză morală directă a autonomiei). Această poziție de compromis este populară în rândul eticienilor, deoarece oferă o „a treia cale” practică între extremele filosofice ale autonomiei și paternalismului. În practica anestezică, această abordare pragmatică reflectă cel mai strâns practica reală. Imperativul legal pentru obținerea consimțământului acționează ca un catalizator pentru dezvoltarea unei relații de încredere, în care anesteziștii furnizează informații oneste, inteligibile, ascultă preocupările pacienților și ajustează planul de tratament propus în consecință. Anesteziștii trebuie să explice pacientului consimțământul într-un limbaj accesibil, dar și posibilele agravări ce pot apărea ca efect advers al anesteziei. Consimțământul trebuie să fie scris în limba de stat și semnat de pacient sau de un reprezentat legal.

3. Principiul vulnerabilității. Anesteziologul trebuie să dețină capacitatea de percepere a vulnerabilității pacientului aflat sub procedura medicală, având obligația de a-i oferi siguranța și confortul atât fizic, cât și psihologic. Se consideră o încălcare gravă de a modifica tactica de tratament sau de diagnostic fără consimțământul pacientului mai ales în timpul anesteziei, când pacientul este inconștient.

În concluzie, anesteziologia este o disciplină clinică multidisciplinară, ce presupune metode originale de cercetare și tratament, care sunt implementate în mai multe domenii ale medicinei, chiar și din punct de vedere etic. Anesteziștii trebuie să evite neglijența și să coopereze pentru a reuși investigația în condiții de siguranță în afara sălii de operație. Mai presus de toate, implicarea unui anesteziolog dedicat și vigilent e cea mai bună modalitate de prevenire a reacțiilor adverse.

BARIERE ETICE ALE COMUNICĂRII CU PACIENTUL ONCOLOGIC

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

Diana Pântea, studentă, anul VI

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

ETHICAL BARRIERS OF COMMUNICATION WITH THE ONCOLOGICAL PATIENT

In this paper, the authors analyzed the most common barriers that an oncologist may encounter in his communication with a patient. The importance of knowing them lies in successfully overcoming these ethical challenges and in forming correct communication strategies with this type of vulnerable patients.

Introducere. Cancerul reprezintă problema globală actuală a umanității, cauzată de creșterea constantă a morbidității și mortalității în ultimele decenii. Relația medic-pacient oncologic implică o multitudine de valențe: sociale, psihologice, culturale. Comunicarea adecvată cu acest grup de pacienți vulnerabili, poate conduce la evitarea anumitor situații conflictuale, contribuind în mare măsură la eficiența tratamentului.

Scopul lucrării. Clarificarea barierelor etice cu care se confruntă medicii-oncologi în cadrul tratamentului pacienților oncologici și determinarea factorilor ce influențează procesul decizional.

Materiale și metode. Pentru realizarea acestui studiu au fost examinate publicațiile actuale din revistele de specialitate ale bibliotecilor electronice PubMed, NCBI, Medscape. S-au utilizat metodele: bioetică, analitică, biostatistică, comparativă, descriptivă.

Rezultate. În procesul de analiză, au fost elucidate unele strategii pentru o comunicare eficientă: deschidere și onestitate; comunicare precoce; comunicare despre modificarea obiectivelor tratamentului; echilibrarea speranței și realității. Barierele în implementarea acestor strategii se manifestă în linii mari pe trei paliere: factorii de boală, contextul socio-cultural și relația medic-pacient, cele mai evidente fiind: stigmatizarea îngrijirilor paliative; lipsa protocolului cu privire la problemele de final de viață; carențe de pregătire a medicilor-oncologi în modul de comunicare cu pacienții despre aceste probleme; experiență insuficientă și lipsa mentoratului; barierele lingvistice; vârsta precoce; reticența pacienților și/a familiilor lor în abordarea problemelor de final de viață.

Concluzii. Având în vedere rata sporită a deceselor în oncologie, sunt esențiale discuțiile deschise, instruirea adecvată și suportul de

consultanță pentru medicii-oncologi în domeniul comunicării. Domeniul medicinei oncologice se confruntă cu o eterogenitate de puncte de vedere printre specialiști din această branșă referitoare la problemele de final de viață, drept consecință e necesară o abordare multiplă care implică sprijin pentru medici, educația pacienților și sprijin instituțional, care ar permite o anumită personalizare și eficientizare a demersului.

Cuvinte-cheie: cancer, pacienți vulnerabili, comunicare eficientă, relația medic-pacient, bariere etice.

UNELE PROBLEME MEDICALE ȘI BIOETICE ÎN SFERA SĂNĂTĂȚII MINTALE

Mariana Triboi, studentă anul VI

Coordonator științific: Daniela Rusnac, asist. univ., Catedra de filosofie și bioetică
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R. Moldova

cozonac.mariana@gmail.com

daniela.rusnac@usmf.md

SOME MEDICAL AND BIOETHICAL ISSUES IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH

A pandemic of mental illness persists around the world. People with mental disabilities have the same rights as everyone else, including the right to health care. Consent is a mandatory part of the examination that the patient benefits from.

Sănătatea mintală reprezintă în sine o stare de bine la nivel psihic, determinată de adaptarea satisfăcătoare din punct de vedere emoțional, comportamental, biologic și social. Astfel, sănătatea mintală se echivalează cu echilibrul între trăirile, activitățile zilnice și eforturile de adaptare psihologică în cadrul propriului sistem de valori.

În conformitate cu Organizația Mondială a Sănătății (OMS), sănătatea mintală include ”starea de bine subiectivă, sentimentul de autoeficacitate, autonomie, competență, dependența între generații, autoactualizarea potențialului intelectual și emoțional”. OMS prevede în continuare că starea de bine a ființelor umane este cuprinsă în manifestarea abilităților lor, în capacitatea de a face față stresului în condiții normale de viață, de muncă productivă și contribuția în comunitatea lor. Cu toate acestea, diferențele culturale, evaluările subiective și teoriile profesionale concurente pot aduce puncte de vedere diferite modului de definire și abordare a conceptului de „sănătate mintală” [1].

Aristotel afirma că, binele și fericirea se formează de către oameni în corespundere cu viața lor. Fericirea devine un sentiment străin atunci când este dificil sau chiar imposibil ați controla propriile gânduri, acțiunii. Pacienți psihiatrici mereu au existat, însă, cu trecerea timpului situația se agravează. Odată cu evoluția omenirii, urbanizarea și digitalizarea amplă, munca neconținută, stresul, emoțiile negative, viciile alimentare și comportamentale au invadat viața de zi cu zi a omului. Ca rezultat au de suferit atât componenta somatică cât și psihică, lăsând consecințe temporare sau permanente. Una din premisele filosofiei de îngrijire holistică a pacientului este aceea că mediul aduce contribuții semnificative în natura existenței unui individ. Mediul fiecărei persoane este format din mai mulți factori, care influențează calitatea vieții persoanei respective. În consecință, oamenii nu pot fi înțeleși pe deplin fără a ține cont de factorii de mediu, precum relațiile de familie, cultura și mediul înconjurător. Indivizii interacționează cu mediile lor unice la nivelul tuturor dimensiunilor [2, p.33]. Factorii cauzanți ai patologiilor psihice pot fi: biologici (genetica), psihologici (experiențele de învățare), biochimici (biochimia creierului) și sociali (stabilirea categoriei, sindroame circumscrise cultural, exprimarea psihopatologiei) [1].

La nivel național, dar și mondial bănuie o adevărată pandemie a bolilor mintale, chiar dacă nu toate cazurile sunt înregistrate în registrele medicale, însă anxietatea, nevrozile, schizofrenia fobiile, psihopatiile i-au amplexat. Potrivit calculelor făcute de psihologi, fiecare a treia persoană din Republica Moldova suferă de anumite probleme de ordin psihic fie în formă ușoară, fie un stadiu mai avansat. Conform datelor relatate de Organizația Mondială a Sănătății, peste 300.000 de moldoveni suferă de depresie și aceștia sunt doar cei înregistrați în registrele medicale. Conform datelor Biroului Național de Statistică, în 2016 numărul estimat al persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova era de 182.000 de persoane, dintre care 11.700 (cu vârstă de la 0-17 ani). Din acest număr 9,6% revine persoanelor cu dizabilități mintale și de comportament severe, 12,9% revin dizabilităților mintale și de comportament medii. Copiii cel mai frecvent suferă de dizabilități din cauza malformațiilor congenitale (24%) și a tulburărilor mintale și de comportament (22,7%). Pentru persoanele cu vârsta între 18-29 ani, dizabilitatea primară este cauzată de tumori (15,9%) și tulburări mintale și de comportament (13,4%) [3].

O persoană care are probleme de sănătate și comportament se poate confrunta cu stresul, depresia, anxietatea, probleme interpersonale, durere, dependență, ADHD sau dificultăți de învățare, tulburări de dispoziție, sau alte probleme psihologice. Problemele de sănătate pot fi gestionate de către consilieri, psihoterapeuți, antrenori de viață, psihologi, asistenți medicali sau medici, conform calificărilor și metodelor profesionale specifice.

Boala psihică este privită de către societate ca o afecțiune rușinoasă, chiar reproșabilă. Este necesar să menționăm că știința modernă a demonstrat că maladia psihică este o boală ca oricare alta, provocată în principal de dereglări organice intime în creier, iar cel afectat trebuie îngrijit, tratat și privit ca un individ cu drepturi egale ca ceilalți membri ai societății. Pacienții cu probleme psihice se deosebesc de restul pacienților prin faptul că o parte din ei au un comportament și gândire neadecvată, însă acest lucru nu le limitează drepturile. Persoanele cu un grad ușor sau mediu de boală se pot încadra și în câmpul muncii. Toți au dreptul la viață, integrare socială, asistență medicală și protecție juridică. În cadrul asistenței medicale persoanele bolnave pot beneficia de diferite serviciile medicale printre care asistență psihologică, dreptul de a fi informați despre starea lor de sănătate, tactici de diagnosticare, tratament și riscurile tratamentului. De asemenea, pacienții bolnavi psihic au dreptul la confidențialitate. Indiferent de starea psihică a pacientului, doctorul trebuie să aplice o tactică delicată față de pacient, fiind blând, amabil, răbdător și inteligent.

Conform legislației cu privire la sănătatea mintală din Monitorul Oficial al Republicii Moldova, persoana suferindă de tulburări psihice beneficiază de toate drepturile și libertățile cetățenilor prevăzute de Constituție și alte legi [art. 5 al.(1)] [4]. În cazul acordării de asistență psihiatrică, persoană suferindă de tulburări psihice are dreptul:

- a) la atitudine umană și cuvințioasă care să excludă jignirea demnității umane și discriminarea după criteriul de sex;
- b) la informații privind drepturile sale, caracterul tulburărilor psihice și metodele de tratament expuse într-o formă accesibilă lui, ținând cont de starea psihică [art. 5 al.(3)] [4].

Nu se admite limitarea drepturilor și libertăților persoanelor suferinde de tulburări psihice numai în baza diagnosticului psihiatric, cazurilor de supraveghere prin dispensarizare, a faptului că se află sau s-a aflat în staționarul de psihiatrie sau într-o instituție psiho-neurologică [art. 5 al.(3)] [4]. Indiferent de tipul investigațiilor și a tratamentului este obligatoriu consimțământul pacientului (acordul informat). Consimțământul, în cadrul legii cu privire la sănătatea mintală, din Monitorul Oficial al Republicii Moldova este definit ca acord al persoanei suferinde de tulburări psihice de a fi supusă unor proceduri de internare, diagnostic și tratament, ce trebuie să fie liber de orice constrângere și precedat de o informare completă într-un limbaj accesibil, din care să rezulte avantajele, dezavantajele și alternativele procedurilor respective precum și să fie reconfirmat ulterior, ori de câte ori va fi nevoie sau la inițiativa persoanei în cauză [4].

Conform Codului Deontologic al lucrătorului medical din Republica Moldova, consimțământul va fi acceptat doar după informarea deplină

a pacientului cu privire la diagnostic, prognostic, alternativele terapeutice, riscurile și avantajele acestora. Pacientul își poate exprima consimțământul de sine stătător, dacă acesta este lucid, are discernământ și a împlinit majoratul. În cazul pacienților minori sau a persoanelor fizice incapabile sau cu capacitate de exercițiu restrâns sau limitată, consimțământul va fi exprimat de tutore sau alți reprezentanți legali [5]. Cu toate acestea, nu toate persoanele beneficiază de dreptul la acord informat. Conform articolului 11 al.(4), tratamentul poate fi efectuat fără liberul consimțământ al persoanei suferinde de tulburări psihice sau a reprezentantului legal al acesteia, numai în cazul aplicării unor măsuri medicale coercitive în conformitate cu prevederile Codului Penal, precum și în cazul spitalizării fără liber consimțământ în conformitate cu art. 28, care prevede că persoana suferindă de tulburări psihice poate fi spitalizată în staționarul de psihiatrie fără liber consimțământ sau a reprezentantului ei legal... până la emiterea hotărârii judecătorești, dacă examinarea sau tratarea acestei persoane este posibilă numai în condiții de staționar, iar tulburarea psihică este gravă și condiționează:

- a) pericol social direct;
- b) prejudiciu grav sănătății sale, dacă nu i se va acorda asistență psihiatrică [4].

Datorită naturii problemelor de sănătate mintală, există consecințe unice de practică în administrarea și monitorizarea îngrijirilor medicale. Siguranța în cadrul asistenței medicale în sănătate mintală are un înțeles unic, deoarece mulți dintre pacienți prezintă un risc de autovătămare sau de autonegligare. Pacienților, le poate lipsi capacitatea din punct de vedere al sănătății mintale, să participe la luarea deciziilor. Lucrătorul medical trebuie să fie atent la reacțiile adverse, deoarece posibilitatea pacientului de a se auto semnala poate fi afectată. Din aceste considerente un rol important trebuie să i se acorde echipei terapeutice multidisciplinare, care:

- a) asistă și învață pacienții să facă alegeri care să susțină schimbările pozitive, în ceea ce privește comportamentul și/sau relațiile lor;
- b) încurajează pacienții în îndeplinirea sarcinilor și în a avea grijă de ei înșiși;
- c) utilizează cea mai potrivită tehnică pentru acordarea unor îngrijiri medicale sigure, folositoare și eficiente;
- d) administrează medicamentele adecvate, în condiții de siguranță, monitorizând răspunsul terapeutic, reacțiile adverse, precum și incompatibilitatea cu alte medicamente sau substanțe;
- e) evaluează reacțiile pacienților în activitățile de zi cu zi [2].

Luând în calcul legislația internațională și cea națională și Codul Deontologic, teoretic, calitatea vieții persoanelor cu dereglări psihice și

de comportament ar trebui să fie cât de cât satisfăcătoare, fiind protejați, susținuți și încurajați. Realitatea însă este alta. O mare parte din această categorie de persoane sunt discriminați, umiliți, ignorați, unii chiar și hărțuiți, batjocoriți. Elaborând un sondaj și chestionând 32 de persoane am stabilit că:

- a) 11 din cei 32 de pacienți au fost satisfăcuți de atitudinea doctorului curant, fiind tratați cu respect, blândețe, calm. Lis-a explicat detaliat diagnosticul, necesitatea tratamentului și riscurile acestuia;
- b) 21 dintre cei 32 de pacienți nu au fost satisfăcuți de atitudinea doctorului curant și a cadrelor medicale:
 - 9 dintre pacienți li s-a spus diagnosticul de față cu rudele, încălcându-se dreptul la confidențialitate;
 - 12 dintre pacienți li s-a prescris tratamentul fără a li se explica importanța și riscurile acestuia;
 - 8 dintre pacienți au avut parte de un comportament disprețuitor și brutal din partea doctorului.

Analizând opiniile de mai sus, am ajuns la concluzia că persoanele cu dizabilități psihice și de comportament reprezintă o categorie de persoane vulnerabile din punct de vedere social și medical. Este de asemenea importantă conștientizarea rolului educației și respectarea normelor morale/etice de către întreaga societate în general și de către lucrătorii medicali în particular. Fiecare om este individual, având careva talente, vicii, probleme sociale, familiale, lăuntrice și de sănătate. Dacă este în putința noastră, ideal ar fi să-i ajutăm pe cei vulnerabili, în caz contrar, cel puțin să nu le dăunăm. Thomas Carlyle afirma „Un om mare își arată măreția prin felul în care îi tratează pe oamenii mici”.

Referințe bibliografice

1. Sănătatea mintală <http://www.psihoterapiesipsihologie.ro/informatii/proiecte/sanatate-mintala> (accesat: 22.09.20).
2. Bredicean Ana-Cristina, Giurgiu-Oncu Cătătlina, Papavă Ion. Îngrijirea bolnavului cu tulburări în sfera sănătății mentale și a psihiatriei. Timișoara: Editura „Victor Babeș”, 2020.
3. Situația persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova <https://statistica.gov.md/newsview.php?!=ro&idc=168&id=5821> (accesat: 23.09.20).
4. Lege privind sănătatea mentală <https://www.usmf.md/sites/default/files/2020-01/62.%20Lege%20privind%20s%C4%83n%C4%83tatea%20mental%C4%83.pdf>(accesat: 22.09.20).
5. Codul deontologic medical <http://old2.ms.gov.md/?q=document/codul-ca-dru-etica-deontologic-al-lucratorului-medical-si-farmaceutic> (accesat: 22.09.20).

II

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

RESPONSABILITATEA MORALĂ PENTRU CELĂLALT – IMPERATIV CATEGORIC AL ETICII SOCIETĂȚII CONTEMPORANE

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

MORAL RESPONSIBILITY FOR THE OTHER – CATEGORICAL IMPERATIVE OF THE ETHICS OF CONTEMPORARY SOCIETY

This article addresses the issues of moral responsibility for the other on the grounds that today interpersonal relations have deteriorated, began to dominate the egocentrism that endangers the future of humanity, the developing continuity of human generations. The author considers that the moral relations between people must be focused on the golden rule of morality, on caring for the other, which is a categorical imperative of ethics and, at the same time, a necessary condition for the development of contemporary society.

Utilitarismul în ascensiune și pragmatismul relațiilor interpersonale/ sociale influențează din ce în ce mai mult fundamentele morale ale vieții sociale, făcându-le inutile și chiar dăunătoare, pentru că astăzi se consideră că doar o persoană puternică (egocentrică), sigură de sine, de obiectivele și capacitățile sale, care nu se uită înapoi și la ceilalți, nu ia în calcul problemele și necazurile lor, nu reacționează la reproșurile și condamnările morale ale semenilor, poate fi capabilă să se autoactualizeze și să obțină succes în viață. Prin urmare, afirmațiile celebre ale lui Friedrich Nietzsche devin pentru mulți oameni, de cele mai multe ori, o călăuză în acțiune: „Moralitatea este instinctul de turmă al individului”, „Morala este renunțarea la voința de a fi” etc.

Situația în care ne aflăm astăzi poate fi catalogată în felul următor – s-a șters orice urmă de omenie între oameni, de grijă pentru Celălalt și a început să triumfe egoistul, pragmatismul, utilitarismul în relațiile dintre oameni, care pun în mare pericol viitorul omenirii, continuitatea în dezvoltare a generațiilor umane, ce este asigurată de moralitatea socială.

Filosoful francez Rene Guénon în lucrarea *Criza lumii moderne*, constată că: „Nimic și nimeni nu se mai află astăzi la locul cuvenit; oamenii nu mai recunosc nicio autoritate efectivă în ordinea spirituală și nicio putere legitimă în ordinea temporală: „profanii își permit să discute lucruri sacre, să le conteste caracterul și chiar existența; inferiorul a ajuns să judece superiorul; ignoranța impune limite înțelepciunii; eroarea biruie adevărul; omenescul se substituie divinului; pământul deține mai multă importanță decât cerul; individul se proclamă măsura tuturor lucrurilor și pretinde să dicteze universului legile plămădite de propria sa rațiune, slabă și supusă greșelii [1, p. 121].

În aceeași ordine de idei, marele filosof și scriitor român Emil Cioran definea omul din a doua jumătate a sec. al XX-lea în felul următor: „Omul de astăzi este expresia unei profunde crize, de o mare complexitate (sufletească, morală și spirituală). Omul de astăzi: este singur și gol; este lipsit de repere; este „obiectul manipulărilor și al unor antimodele care adâncesc criza de valori; nu se mai recunoaște pe sine; este înșelat de iluzia unor false valori; lumea nu îi mai oferă valorile autentice și nici omul nu mai are ce să ceară de la această lume; problematica omului nu mai este frământarea interioară de factură socratică sau de factură faustică. Este cu totul altceva: o angoasă a disperării. Nici Socrate și nici Faust nu sunt singuri. Frământarea lor este interogația la care se poate da un răspuns. Angoasa omului modern este disperarea dată de absența oricărei perspective; omul nu mai este capabil de a opera, de a delimita, de a înțelege sensul complementar al originii și cel al sfârșitului său; viața încetează de a mai fi o sursă de plăceri, de stimuli pozitivi; oamenii nu vor mai avea unde și pentru ce să construiască sau să-și proiecteze idealuri [2, p. 64].

Dacă astăzi în viața noastră începem din ce în ce mai mult să ne concentrăm pe beneficiu și succes, pe utilitarism și pragmatism, atunci, apare în mod legitim întrebarea: Trebuie oare ca spiritualitatea, moralitatea și salvarea omului de către om să devină principiu utilitar suprem și ultimul scop pragmatic al prezentului și a existenței noastre viitoare? Etica profilează și poate răspunde la această întrebare pe motiv că ea este o filosofie practică, o știință a ceea ce trebuie să fie, arată și orientează omul spre a trăi cu demnitate, semnificație și fericire.

De când există omul pe pământ, moralitatea semnifică faptul ca el să nu se gândească doar la sine, în momentul în care face ceva, ori se gân-

dește să facă ceva: să se gândească că există și ceilalți. Din acest punct de vedere, cât de mult s-arfi schimbat moralitatea de-a lungul secolelor, până la urmă, elementul constant al oricărei concepții moraleo constituie întrebarea: „Celălalt, ceilalți intră în gândirea mea? Mă gândesc la consecințele pe care le are acțiunea mea asupra lor, sau nu?”. Prin urmare, moralitatea a semnatificat o concepție despre mine și despre ceilalți, raportul dintre mine și ceilalți, despre comportamentul altruist.

În acest sens, un rol important în educarea responsabilității morale pentru Celălalt, a formării unui comportament altruist, în opinia noastră, o are regula de aur a moralității: „(Nu) fă altuia ceea ce (nu) îți place să îți se facă ție!”, care constituie o lege fundamentală a moralității, ce trebuie să devină parte componentă a conștiinței de sine a omului contemporan. „Idea de bază a regulii de aureste reciprocitatea și afirmarea implicită a valorii egale a indivizilor sub aspectul umanității lor. Potrivit acestui principiu, în adoptarea deciziei moralmente corecte, agentul trebuie să răspundă cu sinceritate la întrebarea dacă lui i-ar conveni și dacă ar accepta fără rezerve ca el însuși să fie tratat de către ceilalți la fel cum intenționează să procedeze el în relația cu semenii săi” [3, p. 30]. Pentru aceasta este necesar ca omul să se plaseze în mod imaginar în locul altuia (altora), adică în locul celui care va simți acțiunea normei în cauză, iar pe altul (alții) să-l (să-i) plaseze în locul său. Dacă în procesul acestui schimb norma este acceptabilă, înseamnă că ea are o valoare și poate fi utilizată în calitate de normă morală. Regula de aur a moralității este regula reciprocității, care reprezintă un experiment al gândirii ce are menirea de a pune în lumină reciprocitatea, acceptabilitatea reciprocă a normelor de către subiecții ce comunică între ei și, totodată, trebuie să stea la baza responsabilității morale a oamenilor.

Totodată, regula de aur a moralității poruncește omului să poarte respect pentru Celălalt. Respectul înseamnă „a accepta și a înțelege felul în care sunt ceilalți, înseamnă a accepta și a înțelege modul lor de gândire și acțiune, chiar dacă nu este asemănător cu al nostru, chiar dacă, din punctul nostru de vedere, celălalt greșește”.

Eticianul român Ecaterina Coroce, consideră că apariția responsabilității morale a omului față de Celălalt se cristalizează treptat și trece prin câteva etape: „*Conștiință de lumea exterioară sieși*, când se raportează la normele și principiile colectivității, realizând că este răspunzătoare față de zona acceptorilor sociali; *Conștiință de propria sa existență*, caz în care devine conștiință de sine și se descoperă ca responsabilă pentru actele și faptele sale cât și pentru propriul destin; *Conștiință de Altul* – când conștiința, devenită morală, se descoperă înfinit responsabilă față de Celălalt ca alteritate cotidiană, dar și față de omenire ca întreg, atât în ipostaza sa

prezentă cât și viitoare. De abia această responsabilitate este responsabilitatea morală [4, p. 4].

În această ordine de idei, filosoful francez Emmanuel Levinas susține că, dacă Celălalt este oprimat, „eu nu pot fi decât obligat”. Eu sunt „ostaticul” celui alt, adică răspunzător. Nu te poți spăla pe mâini dacă celălalt suferă, chiar dacă el nu suferă din cauza ta. Altminteri te afli în fața întrebării lui Cain: „Au doară eu sunt păzitorul fratelui meu?” [1, Facerea, 4:9]. În opinia lui E. Levinas, vorbind din punct de vedere ontologic, Cain are dreptate: Eu sunt eu, el e el, dar etic, nu! Și, mai departe, precizează: „A fi răspunzător pentru aproapele tău, a fi paznicul celui alt – contrar viziunii «câinești» asupra lumii – iată ce definește fraternitatea” [7, p. 2]. Acest transfer, de la ontologic la etic, ne cere să medităm dacă nu cumva însuși termenul de responsabilitate nu este, în definitiv, secularizarea conceptului de comandament. În acest caz, în mod obsesiv, revine la E. Levinas referința biblică cu privire la răspunderea noastră față de străin, văduvă, orfan. „Pe străin să nu-l strâmtorești, nici să-l apeși, căci și voi ați fost străin pe pământul Egiptului. La nici o văduvă și la nici un orfan să nu le gaci rău!” [5, Ieșirea, 22: 21-24]. Relatarea biblică este mereu subordonată eticii. E. Levinas determină, în cele din urmă, o adevărată mutație, căci etica trebuie să înlocuiască locul de ontologie și chiar de metafizică. Din întreaga operă putem desprinde faptul că „morală nu mai este o ramură a filosofiei, ci filosofia primă” [6, p. 272].

În opinia noastră, astăzi, în condițiile societății democratice, când domină utilitarismul în relațiile dintre oameni, grija pentru Celălalt, devine un imperativ categoric, pentru că dacă ea nu se va manifesta, riscăm să distrugem valorile perene pe care se fundează umanitatea. Grija pentru Celălalt trebuie să se manifeste prin faptul că să-i creăm omului sentimentul că el este tratat ca ființă umană și să contribuim, concomitent, la realizarea confortului lui interior, la materializarea demnității umane. Pentru a înfăptui această grijă, este necesar de a aprecia munca lui, activitatea și contribuția lui personală. Este necesar de a-l trata pe Celălalt cu maximă atenție și seriozitate, a-i fi recunoscător, ori de câte ori situația, împrejurarea, evenimentele o cer. Totodată, trebuie să cultivăm simțul în crederii la el, în propriul potențial, în propriile capacități. Mai este nevoie de a lua în calcul opțiunile, punctele de vedere ale Celălalt și a-i împărtăși onest părerea în legătură cu ele. Trebuie să-i sesizăm individualitatea și să-i transmitem că ne preocupăm de împlinirea propriei lui personalități.

Prin urmare, grija pentru Celălalt, cere ca fiecare om, să fie considerat și tratat drept primordialitatea priorităților oricărui demers conceput de oameni, în raport cu lucrurile și interesele lumii. El trebuie să reprezinte

întotdeauna scopul nostru suprem, a tot ceea ce decidem și a tot ceea ce facem. Se cuvine să facem ca omul, fiecare om, să reprezinte scopul scopurilor noastre ultime, fundamentale.

Pentru a obține succes în această privință, este necesară educația morală începând cu familia, grădinița, școala, instituția superioară de învățământ, care să se efectueze în spiritul legii de aur a moralității, a grijii pentru Celălalt.

Referințe bibliografice

1. Guénon R. Criza lumii moderne. București: Ed. Humanitas, 2008.
2. Cioran E. Tratat de descompunere. București: Ed. Humanitas, 1992.
3. Capcelea V. Etica și comportamentul civilizată. București: Ed. Pro Universitaria, 2016.
4. Coroceea E. Etica responsabilității în societatea bazată pe cunoaștere. Rezumatul tezei de doctor. Suceava, 2015. Disponibil pe: [www.usv.ro › file › rezumate](http://www.usv.ro/file/rezumat).
5. Biblia sau sfânta scriptură. București: Ed. Institutului biblic de misiune al Bisericii Ortodoxe române, 1996.
6. Levinas Em. Totalitate și infinit: eseu despre exterioritate. Iași: Ed. Polirom, 1999.
7. Levinas Em. Nouvelles lectures talmudiques. Paris: Ed. de Minuit, 1996.

CONGRUENȚA DINTRE ESTETIC, ARTISTIC ȘI POLITIC ÎN RETORICA COMUNISTĂ

Lidia Troianowski, dr. în filozofie.

Secția Filozofie, Institutul de Istorie, Chișinău, R. Moldova
troianowski_lidia@yahoo.fr

THE CONGRUENCE BETWEEN AESTHETIC, ARTISTIC AND POLITICAL IN COMMUNIST RHETORIC

The article addresses the interference of the artistic, aesthetic and political in the context of totalitarian discourse, manifested by socialist realism. The impact of the ideological and political monochrome of the communist regime on the sphere of the artistic was elucidated, translated by the nationalization of aesthetics, the aestheticization of politics and the subordination of the artistic.

Cultura post-contemporană prin pluralismul adoptat în strategiile de interpretare, atât a prezentului, dar mai ales, a memoriei sociale, în cazul nostru a traumei istorice provocată de epoca totalitarismului, oferă șansa de reprocesare, regândire, prin urmare, și aprecierea obiectivă a eveni-

mentelor, fenomenelor proprii perioadei regimului comunist. Segmentul temporal la care ne referim, rămâne în mod peremptoriu, unul din cele mai teribile provocări morale și politice pentru spiritualitatea națională. Numai cunoașterea complexă a contextului istoric a tendințelor, fenomenelor social-politice și cultural-morale ar facilita analiza obiectivă, absolută de tendențiozitate, structuri stereotip și clișee ideologizate. Neadmiterea modificării memoriei culturale tradusă prin exercițiul constant de recuperare și punere în circuit al adevărului despre această etapă a culturii naționale considerăm, trebuie să devină imperativă pentru cercetare.

Din vastul ansamblu problematic pe care îl deconspiră regimul totalitarist de tip sovietic pentru cercetare, ne axăm pe un aspect destul de îngust, însă care a lăsat o amprentă majoră, chiar a configurat infrastructura esteticii perioadei 1930-1990, devenind o componentă indispensabilă a culturii politice promovată de puterea oficială. Obiectul cercetării noastre se rialiază pe abordarea interferențialității artisticului, esteticului și politicului în contextul discursului totalitar, manifest prin realismul socialist. O retrospectivă asupra genezei, evoluției, perioadei de apogeu a realismului socialist și a celei care a succedat-o – *dezghețul*, ultima soldată cu o sensibilă liberalizare și democratizare a artei, gândirii și cercetării în spațiul URSS, permite să realizăm că și după Congresul XX al PCUS se mai păstrează controlul asupra mentalului social, tradus prin forme destructive de mitologizare a memoriei colective [1], de unificare a gândirii, prin ritualizarea/teatralizarea vieții societale.

Investigarea congruenței dintre artistic, estetic și politic în discursul comunist, determină să evidențiem că pentru cultura totalitaristă sunt particulare câteva momente esențiale:

- estetizarea politicului;
- etatizarea esteticului;
- arta devine instrument de estetizare a vieții reale (teatralizare și ritualizarea) [2];
- se estompează hotarele dintre artistic și neartistic;
- efortul de omogenizare a tuturor domeniilor de activitate umană;
- estetica își consumă privilegiul de element cardinal în domeniul artei și creației artistice;
- politizarea și ideologizarea artei [3];
- cultivarea orientată a ideii despre stat ca operă artistică (situație care determină tendințe concertate de armonizare a tuturor laturilor vieții, chiar și a celor care nu deconspiră tangențialitate cu sfera artisticului și esteticului- *n.n.*)
- estetică prin instrumentele proprii, configurează iluzia armoniei și prosperității vieții [4];

- schimbul de perspective de la prezentul dubios și nedemn la viitorul luminos (situație compensată prin metoda superpolarizării modelelor și eroilor; instrumentalizarea și stereotipizarea metaforei conflictului și luptei - *n.n.*) etc.

Chiar dacă se configurează ca metodă, stil, orientare și fenomen artistic, realismul socialist este eminent în perioada 1930-1991 nu prin calitățile și prioritățile sale artistice, ci prin cele sociale, politice și ideologice. Însuși mesajul, maniera cum este formulat conceptul realismului socialist, trădează prisosița elementului politic și ideologic care cu dezinvolt le plasează în inferioritate pe cele artistic și estetic. În contextul monocromiei ideologice și politice, realismul social ajunge să se înalțe până la nivel de tip cultural, cultivat cu tenacitate de regimul totalitarist prin toate instrumentele accesibile. Discursul realismului socialist fundamentat ca o componentă imperativă a politicii oficiale capătă dezvoltare inaugurală în contextul dezbaterilor din cadrul *Congresului I al scriitorilor sovietici din Uniunea Sovietică* (1934). În cadrul acestui for este fundamentată și declarată suveranitatea infailibilă a metodei realismului socialist, care "îmbină cu abilitate veridicitatea și autenticitatea istorică care artistic sunt îmbinate cu sarcinile de instruire ideologică și educare a oamenilor muncii în spiritul socialismului" [5]. Adoptarea sistemului estetic al realismului socialist, care nu admite alternative, adică pluralism estetic, dar mai ales artistic, determină, dar mai ales divulgă caracterul angajat ideologic. Până la urmă, realismul socialist nu este decât un proiect al puterii instrumentalizat în scopul fundamentării teoretico-artistice și reprezentării simbolice a statului socialist sub egida Partidului Comunist.

Acesta se reliefează ca o foaie distinctă a memoriei regimului comunist, a esteticii totalitarismului, a istoriei artelor și propagandei ideologice. Abordarea realismului socialist în estetica epocii totalitariste suscită o cercetare interdisciplinară și pluridimensională din mai multe perspective, și anume, pe post de metodă, stil, orientare, doctrină și fenomen artistic. De fapt, constatăm că toate aceste ipostaze nu numai că pot fi investigate în parte, dar mai ales complementar. În mod cert, realismul socialist a fost manifest nu numai ca doctrină oficială și suverană a artei sovietice dar s-a produs ca realitate și canon artistic subordonat și controlat de ideologia comunistă. Procesul creației prin coordonarea tematicii subiectelor, aprecierea, sau dimpotrivă, critica operelor care nu se raportau la principiile metodei date, devine tradițională pentru estetica totalitarismului. În acest context, semnalăm, că după Congresul XX al PCUS lucrurile puțin se modifică, însă literatura și arta rămân strict controlate de cenzură. Interesul imuabil al politicii oficiale față de artă, literatură, cinematografie devine simplu de conceput, dacă luăm în considerație următoarele momente cardinale:

- în cultura socialistă acestea sunt percepute ca instrumente de influență politică, în așa fel arta în general, dar mai ales literatura și cinematografia se considera că trebuie să fie expresie a directivelor și principiilor politicii oficiale de partid;
- grație funcțiilor sale, literatura este privită ca instrument eficace de promovare a directivelor ideologice, pe acest temei, subliniem, că în perioada comunistă literatura/arta poartă mai întâi de toate caracter ideologic propagandist, și apoi secundar estetic;
- funcția ideologică abordată ca imperativă în estetica realismului socialist implică o atenție exagerată a cenzurii și organelor de partid față de literatură, cinematografie și artă;
- realismul socialist se configurează ca o dominantă nu numai a artei, literaturii, cinematografeii, ci și ca o invariabilă structurală a propagandei și ideologiei totalitariste;
- adoptarea monistă a esteticii realismului socialist a determinat eliminarea din câmpul spiritual- artistic al altor metode alternative de creație decât cea oficială de partid;
- cercetarea paradigmei realismului socialist a canoanelor și principiilor acesteia implică abordarea nu din perspectiva tradițională a unei simple metode artistice, dar ca a unui complex cultural-filosofic și politico-ideologic ;
- în conformitate cu canoanele realismului socialist, valabile și viabile erau doar o categorie de aspecte ideatice menite să condiționeze succesul operei artistice.
- dictatul cenzurii poziționează două elemente general acceptabile destinate a constitui fundamentul ideatic și problematico-ideologic al operei artistice – *fenomenul omului nou și inevitabilitatea viitorului ideal*(comunismul) pentru întreaga umanitate etc.

Consemnăm, dictatul canonic al anumitor principii în realizarea subiectelor au lăsat o amprentă negativă asupra creației altor tipuri de percepere artistică decât cea realismului socialist, cum ar fi estetica abstractă sau obiectivismul academic.

Topos al propagandei comuniste, realismul socialist prin caracterul său ideatic complex deconspiră facil aliajul dintre estetic, artistic și directivele de partid, ultimele „direct proiectate asupra procesului de creație literară” [6]. Concepția unui format monist al literaturii, cât și a altor genuri artistice, a condus inevitabil, mai ales în perioada stalinistă, la sterilitatea calitativ- ideatică și simplist- intelectuală a discursului egalitarist adoptat de realismul socialist. Sărăcită semantic, ca rezultat al criteriilor ideologice după care a fost configurată, literatura realismului socialist este concentrată pe poetizarea *viitorului ideal* și identificarea locului în această ambianță a *omului nou*, a comunistului.

Dualitatea fundamentului psihologic al vieții individului socialist, consemnează S. Frank, determină ca „marea dragoste față viitorul umanității să genereze într-un mare dispreț față de oameni, iar pasiunea de a construi Paradisul pe Pământ să se transforme în pasiunea devastării...” [7]. Idiosincraziile de speță spiritual- morală, identificate și complex analizate de S. Frank, rămân manifeste pentru întreaga epocă a totalitarismului, or eforturile partidului de a asigura un viitor luminos și prosper pentru toți au fost complementare și cu prigonirile, represiile, lagărele și închisorile, cu secularizarea religiei și detraditionalizarea culturilor naționale.

Semnificativ, în retorica memoriei oficiale literatura este completată și controlată de propaganda ideologiei comuniste, care suscită declarat prezența elementelor normative ca vectori constitutivi și imuabili ai creației artistice. Astfel elementul normativ devine o categorie principială a creației artistice, care tradusă prin descifrarea și contrapunerea caracterelor și moravurilor eroilor, a conflictelor de ordin material, moral și spiritual al acestora este tratată de critică și cenzură nu din perspectiva pur estetică, ci ideologică. Normativismul politic începând cu anii '20 ai sec. al XX. devine o dominantă nu numai a narațiunii literare, dar și a discursului egalitarist al puterii. În astfel de circumstanțe, criteriul calitativ-cantitativ care stă la baza percepției și aprecierii critice a creației este deplasat din segmentul tradițional estetic la cel politic. Experiența respectivă se păstrează pe întreg segmentul temporal identificat cu estetica totalitarismului. În artă, știință și, nu în ultimul rând, în filosofie concepțiile care “aserveau scopului revoluției erau apreciate ca utile, instructive, demne de atenție și sprijin... Tot ce nu era orientat către acest țel, dar nu era contradictoriu, valoarea acestora era tratată cu indiferență. Ideile care etalau pericol vădit pentru cauza revoluției erau persecutate și supuse interdicției publice” [8].

Dacă în societatea democratică politica culturală este rezultatul unor proiecte ajustate de opinii și obiective colective vizavi de dimensiunea culturii a contextului social, atunci în societatea totalitară aceasta adoptă un limbaj dublu [9], etalează o evidentă dimensiune ideologică, tinde să aservească politic puterea oficială, să controleze procesele ce se desfășură în societate, însă imperativul major reprezintă formarea societății noi, omului nou, sau mai simplu, modificarea mentalului social.

Fără a ne lansa în multiple speculațiuni privind statutul realismului socialist în societatea comunistă, care lejer deconspiră imixtiunea politicului, ideologicului în literatură, de fapt în toate genurile artistice, consemnăm că operele realizate în conformitate în acest stil reflectă mai întâi de toate un tipar specific de mentalitate. Arta realismului socialist poartă caracter de masă, devine dominantă în raport cu cea de elita, tinde să depășească tiparele vechi, tradiționale, transformându-se în instrument

de agitație și propagandă. Aici, nu întârziem să amintim de caracterul monumentalist al arhitecturii perioadei respective menit să satisfacă pretențiile esteticii totalitarismului. Fundamentele ideologice ale realismului socialist se realizează nu numai ca un proiect al politicii oficiale de partid, menit să realizeze conceptul despre *omul nou* și locul lui în *viitorul ideal*, dar mai degrabă a totalității de dispoziții estetice ale acestuia. Astfel, chiar acele subiecte care aveau ca ax director eroismul, patriotismul, dreptatea, sinceritatea menite să confere prestație fondului ideatic și valoric pe care o reliefează, constatăm, în urma fluctuației de accente dictate de contextul cultural-estetic devin prioritare principiile: partinitatea, caracterul popular și umanismul socialist, declarate și râvnite în aliaj cu temele enunțate, dar nu modul de realizare artistică a subiectului

Realismul socialist ca paradigmă culturală a epocii totalitarismului, creatură a politicii comuniste, determină, chiar impune, un anumit tip de comportament al artiștilor care încercau să se acomodeze cerințelor ideologice, prin urmare, să intuiască pretențiile ideatice de ordin social, politic și estetic. Un moment specific al criticii și cenzurii afiliate politic regimului comunist era ca prin actele normative și directivele de partid nu să elucideze canonic cum trebuie să fie o operă care să corespundă rigorilor, ci cum nu trebuie să fie realizată aceasta. Critica din perioada respectivă poate fi identificată ca un „document de intenție instructivă” [10], care veghează ca miturile și stereotipurile ideologizate să devină prezență constantă a operelor, mentalității sociale și vieții.

Referințe bibliografice

1. Гюнтер Г. Соцреализм и утопическое мышление. In : Социалистический канон. Санкт Петербург: Гуманитарное агенство Академический проект, 2000, p. 41-49.
2. Гюнтер Г. Тоталитарное государство как синтез искусств. In: Социалистический канон. Санкт Петербург: Гуманитарное агенство Академический проект, 2000, p. 7-16.
3. Добренко Е. Соцреализм и мир детства. In: Социалистический канон. Санкт Петербург: Гуманитарное агенство Академический проект, 2000, p. 31-41.
4. Гюнтер Г. Соцреализм и утопическое мышление. Op.cit.
5. Речь секретаря ЦК ВКП(б) А.А. Жданова. In: Первый всесоюзный съезд советских писателей 1934 г. Стенографический отчет. Москва: Государственное издательство Художественная литература, 1934, p.4.
6. Голубков М. Утраченные альтернативы: Формирование монистической концепции советской литературы. 20-30-е годы. Москва: Наследие, 1992, p.5.
7. Франк С. Этика нигилизма. p.177 In: <https://bookshake.net/r/etika-nigilizma-semen-lyudvigovich-frank> (accesat: 21.07.2020).

8. Введенский А.И., Лосев А.Ф., Радлов Э.Л., Шпет Г.Г. Очерки истории русской философии. Свердловск: Издательство Урал, 1991, р. 254.
9. Левшина Е. Механизмы поддержки художественной культуры в контексте культурных парадигм. In: Художественная жизнь России 1970-х годов как системное целое. Москва: Алетейя, 2001, р.103.
10. Ficeac V. Cenzura comunista si formarea omului nou. Bucuresti: Editura Nemira, 1999, р.12.

O REFLECȚIE ASUPRA ETICII MODERNE A ACȚIUNII

Rarița Mihail, dr. în filos., conf. univ.
Universitatea *Dunărea de Jos* din Galați, România
rarita.mihail@ugal.ro

REFLECTION ON THE MODERN ETHICS OF ACTION

The tensions between the ethical component of conduct and its integration in the variety of everyday life is an extremely important reflection theme for modernity. This article refers to the personality model that Max Weber Promotes in his study "The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism", aiming to conciliate the moral integrity and the modern human's responsibility in relation to the world.

Tensiunea dintre componenta etică a conduitei și integrarea acesteia în diversitatea vieții cotidiene este o temă de reflecție extrem de importantă pentru modernitate. Abordând problematica conduitei dintr-o perspectivă etică, Michel Foucault cercetează o anumită latură a subiectului, dar nu din perspectiva instituțiilor și a relațiilor de putere, ci a modului cum se constituie în cadrul practicilor reale [1]. Obiectivul său, începând cu al doilea volum din *Histoire de la sexualité*, nu mai este de a observa raporturile dintre putere și cunoaștere, ci de a preciza dimensiunea activă a subiectivității în raportul cu sinele. „A se comporta” echivalează cu „modul în care trebuie să se constituie sinele ca subiect moral, acționând în raport cu elementele normative care constituie codul” [2]. Acest punct de vedere plasează acțiunea individuală într-o relație cu sinele, ca sursă pentru realizarea libertății, și într-o relație cu codul, ca delimitare constitutivă a acestui orizont.

În felul acesta, Foucault inițiază un nou obiect de cercetare, conduita, care materializează tensiunea etică dintre proiectul individual al personalității estetice și condițiile istorice și instituționale ale vieții curente. Conduita permite luarea în considerare a sensului acțiunii morale pentru modelarea sa, atât practică cât și dinamică. „Nu există nicio acțiune

morală specială care să nu se raporteze la unitatea unei conduite morale; dar nicio conduită morală care să nu recurgă la constituirea sinelui ca subiect moral, și nici constituirea subiectului moral în lipsa unor «modalități de subiectivare» și a unei «ascetici» sau «practici a sinelui» [3]. Dialectica dintre etică, înțelegă ca o căutare interioară a sinelui, și materializarea sa cotidiană este întruchipată în problema unității conduitei de viață. Pentru Foucault, asceza ca mod de stăpânire a acestei conduite a fost dintotdeauna o practică privilegiată a existenței etice, orientată spre o subiectivare autentică.

Această tensiune dintre coerența etică a comportamentului și înscrierea sa în pluralitatea cotidianului s-a aflat, de fapt, în centrul gândirii moderne. Friedrich Nietzsche i-a dat un accent existențial de neuitat: cum mai poate omul să dea sens vieții și existenței sale în epoca științifică, care pare să submineze tocmai sursele sensului existenței? Ce disciplină mai poate să-l ridice pe om deasupra structurilor care îl guvernează? Asceza și probitatea spiritelor libere [4], la care face referire Nietzsche, ne oferă o cale de emancipare: eliberarea de confortul „ultimilor oameni” pare indispensabilă pentru împlinirea unui destin superior și idiosincronic autentic. Tensiunea dintre determinările societății moderne și exigențele devenirii omului constituie, prin urmare, o ancoră extrem de importantă pentru reflecția asupra provocărilor modernității.

Or, istoria acestui topos al filosofiei politice a fost profund marcată de lucrările și gândirea unui autor care a făcut din studierea modului de viață pasiunea și asceza sa. La începutul secolului trecut, Max Weber a întreprins o călătorie fascinantă în Statele Unite, care i-a permis să înțeleagă cum activismul economic al protestanților ascetici ai Reformei a dus la formarea spiritului capitalist, plecând de la realizarea unei conduite de viață metodice, reglată în toate privințele de o doctrină etică. Weber folosește termenul „vocație” (*Beruf*) pentru a descrie această existență etică în lume ca o conduită sistematică, reglementată de ascultarea de o datorie interioară [5]. În *Etica protestantă și spiritul capitalismului*, ea este modul de conduită propovăduit de protestanții ascetici ai Reformei, derivată din doctrina predestinării, și care generează o transformare a cosmosului ideal și material al Occidentului. Modelul de personalitate pe care îl apără Weber, conciliind integritatea morală și responsabilitatea față de lume, s-a dovedit a fi esențial pentru o reflecție asupra eticii moderne a acțiunii.

Tema vocației este una extrem de fertilă din perspectiva istoriei ideilor filosofice și totodată extrem de actuală, de prezentă în debaterile publice, constituind un punct de intersecție a filosofiei cu antropologia, psihologia, sociologia, dar nu numai. Spre deosebire de Charles Taylor

care susține, în *The Ethics of Authenticity*, teza conform căreia conceptul de *vocație* trimite la un ideal de *autenticitate* [6] care pare să fie o descoperire a modernității, Alasdair MacIntyre, în *After Virtue*, consideră că acest concept atestă, mai degrabă, surse antice, în primul rând aristotelice [7]. Conform acestei tradiții de gândire, omul nu este un atom social înzestrat cu drepturi și datorii, ci acea ființă care, pentru a-și realiza menirea esențială, trebuie să îndeplinească o serie de roluri sociale în *polis* [8]. Este însă adevărat că acest ideal de autenticitate cunoaște în modernitate o serie de mutații semnificative. Pe de-o parte, este subminată întemeierea teologică a ordinii sociale, caracteristică Evului Mediu, ceea ce face ca poziția socială la care poți accede și, implicit, recunoașterea din partea celorlalți să depindă tot mai puțin de o ierarhie prestabilită și de categorii sociale de la sine înțelese [9]. Pe de altă parte, modernitatea comportă un accent *individualist* pe *unicitatea*, singularitatea fiecărei vocații: „Există un anumit fel de a fi uman, care îmi e propriu. Sunt chemat să-mi duc viața în acest fel, și nu imitând pe oricine altcineva” [10].

Ideea ca atare de *vocație* și chiar de *vocație profesională* se regăsește deja în Antichitate. De pildă, în *Politica*, Aristotel menționează un mit la care se face referire în *Republica* lui Platon [11], conform căruia Zeul a amestecat de la început unele suflete cu aur, pe altele cu argint, „iar sufletele care urmau să devină meșteșugari și agricultori le-a amestecat cu aramă și fier” [12].

Este limpede că, plasat în acest orizont de semnificație, conceptul de *vocație* implică mai degrabă ideea de comunitate, presupunând o viziune organicistă despre societate. Pe de altă parte, există un acord cvasiunanim în privința faptului că Reforma inițiată de Martin Luther reprezintă veritabila plăcă turnantă spre modernitate și că în această schimbare istorică semnificativă, conceptul de *om* încetează să fie gândit ca un concept *funcțional* [13], ajungând să desemneze înainte de orice *individul*. Dacă este însă adevărat că Reforma protestantă a antrenat individualismul modern, lucrul poate fi explicat mai cu seamă pornind de la dogma calvinistă a alegerii prin grație, conform căreia Dumnezeu a hotărât dintru început care sunt aleșii pentru mântuire și viață veșnică. Miza vieții pământești se deplasează astfel de la obținerea mântuirii la obținerea sau, mai bine zis, menținerea *certitudinii* mântuirii, certitudinii că ai fost „ales”. Deși, în calvinism, dogma predestinării nu constituie atât o premisă cât mai ales o consecință [14], Max Weber consideră că această schimbare de perspectivă a contribuit decisiv la producerea unei rupturi în raport cu mentalitatea tradițională și la nașterea capitalismului modern.

Pentru Weber, elementul-cheie în etica protestantă, cel care a generat în bună măsură așa-numitul „spirit al capitalismului”, ilustrat exemplar

de Benjamin Franklin, îl reprezintă ideea de muncă vocațională sau vocație profesională: *Beruf* sau *calling*, cum se vor exprima teologii de limbă engleză. A acorda muncii săvârșite din vocație o importanță spirituală fără precedent în creștinismul tradițional devine posibilă odată cu tâlmăcirea Bibliei făcută de Luther, acesta traducând prin *Beruf* (în sens curent, profesie laică), „două concepte complet diferite” [15]: mai întâi, *ergon*, din Septuaginta, *Cartea lui Isus, fiul lui Sirah*, cu înțeles apropiat de cel curent, actual, de „profesie” (*bleibe in deinem Beruf*) și apoi, paulinul *klesis*, din *Epistole*, cu sensul de chemare (*Berufung*) de către Dumnezeu la mântuirea veșnică, apel transcendent care presupune tocmai dezinteresul pentru cele materiale. De altfel, mai adaugă Weber, „în latina tradițională *vocatio* era egală cu chemarea divină la o *viață* sfântă” și tocmai acest sens este oarecum „deturmat” de Luther spre ideea de „muncă «vocațională» laică” [16].

În acest context se explică importanța fără precedent acordată în etica protestantă muncii vocaționale, fiind văzută ca cel mai bun antidot pentru o eventuală descurajare și inerție spirituală a credinciosului. Succesul în munca pentru care ai chemare este esențial pentru a rămâne sigur că ești de partea „aleșilor”. Așa cum remarcă Weber, o asemenea doctrină are ca efect, în plan psihologic, „sentimentul unei nemaipomenite singurătăți interioare a individului”. Or, ne amintim că etica protestantă nu a oferit doar suportul psihologic pentru interpretarea șanselor de profit ca semn al grației divine, ci, în primul rând, a contribuit la formarea unei mase de muncitori disciplinați și ordonați, convinși că munca în profesia pentru care au „chemare” este rostul lor pe pământ, chiar dacă nu le permite îmbogățirea [17]. De asemenea, la fel ca în protestantism, ideea de *vocație* angajează imperativul unei etici *raționaliste*, care opune „motivele constante” afectelor schimbătoare.

Această interpretare a apariției doctrinei protestante și a consecințelor sale practice asupra conduitei indivizilor este inseparabilă de stabilirea unui concept secularizat al vocației. Astfel, secularizarea vocației, ca epifenomen al dezvrăjirii lumii, și ieșirea acesteia dintr-o etică a comportamentului specific religios i-au permis lui Weber să contureze un portret al omului de profesie ca ideal-tip al personalității etice, inspirat din exemplul arhetipal al protestantului ascetic. Va fi necesar să înțelegem în ce fel vocația, ca mod de articulare între etică și conduită, generează un tip distinct de om angajat în lupta socială. Totuși, considerăm că putem depăși lectura pur sociologică a conceptului de vocație din scrierile lui Weber pentru a demonstra rolul său central în construirea unei etici individuale. În acest scop, abordăm conceptul weberian de vocație mai ales sub aspectul fundamentelor sale etice și normative, ca atitudine față de lume, în același timp semnificativă, responsabilă și virtuoasă.

Vocația este un concept omniprezent în gândirea lui Max Weber. În cartea sa emblematică, *Etica protestantă și spiritul capitalismului*, Weber expune ideea vocației ca pivot al portretului psihologic al protestanților ascetici. Deschiderea sa doctrinară în cadrul luteranismului implică o dublă mișcare de secularizare și de intensificare a conduitei în vederea obținerii mântuirii.

Într-o relație dialectică cu „imaginea lumii” care o determină și pe care o modelează, vocația ca model ideal-tip de relație între etică și conduită revine mereu în lucrarea weberiană. Vocația apare, în toată contingenta sa culturală, ca un mod de conduită specific comunităților religioase, care ulterior este diseminat și raționalizat pentru a deveni compatibil cu exigențele unei economii raționale. Pentru protestanții ascetici, această conduită era caracterizată de asceza activă și era orientată în principal de sentimentul interior al datoriei de a transforma lumea, îndreptată spre o anxietate soteriologică, și de necesitatea, față de sine și față de ceilalți, de a confirma starea sa de grație.

Pentru a justifica interesul pe care cercetarea sa o are pentru epoca în care trăiește, Weber încearcă să găsească originea conținuturilor morale contemporane din istorie: „Desigur, rădăcinile dogmatice diferite ale eticii ascetice au dispărut cu timpul, după lupte îngrozitoare. Dar ancorarea originală în acele dogme nu a lăsat doar urme adânci în etica «nedogmatică» de mai târziu, ci numai cunoașterea conținutului de idei original ne învață să înțelegem modul în care etica aceasta era legată de ideea de viață de *dincolo* care l-a dominat în chip absolut pe omul acelor timpuri” [18]. Astfel, Weber ne invită să luăm în considerare secularizarea progresivă a anumitor concepte spirituale apărute în decursul istoriei. Eliminarea conținutului dogmatic al moralei intramundane este fenomenul care trebuie observat; iar conceptul de „vocație” se pretează în mod adecvat acestui fenomen. În acest cadru, dezvrăjirea lumii nu înseamnă altceva decât eliminarea justificărilor dogmatice și religioase ale anumitor comportamente.

Principala intuiție a lui Weber este, desigur, că spiritul capitalismului, susținut și justificat anterior de o etică religioasă coerentă și constrângătoare, s-a autonomizat de acest conținut metafizic. Dintr-o constrângere subiectivă anterioară, ajungem la o constrângere obiectivă care este redată de această formulă celebră: „Puritanul *a dorit* să fie un om al profesiei, noi suntem *obligați* să fim” [19]. Ceea ce regretă Weber este faptul că autonomizarea capitalismului a antrenat diminuarea semnificației puternice pe care a avut-o „vocația” omului de profesie: era donatoare de sens și formatoare de „personalitate”. De asemenea, prezintă continuitatea dintre etica virtuozității urmărită de protestanți – în care munca profesională era un auxiliar al certitudinii mântuirii – și etica profesiei

din capitalismul modern. Însă, în anumite privințe, această conduită, justificată de angoasa permanentă a alegerii sau respingerii, s-a reificat într-un comportament economic rațional care nu se mai poate baza pe o justificare etică. Într-un cuvânt, ea nu se mai supune unei etici a virtuoziității, ci numai unei raționalități economice esențiale pentru supraieșirea socială a individului. Această raționalizare instrumentală are consecințe radicale asupra tipului de om pe care îl promovează civilizația occidentală. Weber încearcă să contracareze renunțarea la justificarea etică a comportamentului, precum și influența reduționistă a bunurilor materiale asupra spectrului personalităților potențiale („cușca de fier”), prin perpetuarea unei idei puternice a vocației.

Referințe bibliografice

1. Foucault Michel. *L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté*. In: Defert D., Ewald F., editors. *Dits et écrits*. Vol. II. Paris: Gallimard, 2001, p. 1528.
2. Foucault Michel. *Histoire de la sexualité*. T. II. *L'usage des plaisirs*. Paris: Gallimard, 1997, p. 29.
3. *Ibidem*, p. 31.
4. Nietzsche Friedrich. *Dincolo de bine și de rău*. București: Humanitas, 1992, p. 66.
5. Weber Max. *Etica protestantă și spiritul capitalismului*. București: Humanitas, 2003.
6. Taylor Charles. *Etica autenticității*. Cluj: Editura Idea Design & Print, 2006.
7. MacIntyre Alasdair. *Tratat de morală. După virtute*. București: Humanitas, 1998.
8. *Ibidem*, p. 83.
9. Taylor Charles. *Op. cit.*, pp. 37-38.
10. *Ibidem*, p. 27.
11. Platon. *Republica*. In *Opere*. Vol. V. București: Editura Științifică și Enciclopedică, 1986.
12. *Ibidem*, p. 93.
13. MacIntyre Alasdair. *Op. cit.*, pp. 82-83.
14. Aristotel. *Politica*. București: Editura Univers Enciclopedic Gold, 2015.
15. Weber Max. *Op. cit.*, p. 100.
16. *Ibidem*, p. 104.
17. *Ibidem*, pp. 177-178.
18. *Ibidem*, p. 118.
19. *Ibidem*, p. 190.

DIMENSIUNILE EDUCAȚIEI MILITARE ÎN FORMAREA LIDERILOR MILITARI

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

Academia Militară a Forțelor Armate „Alexandru cel Bun”, Chișinău, R. Moldova
viorica.leanca@yahoo.com

DIMENSIONS OF MILITARY EDUCATION IN FORMING ARMY LEADERS

The performance of an organization depends largely on the professionalism and human qualities of the leader. Particularities that military leader presents compared to the civilian leader are generated by the existence of specific aspects for the military organization. Commanders have an important role in the education and behavior of subordinates. The symbiosis of professional and educational skills can provide efficiency in military troops leadership, as well as proving as a good commander.

Educația constituie o componentă a existenței socioumane. Ea este un proces în desfășurare, un dat nemijlocit, intrinsec, acestei existențe. Într-un cuvânt, educația este un fenomen antic ce ființează în cadrul sistemului social. Nu înseamnă însă că ea se „topește” în conținutul celorlalte elemente ale sistemului ci se implică în transformarea și evoluția lor. ”Educația poate fi concepută într-un mod mai larg ca o întâlnire între individ și societate, și întreaga viață socială poate fi marcată de acest schimb permanent” [1, p.25-28].

De-a lungul secolelor s-au dat o serie de definiții educației de către numeroși oameni de știință, definiții care au amprenta perioadei istorice și importanței educației la acea vreme. Astăzi, din multitudinea de definiții, am determina educația ca o activitate socială complexă care se realizează printr-un lanț nesfârșit, de acțiuni exercitate în mod conștient, sistematic și organizat, în fiecare moment un subiect – individual sau colectiv – acționând asupra unui obiect – individual sau colectiv, în vederea transformării acestuia din urmă într-o personalitate activă și creatoare, corespunzătoare condițiilor istorico-sociale prezente și de perspectivă.

Viziunea taxonomică presupune realizarea idealului educației prin intermediul dimensiunilor educației și obiectivelor acestora [2, p.55]. În continuare voi încerca de a indentifica și explicaunele dimensiuni ale educație ce stau la baza dezvoltării liderului militar, iar noile educații sunt noile conținuturi valorice care au apărut datorită evoluției și progresului societății. Ele trebuie introduse în programele militare, în urma unei selecții riguroase, fie în cadrul disciplinelor deja existente, fie ca discipline noi.

Educația intelectuală poate fi atribuită la dimensiunile clasice. Elementele definitorii ale ei sunt: caracterul informativ și formativ. „A învăța să înveți” este regula de aur a instruirii și autoinstruirii, deoarece apare ca o necesitate în lumea contemporană, pentru integrarea socială a indivizilor [3]. Tehnica muncii intelectuale presupune dobândirea unor priceperi și deprinderi structurate, a unor metode adecvate, pe baza cărora se pot studia și rezolva independent probleme de natură intelectuală: priceperi organizatorice, deprinderi de lucru efectiv, deprinderi de autoevaluare.

Educația morală este un prim pas în instruirea tânărului militar. Delimitările conceptuale privind fizionomia morală a unui om constituie expresia valorii sale sociale. Perfecționarea sa a devenit o preocupare constantă a oricărei comunități, pentru a-și asigura dănuirea și stabilitatea, conviețuirea pașnică și prosperă a membrilor, prin cultivarea calităților morale [4]. Se vorbește în mod artificial despre educația morală ca dimensiune a educației, deoarece nu este îndreptățită în totalitate separarea celorlalte dimensiuni de educația morală. Motivul: întreaga educație trebuie să fie morală, indiferent de societatea despre care vorbim, valorile morale ale unei societăți pot fi diferite sau parțial diferite, dar nu pot lipsi cu desăvârșire.

Educația estetică este, de asemenea, un punct important în activitatea militarilor, cu preponderență a comandanților de pluton. Esența educației estetice este arta – principala modalitate prin care se realizează relația estetică între om și realitate [5]. În lumea contemporană, educația estetică poate contrabalansa efectele tehnicizării asupra dezvoltării spirituale a omului, dar rolul său nu se reduce la atât, ci contribuie la detensionarea oamenilor, la reducerea efectelor stresante ale condițiilor de viață și de muncă, la fortificarea și amplificarea resurselor spirituale ale personalității. Cultivarea sensibilității oamenilor prin intermediul educației estetice asigură premisele formării sentimentelor intelectuale, a convingerilor morale, asigură îmbogățirea și rafinarea vieții afective, realizarea unei armonii psihologice și culturale între componentele personalității.

Indiferent despre ce categorie de aptitudini artistice este vorba – muzicale, coregrafice, literare, plastice – în general toți oamenii sunt capabili să cânte, să deseneze, să recite, să danseze. Nu toți pot însă desfășura aceste activități în același grad, deosebirile calitative fiind evidente [6 p.97-104.]. Cunoașterea acestor deosebiri este importantă în unitățile militare, deoarece pe lângă pregătirea de luptă tinerii militari au și activități socio-culturale. Comandanții de pluton, întru crearea unui climat creativ și moral-psihologic favorabil au datoria să depisteze aptitudinile artistice ale tinerilor militari și să acționeze pentru stimularea, dezvoltarea acestor aptitudini.

Serviciul militar constituie o adevărată școală de călire fizică a tinerilor, nivelul de pregătire fizică a militarilor având o influență directă asupra nivelului gătinței de luptă. *Educația fizică* este o componentă fundamentală a procesului de instruire din cadrul pregătirii profesionale a militarilor, care valorifică ansamblul formelor de activitate colectivă sau individuală, ce se desfășoară sistematic în vederea formării, dezvoltării și menținerii calităților motrice, contribuind la îmbunătățirea stării de sănătate fizică și psihică a întregului efectiv. Liderii militari întotdeauna au recunoscut faptul că pregătirea profesională și îndeplinirea eficientă a misiunilor, depind în mare măsură, de nivelul pregătirii fizice a efectivului. Militarii cu o pregătire fizică bună însușesc cu aproximativ 20% mai repede și cu mai multă iscusință diverse acțiuni și misiuni de luptă, decât cei ce au o pregătire fizică mai slabă. În ofensivă, sub influența eforturilor fizice și psihologice considerabile, acest indice se mărește și constituie 30-35% și mai mult [7, p.63-68].

În urma practicării exercițiilor fizice și sportului se schimbă mentalitatea militarilor: crește stabilitatea psihologică, se formează vitejia, încrederea în forțele proprii, perseverența, etc. În acest context, în Regulamentul pregătirii fizice militare pus în aplicare prin ordinul Ministrului Apărării nr. 100 din 5 martie 2015, au fost incluse exerciții fizice și procedee care au scopul nu numai de a pregăti efectivul armatei din punct de vedere fizic și psihologic, dar și de a-l învăța să supraviețuiască pe câmpul de luptă în diverse condiții climaterice, vizibilitate redusă, spații limitate etc. Exercițiile fizice în componența subunității educă sentimentul de camaraderie ostășească, spiritul de ajutor reciproc și pregătire de a executa în comun diverse misiuni de luptă.

Educația profesională este latura care îl remarcă pe lider competent în activitatea sa. Scopul educației profesionale este exercitarea profesiei, este principala modalitate prin care se pun în practică toate laturile educației, deoarece profesiunea face joncțiunea dintre individ și societate și îi oferă omului șansa să-și valorifice potențialul în mod creator. Integrarea socială presupune două aspecte complementare: socializarea (valorificarea în folosul comunității a potențialului acțional-creativ al omului) și personalizarea (interiorizarea valorilor pe care societatea le oferă și le impune omului). Formarea unor capacități, priceperi și deprinderi practice, necesare desfășurării unor activități productive – în funcție de profesiunea aleasă, se urmărește dezvoltarea gândirii tehnice (aplicarea capacităților operaționale ale gândirii într-un domeniu, pentru a-i pătrunde esența), dezvoltarea aptitudinilor necesare aceluși domeniu (aptitudini generale și specifice, configurații de funcții senzorio-motorii, reprezentări spațio-temporale, simboluri verbale sau figurative), dezvoltarea

tarea deprinderilor și priceperilor practice (care-i permit individului să desfășoare cu succes o activitate concretă dintr-un domeniu, în condiții variabile)[8]. Sensul profund al educației profesionale este asigurarea competenței profesionale, nu numai pentru exercitarea unei meserii, ci și pentru a răspunde cerințelor de mobilitate profesională, necesară în societatea contemporană. Astfel, se urmărește realizarea unui echilibru între profesionalizare și specializare, profesionalizarea referindu-se la o arie mai largă de domenii, pe care urmează să se grefeze specializarea, prin adâncirea unor componente ale acestor domenii

Reeșind din cele expuse mai sus constatăm: condițiile societății actuale, sporește neconținutul informației, iar rolul educației este de a o asimila și prelucra și aplica. Însemnătatea educației crește datorită:

- accentuării caracterului intelectual al tuturor activităților umane și atragerii a tot mai mulți oameni în procesul producției spirituale;
- exploziei informaționale și revoluționării mijloacelor de informare, dezvoltării tehnicii;
- cererii de educație și necesității de a comuta accentul de pe obiectivele informative pe cele formative, spre autoeducație.

Profesia de militar include existența anumitor trăsături de personalitate și repere valorice care pot fi considerate a fi predictorii de performanță într-un mediu organizațional cu un specific aparte. Concluziile obținute ne îndreptățesc să afirmăm că există anumite trăsături și caracteristici care pot descrie profilul comandantului de pluton ce se axează pe educație și abilitățile sale de instruire. Este o cerință absolută ca liderul (comandantul de pluton) să-și consilieze în mod regulat militarii. Comandantul de pluton care neglijează consilierea subordonaților este neglijent cu îndeplinirea sarcinilor sale. Dacă un comandant nu își consiliază subordonații, aceștia nu vor îndeplini cerințele armatei. Dacă un comandant (lider) eșuează în consiliere, el poate fi făcut răspunzător. Militarii se așteaptă să li se spună cum s-au descurcat și au dreptul să caute asistență și sfaturi la comandanții lor. Astfel, un comandant trebuie să-și antreneze și să-și ghideze subordonații.

În concluzie, putem afirma că formarea liderilor militari este o activitate complexă, care îmbină variabilele personale ale liderului cu cele situaționale, variabilele psihosociale cu cele organizaționale, iar prin implicațiile sale psihologice, ca și prin rolul său, condiționează realizarea sarcinilor organizației. Maniera în care se reușește realizarea concordanței dintre caracteristicile sau trăsăturile de personalitate și atribuțiile statutului de conducător este mai degrabă o artă, o abilitate personală, ce diferențiază activitatea de conducere și o personalizează.

Referințe bibliografice

1. Curagău Ion. Paradigma educației militare din perspectiva leadershipului transformational. Teza de masterat. Chișinău, 2018.
2. Reboul Oliver. Filozofia educației. București, 1976.
3. Dimensiunile educației <https://www.scritub.com/sociologie/psihologie/DIMENSIUNILEEDUCATIEI81235.php> (accesat: 14.08.2020).
4. Pătroc Dan. Metodele și procedeele educației morale <http://socioumane.ro/blog/danpatroc/files/2013/01/CURSUL-5.pdf> (accesat: 18.08.2020).
5. Cucoș Constantin. Educația estetică. Iași, Ed. Polirom, 2014.
6. Dumbraveanu R., Pâslaru Vl., Cabac V. Competențe ale pedagogilor: Interpretări, TEMPUS, Univ. Ped. de Stat “Ion Creangă” din Chișinău (UPSC), Univ. de Stat “Alec Russo” din Bălți (USB). Chișinău: Continental Grup, 2014. <https://ru.scribd.com/document/398079115/1-Competente-ale-pedagogilor-Interpretari-Dumbraveanu-Paslaru-Cabac-pdf> (accesat: 22.08.2020).
7. Roman Vasile. Liderul militar performant de la talent la educație. București: Editura Centrului Tehnic Editorial al Armatei, 2013, p. 398.
8. Criste Sorin. Educația pentru carieră https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/Educatia%20moralala.pdf (accesat: 23.08.2020).

COALIȚIA DE GUVERNARE „PLATFORMA SOCIAL-DEMOCRATĂ PENTRU MOLDOVA” ÎNTRE PSRM ȘI PDM – UN ARANJAMENT POLITIC ASUMAT

Pantelimon Varzari, dr. hab. în șt. polit., prof. cercet., prof. univ.
Institutul de Cercetări Juridice, Politice și Sociologice, Chișinău, R. Moldova
panvarzari@gmail.com

COALITION GOVERNMENT „SOCIAL-DEMOCRATIC PLATFORM FOR MOLDOVA” BETWEEN PSRM AND PDM – AN ASSUMED POLITICAL ARRANGEMENT

The article examines some issues regarding the establishment, functionality and sustainability of the twelfth coalition government in the recent political history of the Republic of Moldova. The paper emphasizes that the governing coalition between the Socialist Party and the Democratic Party operates on the basis of an assumed and judicious political arrangement, based on political reason and substantial procedural consensus. It is concluded that all governing alliances in the Republic of Moldova, including the “Social Democratic Platform for Moldova” coalition, operating on the basis of institutional cohabitation, cannot fully achieve their planned objectives due to the prevalence of petty group interests over the general interests of Moldova. society.

Perioada de activitate a tuturor alianțelor de guvernare care s-au perindat în țara noastră din 1994 până în 2020 (12 la număr) a durat de fiecare dată nu mai mult de doi ani, din cauza disensiunilor cu precădere de ordin subiectiv. O altă constatare ține și de faptul că guvernele minoritare în Republica Moldova (4 la număr: Guvernul Braghiș, 23 decembrie 1999 – 19 aprilie 2001; Guvernul Gaburici, 18 februarie – 16 iunie 2015; Guvernul Streleț, 30 iulie – 29 octombrie 2015, și Guvernul Chicu, 14 noiembrie 2019 – 16 martie 2020) au guvernat, la fel, nu prea mult timp din motiv că cei care și-au asumat majoritatea nu au avut, de regulă, un suport politic în Parlament. Uneori susținerea era declarată de alte partide, alteori tacită. Acest tip de guvern, edificat pe majoritatea neformalizată, mai este calificat drept guvern scurt sau interimar.

În legătură cu formalizarea relațiilor politice între PSRM și PDM, prin semnarea *Acordului privind formarea coaliției „Platforma Social-Democrată pentru Moldova” în Parlamentul Republicii Moldova* la 16 martie 2020 [1], este de notat faptul că semnarea acordului în cauză a fost precedată de negocierile între părți, demarate la 5 martie 2020. Inițierea negocierilor politice între PSRM și PDM pentru crearea unei alianțe de guvernare s-a decis în baza acordului semnat anterior (16 septembrie 2019) de PSRM cu Blocul politic „ACUM”, „cu excepția că nu se acordă întreg guvernul unui partid” [2]. Negocieri au decurs pe trei etape consecutive (la prima etapă s-au stabilit principiile viitorului acord de coaliție, fiind vorba despre politica internă și externă; la cea de-a doua s-au stabilit prioritățile în baza primei etape și deci responsabilitățile pe cadrul de guvernare și a treia etapă a inclus semnarea acordului propriu-zis), fapt ce a înlesnit, în ultima instanță, semnarea documentului final.

Motivele care au stat la baza constituirii alianțelor de guvernare în Republica Moldova sunt diferite, totuși între actorii politici implicați în formalizarea unei majorități parlamentare prevalează, de regulă, factorul subiectiv, adică interesele înguste de partid ale actorilor politici pentru a-și asigura o prezență cât mai confortabilă în actul guvernării-predomină asupra intereselor generale ale societății. Ultima, cea de-a douăsprezecea coaliție de guvernare „Platforma Social-Democrată pentru Moldova” între PSRM și PDM, a avut câteva raționamente solide de a fi instituționalizată. Mai întâi de toate, s-a dorit evitarea criticilor din partea oponenților politici că partidul dominant, PSRM, a preluat și deține în continuare întreaga putere în Moldova [3]. În al doilea rând, PDM, după resetarea sa în legătură cu evenimentele din 7-14 iunie 2019 (când a fost învinuit de „uzurparea puterii de stat” [4]), era deja „gata să intre la guvernare” [5]. În plus, așa cum remarcă sociologul politic român V. Măgureanu, „partidele care preiau responsabilitățile guvernării înde-

plinesc concomitent și funcția de a preveni un vid de conducere și de a evita trecerea sub o tutelă, lipsită de asentimentul populației, a organelor locale sau declanșarea unei crize de regim, în cazul puterii centrale” [6, p.144]. În acest sens, cazul PDM este relevant, căci formațiunea a continuat permanent să susțină Guvernul Chicu investit în noiembrie 2019.

Nu în ultimul rând, PSRM, ca partid al puterii, are nevoie de un parteneriat politic „pentru asigurarea unei guvernări stabile”, iar cu o astfel de guvernare formațiunea speră că „se va reuși implementarea proiectelor sociale programate” [7], multe din acestea fiind preluate de la PDM, fostul partid de guvernământ în perioada anilor 2015–2019. La rândul său, PDM avea nevoie de o nouă construcție politică pentru a reveni în forță pe scena politică a țării și a-și schimba imaginea după așa-numitele transformări democratice interne, care au presupus reforma administrației publice din anii 2016–2018, inclusiv reformarea radicală a Academiei de Științe a Moldovei [8, p. 141-142] (practic, ea a fost lichidată în formula ei tradițională printr-o „decizie politică” a Guvernului Filip la mijlocul anului 2017 în toila reformei Guvernului). Dar și după învinuirile legate de „uzurparea puterii de stat” în perioada 7-14 iunie 2019 și, respectiv, fuga fostului președinte al partidului V. Plahotniuc peste hotare (după ce a părăsit țara, el era poreclit „diaspora” în interiorul partidului [9]), precum și după fisura tot mai adâncă în cadrul PDM care a început în a doua jumătate a lunii februarie 2020. Atunci s-a produs părăsirea formațiunii de către doisprezece deputați, formarea Grupului parlamentar „Pro-Moldova”, apelul acestuia către grupurile și fracțiunile parlamentare de opoziție, precum și deputații din majoritatea parlamentară, „cărora la pasă de viitorul acestei țări” să participe la constituirea unui bloc antiguvernamental, care ar da jos actuala guvernare alcătuită din PSRM-PDM. La începutul lunii mai 2020 fracțiunea Partidului politic „Șor” devine parte componentă a acestui bloc antiguvernamental pe platformă parlamentară propus de A. Candu. Se va lua în calcul și intenția Grupului parlamentar „Pro-Moldova” de a crea partidul politic „Pro-Moldova” de orientare centru-dreapta și cu viziune pro-europeană [10], ceea ce a fost o lovitură „de grație” pentru alianța PSRM-PDM.

Nu este lipsit de importanță nici faptul că PDM este formațiunea cu cea mai bogată experiență de guvernare în coaliție. Astfel, de-a lungul anilor, această formațiune a făcut parte din zece construcții politice [11; 12; 13, p.91].

Pot fi avansate și alte motive care au determinat încheierea acestui aranjament politic, dar totuși PSRM rămâne nucleul în jurul căruia s-a creat această majoritate parlamentară și guvernamentală. Politologii, comentatorii și analiștii politici nu puneau la îndoială faptul că alianța

între aceste două formațiuni politice, PSRM și PDM, trebuia să aibă loc în cel mai scurt timp după investirea Guvernului minoritar și tehnocrat condus de I. Chicu la 14 noiembrie 2019. La drept vorbind, o coaliție informală între formațiunile vizate deja exista atâta timp cât democrații susțineau Guvernul Chicu începând cu investirea acestuia și proiectele de legi înaintate de socialiști: „Nu suntem la guvernare, spunea la începutul lunii februarie 2020 președintele PDM P. Filip, dar, pentru că ne-am dat votul pentru acest Guvern, desigur, că o parte de responsabilitate ne revine și nouă” [14].

Simțul „responsabilității” PDM de a reveni la guvernare prin formarea unei alianțe cu PSRM a fost exprimat de formațiune în „procesul de resetare, învățând din erorile trecutului”, prin crearea de mecanisme în măsură să prevină „orice manifestări care ar submina activitatea formațiunii ca instituție politică” [15], prin formarea „guvernului din umbră”, alegându-și la mijlocul lunii februarie 2020 unsprezece noi vicepreședinți ai partidului care vor fi *responsabili de domeniile de activitate ale ministerelor*[16]. Desigur, resetarea sau procesul de epurare din rândul formațiunii va continua să întâmpine suficientă rezistență din partea unor membri ai PDM care au susținut și au aplicat practici străine democrației în activitatea de partid sau aceștia nu sunt de acord cu unele procese care au loc în cadrul partidului, cu anumite politici promovate de către el. Și aceasta pentru că în cadrul PDM există alte două grupuri și un mic grupuleț neconturat încă. Pe lângă cele două grupuri, în opinia ex-deputatului democrat V. Cebotari, există un număr de membri care încă nu au plecat din partid, dar o vor face la timpul potrivit [17].

În pofida motivelor descrise mai sus în favoarea semnării *Acordului privind formarea coaliției* „Platforma Social-Democrată pentru Moldova” în Parlamentul Republicii Moldova, prin care a fost stabilită o nouă majoritate parlamentară (destul de confortabilă, din 59 deputați) și o coaliție de guvernare între PSRM și PDM (începând cu 17 iunie 2020 coaliția de guvernare nu mai deține majoritatea simplă de 50%+1 deputați pentru a putea aproba legi și hotărâri de sine stătător, asta după ce fracțiunea PDM rămâne cu 13 deputați, iar după 14 august 2020 – cu 12 deputați din 22 în Parlament, iar fracțiunea PSRM – cu cei 37 deputați, *însă majoritatea de 51 de deputați este asigurată de deputatul independent Al. Oleinic și cel neafiliat Vl. Andronachi*), în spațiul public și mediatic au apărut unele opinii controversate asupra necesității participării propriu-zisă a PDM în această alianță. Pe de o parte, durabilitatea coaliției formalizate la 16 martie 2020, consideră unii autori, este imprevizibilă și, probabil, nu va supraviețui până în 2023 (următoarele alegeri parlamentare), dat fiind că comportamentul politic al PDM este, practic, greu de prezis. Drept argument

se invocă fenomenul „lebedă neagră”, care e „neagră tocmai pentru că nu poate fi prezisă”, precizează politologul și analistul politic C. Ciurea [18], sau PDM poate chiar să dispară de pe scena politică autohtonă [19]. Pe de altă parte, se reproșează faptul că „neparticiparea PDM la formarea unei coaliții parlamentare cu PSRM ar fi o eroare politică de proporții, ar însemna ratarea posibilității de europenizare a socialiștilor moldoveni” [20]. În sprijinul acestei idei vin și rezultatele sondajului opiniei publice. Astfel, Barometrul socio-politic, realizat de compania *IMAS* în perioada 7-19 februarie 2020, arată că PSRM cu PDM trebuie să continue să conducă Republica Moldova, dar să stabilească o coaliție de guvernare. În acest sens, datele sondajului mai demonstrează că 25% din respondenți spun că PSRM și PDM trebuie să mențină o relație de colaborare pentru a evita o criză politică, iar 47% sunt de părerea că PSRM și PDM trebuie să stabilească o coaliție clară care să își asume guvernarea țării [21].

În concluzie, o coaliție de guvernare are ca scop primar de a asigura o bună guvernare a societății în vederea îmbunătățirii eficienței și responsabilității instituțiilor politice în raport cu cetățenii, buna guvernare fiind înțeleasă drept un set minim al standardelor de guvernare, care se bazează pe reguli și instituții democratice, reprezintă un sistem deschis, transparent, eficient și responsabil de administrare publică. Toate alianțele de guvernare în Republica Moldova, inclusiv ultima coaliție politică între PSRM și PDM, supranumită după virusul ucigaș „alianța coronavirus”, prin crearea platformei social-democrate în Parlamentul Republicii Moldova, nu își pot realiza pe deplin obiectivele programate din cauza prevalării intereselor meschinede grup ale actorilor politici implicați în actul guvernării asupra intereselor generalele societății.

Referințe bibliografice

1. PSRM și PDM au semnat Acordul cu privire la constituirea Platformei Social-Democrate pentru Moldova. În: <http://socialistii.md/psrm-si-pdm-au-semnat-acordul-cu-privire-la-constituirea-platformei-social-democrate-pentru-moldova/> (accesat: 16.03.2020).
2. PSRM a decis să inițieze negocieri pentru crearea unei coaliții cu PDM, în baza acordului semnat anterior cu ACUM. În: https://www.realitatea.md/psrm-a-decis-sa-initieze-negocieri-pentru-crearea-unei-coalitie-cu-pdm_106765.html (accesat: 04.03.2020).
3. Țirdea: Pentru prima dată din 2009, stînga a preluat întreaga putere în Moldova. În: <https://noi.md/md/politica/tirdea-pentru-prima-data-din-2009-stinga-a-preluat-intreaga-putere-in-moldova> (accesat: 15.11.2019).
4. Noul șef interimar al PG pornește urmărirea penală pentru uzurparea puterii în stat de fosta guvernare. În: <https://www.zdg.md/stiri/stiri-justitie/ultima-ora-noul-sef-interimar-al-pg-porneste-urmarirea-penala-pentru-uzurparea-puterii-in-stat-de-fosta-guvernare> (accesat: 05.08.2019).

5. Pavel Filip: PDM poate fi gata să intre la guvernare. În: https://www.ipn.md/ro/pavel-filip-pdm-poate-fi-gata-sa-intre-la-7965_1071460.html (accesat: 13.02.2020).
6. Măgureanu V. Studii de sociologie politică. București: Editura Albatros, 2007. 416 p.
7. PSRM are undă verde de a negocia o viitoare coaliție de guvernare cu PD. În: <https://agora.md/stiri/67747/psrm-are-unda-verde-de-a-negocia-o-viitoare-coalitie-de-guvernare-cu-pd>(accesat: 04.03.2020).
8. Raport privind activitatea CSSDT și rezultatele științifice principale obținute în sfera științei și inovării în anul 2017 / Academia de Științe a Moldovei. Chișinău: F.E.-P. „Tipografia Centrală”, 2018. 255 p.
9. Cum era poreclit Vlad Plahotniuc în interiorul Partidului Democrat după ce a părăsit țara. În: https://www.realitatea.md/cum-era-poreclit-vlad-plahotniuc-in-interiorul-partidului-democrat-dupa-ce-a-parasit-tara--video-_106172.html (accesat: 20.02.2020).
10. Andrian Candu: „Pro Moldova” va fi o formațiune de centru-dreapta. În: <https://www.politics.md/?view=articles&id=31667> (accesat: 20.02.2020).
11. Top partide din Moldova cu cea mai bogată experiență de guvernare în coaliție. În: <https://tribuna.md/2020/03/29/top-partide-din-moldova-cu-cea-mai-bogata-experienta-de-guvernare-in-coalitie/> (accesat: 29.03.2020).
12. Top-10 partide care au fost la putere în Moldova. În: <https://tribuna.md/2020/03/22/top-10-partide-care-au-fost-la-putere-in-moldova/>(accesat: 22.03.2020).
13. Varzari P. Istoria politică a Republicii Moldova (Note de curs). Chișinău: Pontos, 2019 (Tipogr. „Europress”). 200 p.
14. În ce relații este la moment PDM cu PSRM? Pavel Filip face claritate! În: <https://tribuna.md/2020/02/04/in-ce-relatii-este-la-moment-pdm-cu-psrm-pavel-filip-face-claritate/> (accesat: 04.02.2020).
15. Declarația Partidului Democrat din Moldova privind condamnarea practicilor subversive în activitatea politică. În: <https://www.pdm.md/ro/comunicat-de-presa/declaratia-partidului-democrat-din-moldova-privind-condamnarea-practicilor-subversive-in-activitatea-politica/>(accesat: 04.03.2020).
16. PDM și-a ales vicepreședinții și formează un Guvern din umbră. În: <https://tribuna.md/2020/02/15/pdm-si-a-ales-vicepresedintii-si-formeaza-un-guvern-din-umbra/> (accesat: 15.02.2020).
17. Cebotari: Plecărilor vor continua. PDM este împărțit pe două grupuri și un mic „grupuleț”. În: https://www.realitatea.md/cebotari--plecarile-vor-continua--pdm-este-impartit-pe-doua-grupuri-si-un-mic---grupulet----video-_107474.html(accesat: 20.03.2020).
18. Un cunoscut analist politic vorbește despre fenomenul „lebăda neagră” în politica autohtonă. Iată la ce se referă! În: <https://tribuna.md/2020/01/27/un-cunoscut-analist-politic-vorbeste-despre-fenomenul-lebada-neagra-in-politica-autohtona-iata-la-ce-se-refera/> (accesat: 27.01.2020).
19. Fostul democrat Candu: Coaliția PSRM-PDM va duce la dispariția PDM de pe arena politică. În: <https://www.realitatea.md/fostul-democrat-candu-coalitia-psrm-pdm>

ia-psrm-pdm-va-duce-la-dispari-ia-pdm-de-pe-arena-politica_106785.html (accesat: 05.03.2020).

20. Declarație: „Consider că negocierile pentru formarea acestei coaliții, pe care am numit-o social democrată, au loc”. În: <https://tribuna.md/2020/03/03/declaratie-consider-ca-negocierile-pentru-formarea-acestei-coalitii-pe-care-am-numit-o-social-democrata-au-loc/> (accesat: 03.03.2020).
21. Sondaj: Coaliția PSRM – PDM trebuie să continue să conducă Republica Moldova. În: <https://noi.md/md/politica/sondaj-coalitia-psrm-pdm-trebuie-sa-continue-sa-conduca-republica-moldova> (accesat: 24.02.2020).

REFLECȚII FILOSOFICE ASUPRA CORELAȚIEI FIZICII CUANTICE CU TEORIA RELATIVITĂȚII GENERALE

Ecaterina Lozovanu, dr. în filos., conf. univ.

Departamentul Științe Socioumane, Universitatea Tehnică a Moldovei,
Chișinău, R. Moldova
ecaterina.lozovanu@gmail.com

PHILOSOPHICAL REFLECTIONS ON THE CORRELATION OF QUANTUM PHYSICS WITH THE THEORY OF GENERAL RELATIVITY

The article examines some philosophical issues related to linkage between quantum mechanic and general relativity theory. Attention is drawn on the linkage of the theories with the units of measurement for time, length and weight computed by the physicist Max Planck at the beginning of XX-th century. With this values which have acquired meaning in modern physics theories, we are try in to conceptual approach to that primordial singularity from which, according to Big Bang theory, explode dallknown fundamental forces. Both theoretical physics researches and philosophical reflections are oriented to knowing that world – which is the single origin of the universe.

Natura este infinită și fără limite în toate manifestările sale atât la scara dimensiunilor infinitului maxim cât și la scara dimensiunilor infinitului minim. Ea nu poate fi reprezentată în categorii unice și definitive, de aceea la anumite trepte de cunoaștere suntem nevoiți să apelăm la diverse modele, care au, bineînțeles, un caracter limitat. Toate modelele fizicii reflectă cu aproximație fenomenele naturii, iar criteriul valabilității lor este experiența. Problema legată de adecvarea modelelor nu poate fi soluționată numai cu ajutorul deducțiilor logice, dar și de logică nu ne putem lipsi. După cum susținea Al. Einstein, „preferabilă este simplitatea, claritatea și noncontradicția gândirii” [1].

„Spre ceea ce tindem, – scria fizicianul german Max Born, – este tabloul general al lumii, care nu numai că trebuie să corespundă experienței, dar și să satisfacă cerințele criticii filosofice” [2]. Aceste criterii trebuie satisfăcute de tabloul lumii înaintat de fizica contemporană: *lumea clasică*, în care domină legile clasice și se manifestă însușirile obiectelor materiale, și interacțiunile acestora, lumea, în care, în rezultatul proceselor filo- și ontogenez, s-a format omul ca subiect al cunoașterii; *lumea cuantică*, în care domină legile cuantice și se manifestă însușirile obiectelor materiale, și interacțiunile acestora.

Concluzia existenței acestor două lumi se impune în rezultatul analizei reprezentărilor fizicii mecanice și cuantice, și cosmologiei contemporane. Aceste reprezentări, fără echivoc, corespund experienței și satisfac cerințele criticii filosofice. Una din primele încercări de unificare a fost întreprinsă de W. Hawking în lucrarea „De la marea explozie până la găurile negre”. Concluzia la care a ajuns W. Hawking este, că „aceste două teorii nu sunt compatibile și nu pot fi ambele, în același timp, adevărate” [3]. Despre incompatibilitatea mecanicii cuantice cu teoria relativității generale, cu mult înaintea lui W. Hawking, înclina și A.Einstein. După câteva săptămâni de la crearea teoriei relativității generale, el a atras atenția asupra faptului, că sfera aplicării teoriei relativității generalului coincide cu sfera de aplicare a mecanicii cuantice. Teoria gravitației care corespunde realității în sfera de aplicare a mecanicii cuantice ar trebui să se deosebească de teoria relativității generale. În rezultatul acestui fapt, teoria relativității generale trebuie să suporte modificările corespunzătoare. El scria, că „atomul, în rezultatul mișcării interioare a electronilor, trebuie să reflecte nu numai energie electromagnetică, dar și energie gravitațională, cei drept, în cantități extraordinar de mici. Deoarece, în natură așa ceva nu depistăm, atunci, probabil, teoria cuantică trebuie să modifice... noua teorie a gravitației” [4].

Imagina unei astfel de modificări a teoriei gravitației se asociază în fizica contemporană cu dimensiunile pentru lungime și timp calculate de Max Planck. Bazându-se pe calcule relativ simple, fizicianul german evaluează timpul Planck la aproximativ 10-43 secunde, iar lungimea Planck este de aproximativ 10-35 metri. Despre legătura unităților de măsură a lungimii și timpului Planck cu posibila corelare a mecanicii cuantice cu teoria relativității generale, pentru prima dată, a atenționat M.Bronstein. Într-un șir de lucrări fizicianul rus a arătat, că gravitația poate fi măsurată cu precizie redusă, iar limita măsurării ei sunt unitățile de măsură a lungimii și timpului Planck.

Concluzia la care ajunge și la care fac referință mulți cercetători ai acestei probleme este, că înlăturarea contradicțiilor logice legate de

aceasta, impun modificarea radicală a teoriei și, îndeosebi, renunțarea de la geometria riemanniană care operează cu dimensiuni neobservabile, și poate, renunțarea de la reprezentările obișnuite ale timpului și spațiului, și înlocuirea lor cu noțiuni mai profunde, neintuitive.

După părerea noastră, unitățile de măsură a lungimii și timpului Planck, nu impun refuzul reprezentărilor obișnuite despre spațiu și timp, ci înlocuirea cu noțiuni mai profunde, neintuitive. Suntem ferm convinși, că cum nu ar fi aceste noțiuni de profunde, neintuitive, ele oricum vor fi noțiuni ale spațiului și timpului, dar nu ceva radical deosebit de acestea.

Analiza problemei legăturii unităților de măsură a lungimii și timpului Planck cu presupusa corelare a mecanicii cuantice cu teoria relativității generale impune următoarea concluzie, care a fost expusă de matematicianul german B.Riemann în renumita sa lecție „Asupra ipotezelor care stau la baza geometriei” (de la 10 iunie 1854), „Ori, acea realitate care creează ideea spațiului formează multiplicitatea discretă sau trebuie să încercăm să explicăm apariția relațiilor metrice prin forțe de legătură exterioare, care acționează asupra acestei realități”.

Dezvoltarea fizicii, după cum știm, a mers pe calea sintezei acestor modalități alternative, conform căreia realitatea care creează ideea spațiului și timpului reprezintă unitatea discretului și continuumului. În același timp, însușirile lor metrice, inclusiv și natura discretă a timpului și spațiului, se explică prin „forțele de legătură” corespunzătoare însușirilor de interacțiune a obiectelor materiale.

Această cale de sinteză a ambelor alternative, despre care atenționa B.Riemann, duce la ideea existenței hotarelor spațiale care separă una de alta domeniile ale spațiului și timpului calitativ distincte, în care rolul dominant îl au interacțiunile materiale calitativ deosebite. B.Riemann recomanda, să fie atrasă atenția asupra faptelor, care nu pot fi explicate de fizica mecanică. Doar peste mulți ani a apărut motivul de a păși peste acel prag, despre care scria B.Riemann. Analiza sensului dimensiunii cuantice și posibila legătură a unităților de măsură a timpului și lungimii Planck cu presupusa corelare a mecanicii cuantice cu teoria relativității generale ne va permite să înțelegem, în sfârșit, aluzia matematicianului german B.Riemann. Aluzia asupra faptului, că alături de lumea clasică și lumea cuantică mai există acel domeniu al lumii obiective, acel domeniu al naturii, care există peste limitele unităților de măsură a lui Planck.

Așadar, constatăm formarea unei strategii cognitive în fizica contemporană, care susține ideea existenței hotarelor spațiale care separă una de alta domeniile calitativ deosebite ale spațiului și timpului lumii obiective, descrise de teorii calitativ distincte ale fizicii. Aceasta este, mai întâi de toate, hotarul spațial al unităților de măsură a lui Planck care separă

cele două lumi (clasică și cuantică) de cea de-a treia lume, care există peste limitele acestor dimensiuni.

În societatea științifică este larg răspândită părerea despre faptul, că fizica a explicat nu numai electromagnetismul, dar și toate tipurile de interacțiuni cunoscute. De exemplu, teoria relativității generale a explicat gravitația, iar alte compartimente ale fizicii teoretice au explicat celelalte tipuri de interacțiuni ale lumilor clasice și cuantice – au explicat electromagnetismul, interacțiunile forțelor tari și slabe. Explicarea a ceva este, în fond, un proces de clarificare a sensului. Ea se desfășoară prin descoperirea legilor, a legăturilor și raporturilor care determină caracteristicile speciale și generale. Explicarea autentică a gravitației, electromagnetismului, interacțiunilor forțelor tari și slabe ale lumilor clasice și cuantice este un imperativ al viitorului. Aceasta presupune explicarea procesului de apariție a interacțiunilor (cunoscute nouă) din anumite interacțiuni calitative, dominante în domeniu spațiului și timpului peste limitele unităților de măsură a lui Planck.

Este vorba despre posibila existență a altor calități metrice și topologice ale spațiului și timpului, despre existența a mai multor dimensiuni ale spațiului în domeniu peste limitele unităților de măsură a lui Planck și despre așa numita *compactificare* a dimensiunilor „suplimentare” ale spațiului. Această trecere a fost numită în 1946 de G. Gamov – Bing Bang – Marea Explozie, în rezultatul căreia apare Universul cuantic sau timpuriu, care s-a transformat prin evoluție în acel Univers, în care s-a format omul ca subiect al cunoașterii.

Reprezentările despre existența mai multor dimensiuni ale spațiului au apărut nu în fizică, ci în matematică ca abstracții, ca elemente ale aparatului teoretic cărora le pot corespunde unele părți, limite ale realității obiective. Raportul matematicii și fizicii poate constitui o analiză filosofică separată, în articolul dat ne vom mulțumi cu remarcă lui A. Poincare, „matematica este nevoită să reflecte asupra sa, însă forța principală a ei este îndreptată spre studierea naturii”.

Totuși, primul om care a expus presupunerea despre n-dimensiionalitatea spațiului, nu a fost un matematician, ci un filosof. Un filosof care, după cum este bine cunoscut, susținea teza, conform căreia spațiul tridimensional euclidian se află în rațiunea noastră în formă apriorică intuitivă și se manifestă în realitatea obiectivă, datorită faptului că omul îl înserează în ea. Cât nu ar părea, la prima vedere, de paradoxal, acel filosof a fost Im. Kant. În lucrarea „Cugetări despre adevărata valoare a forțelor vii” Im.Kant scria: „Dacă este posibilă existența spațiilor cu alte dimensiuni, atunci Dumnezeu, cu adevărat, le-ar fi plasat...Însă, astfel de spații nu ar aparține lumii noastre, ci ele ar trebui să alcătuiască lumi

deosebite”. O așa lume deosebită se presupune că există în domeniu spațio-temporal peste limitele unităților de măsură a lui Planck. Trecerea din această lume deosebită în lumile clasică și cuantică, are loc în rezultatul procesului compactificării dimensiunilor „suplimentare” ale spațiului și este însoțit de fenomenul numit – Bing Bang. Marea Explozie este consecința acelor interacțiuni, care se presupune, că sunt dominante în lumea a treia existentă în domeniu spațio-temporal peste limitele unităților de măsură a lui Planck.

După noi, a păstra în continuare incognito, acea interacțiune care constituie izvorul Big Bangului, nu va reuși, deoarece continuă să existe în Univers celelalte tipuri de interacțiuni (cunoscute) și ca consecință a acestora – omul ca subiect al cunoașterii. Cugetările asupra acelei necunoscute ne dă speranța că incognito acelor interacțiuni, care au un rol determinant în lumea ce există peste limitele unităților de măsură a lui Planck, nu va fi veșnică. După cum, pe drept, afirma A.Poincare „Natura nu este vorbăreață, ea doar afirmă sau neagă ceva. Scopul nostru este de-a formula corect întrebările”.

Așadar, din cele trei lumi, omul ca subiect al cunoașterii, are reprezentări despre două : lumea clasică și cuantică. Aceste reprezentări satisfac criteriile, care au fost înaintate de Max Born – de-a corespunde experienței și a satisface cerințele criticii filosofice. Despre cea de-a treia lume putem susține, că este acea componentă a tabloului lumii spre care este orientată cunoașterea noastră și care satisface cerințele criticii filosofice. Despre corespunderea ei cu experiența este prematur de vorbit.

Încercările permanente de a înțelege, ce reprezintă în sine ce-a de a treia lume și care sunt legăturile ei cu lumile cuantică și clasică în care există omul ca subiect al cunoașterii, pot fi caracterizate, după părerea noastră, prin renumita frază a lui Al.Einstein : „Tendința spre adevăr este mai valoroasă decât posedarea încrezută a lui”. Anume această tendință este caracteristică pentru totalitatea de cugetări asupra lumii, care există peste limitele unităților de măsură a lui Planck, inclusiv și a elementelor criticii filosofice care sunt expuse în acest articol.

Referințe bibliografice

1. Einstein Al. Cum văd eu lumea. București, Editura Humanitas, 2010, p.31.
2. Борн М. Физикамогпоколения. Москва, 2003, p.87.
3. Hawking St. C. От большого взрыва до черных дыр. Москва, 2013, p.56.
4. Einstein Al. Cum văd eu lumea. București: Editura Humanitas, 2010, p.103.
5. Prigojin I. De la Existență la Devenire. București: Editura Științifică, 2002.
6. Hawking St. Teoria Universală. București: Editura Humanitas, 2014.

ROLUL ADMINISTRAȚIEI PUBLICE ÎN ASIGURAREA CALITĂȚII VIEȚII

Angela Zelenschi, dr. în filos., conf. univ.,
Catedra Științe administrative,
Academia de Administrare Publică, Chișinău, R. Moldova
angela.zelenschi@gmail.com

THE ROLE OF PUBLIC ADMINISTRATION IN ENSURING THE QUALITY OF LIFE

In our opinion, the most important global social problems at the present stage is social and economic insecurity, growing indifference and intolerance to violence, social injustice, declining trust in government and the development of a crisis of traditional universal values. Man and the idea of forming a humanistic society occupy the central place in the concept of quality of life. In fact, the quality of life is a kind of an index of citizens' satisfaction with the way the public authorities fulfill their obligations to citizens. In a functioning democracy, elected representatives are held accountable to the people for the choices they make, and whether they result in better outcomes, such as greater prosperity, security, and quality of life, for the individual and society. Therefore, in order to achieve good governance, the public administration must be based on a solid foundation – ethical, efficient, effective and responsible. The current debates on the quality of life raise a multitude of ethical, philosophical and methodological questions, which still need to be answered.

Conceptul de calitate a vieții este complex, și se referă la condițiile mediului de existență – fizic, economic, social, cultural, politic, de sănătate etc., conținutul și natura activităților desfășurate de către indivizi și grupurile umane, caracteristicile relațiilor și proceselor sociale, modul și stilul de viață, experiențele și stările subiective ale indivizilor de satisfacție/insatisfacție, fericire, frustrare etc. Abordarea obiectivă a calității vieții caracterizează existența și dezvoltarea tuturor sferelor vieții sociale, iar abordarea subiectivă ia în considerare evaluarea de către indivizi a condițiilor obiective de existență. Astfel, calitatea vieții presupune satisfacerea nevoilor și intereselor oamenilor în diverse sfere ale vieții sociale și în activitățile pe care le desfășoară.

În opinia noastră, cele mai importante probleme sociale globale la etapa actuală sunt insecuritatea socială și economică, indiferența și intoleranța față de violență, nedreptatea socială, încrederea scăzută în autoritățile publice și dezvoltarea unei crize a valorilor general umane. Reieșind din necesitatea rezolvării acestora, se impune problema formării calității vieții, care depinde în mare parte de realizarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale, asigurarea calității serviciilor

medicale și educaționale, creșterea posibilităților de încadrare în câmpul muncii, susținerea dezvoltării afacerilor, procesul eficient de comunicare dintre autoritățile publice și cetățeni, participarea activă a cetățenilor la procesele economice, sociale, culturale, politice, ecologice etc.

De fapt, calitatea vieții este un indice de satisfacție a cetățenilor cu privire la modul în care autoritățile publice își îndeplinesc obligațiile față de cetățeni. Într-o democrație funcțională, funcționarii publici sunt considerați responsabili pentru deciziile pe care le iau și rezultatele obținute – prosperitate, securitate și calitate a vieții, atât pentru fiecare individ în parte, cât și pentru comunitate, în ansamblul său. Cooperarea dintre autoritățile publice și grupurile de interes, transparența în administrația publică, legitimitatea, dialogul social în rezolvarea problemelor comunitare, reprezintă o premisă pentru asigurarea calității vieții.

Prin urmare, pentru a realiza o bună guvernare, administrația publică trebuie să se bazeze pe o bază solidă – etică, eficientă, eficace și responsabilă. Principiile și valorile de care se ghidează în activitatea sa funcționarii publici stau la baza unei bune guvernări, modelând comportamentul în administrația publică. Este evident faptul că principiile și valorile oferă o direcție clară de acțiune, însă, acestea trebuie să fie acceptate, partajate și aplicate în practică de către funcționarii publici. Asemenea fenomene negative precum corupția, conflictele de interese, clientelismul, favoritismul și altele, conduc la o stare de instabilitate socială și afectează calitatea vieții cetățenilor. Deci, pentru a realiza o activitate administrativă eficientă și a oferi servicii publice de calitate, se impune cu necesitate integritatea publică – respectarea principiilor, valorilor și a normelor morale, ceea ce generează încrederea cetățenilor în autoritățile publice și crează condițiile pentru un feedback eficient în procesul de comunicare.

Formarea unui sistem eficient de administrare publică necesită dezvoltarea abordărilor teoretice și metodologice cu privire la administrarea proceselor de asigurare a calității vieții. Este evident că societatea reprezintă un sistem complex, în care fiecare subiect al acțiunii sociale are propriile nevoi și interese. Politicile publice, investițiile în capitalul uman, protecția grupurilor social-vulnerabile, reducerea ratei șomajului și a inegalităților dintre venituri și altele, sunt elemente necesare în asigurarea dezvoltării durabile. Concomitent, transformarea sistemului administrației publice implică schimbări profunde în modul de gândire și acțiune, atât al funcționarilor publici, cât și al cetățenilor. Dezbaterile actuale privind calitatea vieții ridică o multitudine de întrebări etice, filosofice și metodologice, la care se caută răspuns.

CONȘTIINȚA DE SINE CA FACTOR AL ASIGURĂRII CALITĂȚII VIEȚII OMULUI CONTEMPORAN

Ludmila Roșca, dr. hab. în filos., conf. univ.

Academia de Administrare Publică, Chișinău, R. Moldova

ludmilarosca.com@gmail.com

SELF-CONSCIOUSNESS AS A FACTOR OF ASSURING THE QUALITY OF LIFE OF CONTEMPORARY MAN

In this study the author applies the laws of dialectics to estimate its role in the life of contemporary man. Also, the phenomenon of quality of life is interpreted and the factors that ensure its existence are mentioned. In conclusion, the author expresses his conviction that the contemporary man, active, integrated in the life of the community, participates consciously in the multiplication of factors and conditions favorable to a qualitative, beautiful life.

Fenomenele-cheie ale investigației sunt: *conștiința de sine, calitatea vieții, coeziunea socială*. Conștiința de sine reprezintă nivelul superior al manifestării conștiinței individuale. Aplicnd teoria dialecticii, argumentată de Hegel, conștiința umană cunoaște trei faze în afirmarea și dezvoltarea sa : conștiința individuală (teza) – conștiința socială (antiteza) – conștiința de sine (sinteza). Trecând prin negație dialectică, conștiința individului se îmbogățește, se maturizează, își multiplică formele de manifestare, își intensifică funcția de coordonare a relațiilor specifice ființei umane: om-natură; om-societate; om-om; om-sine; om-divinitate. În faza a treia a dezvoltării sale, omul este capabil să-și justifice alegerile raționale, să-și explice acțiunile săvârșite, să-și asume responsabilitatea pentru consecințele propriului comportament, inclusiv și activități profesionale sau sociale. Adoptând o decizie, omul, în mod conștient, își asumă rolurile, responsabilitățile ce reies din ea [P.93-134]. De exemplu, tinerii decid să se căsătorească. Alegerea conștientă este justificată doar în cazul când aceștea răspund la întrebările părinților: Voi sunteți pregătiți pentru asta? O întrebare care poate fi divizată în elemente ce cuprind toate aspectele vieții: locuință, sursă stabilă de existență și desigur fundament sentimental, emoțional

Un fenomen important pentru desfășurarea corelatului *conștiința de sine – calitatea vieții*, este cel de calitate, care este polisemantic. În DEX găsim următoarea definiție: *totalitatea însușirilor și laturilor esențiale în virtutea cărora un lucru/fenomen este ceea ce este, deosebindu-se de celelalte lucruri/fenomene*. Pe lângă aplicarea acestei definiții, trebuie să precizăm că în cazul formulei *calitatea vieții*, vom adopta și abordarea can-

titativă: *totalitatea particularităților (însușirilor) unui fenomen/lucru*. Aplicând legea dialecticii: trecerea schimbărilor calitative în cantitative și invers, observăm că calitatea vieții nu este *un dat natural*: ne-am născut într-un mediu agreabil și putem rămâne acolo. Chiar și în cazul când de la părinți, buneii am primit suficienți bani pentru a ne organiza și susține financiar viața, este necesar să asimilăm conceptul vieții calitative, deoarece acesta evoluează și conform schimbărilor survenite sunt necesare modificări în abordare, atitudine, comportament. Altfel spus, calitatea vieții este un fenomen complex, dinamic, care solicită implicarea permanentă a subiectului relațiilor sociale. Acesta este plasat în centrul sistemului, programelor politice a statului social. Dat fiind că modelul statului social este mai mult un ideal al dezvotării social-politice, ne vom referi la politicile sociale ale statului democratic de drept, implementat în practica socială din statele dezvoltate. Aici notăm că fenomenul *calitatea vieții* este o caracteristică a societății contemporane și rareori este apreciat la nivel individual, mai des la nivel de grup sau comunitar. Altfel spus, savanții estimează nivelul calității vieții: profesorilor, medicilor, educatorilor, fermierilor, tinerilor etc.

Conceptul *calitatea vieții* este elaborat și promovat în secolul XX. Încercări de teoretizare a fenomenului întâlnim la grecii antici: Platon și Aristotel. Platon insista asupra faptului că oamenii pot fi fericiți doar într-o cetate bine organizată. Prin aceasta, Platon a lansat un nou subiect al dezbaterilor științifico-filosofice asupra rolului statului în crearea bunăstării individuale. În opera lui Aristotel găsim prima analiză aprofundată a conceptului de viață bună. Eudaimonia – tradusă forțat ca fericire, Aristotel o ridică la rangul de valoare umană supremă, nu este o stare psihologică, ci o acțiune întreprinsă de om, cu scopul de a trăi în acord cu propriul Eu, adică de a-și actualiza potențialul. În opinia lui Aristotel, conceptul de viață bună este multidimensional și presupune existența mai multor bunuri: bunăstare materială, sănătate, prieteni, noroc, într-o măsură suficientă ca să permită practicarea virtuților morale și a celor intelectuale. A fi în acord cu propriul Eu înseamnă a fi conștient de propriile dorințe, necesități, nevoi, interese, idealuri, așteptări etc.

La etapa postindustrială, statul dispune de mai puține mijloace, posibilități, pentru a implementa în practică programele de politică socială. Există modalități de a-și păstra eficiența, dar acestea pot fi activate doar în condițiile aplicării principiilor pragmatismului economic, politic, al meritorității, al transparenței, raționalității, eficienței. Este important de estimat și rolul societății civile, care tot mai activ se implică în redistribuirea transferurilor sociale, în realizarea controlului asupra modului de implementare practică a politicilor sociale. Aceste modificări au fost determi-

nate de caracteristicile societății contemporane: aprofundarea și extinderea globalizării, integrării regionale, reorganizarea structurală a economiei, îmbătrânirea populației, schimbarea modului de viață. Constant în lumea contemporană rămâne obiectivul vizat de politica socială a Uniunii Europene, despre care Anthony Giddens (2005) scria: *Modelul Social European combină dinamica economică cu justiția socială* [2, p.122].

În scopul definirii caracteristicilor *calității vieții* ca fenomen social, vom actualiza tezele despre modelul social european și politicile sociale comunitare. Deoarece abordăm fenomenul nu la nivel abstract, dar la cel aplicativ. O definiție a Modelului Social European (MSE) este legată de modul de organizare al societății. În prezent, există o varietate de interpretări ale MSE și a componentelor lui, printre care menționăm: un mod de reglementare și un regim distinct de competiție; un set de exemple pozitive ce se regăsesc în diferite modele naționale; un proiect european și instrument de modernizare/adaptare la condiții economice în schimbare.

Actualmente, Modelul Social European este analizat în comparație cu cel american sau cu cel din Asia de Sud Est, axat pe dezvoltare. Fiecare dintre aceste trei modele au modalități distincte de reglementare și competiție [6]. În acest context, MSE se caracterizează prin protecție socială extinsă și rezolvarea conflictelor sociale prin metode consensuale și democratice. O definiție oficială, clară a fenomenului este menționată în Concluziile Președinției Consiliului European de la Nisa din decembrie 2000, Anexa 1, unde descrierea Agendei Sociale Europene stipulează, că „*modelul social european – caracterizat în particular de un sistem care oferă un nivel ridicat al protecției sociale, de importanța dialogului social și de serviciile de interes general care acoperă activitățile vitale pentru coeziunea socială – se bazează în ciuda diversității sistemelor sociale ale Statelor Membre – pe un fundament comun de valori* [4].

Maria Jepsen și A.S. Pascual, în lucrarea: *The European Social Model: an exercise in deconstruction*, dedicată analizei MSE, lansează ideea unei politici sociale productive aplicată diverselor modele sociale din Europa, care să promoveze flexicuritatea, parteneriatul, atragerea forței de muncă în activitate etc. [5, pag.4] Un astfel de concept implică orientarea politicii sociale spre încurajarea capacității individului de a supraviețui în cadrul unei economii dinamice, spre a folosi capacitatea individului drept motiv de acțiune pentru corectarea forțelor pieței. În loc să fie un corector al pieței, politica socială devine în cadrului acestui nou discurs european, un instrument de optimizare pentru adaptarea sistemului de protecție socială la forțele pieței.

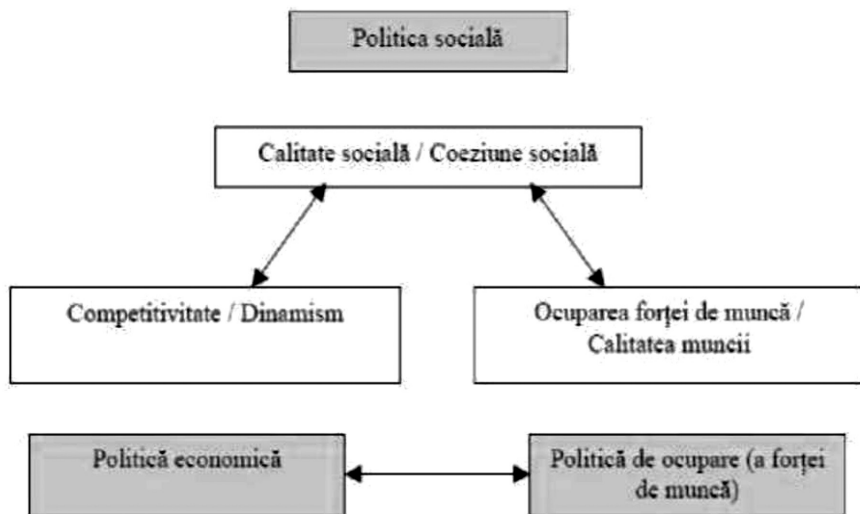
Politica socială a UE este formată dintr-un set de politici complementare, ce s-au dezvoltat și multiplicat pe parcursul timpului, care acțio-

nează în acele sectoare de activitate ce afectează sau generează gradul de bunăstare individuală și socială [9, p.173-200]. Preocuparea constantă a comunității europene pentru aspectele de politică socială – începută cu Tratatul de Roma (1957), a dus la crearea Modelului Social European. Un moment important în evoluția Modelului savanții îl evidențiază ca aparținând anului 2000, când are loc trecerea de la abordarea bazată pe minimizarea consecințelor sociale negative ale schimbării structurale, la modernizarea sistemului social și investiția în capitalul uman. Altfel spus, se trece de la o abordare cantitativă (minimizarea consecințelor) la una calitativă (investiția în oameni). O altă caracteristică importantă a politicii sociale este delegarea responsabilităților de atingere a obiectivelor comunitare către statele membre.

Actualmente, Uniunea Europeană se confruntă, în planul politicii sociale, cu două provocări majore: pe de o parte, teama că procesul globalizării va afecta capacitatea de asigurare a securității sociale a indivizilor, pe de altă parte, teama că însăși politica socială amenință capacitatea UE de a se adapta schimbărilor produse de globalizare și de competiția internațională. Lipsa flexibilității pieței muncii combinată cu costurile excesive ale protecției sociale sunt considerate un obstacol în calea atingerii eficienței economice și a implementării reformelor esențiale [1, p.393-419].

Politicile sociale reprezintă un teren al confruntărilor dintre diferite curente ideologice și practici politice care au promovat fie creșterea rolului statului în reglarea unor fenomene economice cu rezultate sociale negative, fie reducerea implicării statului atât în economie, cât și în intervențiile sociale. Perspectiva critică la adresa amplificării politicilor sociale în societate decurge din unele abordări de esență liberală sau neoliberală potrivit cărora politica socială are un impact negativ asupra dinamismului economic. Prin mecanismele solidarității, grupurile sociale sprijinite prin diverse programe sociale evită pericolul excluziunii sociale care generează clivaje sociale și inegalități profunde. Apoi, politicile sociale coerente promovează un climat social distins, caracterizat prin reducerea tensiunilor și conflictelor sociale acționând pozitiv asupra performanțelor vieții economice și politicilor de investiții. Investițiile și viața economică eficientă vor genera noi locuri de muncă, oferte salariale, noi posibilități de consum. Din toate aceste aspecte rezultă că politica socială nu trebuie considerată ca o activitate publică de consum de fonduri și resurse umane, ci ca pe un instrument esențial al dezvoltării economice echilibrate în care pot fi planificate pe termen lung efectele sociale dorite și chiar cele negative în sensul prevederii acestora. Politica socială are un potențial important prin feed-back-ul produs în cadrul sistemului de creștere economică și de ocupare a forței de muncă.

Analiza politicilor sociale se integrează în contextul raționalizării statului și a activității politice ca „producătoare de strategii”. Presupunerea că lumea este un ansamblu de probleme care ar putea fi rezolvate prin cunoașterea umană, constituie fundamentul politicilor publice, deci și a celor sociale. Dezvoltarea civilizației industriale a condus la căutarea unor forme mult mai raționalizate de organizare a activităților statului. În acest mod, au apărut politicile publice în administrarea problemelor sociale, precum susțin specialiștii din diverse domenii: sociologia, știința politică, psihologia, știința economică și managementul administrației publice. Potrivit opiniei lui H. Laswell: *specialistul contemporan în politici publice se concepe pe sine ca pe un integrator de cunoștințe, acțiuni, deci ca pe un specialist ce aduce la lumină raționalitatea de care indivizii și grupurile sunt capabile la un moment dat. El este un mediator între cei ce s-au specializat în diferite arii de cunoaștere și cei care au responsabilități publice* [7].



Sursa: www.bacauinteractiY.ro/files/3_Politici%20publice%20Social.pdf

O ilustrare a faptului că UE caută o cale proprie în încercarea de a-și crește corect competitivitatea concomitent cu menținerea unui anumit nivel al protecției sociale este și conceptul de flexicuritate, care combină flexibilitatea în ceea ce privește piața muncii, cu o protecție socială relativ ridicată a șomerilor și politici active de ocupare. Conceptul se bazează pe ideea că flexibilitatea și securitatea nu sunt contradictorii, ci complementare, și chiar se pot susține reciproc. Aceasta presupune o protecție mai scăzută a forței de muncă împotriva riscului de pierdere a locurilor

de muncă, fiind vizate reglementările cu privire la disponibilizarea personalului, combinată cu ajutoare de șomaj ridicate și o piață a muncii, care să funcționeze pe baza dreptului, și obligației șomerilor la pregătire profesională. Conceptul de securitate a locurilor de muncă este înlocuit cu unul mai larg, de securitate a ocupării [10].

UE ia, în prezent, în calcul acest concept ca bază a unui viitor model social european, având în vedere rezultatele pozitive pe care le-a avut în Danemarca, unde rata șomajului a scăzut sub 4%, în condițiile unei protecții sociale încă suficient de importante. Dincolo de aceste rezultate pozitive, există totuși numeroase semne de întrebare cu privire la transferabilitatea lui și la alte economii decât cele nordice. Dialogul dintre angajați și angajatori este o parte importantă a acestui concept, dar, la nivelul Uniunii Europene, există țări care n-au o tradiție prea puternică din acest punct de vedere (țările Europei Centrale și de Est), precum și țări în care relația patronat-sindicate a fost în general destul de tensionată de-a lungul timpului. Este vorba despre țările mediteraneene. Pe de altă parte, caracterul nepopular al măsurilor prevăzute de reforma protecției sociale impune dezvoltarea unui dialog drept condiție esențială a reușitei reformei. Rămâne de văzut în ce măsură și în cât timp aceste țări vor reuși adoptarea viziunii statelor nordice în ceea ce privește dialogul social. Este interesant, în acest sens, UE are capacitatea să modifice relația care există între obiectivele politicii economice, politicii ocupaționale și ale politicii sociale, obiective considerate, în general, antagoniste, într-o relație de susținere și stimulare reciprocă. Dincolo de mirajul pe care o asemenea concepție îl creează, performanțele UE în direcția îndeplinirii obiectivelor Agendei Lisabona ridică numeroase semne de întrebare cu privire la realismul ei. Oficialii europeni consideră că decizia de a reforma MSE nu poate ține cont doar de problema eficienței și competitivității economice, în contextul în care UE se confruntă cu probleme serioase în plan social, desemnate de: șomaj, îmbătrânirea populației, care se adaugă celor economice: globalizare, inovare tehnologică. Din acest motiv, reforma MSE este una dintre cele mai dificile pe care UE trebuie să o soluționeze. Modernizarea MSE presupune adaptarea la noile cerințe socioeconomice și la provocările cu care economia europeană se confruntă, în contextul a două principii la care UE nu este dispusă să renunțe: perspectiva conform căreia politica socială este considerată un factor productiv și convingerea că lipsa unei politici sociale „adecvate” va genera un cost economic, social și uman care depășește cheltuielile sociale și redistribuirile financiare [11].

Așadar, în cadrul Modelului Social European, performanțele economice și progresul social sunt considerate indisolubil legate, ceea ce tra-

sează în mod clar orientarea strategică a politicii sociale a UE. *Modernizarea MSE pune accent pe menținerea solidarității, în special în ceea ce privește sistemele de pensii și de îngrijire a sănătății și pe realizarea unui stat activ al bunăstării care să încurajeze participarea la piața muncii.* Statele membre ale UE, ca și cele candidate la aderare își propun, după cum rezultă din numeroase documente oficiale europene sau studii academice, să redefinească și să realizeze un model social european, păstrând elementele de protecție socială, pe care intenționează să le modernizeze, adaptându-le noilor cerințe economice [3]. Provocarea este de a aplica principiile modelului social european la propriile condiții economice, instituționale și sociale [7]. Privind prin prisma sustenabilității politicii sociale, înțelegem dorința UE de a menține și obiectivul creșterii competitivității economice. În condițiile menținerii MSE, creșterea economică și a competitivității sunt singurele șanse de sustenabilitate a acestuia pe termen lung. Măsura în care cele două obiective: economic și social, sunt compatibile este însă discutabilă. Agenda socială a UE menține ca priorități: ocuparea deplină, integrarea socială, nediscriminarea, sistemul de protecție socială adecvat din punct de vedere al cerințelor sociale.

În Republica Moldova sărăcia este flagelul cel mai important, care susține multiplicarea stărilor negative din societate. Oamenii sunt săraci, deoarece n-au oportunități de câștiguri salariale și alte venituri, de creștere economică, și participare socială, acces la servicii publice, la o educație de calitate, și servicii de sănătate de calitate etc. Reducerea veniturilor reale ale populației, creșterea cheltuielilor, pe un fundal al creșterii șomajului și sărăciei rurale formează adevărate focare de inegalități în societate și în dezvoltarea durabilă a țării per ansamblu. Lipsa veniturilor, sărăcia extremă în special în spațiul rural marchează un grad redus de accesibilitate a populației la servicii, ca cele de sănătate și utilități publice, inclusiv cele digitale, iar aceasta, la rîndul său, creează inegalități și discrepanțe. De asemenea, lipsa veniturilor reduce din posibilități privind accesul la educație, precum și urmărirea unei (re)calificări profesionale sau chiar a unei idei antreprenoriale. Toate acestea conduc, pe termen mediu și lung, la creșterea migrației forței de muncă, care generează turbulențe pe piața muncii.

Referințe bibliografice

1. Alber J. The European Social Model and the United States. In: European Union Politics, 2006, 7(3), p. 393-419.
2. Atkinson Anthony, Cazes Sandrine. Mesures de la pauvreté et politiques sociales: une étude comparative de la France, de la RFA et du Royaume-Uni, revue de l'OFCE. In: Presse de la Fondation nationale des sciences politiques. Paris, 1990, nr. 33, octobre, p. 122.

3. Chasard Yves & Preda Marian. Politici sociale în Europa. București: Institutul European din România, 2000.
4. Concluziile Președenției Consiliului European de la Nisa, Anexa 1, Agenda Socială Europeană. 2000, decembrie.
5. Jepsen Maria, Pascual Amparo S. The European Social Model: an exercise în deconstruction. In: Journal of European Social Policy, 2005,15 (3).
6. Carmen Pauna (coord.). Modelul social european – Implicații pentru România. Institutul European din Romania, 2006 http://beta.ier.ro/documente/SPOS2006_ro/Spos2006_studiu_4_ro.pdf
7. Poede George. Politici sociale, site-ul web al CES. In: <http://www.etuc.org/r/287>
8. Roșca Ludmila. Ontologia umanului. În: Filosofia. Ghidul afacerii de succes. Chișinău: Print-Caro, 2013.
9. Roșca Ludmila. Modelul Social European. Politicile sociale: obiective, ținte, realizări, probleme. În: Filosofia Integrării Europene. Curs universitar, același autor. Chișinău, 2017.
10. Ștefănescu Tudor (coord.). Politicile Sociale ale Uniunii Europene, Institutul European din România. București, 2002.
11. <https://biblioteca.regielive.ro/cursuri/economie/politica-sociala-si-de-ocupa-re-a- fortei-de-munca-32063.htm>

CONCEPTE FILOSOFICE ÎN OPERA LUI DIMITRIE CANTEMIR

Dumitru Căldare, dr. hab. în filos., conf. univ.
Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, R. Moldova

PHILOSOPHICAL CONCEPTS IN THE WORK OF DIMITRIE CANTEMIR

In this article we will expose only some general aspects regarding the moral-Christian and instructive-educational concepts of the work of universal dimensions of Dimitrie Cantemir. Dimitrie Cantemir was a universal scientist who promoted universal culture and fully conceived the essence that the acquisition of its value requires a direct orientation and interaction with national culture.

În acest articol vom expune numai unele aspecte de caracter general referitor la conceptele moral-creștine și instructiv-educative ale operei de dimensiuni universale a lui Dimitrie Cantemir. Important este că Dimitrie Cantemir fiind savant de factură universală și promovând cultura universală a conceput pe deplin esența că însușirea valorii acesteia necesită o orientare și o interacțiune nemijlocită cu cultura națională.

Astfel spiritul este mai întâi de toate național, iar apoi devine universal. Și devenind universal spiritul din nou revine la origini având scopul de a se completa și reîntregi. Și respectiv această completare și reîntregire, mai ales, la capitolul moralitate este realizată în temeiul Noului Testament și a filosofiei antice grecești, în special a filosofiei stoicilor.

Dar în general întreaga operă a lui D.Cantemir are un caracter profund moralizator și creștin.

Dimitrie Cantemir ocupă un loc deosebit în istoria, știința, cultura, filosofia și literatura neamului românesc. Operele lui Dimitrie Cantemir „Divanul sau Gâlceava înțeleptului cu lumea sau Giudețul sufletului cu trupul”, Compendiu de logică, „Hronicul vechimei a romano-moldo-vlahilor”, „Istoria ieroglifică”, „Istoria creșterii și decăderii Imperiului Otoman”, „Cartea despre sistemul religiei mahomedane”, „Descrierea Moldovei”, „Loca obscura, Sacrosanctae” etc. îl prezintă ca pe un mare cărturar și savant-enciclopedist de talie europeană axat pe dimensiuni de universalitate.

În elaborarea sistemului său filosofic D.Cantemir s-a inspirat din marii gânditori ai lumii și în special, din dialogurile lui Platon, din filosofia lui Aristotel, din cea a lui Thales, Pythagoras, Socrate, Sfântul Augustin etc.

Posteritatea a apreciat foarte înalt valoarea operei lui Dimitrie Cantemir. Astfel Constantin Noica, filosof român din sec.XX scria că „Cultura noastră (a românilor) începe cu Dimitrie Cantemir”.

Marele istoric român Nicolae Iorga a demonstrat că înțelepciunea lui Dimitrie Cantemir se datorează faptului că el a „crescut între cărți înțelepte” și că temelia devenirii spiritului cantemirean s-a constituit pe baza tezaurului cultural al întregii umanități reprezentând un proces care s-a realizat în decursul întregii lui vieți zbuciumate, însă deosebit de prodigioase în context științific. N. Iorga mai evidențiază faptul că Dimitrie Cantemir reprezintă „nesfârșita tinerețe de suflet”. G.Călinescu îl numește pe Dimitrie Cantemir „Lorenzo de Medici al Nostru”. B.P. Hașdeu afirma că D.Cantemir are „un cap genial”, fiind în același timp primul istoric al românilor. Pentru L.Blaga D.Cantemir este „întâiul spirit al nostru de dimensiuni europene”. Și pe bună dreptate contemporanii lui Dimitrie Cantemir afirmă că acesta de fapt constituie „puntea de aur între Orient și Occident”. Conform lui P.Panaitescu, principiile moldovean Dimitrie Cantemir avea o curiozitate orientală în privința subiectelor pe care le aborda, dar metodele și concepțiile sale erau occidentale. Anume aceste calități și această situație excepțională i-au permis să îndeplinească marele rol de intermediar între două civilizații. Dar de fapt Dimitrie Cantemir a întruchipat în sine atât Orientul, cât și Occidentul în marea sa misiune de remodelare socială și spirituală a poporului său.

Unii contemporani ai lui Dimitrie Cantemir îl consideră și ca un reprezentant strălucit al barocului.

Dimitrie Cantemir a elaborat o concepție științifică și unitară asupra lumii. Important este faptul că opera lui D.Cantemir impresionantă după volum, originală prin conținut și profunzime cuprinde profunde reflecții privind valorile general-umane și naționale. Anume datorită intelectului său deosebit și a caracterului multiaspectual D.Cantemir este recunoscut ca fiind primul filosof român de lucrări originale. Fiind un adevărat umanist de factura renescentistă D.Cantemir este și primul român membru al unei Academii de peste hotare – membru al Academiei din Berlin.

Pentru opera lui D.Cantemir sunt caracteristice asemenea domenii: omul și Universul, imaginea morală a omului, precum și însemnătatea conștiinței sociale în viața omului, dar în special esența și reflecțiile rațiunii ale existenței universale; ale rațiunii-credinței acestea fiind orientate spre trei domenii de bază:

- 1) cunoașterea de sine;
- 2) cunoașterea de Dumnezeu;
- 3) cunoașterea lumii.

La intersecție de milenii Dimitrie Cantemir prin sistemul său filosofic, prin concepția sa științifică și integră asupra lumii, prin intelectul său genial este mai contemporan și mai actual decât mulți dintre contemporanii noștri. Opera sa vastă ca volum și multiaspectuală după conținut este axată pe corelația valorile general-umane > valori naționale și are un caracter moral-creștin pronunțat.

Dimitrie Cantemir a fost numit „rege între filosofi și filosof între regi”. În viziunea lui Constantin Noica „a-l studia pe Dimitrie Cantemir înseamnă a reface starea Europei științifice de la începutul secolului al XVIII-lea”.¹ Și aceasta rezultă din faptul că Dimitrie Cantemir va defini gândirea românească care avea să garanteze pentru Cantemir.² Iar Lucian Blaga, unul din cei mai mari și mai valoroși filosofi români ai secolului XX accentua cu toată certitudinea că Dimitrie Cantemir a creat o operă literară, filosofică, științifică și muzeografică care poate fi comparată cu opera unei întregi societăți literare și științifice. Anume din aceste considerente opera lui Dimitrie Cantemir este și va fi și în continuare obiect al cercetării științifice pentru cei mai de vază reprezentanți ai culturii naționale și universale.

Lucrările lui Dimitrie Cantemir reprezintă de fapt un adevărat sistem filosofic care urma să fie constituit din trei părți componente: 1) teologo-fizică; 2) teologo-metafizică și teologo-etică. În realitatea Dimitrie

¹ Constantin Noica. Pagini despre sufletul românesc. București: Humanitas, 1991, 2012, p.21.

² Constantin Noica. Pagini despre sufletul românesc. B.: Humanitas, 1991, p.53.

Cantemir a realizat numai primul compartiment al sistemului său filosofic, celelalte două părți rămânând la nivelul de intenții. Specialiștii în domeniu remarcă că în cazul în care Dimitrie Cantemir ar fi realizat toate cele trei părți ale sistemului său filosofic poporul român ar fi avut un Aristotel al său. În general, lucrările elaborate de Dimitrie Cantemir reprezintă (cu unele excepții) totuși un sistem filosofic de orientare teologică orientat la adevărata cunoaștere a lumii și a omului, precum și în special a aprofundării conceptelor moral-creștine.

Conform lui D.Cantemir orice ființă vie în existența sa reprezintă un cerc vizând nașterea, creșterea și pieirea, mai apoi urmează transmiterea altei ființe principiul vieții care de asemenea va repeta în dezvoltarea sa cercul respectiv. Cărturarul consideră că sensul și conținutul acestei concepții este răspândit și asupra dezvoltării istoriei universale, a filosofiei istoriei. În așa mod potrivit mișcării astrilor cerești exprimată sub forma de monarhii sunt cunoscute patru monarhii: monarhia asiro-babiloneană, monarhia mido-persană, monarhia greco-macedoneană și monarhia romană care reprezentând dezvoltarea ciclică capătă o adevărată generalitate filosofică.

Întrucât întreaga creație a lui D.Cantemir este axată pe universalitate și problema omului ca esență și cunună a existenței de asemenea este interpretată ca *homo universalis*. Și deși omul lui D.Cantemir, fiind numit ca ființă adevărată derivă din Divinitate, totuși în ultimă instanță acesta nu este un dat perfect – desăvârșit. Iar sensul adevărat care rezultă din această teză prevede că omul existând în mod real în lumea creată de Dumnezeu are multe de realizat întrucât imaginea lui de ființă umană este în permanență dominată de activitatea lui cotidiană. Da, omul tinde spre fapte bune, iar acestea reflectă atitudinea față de lume și față de credință care de fapt le domina pe toate prin valoare și esență. Iar de aici rezultă și teza fundamentală că omul e stăpânul lumii. În realitate aceasta și este problema privind sensul adevărat al rolului social al omului în lume care a fost creată pentru om. Și tot ce există în lume, toată creația divină, toate bunurile Pământului aparțin omului.

Și D.Cantemir remarcă în mod deosebit că omul s-a născut stăpân al lumii, nu robul ei. „Nu rob, ci stăpân lumii Dumnezeu te-a lăsat pentru aceasta tu pe dânsa, iar nu ea pe tine să stăpânească”.³ Reieșind din această imagine socială, omul are datoria sfântă să cugete în permanență despre puternicia și înțelepciunea lui Dumnezeu, despre deșertăciunea lumii și a vieții sale de scurtă durată și muritoare. Astfel omul înțelege că între el și Divinitate este o distanță de necuprins în ambele sensuri determinante, spațial și existențial. Prin urmare și deducția concludentă

³ Dimitrie Cantemir. Opere complete, vol.1. București, 1974, p.251.

că Dimitrie Cantemir interpretează filosofică în context religios-creștin și în temeiul interacțiunii nemijlocite a moralei cu religia și respectiv a evidențierii unor posibilități reale de afirmare a unui mod de cugetare filosofică adecvată. Din opera lui D.Cantemir deducem că conștiința filosofică tinde în permanență spre cunoaștere și fapte concrete în timp ce conștiința spirituală (religioasă) ce se afirmă nemijlocit prin revelație, este orientată spre contemplație și eternitate. Iar dezvoltarea filosofiei românești a demonstrat că anume această concepție a devenit trăsătura ei distinctivă (determinantă) și care a dominat o perioadă îndelungată esența spiritualității românești.

Referindu-se la corelația rațiune-credință D.Cantemir recunoaște credința și poruncile divine ca fiind superioare rațiunii. Și în pofida faptului că rațiunea apelează la argumente și logică, la fapte concrete și acțiuni chibzuite, totuși în general aceasta este situată pe o treaptă mai inferioară. Iar credința are misiunea sacră de a guverna lumea în care există și activează omul care este determinat să o călăuzească cu „întreaga înțelepciune și cu bună socoteală”. Deci fiind recunoscută ca inferioară credinței rațiunea se află sub „lumina credinței”. Concomitent însă omul este considerat că este o ființă rațională și desigur că va săvârși lucrări și fapte bune. La rândul său acestea prin conținutul lor reflectă un Bine social care de fapt reprezintă o temelie realistă pentru înălțarea adecvată a demnității umane. Și D.Cantemir face concluzia (deducția) că omul este influențat de mediul social, de circumstanțele existente care si-l orientează, și-l călăuzește spre adevăratele valori umane. Devenind acțiuni practice concrete acestea contribuie mult la nesăvârșirea păcatelor de către om, la elucidarea unui om care acumulează, însușește cele mai nobile calități moral-creștine.

Dimitrie Cantemir se pronunță hotărât în apărarea moralei creștine, în timp ce rațiunea și lumea se manifestă în contextul interacțiunii specifice dintre corp și suflet, precum este evidentă, opunerea dintre omul rațional și omul irațional. Din opera lui D.Cantemir deducem că omul lui nu se naște ca fiind numai bun sau numai rău. În cazul când imaginea moral-creștină a omului este dominată de calitățile lui negative, de răul moral putem deduce că acestea sunt determinate sau rezultă din influența nemijlocită a condițiilor social-economice reale, a vremurilor complicate și vitrege, a destinului tragic în general.

D.Cantemir acceptă ideea păcatului original (strămoșesc) și respectiv a stării umilitoare prin care a trecut omul de-a lungul secolelor și în același timp crede în aptitudinile creatoare ale omului în inteligența și în spiritul lui creștin.

Într-un context mai generalizat deducțiile lui D.Cantemir în domeniul instruirii, a educației moral-creștine necesită afirmarea unei legi firești

adecvate care ar influența constituirea unei conduite orientate la un Bine pentru toți. Se are în vedere un asemenea Bine care fiind favorabil pentru toți concomitent corespunde unor necesități și imperative de caracter social general. Evident că asemenea condiții prevăd în mod necesar instruirea, obținerea unor cunoștințe generale despre lume fără de care omul nu poate rezista răului social și viciilor care-l pândesc la orice pas. În aceste circumstanțe numai învățătura îl poate salva pe om de la influența negativă a problemelor și furtunilor sociale.

Anume de aceea D.Cantemir a demonstrat în mod științific și a promovat cu insistență concepția conform căreia cunoștințele vor învinge ignoranța, vor învinge răul social, faptele negative, viciile și consecințele acestora, care dăunează grav naturii umane. Cărturarul este convins despre necesitatea cultivării unor asemenea calități-virtuți care s-ar opune cu adevărat factorilor și fenomenelor negative. Iar orientarea dominantă care rezultă cu necesitate din acest proces educațional ar avea drept scop final afirmarea adevăratului Bine. Pentru D.Cantemir Binele spre care tinde Omul este unul determinant și desăvârșit.

Iată de ce D.Cantemir acceptă teza-călăuză conform căreia „Omul este bun de la natură, și că toți oamnei s-au născut buni de la natură: numai după naștere prin convorbiri rele sau prin lipsa unor convorbiri pioase și a învățăturilor bune ei pot contracta moravuri rele”.⁴ Iar concluzia care urmează este logică și firească: oricine poate deveni un om instruit, învățat, că dispune de o anumită inteligență, că poate însuși principii, norme și anumite interdicții morale care ar contribui în mod decisiv la adevărata afirmare a esenței sale umane și morale. Și respectiv afirmația în cauză prevede însușirea temeinică a valorilor primordiale precum sunt Binele, Adevărul și Frumosul. În acest proces esențial este faptul ca valorile în cauză să funcționeze nu numai ca atare, în sens nemijlocit, dar în contextul real când sunt opuse răului social, respectiv viciilor și nedreptăților sociale. Această corelație poate funcționa într-un context mai specific, dar și mai concludent din punct de vedere al interiorității trupești. Da, omul este nevoit să se lupte cu ispitele trupului, iar educația adevărată, devenirea morală creștină se opune ispitelor trupului. În cazul când educația corespunde unui conținut adecvat este în spiritul adevăratei existențe sociale a omului. Anume de aceea o completare esențială a imaginii moral-creștine a omului revine și lecturii Bibliei, care contribuie în mod esențial la constituirea virtuților.

Dimitrie Cantemir își construiește reflecțiile sale privind Binele în context valoric ontologic și respectiv de aici rezultă că cunoașterea este realizată prin contemplație nemijlocită, prin asceză și rugăciune, precum și pe

⁴ Dimitrie Cantemir. *Loca obscura mass lat.76* al Bibliotecii Academiei Române, B., 1976.

calea catafatică de cunoaștere. Iar specificul viziunii lui D.Cantemir rezidă în faptul că Adevărul este privit în aspect valoric moral, iar judecata ca atare, esența ei reală este privită în contextul conduitei personale și sociale.

Referințe bibliografice

1. Cantemir Dimitrie. Opere complete, vol.1. București, 1974, p.251.
2. Dimitrie Cantemir. Loco obscura, mss.lat. 76 al Bibliotecii Academiei Române.
3. Noica Constantin. Pagini despre sufletul românesc. București: Humanitas, 1991, 2012.

GLOBALIZAREA ȘI PRACTICILE DE CONSUM ALIMENTAR

Dumitru Dodul, dr. în filos., conf. univ.
Departamentul Filosofie și Antropologie,
Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, R. Moldova
doduld@mail.ru

GLOBALIZATION AND FOOD CONSUMPTION PRACTICES

With multiple facets and dimensions – economic and political, religious, cultural and social which interrelate in a vast and complex framework, the globalization is the irreversible process that equally affects us all. By penetrating national borders, it requires a reorientation and reorganization of activities which can reshape local diversity, ethnic identity and community values. Concerning the global market, it has also penetrated it by creating new generic structures – supermarkets – being considered the local expression of marketing and globalization. They use standard codes to ensure uniform, quality and “ethical” safety of food content. These standards represent a form of knowledge that intends to go beyond the ways of local practical knowledge used in food production and trade. The internationalization of gastronomy against the background of consumer society is global, technogenic and urbanized and inevitably involves changes in eating habits in everyday “cultural” practices which intervene daily in the lifestyle through fast food, pizza, Chinese food, Indian or Mexican food. In the world of digitalization and advanced technologies, which favor the extension of sedentary lifestyles, as a result the cases of overweight of the population increase in regions of the globe where such cases practically did not exist. Among the reasons invoked from this perspective we mention the control of food and agriculture which is concentrated in transnational corporations and their distribution chains, becoming “increasingly global”, and the food and practices through which they are produced become increasingly more standardized. No country or region can be isolated anymore, what is happening somewhere in the world is no longer a local process. All discoveries, victories and cataclysms affect the whole world.

Cu fațete și dimensiuni multiple – economice și politice, religioase, culturale și sociale, ce interrelaționează într-un cadru vast și complex, globalizarea este procesul ireversibil care ne afectează pe toți în egală măsură. Prin penetrarea hotarelor naționale impune reorientarea și reorganizarea activităților, care pot remodela diversitatea locală, identitatea etnică și valorile comunitare.

În ceea ce privește piața globală, aceasta a pătruns inclusiv, prin crearea noilor structuri generice – supermarketurile – fiind considerate expresia locală a marketizării și globalizării. Ele folosesc coduri de standarde pentru a asigura siguranța uniformă, de calitate și “etică” a conținutului produselor alimentare. Aceste standarde reprezintă o formă de cunoaștere care intenționează să depășească modurile de cunoaștere practică locală folosită în producția și comerțul de alimente.

Internaționalizarea gastronomiei pe fundalul societății de consum, care este una globală, tehnogenă și urbanizată, implică inevitabil modificări ale obiceiurilor alimentare în practicile „culturale” cotidiene, care zi de zi intervin în stilul de viață prin fast food și pizza, mâncarea chinezească, indiană sau mexicană.

În lumea digitalizării și a tehnologiilor avansate, ce favorizează extensia sedentarismului, drept rezultat cresc cazurile de *supraponderabilitate* a populației în regiuni ale globului unde astfel de cazuri practic nu existau. Dintre motivele invocate din aceasta perspectivă menționăm controlul alimentelor și agriculturii, care este concentrat în cadrul corporațiilor transnaționale și a lanțurilor de distribuție a acestora, devenind „din ce în ce mai globale”, iar alimentele și practicile prin care sunt produse devin din ce în ce mai standardizate. Nicio țară, sau regiune nu se mai pot izola, ceea ce se petrece undeva pe glob nu mai reprezintă un proces local. Toate descoperirile, victoriile și cataclismele afectează lumea întreagă.

VALORI ALE IDENTITĂȚII, CULTURĂ ȘI SOCIETATE

Niadi-Corina Cernica, dr., lector univ.
Universitatea „Ștefan cel Mare”, Suceava, România
niadi.cernica@gmail.com

VALUES OF IDENTITY, CULTURE AND SOCIETY

My paper presents the different values of cultures and societies. Some values are values of succes and self-surpass, other values are values of harmony and integration. Vital values are important values in society and culture.

Valorile unei culturi și cele ale unei societăți sunt cele care educă și dau un sens vieții oricărui membru al acelei culturi și societăți. Valorile identității sunt cele prin care un om capătă un sens al vieții, o raportare proprie la istoria comunității din care face parte, cele care dau valoare trecutului și așteptări de la viitor.

În acest sens, epoca contemporană suferă de o gravă criză a valorilor culturale și sociale. Astăzi pare să fie dominantă valoarea succesului personal, în orice formă, în orice domeniu; succesul personal dă valoare unei persoane. Fie că este succesul profesional, fie că este realizarea în familie, fie că este vorba de hobby-uri, succesul le dă valoare și este important. Succesul presupune competiție, accentul pe individ, pe capacitățile și performanța acestuia. Din greșeli nu se învață decât pentru a reuși mai târziu. Ratarea sau înfrângerea nu au valoare nici ca experiență personală, nici ca o reconfigurare a valorilor, ci numai ca un nou început pentru o nouă competiție. Ideea de succes pare de nedepășit pentru cultura și societatea contemporană; valorile, drepturile, șansele sunt ale individului care luptă pentru ele. Sistemul este competițional, presupune perfecționare și performanță. Realizarea vieții proprii depinde de aceste lucruri.

Într-un asemenea sistem valoric, omul este într-o continuă depășire a celorlalți și într-o continuă auto-depășire. Cerută este depășirea celorlalți prin auto-depășire. Standardul, nivelul, randamentul – iată termenii reali ai societății succesului. Cultura este individualistă; valorile ei sunt legate de excepțional, de depășirea de sine și a limitelor proprii, de ideea de aspirație, de acțiune etc.

Individul este puțin integrat în colectivitate, în familie, la care poate renunța când așteptările și aspirațiile proprii cer această renunțare. Evident, în acest cadru cultural, omul devine inadaptat, așteptările și aspirațiile nu presupun un plus de responsabilitate, stresul riscului este continuu prezent, stabilitatea, ca valoare pentru individ, e depășită de risc și încercare. Persoanele se află în situație de nesiguranță, incertitudine, auto-culpabilizare, responsabilitatea este față de sine și propriile așteptări, renunțarea la cursă echivalează cu o des-integrare din propriile visuri și aspirații, cu o renunțare la auto-împlinire. Realizarea de sine este palpabilă, obiectivă, exterioară.

Adaptarea la o astfel de cultură, la o societate care idealizează succesul, este foarte grea, iar stima de sine, care constă în general în corespondența dintre faptele tale și propriile valori, se câștigă altfel – prin apropierea de un standard de realizări. Stima de sine este, în acest tip de cultură, obținută prin propriile succese.

Sensul vieții, adaptarea, integrarea, cooperarea, valorile care privilegiază echilibrul și armonia sunt sacrificate în caruselul unei societăți care

pune accentul pe capacități și performanță; împlinirea de sine, integrarea – singurele care asigură individului echilibrul emoțional, social, rezistența la eșec, sentimentul unui sens al vieții – sunt uitate.

Sănătatea ca echilibru psihic, emoțional, concordanța între ceea ce ești și ceea ce vrei să fii, între sine și societate, raportul sigur între valorile proprii și cele ale culturii tale, ca stimă de sine și valorizare de sine, se obțin greu și unilateral într-o societate a succesului, competiției și auto-depășirii. Securitatea psihică presupune o concordanță între valorizarea de sine și valorile societății și culturii tale.

Un om are nevoie de integrare, cooperare, securitate, de o concordanță între viața interioară și cea socială, de valori care să-i confirme și să-i valorizeze personalitatea și viața. Valorile și teoria valorilor nu sunt numai o ramură a filosofiei, sunt și un mod de a gândi despre societate și cultură.

Un om are un sens al vieții atunci când viața lui este valoroasă din perspectiva unor valori sau când faptele lui coincid cu valorile sale. Un echilibru mai profund și o valorizare de sine mai stabilă cu greu pot exista.

Idealul social, devianța socială, revolta sau revoluțiile au o explicație și în valorile reale sau declarate ale unei societăți. Istoria și viitorul sunt valori pentru o cultură sau o națiune care dau un sens prezentului. Valorile fac parte din viziunea proprie despre viață a unei persoane și fără această viziune proprie asupra vieții maturitatea și stabilitatea psihică nu ar fi atinse.

Cadrul cultural este și un cadru valoric pentru individ [1]. Echilibrul psihic și emoțional al unui individ presupune raportarea la valori, declarate sau implicite. Ca atare, putem vorbi despre valori ale identității, despre valori care fac parte din identitatea noastră, din configurația individualității noastre, ca și alte aspecte, ca mediul, identitatea națională etc. Valorile identității se află în raporturi diverse cu valorile sociale sau ale culturii proprii și derivă din acestea.

Sănătatea spirituală, ca echilibru psihic, sens al acțiunilor, orientare către un viitor, asumarea responsabilităților, depinde de valorile identității și de valorile societății. Suprasolicitarea, stresul, confuziile pe care le creează o cultură care pune accentul pe succes și auto-depășire, pe competiție și reușită individuală, pun în pericol stabilitatea individului și creează nesiguranță în ceea ce privește idealurile societății.

Nu viața neîmplinită, nu suferințele, nu eșecul, nu tragediile, lipsa de șanse sau așteptările neîmplinite creează crize de sens ale vieții sau pierderea motivației, ci lipsa de raportare a vieții, cu oricâte probleme, la o valoare sau un set de valori care să valorizeze viața. Suferința, ratarea sau tragedia nu distrug un om, dacă ele au un sens valoric, o raportare valo-

rică. Valorile proprii și valorile societății sunt o parte a echilibrului unui individ și al unei comunități.

Sociologii culturii vorbesc de „valori ale culturilor” [2] în sens sociologic, cum ar fi „integrarea în natură”, „împlinirea de sine”, „universalismul” etc., care pot fi exemple alternative la succes și individualism. Ideea contemporană sociologică de a vorbi despre valorile unei culturi ca realitate sociologică este importantă. O comunitate umană are, alături de alte caracteristici sociologice, și valori proprii. Unii sociologi au propus, ca parametru social, pe lângă „nivelul de trai”, și „nivelul de fericire”, care cuprinde, printre altele, nivelul de poluare și de educație.

Valorile sunt o realitate psihologică, socială și culturală. Fac parte din sănătatea și echilibrul unui om și al unei comunități.

Valorile vitale sunt nu numai o necesitate sociologică; în Antichitatea greacă ele făceau parte din valoarea unui om, alături de bunătate și dreptate. Nu este de mirare că concursurile atletice și reprezentarea artistică a sportivilor au început în Grecia antică. Valorile vitale, valorizate de societate, trebuie să se sprijine pe valoarea generală a sănătății, a echilibrului între activitate fizică și activitate intelectuală, între acțiune și cunoaștere.

Lumea de astăzi leagă de valorile vitale și probleme precum poluarea, stilul de viață, serviciile medicale, educația medicală, insecuritatea socială de orice tip ca sursă de stres. Toate acestea, alături de educație, fac parte din ceea ce s-ar numi „nivelul de fericire”, dat fiind că nivelul de trai presupune în special nivelul de venituri. Promovarea ideilor ecologice, a sportului, a educației medicale, a stilului de viață activ, preocuparea pentru securitatea persoanei, indică o societate preocupată de sănătate ca vector al echilibrului.

Împlinirea vieții, opusă preocupării pentru carieră sau succes, este o tendință în perceperea actuală a muncii, după cum arată preocupările pentru această temă: există un interes tot mai mare pentru timpul liber, pentru preocupări extraprofesionale, pentru familie, pentru climatul psihologic de la locul de muncă, în detrimentul succesului sau al salariului [3]. Armonia și împlinirea personală sunt considerate superioare, sau de dorit.

Pe lângă valorile vitale, biologice, se acordă tot mai multă atenție echilibrului psihic, climatului psihic, armoniei persoanei, capacității acesteia de a se integra, de a-și găsi un rost, motivațiilor superioare, nevoilor culturale și sociale. Ele reprezintă un nivel al sănătății, al echilibrului, un fel de a răspunde stresului, inadapării, insecurității, relațiilor de putere, presiunilor sociale de orice fel, care, până de curând, constituiau simptomele unei lumi suprasolicitate și în pericol de dezechilibru.

Cadrul cultural, prin valori, al unei societăți și al unui individ, duce la promovarea și a valorilor vitale, și a valorilor corelate lor.

Sperăm ca noua sociologie și științele sociale să apeleze tot mai mult la conceptul de „valoare”, și la concepția largă de „valori ale culturilor”, pentru a explica societățile și evoluția acestora.

Referințe bibliografice

1. Boboc Alexandru. Cultură modernă și „tradiție de cultură”. Cluj-Napoca: Editura Grinta, 2008.
2. Doise Willem, Spini Dario. Unitate și diversitate în comparațiile dintre culturi. În: Metodologia științelor socioumane. Coord. Serge Moscovici, Fabrice Buschini. Iași: Editura Polirom, 2007.
3. Bogáthy Zoltán, Ilin Corina. Analiza muncii și viitorul ei în organizații. În: Manual de tehnici și metode în psihologia muncii și organizațională (coord. Zoltán Bogáthy). Iași: Editura Polirom, 2007.

PROIECTAREA UNUI MEDIU GENERATOR DE SĂNĂTATE ȘI SECURITATE ÎN COMUNA (COMUNITATEA) „RÂU-LAK – RIVERLAKE”

Anatolie Baci, dr. în șt. biol., conf. cercet., cercetător științific superior
Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, R. Moldova
anatolimbacio@gmail.com

DESIGN OF AN ENVIRONMENT HEALTH AND SECURITY GENERATOR IN THE “RIVERLAKE” COMMUNITY

An attempt is presented to formulate the concept of designing a community in a settlement on the banks of a river or lake, based on the principles of harmonization with the surrounding landscape to ensure the health of its members. For practical testing of theoretical positions, laboratory tests of mature practically healthy individuals who have undergone training program at a summer camp on the banks of the Dniester.

În 2009, Adunarea Generală a ONU a proclamat 22 aprilie Ziua Internațională a Mamei Pământ. Postulând că Planeta Pământ și ecosistemele sale sunt casa noastră comună, trebuie, prin urmare, să ne străduim să armonizăm cu Natura pentru a realiza un echilibru între nevoile economice, sociale și de mediu ale generațiilor prezente și viitoare. Armonizarea vieții comunității umane cu Natura asigură sustenabilitatea ecosistemelor. În Japonia, de exemplu, un program extins de cercetare a fost numit astfel: „Programul de cercetare a armonizării cu natura”, care a fost inițiat și implementat de Centrul pentru Studii de Biologie, de Mediu și

Ecosisteme (NIES, Japonia). Cinci proiecte includ un astfel de program menit să asigure biodiversitatea, să înțeleagă mecanismele fundamentale ale interacțiunilor în ecosisteme și să descopere modalități inovatoare de conservare a acestora. Rezultatele programului sunt introduse în gestionarea ecosistemelor și a bazinelor hidrografice, tehnologii pentru conservarea speciilor rare de floră și faună, procesele de încheiere a acordurilor și îmbunătățirea legislației [6]. Un alt program, implementat de Universitatea din Tokyo, creează o societate în armonie cu Natura și își propune să stăpânească puterea pădurilor din Japonia și nu numai (valorificarea puterii pădurilor din Japonia). În general, problema conservării zonelor forestiere existente și a plantațiilor noi devine globală. Pe lângă sarcinile extrem de importante de biodiversitate și conservare a ecosistemelor, programele moderne rezolvă și problemele de conservare a sănătății populației umane care le locuiește [2]. Secretarul general al ONU, António Guterres, a remarcat la un briefing la nivel înalt la Consiliul de Securitate că, fără o gestionare eficientă a resurselor noastre de apă, riscăm să exacerbam disputele dintre comunități, sectoare și chiar să creștem tensiunile între națiuni. Apa ar trebui să rămână un motiv de cooperare, nu de conflict. Resursele de apă trebuie alocate în mod echitabil și rațional. Problema asigurării accesului la apa potabilă există deja în multe regiuni ale planetei. În secolul XXI, conceptul de securitate s-a transformat dintr-unul militarist în unul de mediu (ecologic), economic, social și politic. Securitatea modernă a căpătat o altă semnificație și direcție. Această securitate este legată de așa-numitele amenințări „moi”. De exemplu, degradarea mediului (ecologic): poluarea atmosferei, a corpurilor de apă, a ploilor acide, a distrugerii spațiilor verzi și a animalelor, reprezintă o amenințare pentru mediu și populație. Prevenirea răspândirii (pandemiei) etno-naționalismului, xenofobiei, discriminării rasiale și a oricărei alte discriminări, a războaielor ideologice, a provincialismului, a stratificării și polarizării comunității umane este principala sarcină a sectorului securității sociale. A apărut o nevoie urgentă de dezvoltare, diseminare și consolidare a unei culturi a siguranței în societate [1]. La desfășurarea activităților educaționale se găsește o corelație negativă între mediul favorabil al unei instituții de învățământ (școală elementară, liceu, liceu, colegiu, universitate) și nivelul de agresivitate al elevilor (studenților). Se poate argumenta că într-un mediu mai sigur nivelul de agresivitate al locuitorilor este redus. Ținând cont de cele de mai sus, scopul este de a dezvolta, pe baza unei analize sintetice a literaturii, și de a testa abordări fundamentale în proiectarea unui mediu de viață sigur și formant pentru populația de pe coasta râurilor și lacurilor.

Lucrare a fost realizată anonim pe un contingent de persoane practic

sănătoase (n = 15) în vârstă între 19 și 22 de ani în timpul taberei de vară de pe coasta Nistrului, grupul persoanelor examinate practica regulat diverse activități fizice locomotorii (mers pe jos, alergare, jocuri în aer liber) cu o frecvență de 3 până la 5 ori pe săptămână și o durată de aproximativ 90 de minute. Astfel, am testat modelul experimental al comunității „Râu-Lak” pentru efectul său de formare a sănătății și siguranță asupra locuitorilor. Toți indivizii au fost de acord în mod voluntar să efectueze teste pentru a evalua calitativ și cantitativ expresia emoțiilor atunci când sunt virtual „scufundați” într-un mediu care imită un mediu condiționat de siguranță și sănătate, precum și un mediu amenințător al vieții. O astfel de testare s-a bazat pe monitorizarea video sau screeningul reacțiilor psihomotorii ale mușchilor mimici ai indivizilor în timpul percepției senzoriale vizuale și sonore a fluxului ascendent multisenzorial. Acest flux multisenzorial imita semnalizarea socială din mediu. Supravegerea video a făcut posibilă aplicarea unui sistem de codificare a mișcărilor feței. Am obținut un rezultat cantitativ măsurând anumite mișcări în zonele feței (reacții psihomotorii), plasând imaginea într-un sistem de coordonate și punând puncte pe zonele cheie cele mai mobile. Am folosit multe serii de imagini în sistemul de coordonate. Luând în considerare anatomia mușchilor faciali la identificarea fiecărui punct de pe față, am clasificat aceste reacții psihomotorii: „răspuns neutru”, „răspuns la siguranță” și „răspuns la amenințare” în dinamica modelării virtuale a unui mediu periculos și sigur în condiții naturale. Sistemul de codificare a mișcărilor faciale menționat mai sus (Facial Action Coding System, FACS) este o metodologie care permite să clasificăm calitativ și cantitativ, să evaluăm reacțiile psihomotorii mimice ale unei persoane cu modificări ale stării sale emoționale [3, 4]. Fiecare reacție psihomotorie mimică este definită ca o unitate motorie (UM) și un descriptor motor (DM). În arsenalul FACS există o listă a principalelor UM și DM, în care fiecare primește propriul cod: AU 16, AU 22 etc. (Action Unit, AU). Pentru a crește obiectivitatea evaluării, în combinație cu reacțiile psihomotorii mimice, s-au măsurat reacțiile psihovegetative, manifestate ca fluctuații ale gradului de saturație a oxigenului din sânge (SpO₂) pe fondul edortului locomotorii în aer liber într-o pădure de pe coasta Nistrului. Sarcina locomotorie a inclus exerciții de intensitate moderată și mare. Pentru a testa limitarea activității locomotorii efectuate, subiecții au fost supuși unei intensități mari și a unei sarcini crescute. Conform ipotezei noastre de lucru, activitatea locomotorie ar trebui să fie diversă și, pentru a forma o stare emoțională pozitivă, actele locomotorii practicate ar trebui să producă efectul noutății. Prin urmare, pe lângă mersul pe jos, alergatul, înotul, este recomandabil să includem în program canotaj, dansuri sportive, lupte, arte marțiale. Pul-

soximetria reprezintă (măsurarea SpO_2) o metodă relativ simplă și ușor de implementat tehnic pentru indicarea funcției sistemului de schimb de gaze în organism. O evaluare obiectivă a stării funcționale a sistemului de schimb de gaze în corpul uman a fost efectuată, de asemenea, folosind testele funcționale ale lui Stange și Genchi, pe baza testării capacității aerobe a corpului în timpul reținerii respirației (apnee). Analiza statistică a fost efectuată prin metoda ANOVA folosind testul t-Student. Semnificația statistică a diferenței a fost determinată prin compararea rezultatelor măsurătorilor obținute de la aceiași indivizi cu 3 zile înainte de începerea programului de antrenament în timpul taberelor de vară (definiții de fundal) și la 3 zile după încheierea programului (definiții experimentale). Astfel, comparația a fost longitudinală.

Un model idealizat pentru o alternativă la viața rurală și urbană obișnuită pe coasta corpurilor de apă interioară poate fi așa-numitele comune (comunități), în special Comunitatea Riverlake, precum și ecosate sau eco-sate (Ecovillage). Există deja o rețea globală de localități ecologice (GEN). Astfel de proiect al comunei include 4 sectoare: mediu; social; economice și ideologice. Implementarea mediului trebuie asigurată, de exemplu, prin organizarea utilizării surselor alternative de energie (solară, eoliană); purificarea și reciclarea apei; toalete cu compost; autosuficiență în aprovizionarea cu alimente și băuturi; materiale de construcție și moduri de transport ecologice utilizarea resurselor în bucle închise etc. Atunci când proiectăm o comunitate armonizată cu Natura, ne bazăm pe postulatul că implementarea proiectului ar trebui să ofere siguranță bidirecțională: protecția membrilor comunității (comunitatea „Râu-Lac”) de forțele elementelor și, pe de altă parte, armonizarea coexistenței oamenilor cu ecosistemul acvatic. Pentru a rezolva această problemă, este important să se studieze în profunzime relația dintre infrastructura creată de om, arhitectura și elementele unui anumit habitat uman (activitatea vieții). În primul rând, trebuie să efectuați o analiză contextuală a site-ului (site-ului); apoi determinați modelul răspunsului climatic; includ elemente de biomimicry în proiectare; stabilesc mecanisme de relații între membrii comunei (comunității) și mediul înconjurător; să evalueze biocompatibilitatea materialelor de construcție utilizate; să identifice granițele dintre locuitori și natură, precum și mijloacele senzoriale ale comunicării lor transfrontaliere de diferite modalități; introduce oligoelemente ale naturii în proiectarea spațiului intern și extern; să asigure imersiunea Naturii în mediu prin ștergerea diferențelor vizibile dintre cele create de om și cele naturale; să proiecteze prezența Naturii la intrare și ieșire, utilizarea acesteia ca bază experimentală și, în cele din urmă, să asigure răspunsul arhitecturii la schimbările naturale

temporare (scăderi de temperatură, umiditate, mișcarea maselor de aer, răsărit și apus) [7]. Maria Lorena Lehman este fondatoarea unui laborator unic de acest fel și laureată a prestigioasei monografii academice „Medii adaptive și senzoriale” și coautor al cărții „Clădiri inteligente” și autorul celui de-al patrulea capitol intitulat: „Proiectarea senzorială a mediului” [5]. Laboratorul funcționează sub sloganul: „Vizualizarea zilei de mâine. Actualizarea zilei de azi”. Acest concept de design multisenzorial se concentrează pe oferirea unei personalizări a mediului de viață pentru fiecare membru al comunității și se axează pe actualizarea experienței lor semnificative. O astfel de proiectare, bazată pe biofilie după definiția autorului, necesită o abordare sistematică și o convergență interdisciplinară a arhitecturii, proiectării, nanotehnologiei, ecologiei și neurofiziologiei. Analiza contextuală a unui loc (site), care este o lucrare de cercetare care vă permite să facem proiectul flexibil, adică adaptat la condițiile de mediu existente și în schimbare, precum și anticiparea rezultatelor unui impact benefic sau dăunător al unui proiect în desfășurare. În același timp, luăm în considerare locația, dimensiunea, topografia, zonarea, posibilitățile de trafic de transport și condițiile climatice. Siguranța unei comunități armonizate cu ecosistemul unui corp de apă interioară (râuri, lacuri), în primul rând, trebuie să fie asigurată printr-un management adecvat al inundațiilor care să minimizeze riscul apariției acestora. După cum se știe, se utilizează managementul ingineresc dur și managementul ingineriei soft. Gestionarea ușoară a ingineriei este mai naturală și mai durabilă, de exemplu zonarea în zonele inundabile. Hidrografia este necesară pentru a reflecta răspunsul nivelului apei la precipitații abundente. Gestionarea riguroasă a ingineriei se bazează pe utilizarea structurilor hidraulice artificiale, de exemplu, baraje, terasamente, precum și un dispozitiv de deversare. Un element important al proiectului comunitar este screeningul sănătății mentale (mentale), somatice și vegetative a locuitorilor. Rezultatele obținute indică faptul că indivizii care au făcut tabere de tabără de vară pe coasta din pădure modifică semnificativ indicatorii abilităților aerobe ale corpului, care se exprimă prin schimbări ale saturației de oxigen din sânge în dinamica testării în timpul apneei. Dinamica modificărilor SpO_2 a fost următoarea: până la tabără $95,1 \pm 1,6$ în stare de repaus; după testul lui Genchi $89,7 \pm 1,5$ și după 1 min de recuperare $90,3 \pm 1,3$. După tabără: $98,2 \pm 1,9$ în stare de repaus; după testul lui Genchi $93,7 \pm 0,8$ și după 1 min de recuperare $97,1 \pm 2,0$ ($P < 0,05$).

Pe fondul schimbărilor adaptative favorabile ale sistemului de schimb de gaze, natura reacțiilor psihomotorii mimice ale indivizilor demonstrează predominanța mișcărilor faciale în zona de localizare musculară: *m. zygomaticus major* și *m. buccinator* și reducere în aria de *m. corugator*

supercilii, dovedind menținerea unei stări emoționale pozitive. Un indicator al acțiunii amenințătoare a unui mediu nesigur este manifestarea mișcărilor feței în zona *m. corrugator supercilii* și tendință spre reducere în aria de *m. zygomaticus major* (Fig. 1).

Reacție psihomotorie la „imersiune” în mediul „AMENINȚARE”

Activare – *m. corrugator*

Tendință spre reducere – *m. zygomaticus*

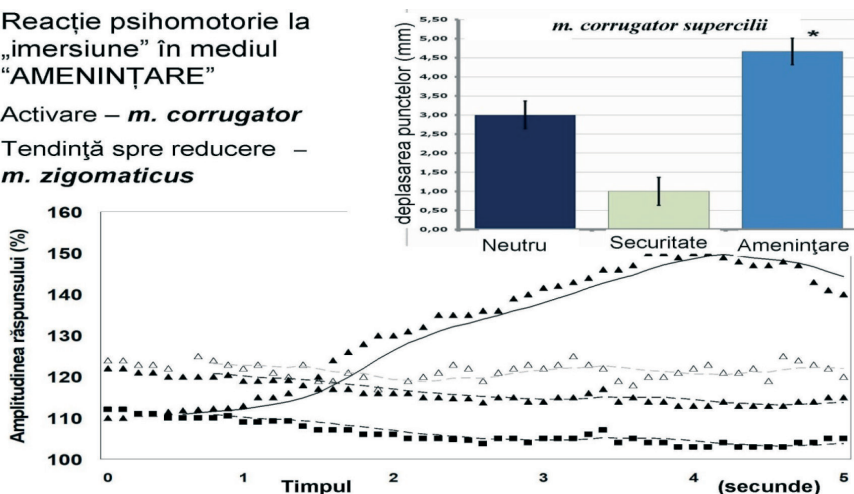


Fig. 1. Liniile de tendință ale dinamicii modificărilor amplitudinii deplasării punctelor atunci când se simulează un mediu sigur în zona mușchilor feței: ▲▲▲▲ – *m. corrugator supercilii*; △△△△ – *m. buccinator*; ▲▲▲▲ – *m. orbicularis oculi*; ■■ ■■ – *m. zygomaticus major* (* – $P < 0,05$)

Referințe bibliografice

1. Buzan B. and Hansen L. The Evolution of International Security Studies. Cambridge University Press, 2009. Online publication date: 2012.
2. Creating a Society in Harmony with Nature. Harnessing the Power of Forests in Japan and Beyond. În: https://www.u-tokyo.ac.jp/en/whyutokyo/wj_002.html
3. Ekman P. and Friesen W. Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1978.
4. Friesen W., Ekman P. EMFACS-7: Emotional Facial Action Coding System. Unpublished manual, University of California, California, 1983.
5. Intelligent Buildings. 2nd Edition. / Edited by Derek Clements-Croome. 2013.
6. Issue-Oriented Research Programs FY 2016-2020. Harmonization with Nature Research Program. În: <https://www.nies.go.jp>
7. Lehman Maria Lorena Adaptive sensory environments. An introduction. 2017. Silver medal Nautilus Book Award Winner.

DILEME ETICE – PROVOCĂRI ÎN ACTIVITATEA PROFESIONALĂ A AVOCATULUI ÎN R. MOLDOVA

Zinaida Lupașcu, dr. în drept, conf. univ., avocat

Departament IDEI, Facultatea Construcții Geodezie și Cadastru, Universitatea Tehnică din Moldova, Comisia de Etică și Disciplină a Uniunii Avocaților, Chișinău, R. Moldova
lupasika@rambler.ru

ETHICAL DILEMMAS – CHALLENGES IN THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF THE LAWYER IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

Ethical dilemma is a difficult moral issue, which involves two or more mutually exclusive and morally equal variants of action. Ethical dilemmas are exceptionally important in the field of medical and criminal justice and in careers such as social work and psychology. Perhaps, more than any other profession, law often faces problems of a moral nature for which the laws of organization, statutes, but especially codes of ethics do not always offer real solutions. The Moldovan Code of Ethics, for example, sets out principles and rules of conduct that the lawyer should follow, both in following the rules of the legal profession and in his public and private life. (Chapter of the Code of Ethics of the lawyer from the Republic of Moldova).

Dilemă etică este o problemă morală dificilă, care implică două sau mai multe variante de acțiune ce se exclud reciproc și sunt egale moral. O dilemă etică este o situație care implică alegerea dintre alternative la fel de necorespunzătoare, având la bază o revendicare morală, adesea cu principii contradictorii. Unele dileme etice pot implica urmărirea adevărului sau versiunea fidelă unui prieten; respectarea legilor sau regulilor versus compasiune pentru situația unei persoane; și preocupări cu privire la o persoană în parte față de impactul mai mare asupra unei comunități. O dilemă etică diferă de o dilemă morală, deoarece implică foarte mult respectarea regulilor, mai degrabă decât conștiința cuiva, deși conștiința cu siguranță poate muta un individ să ia în considerare încălcarea regulilor. Dilemele etice sunt deosebit de importante în domeniul justiției medicale și penale și în cariere precum munca socială și psihologia. În plus, majoritatea funcționarilor publici trebuie să urmeze o pregătire de etică pentru a aborda dilemele comune pe care le pot întâmpina în timp ce lucrează cu publicul.

Progresele recente în știință au adus, de asemenea, dileme etice interesante și neîncadrate. În timp ce răspunde la un apel de violență în familie, un ofițer de poliție află că atacatorul este fratele șefului de poliție, iar șeful poliției îi spune ofițerului „să-l faci să plece” [9]. Uneori, avem mult

de câștigat dacă renunțăm la limitarea unei gândiri încâpățanate (ceia ce nu este în firea unui avocat). Să nu uităm niciodată să avem o viziune de ansamblu. Ceia ce trebuie să fie caracteristica de bază a unui avocat.

Există trei condiții care trebuie să fie prezente pentru ca o situație să fie considerată o dilemă etică.

Prima afecțiune apare în situațiile în care un individ,, trebuie să ia o decizie cu privire la calea cea mai bună de rezolvare a unei situații. De exemplu, avocatul-stagiatar în cadrul stagiului trebuie să fie sub supravegherea unui avocat-îndrumător adecvat, deoarece necesită un sfat cu alegerea materiei legale pentru soluționarea unei situații. Prin urmare nu există nici o încălcare etică sau încălcare a confidențialității atunci când un avocat-stagiatar discută un caz cu avocat-îndrumător

A doua condiție pentru dilema etică este aceea că trebuie să existe mai multe variante de acțiune ce se exclud reciproc și sunt egale moral pentru a alege pe cea potrivită

În *al treilea* rând, într-o dilemă etică, indiferent de cursul acțiunii, un anumit principiu etic este compromis. Cu alte cuvinte, *nu există o soluție perfectă*.

Pentru a determina ce constituie o dilemă etică, este necesar să facem o distincție între etică, valori, moravuri și legi și politici.

Etica sunt declarații (standarde) prepoziționale care sunt utilizate de către membrii unei profesii sau grupuri pentru a determina care este cursul corect al acțiunii într-o situație. Etica se bazează pe criteriile logice și raționale pentru a ajunge la o decizie, un proces esențial cognitive [7].

Pe de altă parte, valorile descriu ideile pe care le apreciem sau le prețuim. A aprecia ceva înseamnă că îl ținem drag și simțim că merită pentru noi. Ca atare, există adesea un sentiment sau o componentă afectivă asociată valorilor [4].

Adesea, valorile sunt ideile pe care aspirăm să le obținem, precum egalitatea și justiția socială. Morala descrie un cod de conduită comportamentală cărui i se atribuie un individ. Sunt obișnuiți să negocieze, să sprijine și să ne întărească relațiile cu ceilalți (Dolgoff, Loewenberg, & Harrington, 2009).

În cele din urmă, legile și politicile agențiilor sunt adesea implicate în cazuri complexe, iar asistenții sociali sunt adesea obligați legal să întreprindă un anumit curs.

Mai mult poate decât orice altă profesie, avocatura se confruntă adesea cu probleme de natură morală pentru care legile de organizare, statutele, dar mai ales codurile deontologice nu oferă întotdeauna soluții reale.

Codul deontologic al avocatului din R. Moldova, spre exemplu, stabilește principii și reguli de conduită pe care avocatul ar trebui să le res-

pecte, atât în exercițiul profesiei de avocat, cât și în viața sa publică și privată. (Capitolul Codul deontologic al avocatului din R. Moldova) [3].

Mai exact, norma etică profesională trasează niște coordonate generale ale raportului avocatului cu clienții, cu alți avocați, cu magistrații, cu organele judiciare, cu organe și instituții cu atribuții jurisdicționale, precum și cu orice alte entități cu care inițiază și stabilește relații în exercitarea profesiei.

Astfel de coordonate pot fi într-adevăr relevante pentru stabilirea unui standard de comportament și adesea pentru funcționarea, în anumite situații, a răspunderii disciplinare, însă nu oferă neapărat o bază etică pentru deciziile pe care un avocat să le adopte la nivelul activității profesionale.

Marile încercări de natură etică ale profesiei constau în realitate în poziționarea avocatului față de cauza în sine, client, obiectivele acestuia și, evident, față de propriile acte efectuate realizării acestor obiective.

Practica avocațială aduce de multe ori în discuție provocări specifice precum prostituția, consumul de droguri, optimizarea fiscală, urbanism și protecția mediului, încredințarea minorilor.

Aceste tipologii de cauze nasc dileme morale care ar trebui soluționate de către avocat raportându-se la niște principii abstracte (demnitate, onoare, probitate, integritate) pe care codul deontologic le enumeră fără însă a lămuri dacă au sau nu o semnificație autonomă raportat la natura sau rolul social al profesiei.

De multe ori, opțiunea pentru o anumită conduită profesională îl poate poziționa pe avocat într-o zonă de disconfort extrem față de propriul sistem de valori, față de propria viziune asupra a ceea ce considera în mod intim drept corect și moral. Deși subiectul este mai întotdeauna evitat, el se află cu certitudine pe agenda personală a fiecăruia, cel puțin atât timp cât profesionistul nu se obișnuiește să îl ignore.

Apare o dilemă în cazul lui Șor, când nici un avocat din Cahul de la CNAGGS nu vroia să-i apere interesele..Se căuta o soluție la nivel de administrație a Uniunii Avocaților din RM.

O altă confruntare cu dileme în activitatea de avocat este prezentă când petiția scrisă de petiționar vine la examinare în Comisia de Etică și Disciplină a Uniunii Avocaților din RM când avocatului stagiar i s-a încheiat termenul de stagiere, dar licența încă nu a luat-o. La momentul examinării petiției reiese, că avocatul stagiar nu are nici un statut. Dilema – chiar dacă se depistează în activitatea avocatului stagiar pe perioada de stagiere încălcări din partea acestuia, Comisia de Etică și Disciplină a Uniunii Avocaților din RM nu poate să-i aplice vreo sancțiune din considerentul, că ultimul nu este subiect al încălcării la moment, neivind vreun

statut determinat. Mentorul trebuia să ia act-ce face stagiarul său și să iscălească atit mandatul,cit și contractual. Câte o dată stagiarii suferă din cauza îndrumătorilor.

O dilema complicate este când la Comisia de Etică și Disciplină a Uniunii Avocaților din RM vine o sesizare de la Biroul de probațiune, că este un avocat condamnat în baza art.326 CP RM și existând o Decizie definitivă și executorie a Curții de Apel. Conform art.25, lit. j din Legea avocaturii Comisia de Etică și Disciplină a Uniunii Avocaților din RM urmează să-i retragă licența avocatului vizat. Avocatul în acest timp atacă decizia la CSJ cu recurs, și CSJ trimite la rejudecare, Curtea de Apel a doua oară îl achită, apoi recursul procurorului la CSJ este respins și avocatul rămâne achitat. Dilema constă în faptul, că prima instanță îl achită, Curtea de Apel – îl condamnă, CSJ- acceptă admisibilitatea recursului avocatului și în complet lărgit îl trimite la rejudecare, Curtea de Apel – a doua oară îl achită, CSJ – pronunță inadmisibilitatea recursului procurorului. Astfel avocatul e achitat, i s-a demonstrate nevinovăția, dar la moment este fără licență. Ca să-și recapete licența este un drum foarte lung.

Suntem în fața unei dileme etice și atunci când petiția este scrisă de parte adversă (de oponent), nu scrie clientul avocatului vizat, Avocatul vizat își onorează obligațiile față de clientul său. Comisia de Etică și Disciplină a Uniunii Avocaților din RM nu poate să-l sancționeze din simplu motiv că el utilizează unul din metodele:ataci sau te aperi, înaintezi sau stai în defensive.

Referințe bibliografice

1. Legea Republicii Moldova cu privire la avocatură nr. 1260-XV din 19.07.2002, Publicat: 2002-09-12 în Monitorul Oficial Nr. 126-127 art Nr 1001, Versiune în vigoare din 14.01.19 în baza modificărilor prin LP133 din 15.11.18, MO467-479 14.12.18 art.784; art. 1, art. 3, art. 5, art. 9, art. 54, art. 56.
2. Statutul profesiei de avocat, art, 10, art. 57, Monitorul Oficial nr.54-57/302 din 08.04.2011.
3. Codului deontologic al Avocaților din Republica Moldova, adoptat de Congresul Avocaților din 20 decembrie 2002, cu modificările și completările adoptate de Congresul Avocaților la 23 martie 2007 și la 01 iulie 2016, art. 1 din Preambulul, art. 2 alin. (1) Capitolul I, art. 1 al Capitolului II, art. 2 alin. (1), (2), (5) din Capitolul II, Capitolul IV.
4. Art.326 Codul Penal al Republicii Moldova Nr. 985 din 18-04-2002, Publicat: 14-04-2009 în Monitorul Oficial Nr. 72-74 art. 195, Versiune în vigoare din 12.01.19 în baza modificărilor prin LP245 din 15.11.18 MO462-466 din 12.12.18 art. 774.
4. Allen, K. N., & Friedman, B. (2010). Affective learning: A taxonomy for teaching social work values. *Journal of Social Work Values and Ethics*, 7 (2). In: <http://www.socialworker.com/jswve> (accesat: 26.06.2020).

5. Bradley Wendell W. Lawyers and Fidelity to Law. Princeton: Princeton University Press, 2010, p. 6.
6. Council on Social Work Education. (2008). Education policy and accreditation standards (EPAS). In: <http://www.cswe.org/NR/rdonlyres/2A81732E-1776-4175-AC42-5974E96BE66/0/2008EducationalPolicyandAccreditationStandards.pdf>. (accesat: 20.07.2020).
7. Congress E. P Social work values and ethics: Identifying and resolving professional dilemmas. Belmont, CA. Wadsworth Group/Thompson Learning, 1999.
8. Radu Damaschin. Avocatura – câteva provocări de natură etică. 7 august, 2018. În: <https://revistacariere.ro/antreprenor/legal/avocatura-cateva-provocari-de-natura-etica/> (accesat: 02.08.2020).
9. Exemplu de dilemă etică. Ești singura în mașină și conduci într-o noapte furtunoasă; când treci pe lângă o stație de autobuz, vezi 3 persoane așteptând autobuzul: 1. O bătrânică bolnavă care pare pe moarte. 2. Un vechi prieten care ți-a salvat viața. 3. Iubitul ideal pe care așteptai de o viață să îl întâlnești. Pe care l-ai lua în mașină, dacă ar exista posibilitatea ca lângă șofer să stea un singur pasager? Gândește-te bine înainte să continui...Aceasta este o problemă etică/morală care a fost folosită ca parte a unui interviu pentru o slujbă într-o Casă de avocatură. Poți să iei bătrâna, întrucât ea e pe moarte; sau poți să îl alegi pe vechiul tău prieten care ti-a salvat viața, și astfel să te revanșezi. Și totuși, șansa de a găsi partenerul ideal s-ar putea să nu ti se mai ofere. Răspunsul candidatului care a obținut slujba a fost: „I-aș da cheile de la mașina prietenului meu să o ducă pe bătrână la spital, și aș aștepta autobuzul alături de partenerul ideal”.

ANALIZA CATEGORIEI JURIDICE A SECURITĂȚII ȘI SĂNĂTĂȚII ÎN MUNCĂ ÎN CADRUL SPAȚIULUI ȘTIINȚIFIC MODERN

Boris Sosna, dr. în drept, prof. univ.

Emil Nasirli, doctorand

Universitatea de Stat din Comrat, Comrat, R. Moldova

sosnaboris@mail.ru

azerbaycanim_jurnal@mail.ru

ANALYSIS OF THE LEGAL CATEGORY OF SAFETY AND HEALTH IN WORK WITHIN THE MODERN SCIENTIFIC AREA

The authors of the presented communication come with an analysis of the legal category of occupational safety and health, within the modern scientific space, having the specialized literature in Romania, a member state of the European community, the Russian Federation and the Republic of Moldova. And, as a result, a new more similar definition of the notion of occupational safety and health is proposed (occupational safety).

În Republica Moldova, la capitolul drepturilor salariaților unul din principiile de bază este asigurarea securității și sănătății în muncă, principiu prevăzut prin art. 43 alin. (2) din Constituția Republicii Moldova [1], care prevede că „salariații au dreptul la protecția muncii. Măsurile de protecție privesc securitatea și igiena muncii, regimul de muncă al femeilor și al tinerilor, instituirea unui salariu minim pe economie, repausul săptămânal, concediul de odihnă plătit, prestarea muncii în condiții grele, precum și alte situații specifice”, principiu care se află într-o legătură strânsă cu alt drept constituțional consfințit la art.24 alin.(1) din Constituție, și anume dreptul la viață și la integritate fizică și psihică, drept care este garantat de stat.

Este evident că deși din noțiunea de protecție a muncii, respectiv securitate și sănătate în muncă, se referă doar la activitatea umană în cadrul specific al relațiilor de muncă, totuși ea are, ca finalitate generală apărarea persoanei, ca subiect al acestei activități.

La ziua de azi, observăm, că chiar dacă progresele științifico-tehnice au determinat, într-o mare măsură, ameliorarea situației în domeniul securității și sănătății în muncă („protecția muncii”), societatea se confruntă în continuare cu creșterea numărului accidentelor de muncă și al bolilor profesionale, din care motiv considerăm necesară și oportună analiza doctrinară a definițiilor și tratărilor noțiunilor date.

Inițial, însă vom menționa că din punct de vedere istoric, primele reglementări în domeniul protecției muncii, aplicate pe teritoriul actualei Republici Moldova, sunt considerate, cele care au fost cele adoptate de autoritatea legislativă a României și care au obținut forță juridică pe teritoriul Basarabiei din data de 27 martie 1918 (ca rezultat al proclamării Unirii cu România). Astfel, în perioada anilor 1918-1940, în spațiul dintre Prut și Nistru erau aplicabile următoarele acte normative referitoare la unele aspecte de securitate și sănătate în muncă: Legea sanitară din 1874; Regulamentul industriilor insalubre din 1894; Legea pentru repausul în zilele de duminică și sărbători din 1897; Legea privind munca femeilor și minorilor în industrie și exploatarea miniere din 1906; Legea privind ajutoarele de boală și lehozie din 1923; Legea privind munca minorilor și femeilor din 1928; Legea privind accidentele de muncă din 1934 [2].

După analiza actelor normative citate, putem face următoarele constatări și aprecieri: a) Legea sanitară din 1874 constituie un progres față de legislația anterioară, „introducând o nouă concepție modernă și punând mare accent pe igienă”; b) Legea privind accidentele de muncă din 1934 poate fi considerată ca „actul de naștere” al instituției protecției muncii pentru România, respectiv, Republica Moldova, în accepțiunea modernă a termenului.

În literatura juridică s-a expus punctul de vedere ce urmează a fi menționat [3], ce evidențiază că aceste reglementări adoptate în favoarea muncitorilor au fost strâns legate de avântul mișcării sindicale, care urmărirea, în primul rând, îmbunătățirea condițiilor de muncă, reglementarea muncii femeilor și a copiilor, a muncii de noapte și a asigurărilor sociale.

Protecția muncii în Republica Moldova, în calitate de institut juridic distinct și domeniu de intervenție a statului a existat și în perioada sovietică (socialistă), perioadă în care, legislația muncii [4], prevedea un capitol aparte, ce ținea de *protecția muncii*, și anume art.148-167.

După proclamarea independenței la 27 august 1991, în procesul de ajustare a legislației Republicii Moldova la noile cerințe a societății la capitolul protecția muncii, prin Codul muncii al Republicii Moldova [5], care inițial, conținea norme analogice celor existente anterior, din perioada sovietică, și anume Titlul IX, art.222-244.

Actualmente, drept rezultat al multiplelor intervenții legislative [6], prevederile Codului Muncii indicate supra, au suferit mai multe, modificări, care în esență se reduc la aceea, că statul în încercarea de a acorda o atenție mult mai sporită și calitativă a subiectului protecției muncii, a redefinit acest institut juridic cu formula "*securitatea și sănătatea în muncă*", limitându-se a reglementa în codul muncii, prevederi cu caracter general (art.222-225). Însă, întru evitarea paralelismelor, în baza normei de trimitere de la art.224, se statuează că "*organizarea securității și sănătății în muncă se efectuează în conformitate cu Legea securității și sănătății în muncă* [7], lege organică, prin care se reglementează raporturile juridice ce țin de instituirea de măsuri privind asigurarea securității și sănătății lucrătorilor la locul de muncă.

Potrivit art. 1 din legea enunțată, noțiunea de *securitate și sănătate în muncă (siguranță ocupațională)* semnifică – ansamblu de activități având ca scop asigurarea celor mai bune condiții de lucru, apărarea vieții, sănătății, integrității fizice și psihice a lucrătorilor.

În continuare vom face o analiză a definițiilor și tratărilor ale noțiunilor de „securitate și sănătate în muncă” și „protecție a muncii” consacrate în literatura de specialitate a României, Federației Ruse și, respectiv, Republicii Moldova.

Astfel, în opinia doctrinarului român Alexandru Țiclea, [8, p.319] „securitatea și sănătatea în muncă, instituție a dreptului muncii, este un ansamblu unitar de norme juridice imperative care au ca obiect reglementarea relațiilor sociale ce se formează cu privire la organizarea multilaterală, desfășurarea și controlul proceselor de muncă, în scopul asigurării condițiilor optime, la nivelul științei și tehnicii moderne, pentru apărarea vieții, integrității corporale și sănătății tuturor participanților în

acest proces, prevenirea accidentelor de muncă și a îmbolnăvirilor profesionale”.

Autorii Valer Dorneanu și Gheorghe Bădică, [9, p.283] afirmă că „*într-o accepțiune largă, protecția muncii constituie o componentă importantă a protecției sociale*”. În susținerea acestei afirmații, acești doctrinari români invocă prevederile art. 38 alin. (2) din Constituția României care, după ce consacră dreptul salariaților la protecție socială, precizează că măsurile de protecție privesc, în primul rând, securitatea și igiena muncii.

Doctrinarul român Tiberiu Constantin Medeanu, [10, p.7] evidențiază mai multe sensuri ale sintagmei „protecția muncii”. Astfel, „protecția muncii cuprinde ansamblul măsurilor și activităților instituționalizate, care reglementează relațiile sociale în legătură cu organizarea, conducerea și desfășurarea procesului de muncă în condiții de securitate și igienă, în scopul prevenirii accidentelor și a îmbolnăvirilor profesionale”. Totodată autorul citat explică că „în accepțiune extensivă, această noțiune include toate activitățile care vizează îmbunătățirea condițiilor de muncă, iar în sens restrâns se referă numai la măsurile tehnico-operative de protecție a vieții și integrității fizice a salariaților sau a altor persoane care participă la activități în cadrul instituționalizat”. Astfel, acesta, concluzionează că lexemul „protecția muncii”, în accepțiunea sa juridică, „cuprinde totalitatea normelor de drept referitoare la obligațiile celor care concep, organizează sau conduc procesul de muncă și a celor care desfășoară efectiv diverse activități, în scopul realizării măsurilor tehnice necesare pentru apărarea vieții și integrității corporale” [10, p.8].

Este apreciabilă tratarea multiaspectuală a termenului „protecția muncii”, fiind foarte importantă delimitarea corpului de norme juridice ce formează instituția protecției muncii, precum și diferențierea grupului de relații de protecție a muncii în ansamblul relațiilor sociale, supuse reglementării juridice, pentru realizarea principalei finalități: corecta calificare a relațiilor drept raporturi juridice de protecție a muncii și aplicarea ulterioară a normelor corespunzătoare, din cadrul instituției de protecție a muncii.

Un alt autor român, Ovidiu Ținca, după o amplă analiză a noțiunii de protecție a muncii, a expus sensul acesteia astfel încât, „protecția muncii cuprinde ansamblul normelor juridice care reglementează relațiile sociale stabilite între cei care organizează, conduc sau controlează munca și organele administrației de stat pe de o parte, cât și acea parte a raporturilor juridice de muncă care privesc asigurarea celor mai bune condiții în desfășurarea procesului de muncă având ca scop protejarea sănătății și vieții participanților la procesul de muncă, prin prevenirea accidentelor de muncă sau a îmbolnăvirilor profesionale” [11,p.13].

Iar în opinia autorilor Dorneanu V., Bădică Gh., „securitatea și sănătatea în muncă (protecția muncii) constituie un ansamblu de activități instituționalizate având ca scop asigurarea celor mai bune condiții în desfășurarea procesului de muncă, apărarea vieții, integrității corporale și sănătății salariaților prin aplicarea unui sistem unitar de măsuri și reguli tuturor participanților la procesul de muncă” [12, p.319].

Din definiția supusă analizei concludem faptul că autorii menționați au realizat o tratare doar sub aspect sociologic al termenului de securitate a muncii, eludând includerea componentei juridice în respectiva definiție. Tot din definiția respectivă rezultă că autorii citați pun semnul egalității între conceptul de „securitate și sănătate în muncă” și noțiunea de „protecție a muncii”.

Doctrinarul Nicolae Voiculescu, pentru definirea termenului de protecție a muncii, face referire la art. 1 al Legii României nr. 90/1996 „Cu privire la protecția muncii” (abrogată – n.n.), afirmând că „conform art. 1 al Legii nr. 90/1996, protecția muncii constituie un ansamblu de activități instituționalizate având ca scop asigurarea celor mai bune condiții în desfășurarea procesului de muncă, apărarea vieții, integrității corporale și sănătății salariaților și a altor persoane participante la procesul de muncă. Ele se constituie într-un sistem unitar de măsuri și reguli aplicabile tuturor participanților la procesul de muncă” [13, p.206].

Literatura de specialitate din Federația Rusă operează cu noțiunea de „protecția muncii”, respectiv, îi oferă noi conotații și atribute. De exemplu, doctrinarul rus Chiseleov I. (И.Я. Киселев) analizează protecția muncii în calitate de instituție a dreptului muncii, „reprezentând un ansamblu de norme juridice, care formează baza legală pentru păstrarea vieții și sănătății lucrătorilor în procesul activității de muncă, și cuprinzând 2 subinstituții: regulile aferente tehnicii de securitate și normele de igienă în sectorul de producție care, cumulativ, sunt destinate să protejeze adecvat lucrătorii contra acțiunii nocive și periculoase a factorilor de producție” [14, p.289].

O definiție de ansamblu ne oferă și cercetătoarea A.B. Panina (А.Б. Панина), care menționează, că prin „protecția muncii” se înțelege un sistem de păstrare a vieții și sănătății salariaților în procesul activității de muncă, care include activități juridice, social-economice, organizațional-tehnice, sanitaro-igienice, profilactice, de reabilitare și altele”. În același timp, autorul rus O.V. Smirnov (О.В. Смирнов) atribuie acestui termen un sens strict juridic, menționând că „protecția muncii, ca instituție a dreptului muncii, este o totalitate de norme, îndreptate spre asigurarea condițiilor de muncă, inofensive pentru viața și sănătatea salariaților” [15, p.312].

În opinia lui K.N. Gusov (К.Н. Гусов) și V.N. Tolkunova (В.Н. Толкунова), protecția muncii reprezintă „un sistem de norme juridice și mijloace de asigurare a securității vieții și sănătății salariaților în procesul activității lor de muncă, inclusiv și de norme juridice ce reglementează însănoșirea și îmbunătățirea condițiilor de muncă” [16, p.210,213].

Autoarea L.A. Sîrovatskaia (Л.А. Сыроватская), a subliniat că „prin protecția muncii, în sens larg, trebuie să înțelegem întreaga ramură de drept al muncii, or toate normele acesteia sunt destinate apărării intereselor tuturor salariaților”. În sens restrîns, protecția muncii este privită de L.A. Sîrovatskaia ca „o instituție a dreptului muncii care cuprinde normele juridice, destinate nemijlocit pentru asigurarea condițiilor de muncă, inofensive pentru viața și sănătatea salariaților. Ea cuprinde următoarele categorii de norme (subinstituții): regulile privind tehnica securității și de igienă; normele speciale de protecție a muncii, aplicabile persoanelor care activează în condiții grele, nocive și periculoase; normele de protecție a muncii femeilor, minorilor și a persoanelor cu capacitate de muncă redusă; normele care reglementează activitatea organelor de supraveghere de stat și a celor de control obștesc, cît și normele care stabilesc răspunderea pentru încălcarea legislației de protecție a muncii; normele care reglementează planificarea și organizarea activității de protecție a muncii” [17, p.206].

Dicționarul de drept al muncii, în redacția doctrinarului rus Iu.P. Orlovski (Ю.П. Орловский), reiterează definiția legală a noțiunii de „protecție a muncii”: „sistem de asigurare a securității și sănătății salariaților în procesul activității de muncă, care include măsuri juridice, social-economice, organizatorico-tehnice, sanitaro-igienice, profilactice, de reabilitare și alte măsuri” [18, p.674].

În literatura de specialitate din Republica Moldova desemenea au fost exprimate diferite opinii asupra conținutului sintagmelor „protecția muncii” și „securitatea muncii”. Astfel, autorii Teodor Negru și Cătălina Scorțescu expun, că „în calitatea sa de instituție complexă a dreptului muncii, protecția muncii constituie o totalitate de norme ale diferitor instituții ale acestei ramuri de drept care stabilesc un sistem de măsuri social-economice, tehnice, sanitaro-igienice, juridice, în scopul asigurării securității și sănătății în muncă. Nucleul acestei instituții îl constituie art. 43 din Constituția R. Moldova, normele Titlului IX din Codul muncii și ale Legii securității și sănătății în muncă” [19, p.188]. Totuși, potrivit unei alte interpretări mai recente, oferite de către doctrinarii Romandaș Nicolae și Boișteanu Eduard – „protecția muncii reprezintă un sistem de măsuri și reguli obligatorii pentru toți participanții la procesul de muncă, urmărindu-se aplicarea criteriilor ergonomice pentru îmbunătățirea condițiilor

de muncă și pentru reducerea efortului fizic, precum și măsuri adecvate pentru munca femeilor și a tinerilor” [20, p.219].

Însă, în una dintre lucrările sale mai vechi, doctrinarul Nicolai Roman-daș, fiind influențat de doctrina rusă, atribuie noțiunii de „protecție a muncii” o conotație mai largă, definind-o drept „un sistem de asigurare a securității și vieții angajatului în procesul activității social-economice, tehnico-organizatorice, sanitaro-igienice, de întremare a sănătății, etc”. Totodată, ca instituție de drept, „protecția muncii reprezintă o totalitate de norme juridice menite să asigure condițiile de muncă nepericuloase pentru viața și sănătatea lucrătorului și să reglementeze relațiile referitor la securitatea și igiena muncii” [21, p.325].

În concluzia celor prezentate se întrevede că securitatea și sănătatea în muncă (siguranță ocupațională) poate fi definită ca fiind o instituție a dreptului muncii, cuprinzând ansamblul normelor juridice, cu un caracter preponderent imperativ, care reglementează relațiile sociale de asigurare a celor mai bune condiții de lucru, întru apărarea vieții, sănătății, integrității fizice și psihice a lucrătorilor.

Referințe bibliografice

1. Constituția Republicii Moldova, adoptată la 29.07.1994 //Monitorul Oficial 1, 12.08.1994, Republicat: Monitorul Oficial al R.Moldova nr.78/140 din 29.03.2016.
2. Vieriu E. Reglementarea securității și sănătății în muncă atât în dreptul intern cât și internațional. În: Administrarea publică, nr. 1/2013, p. 40.
3. Țiclea Al., Popescu A., Tufan C. ș.a. Dreptul muncii. București: Rosetti, 2004, p. 604.
4. Codul Muncii al RSSM (Republicii Moldova), adoptat la 25.05.73.Veștile Sovietului Suprem și ale Guvernului R.S.S. Moldovenești, 1973, nr.5, art.46; cu modificările și completările ulterioare. Abrogat din 01.10.2003.
5. Codul Muncii al Republicii Moldova nr.154-XV din 28.03.2003, Monitorul Oficial 159-162/648 din 29.07.2003, cu modificările și completările ulterioare.
6. A se vedea, în special: Titlul IX în redacția Legii nr.254 din 09.12.2011, în vigoare 03.02.2012; Titlul IX modificat prin Legea nr.107-XVI din 16.05.2008, în vigoare 20.06.2008; Titlul IX modificat prin Legea nr.60-XVI din 21.03.2008, în vigoare 01.07.2008; Titlul IX modificat prin Legea nr.280-XVI din 14.12.2007, în vigoare 30.05.2008; Titlul IX modificat prin Legea nr.8-XVI din 09.02.2006, în vigoare 02.06.2006; Titlul IX modificat prin Legea nr.60-XVI din 21.03.2008, în vigoare 01.07.2008; Titlul IX modificat prin Legea nr.28-XV din 13.02.2004, în vigoare 05.03.2004.
7. Legea securității și sănătății în muncă nr.186-XVI din 10.07.2008, Monitorul Oficial 143-144/587 din 05.08.2008, cu modificările și completările ulterioare, în vigoare din 01.01.2009.
8. Țiclea Alexandru ș.a. Dreptul muncii. București: Rosetti, 2004.
9. Dorneanu V., Bădică Gh. Dreptul muncii. București: Lumina Lex, 2002.
10. Medeanu T. Accidente de muncă. București: Lumina Lex, 1998. p. 7.

11. Ținca O. Normele juridice de protecție a muncii. București: Lumina Lex, 2002.
12. Dorneanu V., Bădică Gh. Dreptul muncii. București: Lumina Lex, 2002.
13. Voiculescu N. Dreptul muncii. Reglementări interne și comunitare. București: Rosetti, 2003.
14. Киселев И.Я. Трудовое право России и зарубежных стран: учебник. Москва: Эксмо, 2006.
15. Панина А. Трудовое право. Москва: Дело, 2000.
16. Гусов К.Н., Толкунова В.Н. Трудовое право России. Москва: Проспект, 2003.
17. Сыроватская Л. А. Трудовое право. Москва: Юристъ, 2001.
18. Орловский Ю.П. Словарь по трудовому праву. Москва: БЕК, 1998, р. 315; Комментарий к Трудовому кодексу Российской Федерации. Под ред. проф. Ю.П. Орловского. – Москва, 2002.
19. Negru T., Scorțescu C. Dreptul muncii. Partea generală. Chișinău: ULIM, 2004.
20. Romandaș N., Boișteanu E. Dreptul muncii. Manual. Chișinău: Reclama, 2007.
21. Romandaș N. Dreptul muncii. Chișinău: Reclama, 1997.

ПРИРОДА СОЗНАНИЯ В КОНЦЕПТЕ ХОЛИСТИЧЕСКОЙ ПАРАДИГМЫ

Татьяна Дегтяренко, докт. мед. наук, профессор

Владислав Коджебаш, канд. с.-х. наук, доцент

Кафедра биологии и охраны здоровья, Южноукраинский национальный педагогический университет имени К.Д. Ушинского, Одесса, Украина

korj_@ukr.net

THE NATURE OF CONSCIOUSNESS IN THE HOLISTIC PARADIGM CONCEPT

The holistic paradigm not only corresponds to modern ideas about the nature of human thinking, and also is the key to the discovery in the near future of fundamentally new postulates regarding to the nature of human thinking, intelligence and consciousness. Since the individual's brain software will depend on what he sees and what he will not see perceiving the realities of the around world, the ability to metaprogramming will significantly affect the conscious worldview and lead to the understanding that namely such creative work of our consciousness will form us and our worldview, world outlook and world understanding.

Концептуальной основой современной науки стала холистическая парадигма, которая предполагает синтез знаний о природе Человека, накопленный в различных областях, и ее суть состоит в интерпретации этих знаний с позиций интегративной антропологии и междисциплинарного подхода.

В данной статье обозначена проблема исследования природы сознания в свете холистической парадигмы, дающей возможность понимания целостности физического, биологического, культурного и духовного измерений в каждом индивидууме и выхода на следующий виток эволюции планетарного сознания.

Несколько поколений ученых исследовали природу сознания и мышления, накопив в результате огромный опыт и знания, однако следует констатировать тот факт, что исследование сознания в рамках материалистической парадигмы зашло в тупик. В изучении мозговых механизмов психики человека до сих пор существует целый ряд принципиальных проблем, не имеющих даже приблизительного объяснения, поскольку изменить взгляд на сознание не так просто, как кажется. Психофизиология, рассматривающая до сих пор нервную систему человека и животных с общих эволюционных позиций, сталкивается с большой проблемой при объяснении природы различных феноменов бессознательного, таких как инсайт, интуиция, гипнотический транс, и уж совсем не объясняет природу измененных состояний сознания, активно исследуемых в рамках трансперсональной психологии.

В настоящее время в западной науке существует несколько теорий, объясняющих механизм возникновения сознания: проекторная теория Ф. Крика, теория повторного входа Дж. Эдельмана и голографическая теория сознания К. Прибрама. Все эти теории пытаются ответить на вопрос «Как?» и только теория К. Прибрама еще и объясняет «Зачем?» и «Почему?». Природа памяти, зрения, восприятия объясняется Прибрамом как адаптированность мозга к принципу голографии: «Голографический принцип неизменно фигурирует в волновой природе взаимодействия нервных клеток мозга. Мы просто не могли себе этого представить» [6].

Украинский ученый А.Н. Барбараш вслед за своими зарубежными коллегами стал также исследовать тайны человеческого мозга и развивать на базе своих исследований концепцию нейроголографии (КНГ). На ее основе ученому и его единомышленникам удалось разрешить главные загадки нейробиологии, выстроить известные факты в стройную систему, объяснить наиболее существенные принципы физиологии мышления, однако эти успехи не привели данную концепцию к широкой известности. Как объясняет сам автор концепции, причина непонимания состоит в узкой специализации ученых. «Для понимания механизмов мышления потребовалось знать не только анатомию мозга и его физиологию в сегодняшнем понимании, но и одновременно знать ряд разделов

так называемых точных наук: теории информации и распознавания образов, голографии и солитонов, оптических вычислительных систем, фазированных антенных решеток и др. Выяснилось, что без этих сведений понять работу мозга принципиально невозможно» [2]. С ним трудно не согласиться, его эвристические находки и положения трудно переоценить.

В настоящее время возникла необходимость создания принципиально новой модели реальности, в которой сознание является столь же фундаментальным аспектом реальности, как пространство, время и материя. Причем в этой модели, как нам представляется, должна доминировать не материалистическая или идеалистическая концепция природы сознания, а холистическая, предполагающая некий синтез знаний, накопленный учеными различных медико-биологических дисциплин, философских течений психологических школ [5, 7].

Принципиально новые возможности в разработке проблемы сознания открываются исследователям в связи с введением информационного подхода, предполагающего знание не только природы информации, нейрофизиологических процессов мозга, но и квантовой физики, философии и психологии. В том, что понятие «информация» имеет фундаментальное значение, теперь практически никто не сомневается. Однако вопрос о сфере его применения до сих пор не решен. Одни выступают за соотнесение информации только с сознательными существами. Другие предлагают рассматривать информацию как качество живых и самоуправляемых объектов. Наиболее радикальный подход связан с распространением информации, или точнее – информационных процессов на все материальные объекты. Такой подход с точки зрения информационно-энергетической концепции представляется наиболее конструктивным, в ней предметная область понятия «информация» распространяется на всю космическую реальность. Закон информационного эквивалента предполагает принцип информационного опережения объективных физических процессов: «Объективное овеществленное существование объектов, явлений и процессов возможно только тогда, когда онтологически существует соответствующий информационно-энергетический аналог (оригинал), проявляющийся в физическом пространстве» [1]. Известно, что триадой жизни является вещество, энергия и информация; ДНК оказалась тем единственным видом молекул, в фрагментах которых информация записывается в виде генетического кода и проявляется фенотипически, в том числе в индивидуальных особенностях восприятия, памяти, мышления и сознания [4].

Как известно, процессы обработки и передачи информации в психической и соматической сферах носят общий характер, однако мы не знаем ответ на вопрос – каким образом информация, полученная и обработанная на семантическом уровне, преобразуется в информацию, которая может быть получена на соматическом уровне и наоборот? В настоящее время психофизиологические механизмы восприятия речевых сигналов, которые заключаются в многократном кодировании и перекодировании в различных психофункциональных системах правого и левого полушарий коры головного мозга остаются одной из самых слабо изученных областей нейрофизиологической науки и дифференциальной психологии [3].

Известно, что значительная часть негативных установок (сценарий Неудачника) в нейронауке расценивается как импринтированная, кондиционированная и (или) сформированная при обучении и воспитании сеть биохимических процессов и нежелательных рефлексов в коре головного мозга. Нейроструктуры коры и психофункциональные подсистемы холистически связаны между собой и с остальными биологическими системами организма, поэтому «установочные» рефлекс коры головного мозга значительно преобразуют нейрохимические и нейрогормональные процессы (реализуясь, в частности, через гипоталамус и другие нейроструктуры лимбической системы) и таким образом могут существенно модулировать многие программы организма посредством изменения нейро-иммуно-эндокринной регуляции в организме.

В настоящее время получено множество доказательств влияния факторов иммунитета (факторы тимуса, костного мозга, цитокины, интерфероны) на нейродинамические процессы в ЦНС и, наоборот, влияние психологических факторов (установок) на функциональное состояние нейро-иммуно-эндокринной регуляции в организме [3]. Нейропептиды, которым свойственен дуализм фотонов (волны-частицы) иногда ведут себя как нейрогормоны, что вызывает изменения в функционировании эндокринной и паракринной систем организма, а иногда как нейротрансмиттеры (нейротрансмиттеры), что приводит к изменениям функционального состояния высших отделов ЦНС и к трансформации процессов психонейроиммуномодуляции в организме. В обозримом будущем представляется возможным раскрытие механизмов формирования и импринтирования новых нейронных «дорожек», «сетей», и «рефлексов» благодаря политропному действию нейропептидов, молекул мозга и цитокинов. Множество любопытных непознанных функций этих нейротрансмиттеров как преобразователей информации из одной

формы в другую еще предстоит изучить; исходя из свойств нейропептидов, можно утверждать, что чем меньше жесткости в психофункциональных системах мозга, тем больше творчества, вдохновения и озарения присутствует в человеческой деятельности, и чем меньше принуждения, тем больше свободы и выбора.

При использовании терминологии информационной теории это звучит следующим образом: количество информации, обработанной в единицу времени существенно увеличивается; т.е. чем больше новых ассоциативных связей (микро- и макроансамблей нейронов) образуется в коре головного мозга, тем больше информации человек способен уловить в самых простых и обыденных предметах. Напрашивается вопрос, почему, как справедливо отмечает Блейк в «Бракосочетании Рая и Ада» – «одно и то же дерево глупец и мудрец видят по-разному»? Повышенный выброс нейропептидов (эндорфинов, в частности) воспринимается субъективно как «новое рождение», «видение всего мира», «озарение», а благодаря активации процессов нейроиммуномодуляции повышается сопротивляемость организма к стрессам и болезням, вызывая внутреннее ощущение «хорошего самочувствия», «всплеска надежд» и «радостного предчувствия» (эффект эйфории). Однако такие переживания присущи не всем людям, а как показывает опыт, знающему меньшинству – одаренным личностям.

Нейропептидная активность определенных нейроструктур мозга и «активированность» нервной системы в целом создают новые ассоциативные связи в коре головного мозга, новые фразеологии (семантические формы) и таким образом жесткий туннель реальности сменяет лабиринт множественного выбора для принятия оптимального решения и формирования адаптивных форм поведения. Однако эти процессы протекают у людей с разной интенсивностью в зависимости от индивидуального генотипа, фенотипических особенностей личности, образа жизни и типа мышления. Понимание этого феномена исключительно важно не только с позиций современной психогенетики, согласно которым «активированность» является залогом успешности в достижении цели при реализации всех видов психической деятельности, но и с позиций повышения сопротивляемости организма нездоровью: по мере того, как улучшается наша способность обрабатывать информацию и осуществлять оптимальную интеграцию индивидуальных черт личности и социальных норм в обществе, мы станем менее уязвимыми в отношении развития болезней дезадаптации [3].

Поскольку головной мозг человека не «запоминает» как магнитофон и не «повторяет» как попугай, а способен к вероятностному прогнозированию, постоянно в коре головного мозга происходят процессы реассоциирования, реструктурирования, перекодирования и творческого редактирования информационных сигналов. Нейропептиды, так же как и цитокины проникают практически во все жидкости в организме (кровь, лимфу, цереброспинальную жидкость, межклеточное пространство) и объединяют в единые психофункциональные системы взаимодействующие нейроны и нейроглиальные элементы, и хотя нейропептидная система и цитокиновая сеть действуют медленнее, их эффекты являются более холистичными, чем нейромедиаторные эффекты в ЦНС.

Таким образом, холистическая парадигма не только отвечает современным представлениям о природе сознания человека, а и является ключом к открытию в недалеком будущем принципиально новых постулатов относительно природы человеческого мышления, разума и сознания. Есть уверенность в том, что мы сможем постепенно научиться управлять нашими мозговыми программами, а не только пенять на роль случайных факторов в истории и влияние окружающей среды, включая социум. Поскольку от мозгового программного обеспечения индивида будет зависеть то, что он увидит и чего он не увидит при восприятии реальностей окружающего нас мира, способность к метапрограммированию будет существенно влиять на осознанное мировоззрение и приведет к пониманию того, что именно такая творческая работа нашего сознания будет формировать нас и наше мироощущение, мировосприятие и миропонимание.

Библиография

1. Аблеев С. Р. Многомерная онтология космической реальности. Вещество. Энергия, информация и структура космического пространства в контексте информационно-энергетической концепции. In: Человек в социальном мире: проблемы, исследования, перспективы. Вып.1, 2004, с. 9–18.
2. Барбараш А. Н. Главные тайны биологии. Одесса, 2006.
3. Дегтяренко Т.В. Психофизиология раннего онтогенеза: Учебник для студентов высших учебных заведений. Киев: УАИП «Рада», 2011.
4. Дегтяренко Т. В., Коджебаш В. Ф. Антропогенетика для психологов: учебник для студентов психолого-педагогического профиля. Одесса: Бондаренко М.А., 2016.
5. Дегтяренко Т. В., Коджебаш В. Ф. Вплив структуроуrogenного хімічного хвильового поля на формування організму людини. In: Інтегративна антропологія, 2018, № 2, с. 35-43.

6. Прибрам К. Языки мозга. М., 1975.
7. Уинбер К. Теория всего. Интегральный подход к бизнесу, политике, науке и духовности. М.: Постум, 2013.

COPII CU EPILENSIE ȘI PREGĂTIREA LOR PENTRU INSTRUIREA ÎN ȘCOALĂ

Daniliuc Natalia, dr. în psihol., conf. univ.

Savin Elena, licențiată în medicină

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

Chișinău, R. Moldova

natalia.daniliuc@usmf.md

CHILDREN WITH EPILEPSY AND THEIR PREPARATION FOR SCHOOL EDUCATION

Epilepsy in children, as a brain disorder, generates epileptic seizures with neurobiological, psychological and social consequences. The disease in question also leaves its mark on the degree of psychological preparation of children for school education. The study performed was aimed at elucidating the development particularities of some aspects of intellectual maturity in children with and without epilepsy. The research sample consisted of 80 preschool children, among which 40 children with epilepsy and 40 children without epilepsy. In order to determine the level of development of verbal thinking, the level of development of voluntariness and the level of attention development of preschool children with and without epilepsy, the following psychodiagnostic methods were applied: “GV-Yrasek”, “Graphic Dictation”, “Little House”.

Conform datelor Ligii Internaționale pentru Combaterea Epilepsiei, circa 65 milioane de oameni suferă de această boală, mai mult de 6 milioane din ei fiind europeni. Studiile europene au evidențiat o rată anuală a incidenței cuprinsă între 43–47 la 100.000 locuitori în toate categoriile de vârstă [1]. Epilepsia este una dintre cele mai frecvente afecțiuni neurologice. Din punct de vedere al frecvenței, această afecțiune este a doua boală neurologică după migrenă. În Marea Britanie, epilepsia afectează aproximativ 1 din 200 copii și tineri sub 18 ani. Anual în România sunt diagnosticate peste 11.000 cazuri noi de epilepsie, dintre care 3.400 sunt copii și adolescenți. În Republica Moldova conform datelor Biroului Național de Statistică incidența epilepsiei în anul 2015 a fost de 19,0 % la 100.000 locuitori, iar prevalența epilepsiei a constituit 16,0 % [2].

Epilepsia este definită ca tulburare cerebrală caracterizată printr-o predispoziție persistentă de a genera crize epileptice cu consecințe neu-

robiologice, cognitive, psihologice și sociale [3]. Studiile epidemiologice au demonstrat că 1/5 din copii cu dizabilități intelectuale au epilepsie. Potrivit cercetărilor tulburările neuropsihologice în epilepsie sunt reprezentate de afectarea atenției, limbajului, memoriei și funcțiilor executive. Incidența tulburărilor de atenție în cadrul epilepsiei variază între 17-58 % (Williams 2001, Thome-Souza 2004, Hesdorffer 2004).

Persoanelor cu epilepsie, le sunt limitate posibilitățile de participare la activități culturale, sportive, artistice, jocuri distractive, etc. Toate acestea, ca și tendința de izolare cauzată de anxietate, de teama de a nu face criză, fac din epileptic un om retras, singuratic, care se simte excomunicat din multe satisfacții și bucurii ale vieții.

Copii cu epilepsie, în comparație cu cei fără epilepsie, au un risc mai mare de a prezenta retenții și dificultăți în reușitele școlare și în dezvoltarea lor normală conform vârstei. Mai mult ca atât, acești copii devenind adulți au mai puține șanse să fie angajați în câmpul muncii [4].

Rieșind din cele menționate mai sus, ne-am propus drept scop studierea particularităților maturității școlare a copiilor preșcolari cu epilepsie și elaborarea recomandărilor în vederea facilitării integrării acestora în cadrul școlar. Problema pregătirii copiilor cu epilepsie pentru activitatea de învățare în școală este actuală mai ales azi, când în lume se înregistrează tendințe comune privind realizarea continuității dintre preșcolăritate și învățământul primar.

Maturitatea școlară este expresia unei forme de dezvoltare a copilului, marcând acel nivel al dezvoltării la care activitatea de tip școlar poate contribui din plin la dezvoltarea în continuare a personalității sale. Maturitatea școlară reprezintă trecerea de la copilăria preșcolară, dominată de structurile și motivele activității ludice, la copilăria școlară, dominată de structurile și motivele activității de învățare [5]. Esența maturității școlare este succint exprimată de către psihologul L. Vengher. Potrivit opiniei acestui specialist în materie a fi pregătit pentru școală nu înseamnă să poți citi, scrie și calcula. A fi pregătit pentru școală înseamnă a fi pregătit să înveți toate acestea.

Aspectele esențiale în aprecierea maturității școlare sunt: maturitatea intelectuală și maturitatea socială a copiilor. Maturitatea intelectuală poate fi apreciată în baza unor probe de inteligență verbală sau nonverbală, precum și în baza reușitelor/nereușitelor observate în activitățile grafomotorii, de joc etc. Maturitatea socială, însă, este o sferă mult mai largă. Ea presupune observarea copilului în cadrul colectivului de copii, precum și aplicarea bateriilor de teste psiho-sociologice mai complexe.

În scopul studierii particularităților maturității școlare a copiilor preșcolari cu epilepsie au fost aplicate următoarele metode psihodiagnostice: „GV-Yrasek”, „Căsuța”, „DictareGrafică” [6].

GV-Yrasek este o metodă verbală de apreciere a maturității școlare, care permite studierea orizontului copilului, felul cum sunt sistematizate cunoștințele lui, cum stabilește conexiuni mentale în baza unor operații ale gândirii, gradul de dezvoltare al limbajului, volumul memoriei auditive operative, precum și cunoașterea unor particularități individual psihologice și de comportament al copilului în cauză [7].

Dintre metodele non-verbale recomandate pentru aprecierea maturității școlare a fost aplicată tehnica „Căsuța”, cu ajutorul căreia se depistează spiritul de observație, spontaneitatea, capacitatea de muncă, coordonarea mișcărilor, precizia percepției în reproducerea modelului. Proba dată arată felul cum acceptă copilul sarcinile instructive. „Dictarea grafică” este o altă metodă din grupul celor non-verbale care permite completarea informației obținute și, anume: testul denotă felul în care copilul acceptă și execută sarcinile instructive, dacă respectă regulile, dacă se orientează în spațiu, măsura în care își coordonează mișcărilor și dacă lucrează în ritmul stabilit.

Eșantionul de cercetare a fost constituit din 80 de copii preșcolari, 40 copii cu epilepsie și 40 copii fără epilepsie, care la momentul cercetării aveau vârsta cuprinsă între 6-7 ani. Distribuția copiilor cu și fără epilepsie ce au dat dovadă de diferite nivele de dezvoltare a gândirii verbale este prezentată în figura 1.

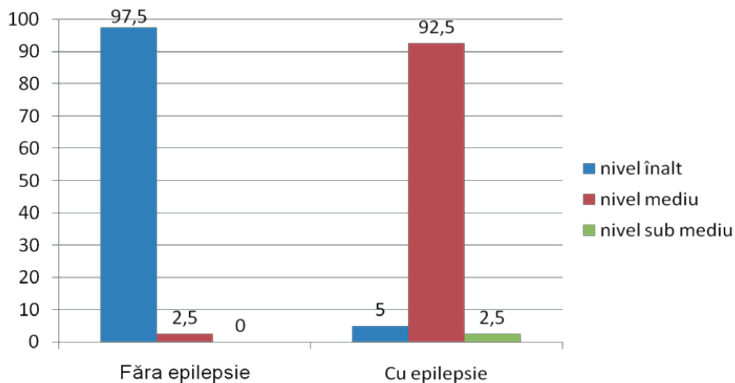


Fig. 1. Distribuția copiilor cu și fără epilepsie (în %) cu diferite nivele de dezvoltare a gândirii verbale

Datele din figura 1 pun în evidență faptul că marea majoritate a copiilor fără epilepsie (39; 97,5%) au obținut la testul de studiere a gândirii verbale scoruri corespunzătoare nivelului înalt. Doar la 1 copil fără epilepsie, ceea ce constituie 2,5 %, a fost diagnosticat nivelul mediu de dezvoltare a gândirii verbale. În grupa preșcolarilor cu epilepsie rezultatele sunt după

cum urmează: de nivel înalt de dezvoltare a gândirii verbale au dat dovadă 2 copii (5 %); de nivel mediu 37 (92; 5 %) și de nivel sub mediu un copil (2,5 %). Răspunsurile acestui copil cu epilepsie erau incomplete și pentru a răspunde la întrebări el necesita o perioadă de timp mai îndelungată.

În Figura 2 este reflectată distribuția copiilor cu și fără epilepsie la care au fost diagnosticate diferite nivele de dezvoltare a voluntarității.

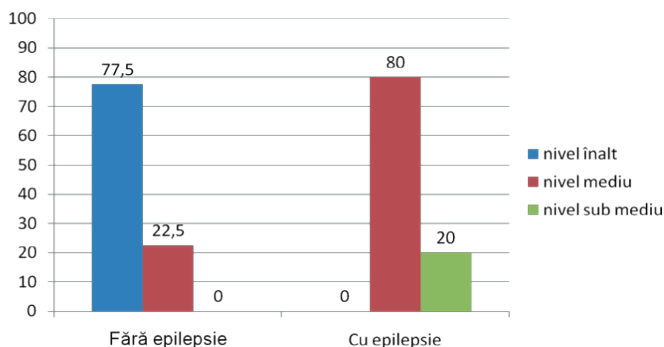


Fig. 2 Distribuția copiilor cu și fără epilepsie (în %) cu diferite nivele de dezvoltare a voluntarității

Potrivit datelor obținute în urma administrării testului Dictare grafică 31 preșcolari fără epilepsie ce reprezintă 77,5% au atins nivelul înalt de dezvoltare a voluntarității, iar 9 preșcolari (22,5 %) – nivelul mediu. În lotul preșcolarilor cu epilepsie nivelul înalt de dezvoltare a voluntarității n-a fost înregistrat nici la un copil. Marea majoritate a preșcolarilor din acest lot (80 %) au obținut scoruri ce denotă nivelul mediu de dezvoltare a voluntarității. La ceilalți preșcolari cu epilepsie (20 %) am înregistrat nivelul mediu de dezvoltare al parametrului în cauză.

După cum am relatat anterior pentru determinarea nivelului de dezvoltare a atenției la copiii de 6-7 ani cu și fără epilepsie a fost aplicat testul "Căsuța". Rezultatele acumulate sunt redată în Figura 3.

Din datele prezentate în Figura 3 putem constata următoarele: scorurile tuturor copiilor testați, indiferent de starea sănătății, corespund nivelului mediu de dezvoltare a atenției, ceea ce înseamnă că reproducând imaginea, "Căsuței" din modelul propus toți cei 40 copii fără epilepsie (100%) și cei 40 copii cu epilepsie (100%) au omis 1-3 elemente ale desenului.

Generalizând datele relatate mai sus menționăm că la copiii de 6-7 ani fără epilepsie gândirea verbală este mai bine dezvoltată comparativ cu preșcolarii cu epilepsie. La copiii fără epilepsie nivelul de dezvoltare a voluntarității este mai înalt, comparativ cu copiii cu epilepsie. În ceea ce privește nivelul de dezvoltare a atenției acest parametru este egal dezvoltat.

tat la subiecții supuși cercetării indiferent de starea lor de sănătate. Prin urmare la preșcolarii cu epilepsie se atestă o reținere în dezvoltarea unor procese psihice fapt ce confirmă că epilepsia la copii are un risc crescut pentru apariția la ei a deficiențelor psiho-cognitive și sociale, acestea, la rândul său, având un impact negativ pentru integrarea atât în mediul de învățământ cât și în cel social.

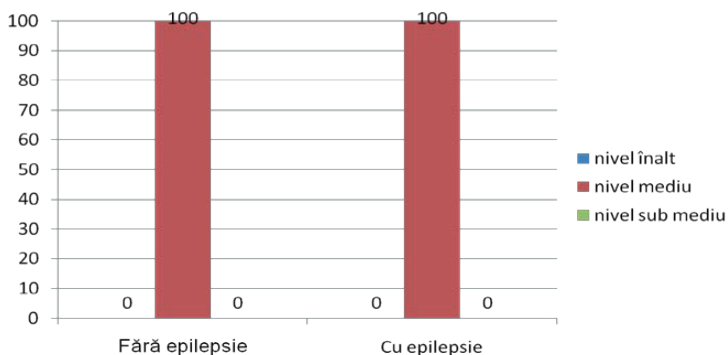


Fig. 3 Distribuția copiilor cu și fără epilepsie (în %) cu diferite nivele de dezvoltarea atenției

Merită a fi menționat și faptul, că majoritatea copiilor cu epilepsie au vieți normale și puțin se deosebesc de semenii lor fără epilepsie. Totuși în cazul copiilor cu epilepsie sunt necesare unele măsuri de precauție. Copilul cu epilepsie trebuie încurajat să se implice în toate activitățile specifice unui copil sănătos.

Părinților care au copii cu epilepsie li se recomandă să țină cont de dificultățile psihice și psihologice care se manifestă la copiii cu acest statut; să se adreseze sistematic la psiholog pentru a urmări dinamica dificultăților psihice și psihologice cu care se confruntă copilul; să aplice diferite exerciții de antrenare a atenției, vorbirii, memoriei pentru a ajunge la limita de sus a pregătirii pentru școală.

Profesorii, la rândul său, urmează să proiecteze alternative educaționale potrivite acestor copiilor. În același timp, să ia în considerație particularitățile individuale la aprecierea progreselor intelectuale ale copiilor cu epilepsie și să exploreze în procesul educațional acele domenii în care copilul are dificultăți sau, dimpotrivă, are aptitudini speciale.

Referințe bibliografice

1. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A., Bogacz A., Cross J.H., Elger C.E., Engel J., Forsgren L., French J.A., Glynn M. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. In: *Epilepsia*, 2014, 55(4), p. 475-482.

2. Abric J., Psihologia comunicării. Teorii și metode. Iași: Polirom, 2002.
3. Evaluarea dezvoltării copilului. Lumos Foundation Moldova. Chișinău: Tipogr. „Bons Offices”, 2015.
4. Rotari A., Spinei L., Martalog P., Cenușa E., Rodoman Iu., Evaluarea stării generale de sănătate a copiilor cu epilepsie ca criteriu al calității vieții. În: Buletin de Perinatologie, 2018, nr. 1(77), p. 3-4.
5. Golu F. Psihologia dezvoltării umane. București: Editura CREDIS, 2011.
6. Racu I. Psihodiagnoza. Teste psihologice. Chișinău, 2014.
7. Vrășmaș E., Oprea V. Set de instrumente, probe și teste pentru evaluarea educațională a copiilor cu dizabilități. București: MarLink, 2003.

STRESUL PSIHO-EMOȚIONAL LA ADOLESCENȚI CU AFECȚIUNI PARODONTALE

Ala Ojovan, dr. șt. med, conf. univ.

Catedra de stomatologie terapeutică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova
ala.ojovan@usmf.md

PSYCHO-EMOTIONAL STRESS IN ADOLESCENTS WITH PERIODONTAL DISEASE

Dental care involves several components. An important role in the dental medical act is the psycho-emotional conduct of the doctor. Taking into account dental anxiety is not only a condition that leads to successful treatment, but also a requirement of contemporary bioethics. Annihilation or reduction of stress caused by dental anxiety ensures compliance with the principle of therapeutic integrity.

Afecțiunile țesuturilor parodontale la adolescenți sunt în creștere ne vorbesc datele studiilor din domeniu. Dacă nu inițiem tratamentul corespunzător există un risc mare de pierdere a dinților, inclusiv și la copii, adolescenți. Fără un tratament adecvat, afecțiunea parodontală progresează și poate genera următoarele complicații:

- 1) gingivita, parodontita neglijată devine cronică și adolescentul trebuie să urmeze cursuri de terapie pentru a evita exacerbările;
- 2) procesul de inflamație afectează țesuturile parodontale ale dintelui;
- 3) resorbția și distrofia țesutului osos al parodontiului;
- 4) recesiunea gingivală și ca rezultat suferă esteticul;
- 5) hiperestezia dentară;
- 6) abces parodontal, periostită, osteomielite;
- 7) boli gastrointestinale (gastrită, ulcer, probleme cu digestia alimentelor);

8) crește riscul de insuficiență renală, boli ale sistemului cardiovascular, respirator.

Cauzele sunt diverse:

- 1) igiena precară și alimentația necorespunzătoare;
- 2) imunitate slabă și deficit de vitamine;
- 3) supraîncărcare a țesuturilor parodontale;
- 4) disfuncționalitatea întregului aparat maxilo-facial;
- 5) boli cronice: patologia poate fi cauzată de disfuncționalități ale glandelor endocrine, de exemplu, în diabetul zaharat;
- 6) modificări hormonale în organism: adolescenții, fetele și băieții care trec prin pubertate sunt adesea victime ale patologiei.

O cauză, care nu trebuie neglijată ar fi anxietatea dentară. Unii pacienți anxioși vor rata în mod regulat întâlnirile cu medicul stomatolog și poate fi dificil să obțineți tratament parodontal, oricât de simplu sau de dificil ar fi. Anxietatea dentară poate fi declanșată de:

- experiență dentară traumatică sau alte experiențe medicale;
- leziuni anterioare la cap și gât;
- alte experiențe traumatice;
- anxietate generalizată, depresie sau tulburare de stres post-traumatic;
- teama de a pierde controlul;
- probleme de încredere în medic.

Anxietatea dentară este frecventă (după unele studii până la 90%) și poate afecta persoanele de orice vârstă. Copiii, adolescenții, care au avut o experiență dentară.... își pot depăși, în cele mai multe cazuri, frica dacă situația este bine gestionată și primesc îngrijire și sprijin bun în timpul vizitelor dentare viitoare. Adolescenții deseori rămân anxioși pe tot parcursul vieții, dacă nu pot găsi un stomatolog, care empatizează cu situația lor, astfel încât să poată face față vizitei pentru tratament. În mod firesc, stresul emoțional se manifestă diferit la diferite vârste, precum și în timpul primului act medical stomatologic sau cel repetat. Diverse manipulări în cavitatea bucală efectuate de un medic în scopuri terapeutice pot provoca dureri destul de severe. Ca urmare, pacientul dezvoltă reflexe patologice, însoțite de anxietate și frică. Teama de durere este deosebit de persistentă în memorie, iar pacienții preferă să evite vizitele cabinetele stomatologice. Unii pacienți preferă să îndepărteze dinții bolnavi, mai degrabă decât să-i trateze, frica rămasă adesea din copilărie. Persoanele cu anxietate dentară pot prezenta:

- transpirație;
- bătăi rapide ale inimii (tahicardie) sau palpitații;
- tensiune arterială scăzută și posibil leșin (leșin);

- suferință vizibilă, plâns sau semne de panică;
- simptome de sevraj sau utilizarea umorului sau a agresivității pentru a masca anxietatea.

Unii pacienți anxioși vor rata în mod regulat vizita la medic și poate fi dificil să-l convingeți pentru un tratament dentar, oricât de simplu sau de dificil ar fi. Toate acestea îi obligă pe medici să studieze simptomele stresului emoțional, să învețe să recunoască și să caute modalități de ameliorare și prevenire a acestei afecțiuni. Pentru a elimina tensiunea, rigiditatea și frica, este necesar să se utilizeze tehnici de distragere a atenției (inhibiție externă), de exemplu, conversații interesante pentru pacient. În unele cazuri, doar mesajul că „nu va face rău” duce la scăderea stresului psiho-emoțional la pacient. Ar trebui să vorbești cu pacientul calm, dar în același timp pe un ton decisiv. Conversația despre necesitatea și oportunitatea manipulărilor viitoare ar trebui să se desfășoare ținând seama de caracteristicile individuale ale pacientului (profesie, nivel de educație generală și medicală, starea sferei neuropsihice). Conversația efectuată corect, exemplele ilustrative contribuie la orientarea corectă a pacientului în planul de tratament planificat și reduc stresul neuropsihic. În unele cazuri, este indicată numirea medicamentelor psihotrope, care slăbesc sentimentul de frică. Anxietatea face pacientul mai accesibil pentru un contact mai bun și mai rapid cu medicul.

Concluzii: 1. Toate acestea îi obligă pe medici să studieze simptomele stresului emoțional, să învețe să recunoască și să caute modalități de ameliorare și prevenire a acestei afecțiuni.

2. Actul medical stomatologic trebuie realizat sub controlul anesteziei locale sau, la necesitate, anesteziei generale. Acest lucru crește capacitatea pacienților de a suporta pozitiv manipulațiile stomatologice și de a comunica liniștit cu echipa medicală.

3. De asemenea, medicul trebuie să fie ghidat de faptul că tratamentul pacienților adolescenți nu trebuie doar să conducă la restabilirea funcțiilor afectate, ci să creeze și un efect cosmetic.

4. Anihilarea sau reducerea stresului cauzat de anxietatea dentară asigură respectarea principiului integrității terapeutice.

CONSIDERAȚII PRIVIND SPAȚIUL CULTURAL EUROPEAN: VALORI UNIVERSALE, PARTICULARITĂȚI SPECIFICE ȘI INTERESE COMUNE

Luis Serdeșniuc, doctorand

Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, R. Moldova

luciaserd82@gmail.com

CONSIDERATIONS RELATING TO THE EUROPEAN CULTURAL SPACE: UNIVERSAL VALUES, SPECIFIC PARTICULARITIES AND COMMON INTERESTS

This article treats issues related to the European cultural space through universal values, specific features and common interests. The author argues that for European culture at the contemporary stage such characteristics are characteristic such as: individualism, passion for knowledge, existence of pluralities of ideas, flexibility, heightened pragmatism, sense of organization and coordination of intellectual and artistic efforts, intense concern for education and research. In conclusion, it is noted that the European cultural space is a cultural construct that has been formed over time, a true mosaic of legends, images and representations that have led to the birth of an ever-living and ever-changing spirit of European culture. It represents a space of fruitful confrontations between the codes of several cultures. European cultural pluralism includes diversity and promotes the dialogue of cultures which, beyond their differences, contribute to enriching the human experience and shaping European identity.

Imigrația masivă în spațiul european, provocările violente din capitalele europene, conflictele interne ridică probleme și de ordin cultural. Totodată, sistemul de valori al civilizației europene este pus la încercare de noile tehnologii ale informației și comunicării atât la nivel comunitar, cât și la cel național și individual. Fenomenul globalizării lasă amprente adânci asupra spațiului european, dar consecințele sale necesită o redimensionare a lui, o reasezare a valorilor general-umane prin intermediul trăsăturilor specifice ale bătrânului continent.

În literatura de specialitate se specifică faptul că în condițiile actuale identitatea europeană devine fluidă, în continuă transformare, totodată păstrând „nucleul tare” al cadrului valoric, centrat pe dimensiunea culturală, caracterizată prin diversitate și deschidere pentru un dialog intercultural. În opinia eseistului francez Paul Valéry, expusă încă în 1919, a gândi despre cultură, literatură, filosofie, muzică, arte plastice, înseamnă a medita despre valori ale spațiului european. Asume despre aceasta el avea în vedere, când scria, că, *ideea de cultură, de inteligență, de realizări excepționale are o legătură foarte veche cu idea de Europa*” [a se vedea: 1].

În studiul *The Cultural Frontiers of Europe: Our Common Values*, francezul Rene Rezsöhazy dezvoltă valorile comune ale spațiului cultural european pe nouă componente ce conferă specificitate și unitate [a se vedea: 2]:

1. *Civilizația greco-romană, ca suport pe care s-a clădit cultura și spiritul european;*

2. *Valorile creștinătății, plecând de la noțiunile de bază precum Dumnezeuul unic și personal, la conceptul salvării și demnității omului, până la dragostea, justiția, solidaritate și fraternitatea omului (toți oamenii sunt văzuți ca și copiii ai aceluiași Tată);*

3. *Evul Mediu și civilizația medievală.*

4. *Renașterea și Reforma.*

5. *Iluminismul.*

6. *Revoluția politică și industrială.*

7. *Capitalismul și socialismul.*

8. *Dezvoltarea, progresul și bunăstarea istoriei postbelice.*

9. *Familia ca valoare centrală a societății noastre.*

Prin urmare, identitatea culturală în civilizația europeană are la bază un șir de repere istorice ce țin de *gândirea greacă, dreptul roman și creștinism, secolul Luminilor și raționalismul filosofic*, se identifică prin valori umaniste de natură spirituală dezvoltată pe parcursul mileniilor. În această ordine de idei, filosoful român Constantin Noica, considera că Europa a știut să integreze toate experiențele prin care a trecut timp de mai bine de două milenii și a propus un model cultural care a sfârșit prin a se impune lumii întregi. În lucrarea *Modelul cultural european*, el scria: „...cultura europeană, după ce se încearcă în diferite ipostaze (bizantină, romano-catolică, italiană, franceză, anglo-saxonă)”, *dobândește conștiința istorică a culturii depline, care se deosebește de cele ce au rămas doar configurații culturale (egipteană, chineză, indiană), prin ceea ce oferă:*

1) *o supranatură, schimbând raportul dintre om și natură în favoarea celui dintâi;*

2) *o cunoaștere rațională, dincolo de cea naturală care este doar descriptivă, cunoaștere capabilă să integreze iraționalul;*

3) *o superioară organizare științifică și tehnică de viață, cu largire a existenței și cunoașterii proprii prin istorie;*

4) *un univers deschis, ca o limită care nu limitează, până la ieșirea prin creație din timpul istoric”* [3, p. 33-34].

Pentru cultura europeană modernă sunt caracteristice un șir întreg de trăsături specifice precum individualismul, pasiunea de cunoaștere, existența pluralităților de idei, flexibilitatea, pragmatismul accentuat, simțul

organizării și coordonării eforturilor intelectuale și artistice, preocuparea intensă pentru învățământ și cercetare. În acest context, ideea unei culturi europene coerente rămâne una actuală, fiind dezbătută începând cu anii 20-30 ai sec. al XX-lea, când a fost dezvoltată o viziune asupra identității culturale comune a continentului ca rezultat al dorinței de comunicare și de schimb între valorile spațiilor sale culturale.

Materializarea proiectului unificator în spațiul Uniunii Europene (în continuare UE), problema definirii spațiului cultural european se complică, pe motiv că apar multiple chestiuni privind apartenența spațiului post-comunist (sovietic) la patrimoniul cultural european. Cercetările contemporane denotă faptul, că deși reprezintă în termeni limitați *unitate*, este reprezentată prin *multiplicitate*, căci interacțiunile dintre culturi, spații culturale au determinat o unitate care este ea însăși plurală și, în același timp, contradictorie. În această privință, filosoful și sociologul francez Edgar Morin scrie: „*Europa reprezintă în egală măsură dreptul și forța, democrația și oprimarea, spiritualitatea și materialitatea, măsura și hybris-ul, adică lipsa de măsură, rațiune, dar și mitul, inclusiv în cadrul ideii de rațiune*” [4, p. 39]. Pentru a o studia și cunoaște acest fenomen social, ar fi bine să se țină seama de aspectele sale incerte, vagi, contradictorii, determinându-i implicit identitatea complexă.

Caracterul plurivalent al culturii europene este determinat de cele trei dimensiuni ale culturalului: *patrimonială, biologică și dialogică*. Dacă dimensiunea patrimonială rămâne conservatoare, dimensiunea biologică admite și tolerează schimbările și evoluțiile. A treia dimensiune, cea dialogică, ilustrată de E. Morin, profilează, în opinia cercetătorului moldovean Victor Untilă, o perspectivă în care, „*cultura este considerată mai mult o dialectică, o dorință de dialog, o realitate schimbătoare și evolutivă*” [5, p. 21].

Am remarcat anterior că spațiul cultural european se caracterizează printr-o *diversitate* pentru că reprezintă culturi diverse, o îmbinare a similarităților și a diferențierilor dintre diferite spații culturale. Pe parcursul secolelor spațiile culturale s-au influențat reciproc și s-au îmbogățit, oferind, în rezultat, o moștenire culturală comună. În acest context, în anul 2016, conform datelor *Eurobarometrului special al Parlamentului European* realizat în cele 28 de societăți membre ale UE, „*aproape trei sferturi dintre europeni considerau că ceea ce îi unește este mai important decât ceea ce îi separă*” [a se vedea: 6]. Printre elementele de identitate europeană, „*aspectul democrației și libertății reprezintă valorile-cheie pentru 50% dintre respondenți*” [a se vedea: 6]. Așadar, trăsătura specifică a culturii europene o reprezintă diversitatea componentelor sale.

În literatura de profil, problema definiției diversității culturale este

încă un subiect ce se află într-o dezbateră continuă. Cu toate acestea, s-au identificat o serie de părți componente precum *multiculturalitatea*, *etnodiversitatea*, *drepturile culturale*, *diversitatea religiilor*, *credințelor* și *obiceiurilor*. Totodată, cu toate că diversitatea culturală constituie o valoare în sine, valorificarea ei cuprinde și dimensiuni politice, economice și sociale. Recunoașterea diversității culturale precum și valorificarea acesteia contribuie la facilitarea comunicării interculturale și reprezintă o latură importantă a identității europene.

Literatura consacrată problemei în cauză, consideră **identitatea** posedă două sensuri: a) aspect foarte asemănător al lucrurilor;

b) aspect al diferențierii.

Astfel, **identitatea europeană** se fundează pe elementele comune ce unesc spațiile culturale din Europa. Identitatea a evoluat din conștiința apartenenței la o societate, preluând elementele esențiale pentru dezvoltare unei idei de comunitate transnațională. Prin urmare, după cum remarcă filosoful român Cezar Bârzea: „*Conștiința europeană s-a format pe de o parte prin diferențiere de „ceilalți” („barbari”, „păgâni”, „sălbatici”), care trebuiau să fie cuceriți, asimilați și convertiți, pe de alta, printr-o sinteză a gândirii grecești, a ordinii romane, a credinței creștine și a libertății germanice*” [7, p. 67]. Convinși de superioritatea lor, societatea europeană a impus societăților vecine „*o civilizație pragmatică, novatoare și rațională*” [7, p. 67].

Dimensiunea culturală a identității cuprinde *valorile* și *patrimoniul* pe care societățile culturale din UE și le-au format în cadrul unui destin istoric comun. În acest sens, este vorba de fondul cultural (*idei, mituri, opere, instituții, simboluri, conduite, norme, stiluri de viață*) față de cei care cu gând european se simt atașați și prin care se consideră diferiți.

Apartenența comună la cultura europeană în pofida dificultăților de a defini conceptul antropologic și cultural, devine un puternic suport identitar al cetățeniei unionale. Conștiința europeană sau ideea europeană prin încărcătura emoțională, a devenit referință identitară suficient de atrăgătoare ca „*să mobilizeze imaginația elitelor și entuziasmul popular*” [7, p. 73].

Dincolo de orice abordare asupra diversității și identităților multiple din perspectivă culturală, spațiul geo-cultural european poate fi conceput ca un ansamblu cultural unitar. Din perspectiva acestei tratări, cultura europeană este clădită pe un complex sistem de valori comune ce caracterizează spațiul cultural european. El este constituit din componente caracterizate prin forme unitare de compoziție atât la nivelul formei și conținutului, cât și la nivelul exprimării. Ariile ce delimitează aceste spații culturale „*insulare*”, interpretate drept frontiere culturale

sunt discontinuități ce apar în interiorul unui sistem cultural unitar: UE. Acest spațiu cultural se identifică ca fiind unul unitar, caracterizat prin specificitate în raport cu alte spații învecinate.

Spațiul cultural european îmbracă o formă distinctă în raport cu alte tipuri și sisteme culturale. În jurul Europei culturale se poate remarca, prin urmare, o frontieră culturală. O asemenea frontieră culturală face în mod cert distincția între Europa și non-Europa. Perspectiva culturală creează discuții pe seama noțiunii unității civilizației europene, dar și pe seama corelației dintre geografie și cultură. Profesorul britanic Gerard Delanty ia în discuție, „*conceptul de Europă creștină, dar și acela de Europă moștenitoare a civilizației romane și grecești*” [8, p. 46]. Spațiul european pentru Napoleon însemna „*Europa franceză*”, concepută ca, „*un spațiu ale cărui frontiere trebuiau să se fixeze în urma presiunilor exercitate asupra Imperiului Otoman*” [8, p. 46]. Ipoteza frontierelor culturale ale spațiului european impune anumite delimitări, pe care ni le asumăm adesea. Urmărind evoluția în timp a procesului de construcție europeană, conchidem că în UE frontierele externe sunt tot mai importante (*tot mai închise*), iar cele interne devin mai mult formale decât reale (*tot mai deschise*).

Societatea europeană văzută ca o „*fortăreață*” este deschisă, „*ospitalieră*”, din perspectiva membrilor săi și închisă, securizată frontalier și mai puțin permisivă, din perspectiva restului lumii. Încercarea de a trasa frontiera comunitară, care să separe „*europenii*” de „*noneuropenii*” devine imposibilă din perspectiva culturală. Însă, noile tehnologii informaționale transformă producția și consumul cultural într-un conținut cultural provenit dintr-o gamă culturală foarte largă. „Între cultură, comunicație și noile tehnologii există o firească relație care conduce către conturarea unei societăți comunicaționale în interiorul căreia producția și consumul cultural devine unul specific” [9, p. 318], din păcate însă unul superficial înțeles. După savanții canadieni J. Tardif și J. Farchy, „*Programele culturale specifice sunt difuzate în noul context nu doar într-un spațiu limitat, ci sunt disponibile și departe în ariile diasporice*” [10, p. 166-167].

Comunicarea între comunități aparținătoare aceeași arii culturale, dar aflate la mare distanță, este înlesnită și creează premisa dezvoltării unui spațiu cultural fără frontiere. Astfel, comunitățile de emigranți din diasporă pot păstra legătura cu spațiul cultural din care provin, reușind să-și conserve identitatea proprie. Internetul dă o șansă enormă culturilor mici, comunităților lingvistice amenințate. După istoricul român Ernest Oberlander-Târnoveanu, „*Universalizarea nu trebuie înțeleasă ca pe o formă uniformizare, ci ca pe o șansă dată identității culturale, ... integrarea în circuitul valorilor universale*” [11, p. 2].

Posibilitate de promovare a specificului și de conservare a identității

pentru grupurile mici aflate sub presiunea asimilării este însoțită și de un proces similar dar pe direcție inversă: elementele culturale specifice unei „omogenizări” culturale, rezultate în urma globalizării, sunt transmise mult mai ușor în mediile culturale, inclusiv ale comunităților culturale restrânse. Rezultatul aceste „*revoluții culturale*” reprezintă generalizarea și omogenizarea culturală.

Un alt rezultat constatat este cel al „*relocării consumului cultural*”, „noile tehnologii de informare și comunicare reducând distanțele și comprimând timpul” [11, p. 120]. Realitatea dată înlătură constrângerile locale și provinciale, dar înregistrează și „*invazia*” universalului.

Spațiul cultural european, în ansamblul său, capătă, în acest context, o formă mai consistentă ca întreg, componentele sale fiind tot mai mult conexe și legate prin intermediul **interculturalității**. Diversitatea culturală capătă consistență aparent printr-o multitudine de modele oferite. Alegerea unora conduc negreșit spre omogenizare. După publicația *La culture au cœur*, „Procesul se poate constata și la nivelul spațiului european, care, dincolo de orice fel de infuzie din afară, în special dinspre spațiul american, dar și islamic, își conservă un specific cultural propriu” [11, p. 117-133].

În concluzie, trebuie să remarcăm faptul că spațiul cultural european este un construct cultural care s-a format de-a lungul timpului, un adevărat mozaic al legendelor, imaginilor și reprezentărilor care au dus la nașterea unui spirit mereu viu și în permanentă schimbare, cel al culturii europene. El reprezintă un spațiu al confruntărilor fructuoase dintre codurile mai multor culturi. Pluralismul cultural european include diversitatea și promovează dialogul culturilor care dincolo de diferențele lor, contribuie la îmbogățirea experienței umane și la conturarea identității europene.

Societatea europeană se fundează pe o conștiință europeană formată în timp, implementată prin educație, consiliere, informare despre istoria europeană, despre valorile realizate pe continent, care este o lume a culturii.

Spațiul cultural european este un spațiu cu o identitate puternică atât la nivel particular, cât și la nivel general. Sub raportul identificării unor frontiere culturale, remarcăm faptul că ariile de contact cultural sunt de două categorii: *interne* (între diferitele componente locale, regionale sau naționale); *externe*, (impun o demarcație în jurul a ceea ce este cultura europeană). Abordările în cauză nu se exclud reciproc. Existența unor arii culturale identitare particulare nu exclude existența unei arii culturale comune, europene. Ea conferă spațiului european o identitate culturală aparte și răspunde în fața lumii ca o puternică arie culturală comună.

Referințe bibliografice

1. Valéry P. The Crisis of the Mind:Second Letter. In: The history guide: lectures on twentieth century Europe [online]. Disponibil pe: <http://www.history-guide.org/europe/valery.html>.
2. Rezsöhazy R. The Cultural Frontiers of Europe: Our Common Values. In: Euro-imes, vol. 4, Delanty G., Pantea D., Teperics K. (ed.). Europe from Exclusive Borders to Inclusive Frontiers. Oradea, Institutul de Studii Euroregionale, 2008, p. 164-169.
3. Noica C. Modelul cultural European. București: Ed. Humanitas, 1993. 257 p.
4. Morin E. Gândind Europa. Trad. Margareta Batcu, ed. rev. și ad. București: Ed. Trei, 2002. 178 p.
5. Untilă V. *Mondialization et pluralism: de l'univers au plurivers*. In: Intertext. Rev. științifică, 2013, nr.1/2 (25/26), p. 20-24.
6. Europeii în 2016: impresii și așteptări, lupta împotriva terorismului și a radicalizării [online]. În: Parlamentul European în serviciul dumneavoastră: sondaje de opinie ale Parlamentului European. Eurobarometrul: [site]. Disponibil pe: http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/ro/20160623PVL001111/Europeii-în-2016_percepții-și-așteptări-lupta-împotriva-terorismului-și-a-radicalizării.
8. Bârzea C. *Cetățenia Europeană*. București: Ed. Politeia SNSPA, 2005. 183 p.
9. Delanty G. Border in Charging Europe: Dynamics of Openness and Closure, în Europe and Its Borders: Historical Perspective. vol. I, Horga I., Sipos S. (ed.) Oradea: Institutul de Studii Euroregionale, 2006, p. 46-58.
10. La culture au cœur. Contribution au débat sur la culture et le développement en Europe, Groupe de travail européen sur la culture et le développement. Strasbourg: Editions du Conseil de l'Europe, 1998. 423 p.
11. Tardif J.; Farchy, J. *Les enjeux de la mondialisation culturelle*. Paris: Éditions Hors Commerce, 2006. 395 p.
12. Oberlander-Târnoveanu, I. Identitatea culturală și patrimoniul digital: proiecte, rețele și portaluri, în Cibinium 2001-2005. Identitate culturală și globalizare în secolul XX – cercetare și reprezentare muzeală. Sibiu: Ed. ASTRA Museum, 2006, p. 41-48.

THE IMPACT OF THE COLLECTIVE MENTALITY IN OVERCOMING THE VULNERABILITIES OF CONTEMPORARY DEMOCRACY

Cristina Lazariuc, drd., lect. univ.

Departamentul Științe Socioumane, Universitatea Tehnică a Moldovei,
Chișinău, R. Moldova

cristina.lazariuc@ssu.utm.md

IMPACTUL MENTALITĂȚII COLECTIVE ÎN DEPĂȘIREA VULNERABILITĂȚILOR DEMOCRAȚIEI CONTEMPORANE

Astăzi conceptele de mentalitate colectivă și democrație trebuie analizate prin raportare la fenomenele de globalizare și progres tehnologic, la sistemul de principii și valori universale comune, la specificul cetățeniei globale și la conceptele de interdependență și prosperitate comună. Democrația trebuie să devină identitatea noastră comună, prin depășirea hotarelor personale, naționale și regionale ale conștiinței colective, și conturarea unei mentalități globale distincte. Toate acestea ghidează tendința noastră comună, în calitate de cetățeni ai planetei, de a face față celor mai mari provocări cu care umanitatea actualmente se confruntă, a cărei vis comun rămâne a fi – o lume în care domnesc pacea și respectul demnității umane. Fiecare din noi trebuie să se angajeze să promoveze colaborarea și cooperarea pentru dezvoltarea democratică a întregii familii umane.

One of the prominent themes at the heart of public debates in transition countries is the process of building, transforming and consolidating mentalities. The way in which a country's citizens perceive, filter information and relate to immediate realities, both locally and globally, is identified as one of the main obstacles to substantial social change. The mentality is a dynamic synthesis of each society in which cultural specificity is included and civilizations are defined.

Mindsets are a component of culture, an essential part of sustainability, which structures social interaction through values and norms. The French historian, F. Braudel, stated that each epoch is animated by a certain representation of the world, by a certain dominant collective mentality, which “penetrates the entire mass of society. This mentality that dictates attitudes, guides choices, roots prejudices, tilts the movements of a society to one side or the other, is eminently a fact of civilization” [1] Thus, the mentality can be considered a true mental frame of common reference of a group of people, *ana priori* form of knowledge, a cultural heritage through which we explain the world, society and ourselves. It often determines our emotionality, perceptions, relationships with

others, acceptance or non-acceptance of difference, social choices. Le Goff argues that the mentality changes most slowly in a society, and the pace of their transformations differs from the pace of transformations that take place in other spheres of society [2]. Due to this, the transformations that take place in the company's infrastructure face resistance, delays and gaps. But, in the end, the author notes, mentalities are forced to adapt to changes in social infrastructure. At the same time, changes in infrastructure are in line with the mentality of the main attitudes present in a society.

The latest perspectives in the field of historical and anthropological discourse refer to the promotion of an innovative and global image of the past, present and future, given the ways in which people perceive the world around them, how they see themselves, others, and the system of values according to which they model their attitudes, behaviors, reactions, in a word, the mental paradigm specific to a certain historical time. The challenges that different regions of the world are facing today with are different in magnitude, but not different in nature. Poverty, unemployment, organized crime, terrorism, the ecological problem and climate change are only part of the problems that do not take into account national borders and can only be overcome by strengthening the efforts of all nations. Beyond the nation we belong to, beyond the continent where we live, we are all part of the same humanity whose common dream is to live in a world where peace and respect for human dignity reign. This is possible only by identifying a unique way of connecting our values and interests so closely that war would become practically impossible.

Thus, the realization of this dream of humanity is largely dependent on three fundamental principles: interdependence, mutual prosperity and shared universal values. They must guide us in our common tendency to overcome the greatest challenges that humanity is facing today with: hunger and poverty in the world; moral degeneration of public and private life; degradation of democratic systems; and the danger of new wars between civilizations. Through constant dialogue and negotiations, applying the art of compromise, covering more and more issues and involving more and more countries, the promotion of the world peace is possible. Spinoza said: „Peace means more than the mere absence of war, peace is a virtue.” He also added: peace is „a state of mind, a disposition for goodwill, trust and justice.” Indeed, true peace exists only if people have the confidence that their interests are represented, are satisfied with their political system and have the guarantee that their fundamental rights are respected. Global society does not just mean peace between nations. It embodies that special state of mind referred to by Spinoza. As

a community of universal values, it represents this vision of freedom and justice, which places the individual and respect for human dignity in a central position and which cannot exist outside democracy [3]. Therefore today, democracy is a universal value, which does not belong to a single country or region. In the face of the challenges of the new millennium, the concept of democracy can no longer remain within the strict limits of the nation-state, and its values, principles and even practices often acquire global dimensions. The promotion of democracy is no longer just a matter of national interest. Today, it has become an objective, an activity and a shared responsibility of all the states at global level.

If we go back to the origins, for the ancient Greeks it was a discovery that together they had the potential to master their own fate and to ensure a better life together. Democracy was the political innovation that allowed the Greeks to limit the power of tyrants and their natural tendency to concentrate their entire power in their own hands and maximize their wealth. The ancient Greeks, with all their shortcomings, believed in the wisdom of the crowd, believed in people and their potential. Even then, they realized that not only people need democracy, but also democracy needs people. Today, our democracies face the same moment of truth again. Today we are witnessing together an intense process of globalization of markets, but not as intense in relation to democratic institutions. Some politicians are still limited only to local politics, only to solving internal problems, in a small circle of people, without taking into account the opinion of the majority that remains with the unqualified democratic potential. Others, and even worse, being protected by interest groups, use the levers of power to maximize their wealth and camouflage their illegalities.

As a result, it is not surprising that many political leaders have lost credibility in the face of people, who have increasingly started to oppose non-democratic practices through collective mobilization and associative representation. The protests that have spread over the last few years in various countries are a proof of social dissatisfaction and indicate a gradual awakening and consolidation of the civic consciousness of the citizens of the states where the abuses and the slippages of democracy are the order of the day. The protests are thus the expression of a position of the citizens against corruption, of the deficient political class and of the bad government, which erodes any fragile democracy and the market economy of a country. The main role of the protests is to highlight a political, economic or even moral „crisis“. Nevertheless, as we witness more and more scenes where law enforcement must protect state institutions from voter dissatisfaction, we come to realize, with regret, that something

is wrong with our democracies. And yes, democracies have become vulnerable, and these vulnerabilities can be overcome only when the rulers will harness the potential of the governed, and the governed will begin again to deliberate, act and take responsibility for the local solutioning of global problems. In order to prevent state capture and improve the quality of democracy, a strong and competent civil society is indispensable in order to monitor, hold political representatives accountable and connect government to citizens' interests.

On the one hand, these are the premises and conditions for the development and consolidation of a viable democracy, on the other hand their lack generates realities that erode democracy, especially in the countries that are going through a transitional period [4]. In such states, the failure to consolidate a democratic regime is due to: 1. the weakness of the state institutions, seized by private interest groups, towards which a social apathy manifests itself; 2. the lack of firmness and the political and geopolitical oscillation of the ruling elites, which do not show verticality and do not promote a system of stable values and principles, and, 3. last but not least, the deficiency of civil society, divided from the cultural, identity and geopolitical point of view, which as a result cannot influence or hold the representatives of power for a government oriented to the interests of citizens.

Therefore, civil society plays a crucial role in strengthening democracy by representing the interests of citizens, mobilizing power, monitoring governors and ensuring transparency of the political process. In order for all this to take shape, in addition to independent justice, an education in the spirit of democratic values and a free and competent press are required, which should contribute to shaping open collective mentalities. Both within established democratic states and in the democratic states at the beginning of the road, a key element is the political culture according to which democratic systems must be well rooted in order to prosper and survive. It is certain that political culture cannot be formed and developed outside the mentality, which allows us to perceive social representations in relation to the reality in which individuals exist. Collective mentalities are mental structures manifested through choices, value judgments, behavioral forms, structures that are strongly dependent on contexts. They are diffuse social models for solving families of problems or reporting to certain categories of situations. Their sustainability is given by social communication processes in response to recurring social requirements. Democracy, in turn, is about culture, traditions, norms and principles, including moral ones, the awareness of the social responsibility of every citizen, to value a way of being and acting politically democratic.

As generative or structuring systems, mentalities are diffuse cultural dispositions, supported by socialization and institutionalization. Mentalities contain information, beliefs, values, opinions, representations, stereotypes, prejudices, elements of ideology, etc., structured according to certain coherence. They are related to everyday socio-human life, routines, occasions and social encounters. In the conditions of inter-existence, intersubjectivity, interactions, communication and exchanges of any kind, people agree on the meanings related to the community and the world in which they live. The mentality becomes homogenizing and unifying, and it makes possible predictions about members' behaviors in social situations.

Today, we must cross borders and identify ourselves as citizens of a global democratic community, who share universal values and interact on the basis of universally valid principles, such as tolerance, respect and collaboration through solid partnerships that result in products and services of common utility, in creativity, innovation, personal and community development. Today, our common identity must become a democracy, where education is done through participation and where participation generates trust and solidarity, thus overcoming vulnerabilities and strengthening a stable democracy. Today, we must identify ourselves as members of a single family, united around a common goal according to which a broad and multi-sectoral dialogue is needed, in order to eliminate conflicts and ensure lasting peace, based on the inseparable principles of international solidarity and responsibility. In order to be aware and assume our responsibilities as members of a global society, but also to feel encouraged to participate actively in shaping society as a whole, we need learning opportunities that promote skills (knowledge accumulation, training skills, assimilating values, refining attitudes), and as a result to ensure the shaping of the collective mentality, so necessary for a well-informed global citizen with global critical thinking. Each of us must commit to promoting collaboration, mutual respect and cooperation for the democratic development of the whole human family, based on shared universal values.

In other words, the re-evaluation of democratic politics can be done by us, the citizens, both from the position of governors and from the one of governed. Everyone who participates in the current global exchange of ideas, whether they are sharing information in the virtual space or at the local level, all who fight side by side against injustice and inequality, corruption and trafficking of influence, discrimination and abuse, dogmatic thinking and physical violence are those that will defend democracy from the dangers of it, promoting instead empathy and tolerance, critical and independent thinking, human dignity and human rights, common peace and security.

In conclusion, it is certain that democracy had and continues to have enemies. This is why it needs to be protected, strengthened and promoted through its own name and on its behalf. Democracy exists because we invented it, because it exists in our minds and, to the extent that we understand how to keep it alive and functional. As long as each democratic state is aware of the dangers of stability of its own democracy, as well as the threats to global democracy, and will demonstrate, through its citizens, the active involvement and loyalty in support of common democratic values and principles, „the government of the people”, by the people and for the people will face the challenges of the global world. Contemporary man must learn to annul himself as an egocentric being and to become aware of himself as part of humanity, having as a vector of thought and action the imperative: *Together we will succeed.*

Bibliography

1. Rusu-Mocănașu D. Comunitatea Horahane (romii musulmani) din Babadag. Mentalități și schimbări sociale. București: Editura Didactică și Pedagogică, 2014, p.14.
2. Gavreliuc A. Mentalitate și societate. Cartografii ale imaginarului identitar din Banatul contemporan. Timișoara: Editura Universității de Vest, 2003, p.56
3. Tocqueville A. Despre democrație în America. București: Humanitas, 2017, p. 296-298.
4. Voicu M. Valori sociale ale tranziției post-comuniste. Iași: Lumen, 2010, p.48.

ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ЮРИДИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭЛЕМЕНТЫ

Юрий Фрунза, докт. права, доцент, директор

Центр юридических исследований Института юридических,
политических и социологических исследований, Кишинэу, Р. Молдова
iufrunza@yandex.ru

THE CONTRACT FOR THE PROVISION OF MEDICAL SERVICES: LEGAL CHARACTERISTICS AND ELEMENTS

This article, based on the new provisions of the modernized civil code of the Republic of Moldova, as well as modern literature, examines the concept, legal nature and elements of a contract for the provision of medical services. Also, based on the analysis, arguments are given for the need to change the concept of „medical service providers” given in article 1 part (2) Of the law of the Republic of Moldova No. 263 of 27.10.2005 on the rights and responsibilities of the patient.

Законом Парламента Республики Молдова № 133 от 15.11.2018 года, в действие с 01 марта 2019 года, в Гражданский кодекс РМ (далее, ГК РМ) были осуществлены существенные изменения и дополнения [1]. Одним из новшеств является появление в модернизированном гражданском кодексе договора об оказании медицинских услуг, регламентированный 11-тью конкретными статьями -ст. ст. 1400-1410 (часть 6 «Медицинские услуги» главы XI (Подряд и оказание услуг), раздела III (Отдельные виды обязательств), книги третьей – Обязательства) [2].

Изначально отметим, что как таковой договор об оказании медицинских услуг в правоприменительной практике существовал и раньше. Однако он основывался больше на общий договор об оказании услуг и не имел четкого регулирования. Менеджеры частных медицинских клиник и частнопрактикующие врачи, работающие вне государственной медицинской системы, составляли такого рода договоры, руководствуясь общими гражданско-правовыми принципами как-то, свобода договора, признании равенства участников регулируемых им отношений и другие.

Сегодня молдавский законодатель по примеру ст. IV.C.-8:101 – IV.C.-8:111 из DCFR [3] уже более детально регулирует данного рода правоотношения. И это не случайно, ибо деятельность частных медицинских клиник и частнопрактикующих врачей становится все заметнее и заметнее.

Отметим также, что действующее медицинское законодательство Молдовы предусматривает права, обязанности и ответственность, как пациентов, так и медицинских учреждений [4]. Но эта часть ГК РМ не заменяет действующее медицинское законодательство. Скорее, оно дополняет тот пробел в регулирование частного договорного отношения в сфере оказания медицинских услуг.

Из анализа положений главы XI, раздела III, книги третьей ГК РМ выводим, что понятие договора об оказании медицинских услуг следует определить следующим образом: *«По договору об оказании медицинских услуг одна сторона (поставщик медицинских услуг -исполнитель) обязуется оказывать медицинские услуги другой стороне (пациенту), а пациент обязуется выплатить обусловленное вознаграждение».*

По своей юридической природе договор об оказании медицинских услуг является *консенсуальным*, то есть считается заключенным с момента достижения согласия сторонами по всем его существенным условиям; *возмездным*, то есть медицинская услуга оказывается поставщиком медицинских услуг за вознагражде-

ние; *взаимообязывающим* (синалагматическим), то есть стороны имеют встречные права и обязанности друг другу; *длящимся*, означающим, что договорные отношения могут быть на длительной основе, а оказание медицинских услуг возможно только после заключения договора. Наконец, он является *коммутативным* договором [5], предусматривающий, что взаимные представления сторон по договору известны уже в момент его заключения, то есть по нём, в момент его заключения известны объем, уровень и отношение взаимных обязательств сторон. Другими словами, в договоре конкретно должно быть определено, что какая из сторон отдает (делает) и что взамен получает, то есть определен конкретный предмет договора, и его конечный результат (предмет взаимных обязательств определены конкретно). Права и обязанности сторон договора не зависят от какого-то неизвестного будущего события, как например, при алеаторном–рискованном договоре (страхование, лотерея, игра, пари), где предмет и характеристики взаимных обязательств известны не полностью и зависят от условия, заранее знать которое не представляется возможным или затруднительно.

Элементами данного договора выступают его стороны, предмет, форма, цена и срок.

Сторонами договора как это явствует из его понятия, являются поставщик медицинских услуг (исполнитель) и пациент. Для уяснения, что входит в понятие поставщик медицинских услуг и пациент, обратимся к Закону № 263от 27.10.2005о правах и ответственности пациента [5], который в ст. 1 часть (2) прямо указывает, что *поставщики медицинских услуг* это медико-санитарные и фармацевтические учреждения независимо от вида собственности и организационно-правовой формы, врачи, другие специалисты в области медицины, иные физические и юридические лица, имеющие право заниматься определенными видами медицинской и фармацевтической деятельности. А *пациент (потребитель медицинских услуг)* – лицо, нуждающееся в медицинских услугах, использующее их или обратившееся за ними, независимо от состояния здоровья, либо добровольно участвующее в качестве субъекта в биомедицинских исследованиях. Таким образом, в качестве поставщика услуг выступают как юридические лица – медицинские клиники, так и физические – частные практикующие врачи и другие медицинские работники Фармацевты не могут выступать в качестве медицинских услуг (смотри ниже). Обязательное условие для них это обладание соответствующего сертификата аккредитации (по конкретной

специализации) и иметь санитарное разрешение на осуществляемый вид деятельности. Кроме этого, частный поставщик медицинских услуг должен быть включен в Перечень учреждений здравоохранения, утвержденный Министерством здравоохранения, труда и социальной защиты. А в качестве пациентов выступают физические лица. Однако, следует отметить, что стороной договора может быть не лично пациент, а и другие лица (например, родители заключают договор в пользу ребенка, дети в пользу родителей, даже фирма может заключать договор в пользу своего работника). В случае если пациент не является стороной договора, он считается третьим лицом, которому договор предоставляет права, соответствующие обязательствам поставщика медицинских услуг.

Предметом договора являются медицинские услуги различного характера, в том числе любые иные услуги, направленные на изменение физического или психического состояния лица. Согласно вышеупомянутому закону, *медицинские услуги* – комплекс мероприятий, направленных на удовлетворение потребностей населения в охране и восстановлении здоровья, осуществляемых с использованием профессиональных медицинских и фармацевтических знаний.

Для того чтобы понять, что такое «медицинские услуги» и «иные услуги, направленные на изменение физического или психического состояния лица» следует конкретно обратиться к Закону № 411 от 28.03.1995 об охране здоровья [5], согласно которому, под этими терминами определяются такие категории услуг как собственно *медицинские услуги* (по профилактике, диагностике, лечению и надзору), *медицинская помощь* (профилактической, диагностической, терапевтической, реабилитационной), *медико-санитарные услуги, наркологическая помощь*.

Из анализа всех цитируемых источников можно определить, что под медицинскими услугами следует понимать – вид взаимоотношений по представлению медицинской помощи, урегулированной соглашением сторон договора (на оказание медицинской услуги).

Профессор Молдавского государственного университета Садовей Николае считает, что в смысле положений Закона № 263 от 27.10.2005 медицинские услуги подразделяются на три категории: медицинское вмешательство (медицинский акт), биомедицинское исследование (клиническое изучение) и фармацевтические услуги [6]. С этим утверждением мы не можем согласиться. И это, потому что фармацевтические услуги это отдельный от медицинских вид услуг. Как по своей юридической природе, так и по элементному составу. Чтобы не вдаваться в подробности уточним только, что

понятие врач и медицинский работник не тождественны с понятием фармацевти фармацевтический работник. Видимо, уважаемый профессор, ошибочно истолковал понятия *поставщики медицинских услуг* и *медицинские услуги* данные в ст. 1 часть (2) Закона № 263от 27.10.2005 о правах и ответственности пациента, а именно синтагму «осуществляемых с использованием профессиональных медицинских и фармацевтических знаний». Ибо эта синтагма характеризует исключительно медицинскую деятельность, которая предусматривает знания в области профессиональной медицины и, соответственно фармацевтики. Когда как, фармацевтическая деятельность предусматривает исключительно фармацевтические услуги. В соответствии с ст. 1 Закона РМ № 1456 от 25.05.1993 года о **фармацевтической деятельности** подфармацевтической деятельностью понимается – научно-практическая область здравоохранения, включающая в себя деятельность по разработке лекарств, их стандартизации, регистрации, производству, изготовлению, контролю качества, хранению, информированию о них, поставке и отпуску их населению, а также по руководству фармацевтическими предприятиями и учреждениями и их подразделениями, которая осуществляется только в рамках фармацевтического предприятия и учреждения, за исключением исследований по разработке и тестированию лекарств, осуществляемых в соответствии с действующим законодательством [7]. *Фармацевтическая услуга* – это услуга, оказываемая населению и организациям здравоохранения юридическими лицами, физическими лицами, осуществляющими фармацевтическую деятельность, а также государственными органами надзора и контроля фармацевтической деятельности [8]. Фармацевтическая услуга, являясь разновидностью профессиональных услуг, может оказываться только специалистом – провизором и фармацевтом, имеющими сертификаты, подтверждающие их профессионализм. Основываясь на вышеназванные аргументы, считаем целесообразным, чтобы понятие *поставщики медицинских услуг* данное в ст. 1 часть (2) Закона № 263от 27.10.2005о правах и ответственности пациента, правильно следует переформулировать с исключением из нее таких словосочетаний как «фармацевтические учреждения» и «фармацевтической деятельности».

Таким образом, медицинские услуги подразделяются не на три, а на две категории: медицинское вмешательство (медицинский акт) и биомедицинское исследование (клиническое изучение). Где, *медицинский акт* – любое обследование, лечение, клиническое исследование, помощь или иное действие, применяемое к паци-

енту с профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной целью либо с целью проведения биомедицинского исследования, осуществляемого врачом или другим медицинским работником. А *клиническое изучение* – научное исследование, имеющее целью изучение физиологических, психологических и других состояний человеческого организма, находящегося под воздействием различных факторов, а также клиническое испытание новых диагностических, лечебно-профилактических, реабилитационных методов, лекарств или иных лечебных средств, проводимое на человеческом субъекте.

Что касается понятия *«любые иные услуги, направленные на изменение физического или психического состояния лица»* указанное в части (2) ст.1400 ГК РМ, то под ним следует понимать такие ситуации, когда не требуются обязательного медицинского вмешательства, как то эстетическая хирургия, стерилизация и другие, а также такие ситуации как предоставление информации касательно лечения, направление/перенаправление к другому поставщику медицинских услуг и другие.

Другим элементом договора выступает его форма, которая может быть как устная, если общая сумма-цена предмета договора (услуги) не превышает одну тысячу леев и письменная. Как письменная, так и устная форма договора подтверждается квитанцией об оплате услуги.

Цена договора, именуемая вознаграждение – договорная, то есть по соглашению сторон, либо фиксированная, на основе установленных государством тарифов, в случае если поставщик услуг оказывает такого рода услуги и на основе договора с Национальной кассой медицинского страхования. В соответствии с ст. 1330 ГК РМ, считается, что стороны достигли согласия относительно вознаграждения по умолчанию, если в соответствии с обстоятельствами такие работы или услуги выполняются или оказываются только за вознаграждение. А если размер вознаграждения не установлен, считается, что в случае наличия тарифов достигнуто соглашение о вознаграждении в соответствии с тарифами, а в случае отсутствия таковых – об обычном вознаграждении. В случае, если договором предусматривается оказания целого комплекса услуг, например, лечение всех зубов, цена может определяться отдельным документом – предварительная смета или посредством установления суммарной цены. В последнем случае, заказчик обязан уплатить обусловленное вознаграждение (суммарную цену) и не может требовать уменьшения вознаграждения по причине, что

выполнение работы или оказание услуги потребовало меньшего труда или меньших расходов, чем предусматривалось. Аналогично и поставщик услуг (исполнитель) не может требовать увеличения вознаграждения по противоположным основаниям. При этом, суммарная цена остается неизменной, хотя бы и были изменены исходные сроки или условия исполнения, если стороны не договорились об ином (ст. 1333 ГК РМ). Немаловажное условие является тот факт, что в соответствии с ст. 1376 ГК, оплата услуги осуществляется после ее оказания, а не до. А если плата за услуги исчисляется по определенным периодам времени, оплата осуществляется по истечении каждого периода.

Срок договора – в зависимости от обстоятельств может быть как определенный конкретным числом, периодом или неопределенным. Он также может быть и долгосрочнымна срок более пяти лет. В данном случае, исполнитель может заявить о расторжении договора по истечении пяти лет. Срок предварительного уведомления составляет шесть месяцев.Срок договора может быть продлен. Так, в случае продолжения договорных отношений и по истечении срока договора, о чем поставлена в известность другая сторона, договор об оказании услуг считается продленным на неопределенный срок в той мере, в которой другая сторона не заявила немедленно о своем отказе. А по завершении долгосрочных отношений исполнитель может потребовать от другой стороны (пациента) выдачи письменного свидетельства о проделанной работе и времени работы.

В заключение отметим, что договор об оказании медицинских услуг, как и всякий гражданско-правовой договор, должен содержать следующие элементы конкретные стороны (клиника, врач и пациент, либо лицо которое заключает договор в интересах пациента); его предмет (объём и качество предоставляемой медицинской услуги; при этом на оказание больному любой предложенной медицинской помощи необходимо его согласие); срок исполнения и его цену, то есть вознаграждение, которое представляет собой сумму денег уплаченная пациентом, либо его представителем.

Библиография

1. Legea nr.133 din 15.11.2018 privind modernizarea Codului Civil și modificarea unor acte legislative. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr.467-479 din 14.12.2018.
2. Гражданский Кодекс Республики Молдова № 1107 от 06.2002, переопубликован в Monitorul Oficial al Republicii Moldova, № 66-75от 01.03.2019.

3. DraftCommonFrameofReference (DCFR)это набор модельных правил для улучшения существующего и будущего регулирования в отношении функционирования Европейского внутреннего рынка, разработанный европейскимидоктринариями. Вышел в свет в 2009 году. Этот набор модельных правил. Это не официальный документ, а сборник сравнительных исследований и имеет статус научной работы. Но, по своей структуре имеет формат модельного Кодекса ЕС. Все страны ЕС и государства члены Совета Европы (как Молдова, например) руководствуются этими модельными правилами, для сближения своего частного-гражданского права с европейским. Модельные правила состоят из десяти книг и содержат как принципы, так и модельные нормы.
4. Смотри: Закон № 411 от 28.03.1995 Об охране здоровья. In: Monitorul Oficial, 22.06.1995 Nr. 34, статья №: 373; Закон № 263от 27.10.2005 О правах и ответственности пациента. In: Monitorul Oficial, 30.12.2005, Nr. 176-181, статья № 867.
5. Chibac Gh. et.al. Drept civil. Contracte și succesiuni. Ediția 4. Chișinău, 2019, p. 154.
6. Sadovei Nicolae. Reglementarea dreptului persoanei fizice la ocrotirea sănătății în Codul civil modernizat: calități și deficiențe. În: Realități și perspective ale învățământului juridic național. Culegerea de comunicări din cadrul conferinței științifice naționale cu participare internațională din 1 și 2 octombrie 2019, organizată cu ocazia aniversării de 60 de ani ai Facultății de Drept a Universității de Stat din Moldova. Chișinău, USM, 2019, p. 86.
7. Закон № 1456 от 25.05.1993 О фармацевтической деятельности. In: Monitorul Parlamentului 01.07.1993, Nr. 007 статья № 210.
8. Степанова И.Е. Современные технологии оказания фармацевтических услуг. In: Экономический вестникфармации. Северо-Запад. Псковская область, 2003, № 10 (68), с. 37.

ПРОБЛЕМА СТРАХОВ И ТРЕВОЖНОСТИ У ПОДРОСТКОВ В СВЕТЕ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДОВ В ПСИХОЛОГИИ

Лариса Москалюк, докторант, клинический психолог
Психиатрическая больница муниципия Бэлць, Р. Молдова
e-mail: moskalyuk.68@bk.ru

THE PROBLEM OF FEARS AND ANXIETY IN ADOLESCENTS IN THE LIGHT OF VARIOUS APPROACHES IN PSYCHOLOGY

The present article is dedicated to the great problem of adolescent fear and state of anxiety. I am attempting to analyze the problem of fears and anxiety in adolescents in the light of various approaches in psychology. To my mind investigating this issue is a very imperative problem because the state of anxiety and fear are

extremely negative not only for children's learning knowledge but to their whole state of health. So the general conclusion to the research results may present a great interest not only for parents but for psychologists, teachers, doctors, psychiatrists and neurologists because these are necessary arguments and prophylaxes for the adolescents state of anxiety and also for the formation of the harmonious personal development to their social development and choice of their life. To my opinion it is vital to pursue this direction in a tenacious way with great emphasis on the prophylactic activity.

В современной психологии проблема страхов является одной из самой актуальной, так как современная эпоха, насыщенная социально – экономическими преобразованиями, создала условия для увеличения тревоги и волнений. Ситуация в мире современного детства тревожна и опасна как для детей, так и для будущего общества. Человечество, вступив в третье тысячелетие, наряду с невиданными достижениями в области технического прогресса приобрело новые источники страха за свое существование. Если прошлый век прошел под знаком угрозы ядерной войны, которая все-таки была гипотетической, затем страх терроризма, то страх новой болезни имеет вполне реальную основу. Ни один человек, независимо от возраста и социального статуса, не застрахован от того, чтобы стать жертвой коронавируса. Нестабильность социально-экономической обстановки, безработица, вынужденная миграция населения, снижение жизненного уровня населения, приводит к тому, что семья не всегда способна полноценно выполнять функцию воспитания подрастающего поколения [1]. К этим проблемам добавляются страхи и тревожность, связанные с экономической необеспеченностью, большей части населения, а также с санитарной обстановкой в стране в условиях пандемии. В Молдове выросло число семей, неблагополучных в экономическом, психологическом, педагогическом аспектах. Подростки в силу их эмоциональной лабильностью, с особой остротой переживают все эти страхи, которые могут приводить к серьезным нарушениям их эмоциональной сферы, вплоть до невротических расстройств. В связи с этим изучение страхов у подростков, а также личностных факторов, которые предрасполагают к ним, представляется нам актуальной и практически значимой психологической проблемой. Тревожность и страхи оказывают, достаточно сильное влияние на подростков, на учебу и здоровье в целом. Тревожные синдромы как самостоятельные стали описывать в конце XX века, как преимущественно невротический и личностный уровень расстройств [2]. На лечение пациентов с тревожными расстройствами тратится

15% из общих расходов, предназначенных для лечения всех нарушений психического здоровья. Все сказанное, свидетельствуют, вместе с тем, о том, что эта проблема продолжает оставаться, пока и в теоретическом и в практическом планах достаточно актуальной. Проблема страха и тревожности рассматривается в западной психологии в рамках четырех психологических подходов.

Первый бихевиористский подход к пониманию страхов — обращает внимание на поведенческие основы страха и связан с бихевиористским направлением (Айзенк Г., Бандура А., Спилбергер Ч., Уотсон Д.). С точки зрения бихевиоризма — писал американский психолог Дж. Уотсон, подлинным предметом психологии человека является поведение от рождения до смерти [3]. В психологии бихевиоризма под неврозом понимали «дурные привычки», «дурное поведение», «патологические реакции». По Д. Уотсону, все многообразие поведения человека можно описать формулой «стимул — реакция» (S/R). Д. Уотсон говорил: «Дайте мне дюжину здоровых крепких детей и людей, и я возьмусь сделать из каждого из них, на выбор специалиста по своему усмотрению: врача, коммерсанта, юриста и даже нищего вора, независимо от их талантов, склонностей, тенденций и способности, а также профессий и расы их предков [4]. Все это завело его в тупик, исключались такие понятия как сознание, личность, идеалы, установки. В область рассмотрения данного подхода попадают аспекты страха, связанные в основном с реакцией испуга, избегания и не затрагиваются проблемы осмысления и ценностной интерпретации страха.

Второй психоаналитический подход понимания страха — связан с психоаналитической традицией и последующим ее развитием различными авторами (Фрейд З; Адлер А; Салливан Г.С; Фрейд А; Хорни К; Юнг К.). Зигмунд Фрейд вместе с Блейером начали изучать, в частности, «инфантильный невроз». Классическая теория предполагает, что всем неврозом взрослой жизни предшествуют какой-то невроз в детстве. Главным объектом исследования являлся феномен, обозначенный З. Фрейдом как «невротический страх» (в ряде переводов он называется «тревогой»), то есть страх, не связанный с реальной объективной опасностью [1]. Большинство последователей З. Фрейда отмечали в феноменах страха и тревоги не только индивидуально — психологические, но и социальные аспекты их возникновения.

А. Адлеру принадлежит идея фиктивного финализма, по его мнению, все люди ориентируются в жизни посредством конструкций или фикции, которые организуют и систематизируют реаль-

ность, детерминируя поведение. Следовательно, мотивы человеческих поступков определяются в большей степени надеждами, мечтами о будущем, а не опытом прошлого, Например, такие идеи, как «Все люди равны в своих возможностях», или «Чтобы добиться успехов в жизни, главное – желание» и т.д. А. Адлер подчеркивал, что здоровый человек может освободиться от влияния фиктивных надежд и увидеть жизнь такой, какой она есть. Для невротиков это оказывается невыполнимым и разрыв между реальностью и фикцией еще больше усиливает их напряжение. А.Адлер рассматривал человека, прежде всего, в контексте общественных связей [5].

Психоаналитический подход в исследовании детских страхов развивала и Анна Фрейд. Одним из базовых представлений для нее являлась идея о том, что в возрасте 6-7 лет происходят серьезные изменения специфики страхов. Существовавшая ранее объективная тревога (страх, имеющий свой источник во внешнем мире), в этом возрасте теряет свое влияние на ребенка, и на первое место выходит борьба с собственной совестью, которая проявляется большей частью в чувстве вины. Осознанные конфликты соотносятся с тревогой «Сверх-Я». Период осознанных конфликтов характерен для подросткового возраста.

Основоположник аналитической психологии. К. Юнг, говорил: «Каждый носит с собой тень, и чем меньше она подключена к индивидуальной сознательной жизни, тем она темнее и гуще. Если плохое качество осознано, то всегда есть шанс его исправить, она подвержена непрерывной модификации. Но если теневая сторона изолирована от сознания, то она никогда не будет исправлена. К. Юнг видел коренную причину неврозов в психогении. Состояние тревоги возникает тогда, когда индивид воспринимает определенный раздражитель или ситуацию, несущую в себе элементы потенциальной или актуальной угрозы, опасности, вреда. Считается, что, в отличие от страха как реакции на конкретную угрозу, тревога представляет собой генерализованный, диффузный или беспредметный страх (Ч. Спилбергер, Н. Левитов и др.).

Создатель “межличностной теории” – С.Салливен утверждал, что личность не может быть изолирована от других людей. Развитие и поведение индивида обусловлено межличностными отношениями. С.Салливен считал, что у человека есть исходное беспокойство, тревога, которая является продуктом межличностных (интерперсональных) отношений.

Третий подход, основан на положениях экзистенциализма и гуманистической психологии – на положениях философии экзи-

стенциализма (А. Камю, С. Кьеркегор, Ж. Сартр, П. Тиллих, М. Хайдеггер, Л. Шестов). Н. Рейнвальд и К. Хенинг считают, что «потребность в самосохранении может, в зависимости от обстоятельств, выразиться в пассивнооборонительной эмоции – страхе».

Таким образом, страх можно рассматривать и как своеобразный защитный механизм внутреннего «Я» личности. В коммуникативном аспекте исследования проблемы страха целесообразно выделить его дезорганизирующую функцию, которая проявляется, прежде всего на уровне разрушения коммуникативных отношений и коммуникативных умений субъекта общения. Различные авторы уделяют внимание преимущественно «смыслу» страха, то есть его месту в общей системе метафизического, психологического или биологического существования индивида (А. Кемпински, Р. Мэй, Ф. Риман), обосновывая положительные аспекты страха, связанные с развитием «Я». Выделение в страхе наследственной, инстинктивной основы поддерживали многие авторы. Так, Д. Селли писал, что инстинктивный страх, преобладающий в фазе раннего детства, в подростковом возрасте, все более замещается страхом «по опыту», то есть социальным.

Четвертый подход – связан с концепцией гуманистической психологии (А. Маслоу, В. Оклендер, Ф. Перлз, К. Роджерс), где страх рассматривается как негативный феномен, мешающий процессу самоактуализации личности из-за того, что он возникает при фрустрации потребности в безопасности (одной из базовых потребностей по А. Маслоу). Источником тревоги являются различные проявления неконгруэнтности (К. Роджерс), «не – естественности» бытия; так, например, тревогу порождает отсутствие осознания «здесь – и – сейчас» и, как следствие, подвластность психики человека, как катастрофическим ожиданиям, так и деструктивным воспоминаниям [6]. Высокотревоженные подростки обладают слабой мотивацией к достижению целей, самостоятельному принятию решений, низким уровнем работы в режиме стресса и сниженным энергетическим потенциалом.

Основоположник Гештальт терапии Ф. Перлз писал: «Важно не то, что человек думает и говорит, а важно, что делает, как делает, как он движется. У невротика имеются незавершенные гештальты в прошлом. Разрыв между «сейчас» и «тогда» приводит к тревожности. Важно осознание человеком собственных действий» [6].

Основоположник психотерапии ориентированной на тело, В. Райх, полагал, что первичные травмы и сексуальные импульсы удерживаются вне сознания при помощи сложных паттернов хронического мышечного напряжения «характерологического

панциря» (зажима, брони). Хронические мышечные «зажимы», в первую очередь обусловлены и связаны блокировкой таких эмоциональных состояний; как тревога, страх, гнев и сексуальное возбуждение. Разделяющий идеи З.Фрейда, В.Райх также полагает, что оргастический рефлекс связан с периодом раннего детства с отдачей, генитального характера. В процессе терапии пациенты раскрываются, ощущают свое единство с природой, которое, особенной яркостью, отличалось в раннем детстве, когда они чувствовали себя, «живыми», естественными и простыми, любящими природу и людей [6].

Возникающие у подростков страхи имеют свою специфику и динамику (А.Захаров) [7]. В некоторых случаях оказать действенную помощь бывает очень трудно, особенно если семья находится в тяжелом материальном положении, отношения между ее членами хаотичны, а родители не применяют должного участия в воспитании, или же используют авторитарный или попустительский стиль воспитания. Последние исследования коллег из Румынии (Л.Опря, Д. Кожокару, К. Гавилович), указывают, что уровень тревожности увеличился за последние 40 лет, в пять раз.

В статье рассмотрены теоретические подходы, выдающихся ученых к исследованию страхов и тревожности у подростков. Анализ работ зарубежных авторов позволяет отметить, что различные подходы на природу страха являются скорее, дополняющими, чем взаимоисключающими. Это говорит о том, что страх является многоуровневым феноменом, и рассмотрение его в какой – либо линейной плоскости невозможно. За последнее время достигнуты значительные успехи в области диагностики и лечения страхов и тревожности у подростков. Необходимо поставить акцент на профилактику тревожности и страхов у подростков, в важнейшем периоде развития, в период формирования личности.

Библиография

1. Носачев Г. Н. Направления, виды, методы и техники психотерапии. Самара: Парус, 1998, с. 287.
2. Архиреева Тая. Адаптация «Опросника отношений к матери» для детей 8 – 12 лет.
3. In: Вестник (Москва, Россия), 2010, № 4, с. 55.
4. Александров Ю.И. Психофизиология. Санкт-Петербург: Питер, 2004, с. 456.
5. Микляева А.В., Румянцева П.В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. Санкт-Петербург: Речь, 2007, с. 248.
6. Обреимова Н.И., Петрухин А.С.. Основы анатомии и гигиены детей и подростков. Москва: Академия, 2000, с. 373.

7. Bolboceanu Aglaida. Psihologia comunicarii. Chisinau: Editura Centrala, 2007, p. 136.
8. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. Москва: Союз, 2000, с. 320.

ABORDĂRI TEORETICE PRIVIND CONFLICTUL ȘI STRATEGIILE DE DEPĂȘIRE A CONFLICTELOR

Tatiana Moraru, studentă, anul VI

Coordonator științific: Natalia Daniliuc, dr. în psihol., conf. univ.
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R. Moldova
tatiana.moraru08@gmail.com
natalia.daniliuc@usmf.md

THEORETICAL APPROACHES ON CONFLICT AND STRATEGIES FOR OVERCOMING CONFLICTS

This article comes with a series of theoretical clarifications and practical suggestions regarding the conflict. Conflicts are part of our lives. This paper reflects various approaches, which come to explain the mechanisms that condition the occurrence of conflict, the sources that trigger it and its impact on social relations. An important detail is to highlight the most appropriate strategies for overcoming conflicts in everyday situations and, in particular, in married life.

Toți știu ce este reprezentă un conflict, fie au fost martori sau poate au fost parte implicată direct în conflict, care face parte din cotidianul nostru. Termenul de conflict provine de la verbul latinesc *confliġo*, *-ere* - “a se lupta”, “a se bate”, cu participiul substantival de *conflictus*, având sensurile de ciocnire, șoc, dar și de ceartă, luptă împotriva cuiva. Multe dicționare definesc conflictul prin termeni similari violenței, ca disensiune, fricțiune, dispută, ceartă, scandal, luptă, război. Iar pentru a înțelege mai bine sensul acestui termen și a acestui proces un șir de personalități și-au propus să explice conflictul. L. A. Coser (1967) consideră că, conflictul este o luptă între valori și revendicări de statusuri, putere și resurse în care scopurile oponentilor sunt de a neutraliza, leza sau a elimina revaliile [1], pe când J. Burton (1988) a definit conflictul drept o relație în care fiecare parte percepe scopurile, valorile, interesele și conduita celeilalte ca antitetice celor ale sale [2]. M. Deutsch (1988b) atrage atenția asupra diferenței dintre conflict și competiție: deși competiția produce conflict, nu orice conflict este o competiție [3]. Conflictul este o incompatibilitate a scopurilor, astfel încât atingerea scopului de către unul dintre cei

implicați atrage după sine reducerea șanselor celui alt de a-și atinge scopul. Ulterior conflictul a început să-și lărgască semnificația, incluzând și ideea de interdependență, colaborare, câștig-câștig, alături de cea exclusiv antagonică: astfel Donohue și Kolt(1992) evidențiază conflictul precum o situație în care oamenii interdependenți prezintă diferențe (manifeste sau latente) în ceea ce privește satisfacerea nevoilor și intereselor individuale și interferează în procesul de îndeplinire a acestor scopuri [4]. Alți autori, precum J. P. Folger, M. S. Poole, R. K. Stutman descriu conflictul ca fiind interacțiunea dintre două persoane independente care percep scopuri incompatibile și interferența reciprocă în realizarea acolor scopuri [5]. Apare aici caracterul social al conflictului, dar limitat la dimensiunea interpersonală, prin omiterea conflictelor intra- și intergrupale și/sau comunitare. Se semnalează pe bună dreptate, posibilitatea ca un conflict să se declanșeze doar la iluzia percepției lui de către una dintre părți, dar această mențiune expresă lasă în umbră motivele reale, obiective și clar exprimate de partea adversă. În fine, este adevărat că "incompatibilitatea" este una dintre cauzele cele mai răspândite ale conflictelor, dar ea se poate extinde dincolo de perimetrul scopurilor și, mai ales, nu este unica sursă a conflictelor, pentru că, de exemplu, chiar și simplele diferențe dintre oameni (gusturi, preferințe etc.) pot sta la originea conflictelor. J. Z. Rubin, D. G. Pruitt și S. H. Kim au abordat conflictul ca pe o divergență de interese așa cum este ea percepută, sau credința că aspirațiile curente ale părinților nu pot fi realizate simultan [6].

Deci, conflictul nu este definit doar de un șir de autori acesta este o parte componentă a vieții noastre, căci noi în fiecare zi interacționăm cu oamenii ce ne înconjoară, iar noi toți suntem diferiți, avem trăsături de personalitate diferite (mobil vs inert; extravertit vs introvertit; adaptativ vs inovativ etc.); opinii diferite, valori diferite (prețuirea esteticului în amenajarea locuinței vs prețuirea practicului; un părinte valorizează cultura și se străduiește să-i dea educație copilului, celălalt părinte prețuiește realizarea pe plan material, prin avere; credința religioasă); nevoi diferite (unul este mai termofil, celălalt preferă temperaturile mai scăzute, unul are nevoie de opt ore de somn pe noapte, celălalt de șase); gusturi și preferințe diferite (alimentație, vestimentație, modalități de agrement și relaxare). Faptul că sunt numeroase definiții ce vin să explice conflictul, însemnă că și sursele ce îl condiționează sunt infinite? Teoretic, da, practic însă, depinde de factorii contextuali. De obicei, diferențele dintre indivizi devin surse ale conflictului din momentul în care sunt obiect al interrelației: sunt exprimate într-o discuție, sunt afișate ostentativ sau una dintre părți reclamă impunerea propriei valori. Principalele cauze potențiale ale conflictelor interpersonale au fost clasificate de Braiker și Kelley (1979 apud Dwyer, 2000) în trei categorii [7]: a) conflicte legate

de comportamente specifice: „ai întârziat”, „nu mi-ai cumpărat flori de ziua mea”, „niciodată nu-ți așezi farfuria în chiuvetă după ce mănânci”; b) conflicte legate de norme și reguli: „ar trebui să mă susții în această acțiune”; c) conflicte legate de caracteristici personale de caracter: „ești cheltuitoare”, „te preocupă lucrurile cele mai lipsite de importanță”, „ești leneș și nepăsător”. În același context, Ana Stoica-Constantin [8] evidențiază următoarea gamă de surse ce poate genera conflicte și, anume: 1) diferențele și incompatibilitățile dintre persoane; 2) nevoile/interesele umane; 3) comunicarea; 4) stima de sine; 5) valorile individului; 6) nerespectarea normelor explicite sau implicite; 7) comportamentele neadecvate; 8) agresivitatea; 9) competențele sociale; 10) cadrul extern; 11) statutul, puterea, prestigiul.

Existența conflictelor face necesară și căutarea de posibilități în a le rezolva. Un pas important este depistarea cauzei ce l-a generat și printr-o comunicare calmă și asertivă de găsit soluții, compromisuri, pentru ca relația să supraviețuiască. Un conflict bine tratat, înseamnă creștere personală pentru ambii parteneri și creșterea relației. Tratată cu nepricepere sau lăsat nerezolvat, conflictul, poate genera dezechilibre majore în relație, adâncind sentimentul de frustrare al partenerilor, și degradând vizibil relația. Gestionarea conflictelor în cuplu seamănă cu baletul pe sârmă – necesită exercițiu, un echilibru foarte bun și o motivație solidă pentru a nu confunda partenerul, în toiul luptei, cu un vrăjmaș care trebuie împins de pe sârma subțire, cu tot cu argumentele și punctul lui de vedere. În sine, conflictul nu destabilizează o relație, decât dacă este abordat cu tehnici greșite, care să-l agraveze în loc să-l aplaneze, afirmă cercetătorul și profesorul John Gottman. Cronicizarea certurilor și eventual punerea pe tapet a aceluiași probleme în fiecare ocazie de conflict arată că relația riscă să ajungă într-o fundătură. De fapt, conflictul nu este aproape niciodată cauzat de problemele de suprafață, de la care pornește, ci de motive mult mai profunde, ignorate, nediscutate sau prea puțin conștientizate până la acel moment, susține. După ce emoțiile fierbinți din miezul dezacordului încep să se stingă, este momentul potrivit pentru a descâlci nodurile mai adânci și mai pline de semnificație ale relației.

Începând cu anii '80, specialiștii de la Institutul Gottman au analizat mai multe loturi de cupluri, împărțindu-le în cele din urmă în două categorii: „maestrii”, care comunicau în mod calm, fără să ridice tonul chiar atunci când aveau dispute, și „dezastrele”, care erau într-o stare de agitație, gata de atac, inclusiv atunci când erau rugați să povestească momentele frumoase ale relației lor. Șase ani mai târziu, cuplurile din prima categorie erau împreună și fericite, iar celelalte fie se despărțiseră, fie aveau o relație nefericită. Încercând să descopere care e diferența majoră

dintre „maestri” și „dezastru”, Gottman a studiat 130 de cupluri, care erau invitate să petreacă o săptămână într-un laborator amenajat ca o pensiune, discuțiile de cuplu din acest interval fiind înregistrate. În cartea sa *The Relationship Cure: A 5 Step Guide to Strengthening Your Marriage, Family, and Friendships* (2004) [9], Gottman avea să noteze concluzia la care a ajuns în urma studiului: „Poate nu e vorba de profunzimea intimității din conversațiile importante. Poate nici nu contează dacă cuplurile sunt de acord sau nu. Poate cel mai important este modul în care acești oameni își acordă atenție unii altora, indiferent de ce vorbesc sau fac.” Ingredientul care făcea diferența, a constatat Gottman, era disponibilitatea de conectare a partenerilor. Dacă unul dintre ei îi atrăgea atenția celuilalt la o pasăre de dincolo de geam, de exemplu, partenerul răspundea pozitiv aproape întotdeauna în cuplurile fericite. În cuplurile dezastru, probabilitatea mai mare era ca partenerul să ignore oferta de conectare (*bids*, engl.) sau chiar să reacționeze ostil la aceasta. Astfel, în timp ce „dezastru” practicau aceste miniconexiuni în 33% dintre situații, „maestrii” răspundea pozitiv la încercarea partenerului de a le atrage atenția în 9 din 10 situații. În cele din urmă, a concluzionat Gottman, cuplurile nu se despart de obicei din cauza infidelității sau a conflictelor, ci din cauza înstrăinării produse prin refuzul constant al unuia sau al ambilor de a se conecta la nevoia emoțională a partenerului. Tim Kimmel, fondatorul organizației Family Matters, subliniază în cartea sa „Grace Filled Marriage: The Missing Piece. The Place to Start” [10] că mariajele care se destramă au câteva lucruri în comun. Cei care eșuează în căsnicie nu reușesc să identifice și să celebreze și punctele tari ale partenerului și nu fac o prioritate din a-i acorda susținere acestuia, notează Kimmel. Într-un articol intitulat „Marital Love and Hate”, Israel Charny (apud Lamanna, Riedmann, 1991) [11] prezintă câteva exemple de atitudini față de disensiunile maritale, ce s-au dovedit a fi utile, constructive în raportarea partenerilor la momentele tensionate din viața lor conjugală: este natural să fi supărat și ai acest drept; beneficiile sunt majore dacă cei doi soți învață cum să se certe deschis, spunându-și ceea ce simt (dar nu într-o manieră „barbară”), împărțându-și supărarea, dar fără să-l copleșești pe celălalt; este foarte greșit să-ți rănești partenerul, în mod concret, în acțiuni manifeste (verbale sau agresivități fizice), dar să simți în interior că ai dori să-l rănești reprezintă o exprimare naturală a mâniei, a supărării. Același autor susține că, atunci când partenerii de cuplu adoptă aceste atitudini pozitive față de conflict, relațiile dintre ei devin mai „sănătoase”. Cu alte cuvintenu frecvența dezacordurilor produce efecte majore asupra relației maritale, ci strategiile de abordare a conflictului conjugal, comportamentul concret al soților în situații tensionate. Modulurile de tratare a con-

flictului interpersonal, aplicabile și în relația de cuplu, se regăsesc în literatura de specialitate în varii taxonomii multidimensionale. Astfel, Evert Van de Vliert (1997) [12], făcând o trecere în revistă a acestora, concluzionează că se pot regăsi sub formă de: dihotomii, trihotomii, tipologii de patru și de cinci forme. Dihotomia modurilor de raportare la conflict distinge două forme de răspuns: atacul și fuga. Incluzând aici diferite comportamente din tipologii mai complexe, fuga presupune evitarea (abandonarea scopului, a intereselor personale în favoarea celeilalte părți) și reprimarea (nerecunoașterea, negarea problemei apărute, a episodului tensionat), iar atacul presupune recunoașterea conflictului, implicare, înfruntare și recurgerea la orice mijloc pentru a obține victoria (Stoica-Constantin, 2004). Altă decupare dihotomică distinge între cooperare și competiție. O altă modalitate de clasificare dihotomică a strategiilor de abordare a conflictului se referă la gradul de implicare, de angajare în situația conflictuală. În funcție de acest criteriu putem identifica pe de o parte un comportament de evitare a conflictului (evitare pasivă, agresivă, evitare prin renunțare, negare, capitulare) iar al doilea tip de strategie este cea de angajare în conflict, abordare bazată pe putere, pe drepturi, interese, principii sau manipulare. În cazul trihotomiilor, Ana Stoica-Constantin (2004) vorbește despre oameni care „se retrag” (non-confruntare), ce „înaintează” (abordarea orientată spre conflict) și cei care „luptă” (abordarea bazată pe control). În Wilmot și Hocker (1998) [13] sunt enumerate: nonconfruntarea, orientarea spre soluție și orientarea spre control. Aceeași idee o întâlnim și la Nelson-Jones (1996) [14], care propune tot o clasificare trihotomică a stilurilor de raportare la problemele din relația de cuplu: a. stilul convenient (engl. collusive) – individul este nonasertiv, defensiv, se concentrează pe realizarea confortului psihic personal și pe menținerea armoniei relaționale pe care o consideră esențială. b. stilul cooperant (engl. cooperative) – presupune o relaționare bazată pe respect, individul este asertiv, participativ. c. stilul competitiv (engl. competitive) – este caracteristic celor care văd problema în termeni de luptă pentru obținerea unor resurse limitate, individul este agresiv, manipulator. În incursiunea realizată de Stoica-Constantin (2004) printre diferite taxonomii, este ilustrată și una cu patru tipuri de strategii de tratare a situațiilor conflictuale: Abandonul, renunțarea, evitarea – este o strategie inactivă, de retragere din dispută (refuzul de a vorbi, îmbufnarea, părăsirea locului etc.); Adaptarea, acomodarea – reprezintă un stil de cedare în fața celeilalte părți; Compromisul – strategie de negociere, de căutare a unei soluții mutual acceptate și mulțumitoare pentru ambele părți; Competiția – stil de tip victorie-înfrângere, de impunere a soluției preferate în fața adversarului. Alte clasificări cu patru tipuri de sti-

luri: cedarea, rezolvarea problemei, lipsa de acțiune și competiția (Pruitt, 1983); stilul agresiv/confruntativ, asertiv/persuasiv, observator/introspectiv și evitant/reactiv (Robert, 1982). Taxonomia cu cinci tipuri este o extindere a celei anterior prezentate și a cunoscut o largă răspândire și în cercetări și în practica specialiștilor în evaluarea competențelor personale. Blake și Mouton (1964 apud Stoica-Constantin, 2004) [15] au construit o grilă a managementului conflictului, desfășurată pe două axe (centrarea pe producție și rezultate și centrarea pe oameni) și care cuprinde cinci stiluri de abordare a conflictelor. Evert Van de Vliert (1997) construiește teoria comportamentului conflictual conglomerat pornind de la această grilă pe care o preia, o adaptează, redefinind cei doi factori (centrarea pe propriile obiective și centrarea pe obiectivele celorlalți) și o comentează. Autorul menționat susține că, în afara celor cinci tipuri pure de comportament în situații conflictuale (evitarea, acomodarea, compromisul, rezolvarea problemei și lupta), celelalte 76 de căsuțe din grilă reprezintă mixturi ale acestora, pe care le denumește comportamente conflictuale conglomerate și care sunt mai des întâlnite în viața cotidiană. 1) Evitarea – presupune nivel scăzut atât al centrării pe propriile obiective, cât și al centrării pe obiectivele celuilalt. 2) Acomodarea – are un nivel ridicat al centrării pe obiectivele celuilalt și un nivel scăzut al centrării pe propriile obiective. 3) Compromisul – înregistrează un nivel mediu pe ambele axe; e caracteristic pentru situația în care fiecare face anumite concesii. 4) Rezolvarea problemei – este un proces de negociere deschisă pentru a armoniza complet interesele de bază ale părților (nivel ridicat pe ambele axe amintite anterior). 5) Lupta – presupune centrarea ridicată pe propriile interese și ignorarea obiectivelor celuilalt, fiind cunoscută ca stilul victorie-înfrângere. Majoritatea oamenilor nu-și planifică cu atenție strategia de abordare sau fiecare act individual din timpul unui episod conflictual, exceptând cazul când resimt un nivel foarte ridicat de stress sau sunt amenințați.

Dacă taxonomiile prezentate anterior au fost construite dintr-o perspectivă a individului, putem aminti și de o abordare diadică a stilurilor de tratare a situațiilor tensionate, întâlnită la Eldridge. Astfel sunt analizate trei tipuri de pattern-uri de comportament al cuplului în momente conflictuale. Primul este reprezentat de angajarea reciprocă în conflict, când ambii parteneri de cuplu se implică activ în discuții. Al doilea pattern constă în evitarea sau retragerea mutuală, situație în care ambii parteneri de cuplu evită activ conversația (pleacă de lângă celălalt, schimbă subiectul) sau/și se retrag pasiv (prin tăcere) din discutarea problemei. Al treilea model de acțiune a unei diade în situații conflictuale este cel numit solicitare – retragere, când o persoană solicită în mod activ schimbări la

celălalt, iar partenerul de cuplu evită sau se retrage din conflict. Partea care joacă rolul de solicitare se poate manifesta prin reproșuri, critici, învinovățirea celuilalt sau ultimatum-uri. Preferințele individuale pentru utilizarea preponderentă a unui anumit stil de raportare la situațiile conflictuale se dezvoltă de-a lungul vieții, printr-un complicat mixaj de predispoziții genetice și experiențe personale de viață, dintre care pot fi amintite: nivelul activismului, introvertirea/extrovertirea, educația, background-ul familial și filosofia personală (Wilmot și Hocker, 1998) [13].

În concluzie, conflictele sunt parte componentă a vieții de cuplu, ele contribuie la cunoașterea de sine dar, și a partenerului de viață. Ceea ce cu adevărat contreză este alegerea celor mai eficiente și constructive strategii de rezolvare a lor. Fuga sau ignorarea conflictelor ce apar pe parcursul convețuirii nu duce la nimic bun, problema rămâne, dar o comunicare liniștită și asertivă pot face relația mai trainică, mai armonioasă, mai frumoasă.

Referințe bibliografice

1. Coser L. A. Continuities in the Study of Social Conflict. New York: Free Press, 1967.
2. Burton J., Conflict Resolution as a Political System. Fairfax: George Mason University, 1988.
3. Deutsch M. Soluționarea conflictelor constructive. Principii, instruire și cercetare. În: A. Stoica-Constantin A. Neculau (coord). Psihologia rezolvării conflictului. Iași: Polirom, 1988.
4. Donohue W. A., Kolt R. Managing Interpersonal Conflict, Sage Pblcation. Newbury Park, 1992.
5. Folger J. P., Poole M. S., Stutman R. K., Working Through Conflict: Strategies for Relationships, Groups, and Organizations. Routledge, 1984.
6. Rubin J. Z., Pruitt D. G., Kim S. H. Social Conflict: Escalation, Stalemate, and Settlement. McGraw-Hill. New York, 1994.
7. Braiker H., Kelley H. H. Conflict in the development of close relationships. New York, 1979.
8. Stoica Constantin Ana. Conflictul interpersonal. Prevenire, rezolvare și diminuarea efectelor. Iași: Polirom, 2018.
9. Gottman J. The Relationship Cure: A 5 Step Guide to Strengthening Your Marriage, Family, and Friendships. Random House, 2004.
10. Kimmel T. Grace Filled Marriage: The Missing Piece. The Place to Start. Worthy Publishing, 2013.
11. Charny I. Marital Love and Hate. Macmillan Pub Co, 1991.
12. Van de Vliert Evert. Complex interpersonal conflict behaviour: theoretical frontiers. Psychology Press, 1997.
13. Wilmot W. W., Hocker, J. L. Interpersonal conflict. McGraw-Hill, 1998.
14. Richard Nelson-Jones, Relating Skills: A Practical Guide to Effective Personal Relationships. Cassell, 1996.
15. Blake, R., & Mouton, J. The Managerial Grid: The Key to Leadership Excellence. Houston: Gulf Publishing Company, 1964.

III

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

IMPORTANȚA INDICATORILOR DE PERFORMANȚĂ ÎN ACTIVITATEA SPITALICEASCĂ

Igor Ivanes, student, anul VI

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

Ludmila Goma, dr. în econ., conf. univ.

Nina Globa, asist. univ.

Irina Nicov, dr. în econ., asist. univ.

Catedra de Medicină Socială și Management Sanitar „Nicolae Testemițanu”,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R. Moldova

THE IMPORTANCE OF KEY PERFORMANCE INDICATORS IN HOSPITAL ACTIVITY

Key performance indicators play an essential role in enhancement of management in medical institutions. Hospitals consume more than 50 percent of total health resources [33]. The knowledge and proper use of indicators offers the possibility to increase the quality in providing medical services. The purpose of this study is to provide a narrative review of performance indicators that play a key role in streamlining hospital management. Performed study is secondary type, qualitative and presents a literary review. For study realization were used medical sources – international and local literature, statistics, scientific publications and individual researches. Were studied approximate 20 studies and 50 articles with reference to the topic. After analyzing the data 22 performance indicators were investigated, which are classified under four aspects: Internal Process – 10 (Proportion of cancelled operations; Hospital infection rate; frequency of clinical errors; etc.) Finance -5 (Ratio of total revenue to total costs; the cost of drugs and materials; etc.) Learning and Growth – 4 (Training expenditures per capita; Employee absenteeism rate; etc.) Patient – 3 (Level of facilities for families and visitors; Patients satisfaction percentage; etc.) The model of studied indicators can be used for the performance assessment in hospitals and allows to recognize critical points cost efficiency of institution (SWOT analysis). This model can be adjusted according to hospital profile.

Introducere

La nivel mondial sistemul de îngrijire a sănătății a devenit unul dintre cele mai mari, costisitoare și cu cea mai rapidă creștere, care constituie o parte considerabilă a economiei statelor. Spitalele consumă mai mult de 50% din totalul resurselor alocate pentru sănătate și reprezintă o unitate importantă a sistemului [2]. Într-un sistem de sănătate eficient, îngrijirea medicală este adecvată, acceptabilă, eficientă și universală. Îmbunătățirea domeniului sănătății contribuie la scădere a ratelor de morbiditate și mortalitate precoce în rândul populației. Fără sectorul spitalicesc nu poate exista o dezvoltare socială și economică. Performanța spitalului este esențială pentru eficiența sistemului de sănătate [1; 38].

Argumentarea actualității și utilității în practica medicală autohtonă este un element important. Astfel, din totalul de 34 de spitale analizate din Republica Moldova, doar 9 spitale (26%) înregistrează o eficiență optimă prin prisma utilizării fondului de paturi. În fiecare al treilea spital raional, se atestă un număr excesiv de paturi asociat cu o necesitate redusă de spitalizare și cu o cerere scăzută de utilizare a patului. În 15% din spitale raionale se atestă spitalizări de lungă durată, care nu sunt necesare, iar în 23% – exces de paturi spitalicești și spitalizări ce nu corespund acestora. Distribuția scorurilor de eficiență, obținute de spitalele raionale permite de a conchide că 22 de spitale (65%) sunt ineficiente din punct de vedere tehnic, 77% de spitale din acest grup înregistrând un nivel de eficiență tehnică mai mic decât media înregistrată de grup. Aproximativ 32% din spitalele ineficiente prezintă diseconomii de scară, iar 68% de spitale au înregistrat economii de scară. Evaluarea eficienței tehnice a spitalelor municipale demonstrează că doar 3 spitale (43%) din totalul de spitale încadrate în studiu înregistrează un nivel optim de eficiență în baza utilizării fondului de paturi. Două spitale prezintă o eficiență tehnică joasă, din cauza numărului mare de paturi asociat cu o cerere scăzută de utilizare, iar altele 2 datorită numărului exagerat de paturi și spitalizărilor ce nu corespund acestora. Analiza scorurilor de eficiență arată că trei spitale prezintă ineficiență tehnică prin prisma relației dintre resurse alocate – rezultate generate. Grupul de spitale municipale studiat prezintă, per ansamblu, un nivel de 10% de ineficiență tehnică care se atribuie capacității excesive, această valoare depășind-o de circa trei ori pe cea înregistrată de grupul de spitale raionale. Din grupul spitalelor republicane analizat în baza utilizării fondului de paturi, doar 3 instituții spitalicești care prezintă un nivel optim de eficiență tehnică. Două instituții înregistrează un număr excesiv de paturi, necesitate redusă de spitalizare și o cerere scăzută de utilizare a patului. Iar altul prezintă spitalizări de lungă durată, care nu sunt necesare pentru maladiile respec-

tive, și înregistrează o utilizare insuficientă a serviciului de ambulatoriu. O eficiență tehnică joasă se atestă și în cazul a două instituții pediatrice, care prezintă un număr excesiv de paturi și spitalizări ce nu corespund acestora. Patru instituții au înregistrat un scor de eficiență tehnică egal cu 100%, prezentând cea mai adecvată capacitate de producție pentru mixajul resurse-rezultate utilizat. Per ansamblu, spitalele republicane pot genera cu 7% mai multe rezultate (internări, consultații de ambulatoriu, intervenții chirurgicale) utilizând același volum de resurse alocate

Problemele tradiționale ale sistemului spitalicesc (ineficiența tehnică și financiară, gradul redus de acces pentru populația săracă, etc.) și incapacitatea acestuia de a răspunde cererii pacienților constituie o provocare majoră pentru factorii de decizie politică [24].

Aplicarea conceptelor de eficiență și performanță este strâns legată de redesign-ul instituțional al spitalelor publice prin implementarea unui sistem descentralizat de luare a deciziilor. Această transformare implică toate nivelele procesului decizional, și anume – noi practici manageriale; măsuri de obținere a eficienței și performanței prin identificarea și clarificarea obiectivelor și a indicatorilor de succes.

Unitățile spitalicești pot fi privite ca sisteme în care managementul performanței creează arhitectura acestora. Rolul managerilor în strategia organizațională este central, dar trebuie înțeles în contextul responsabilităților globale din cadrul unității [44]. Instituțiile sanitare se află într-un mediu instabil datorită diverșilor factori ca: modernizarea rapidă a tehnologiilor, factorii demografici și schimbarea stilului de viață [20].

Evaluarea performanței spitalelor are o importanță majoră datorită impactului asupra eficacității sistemului de sănătate [4]. Aprecierea performanței este un proces de evaluare a progresului instituției în vederea atingerii scopului și obiectivelor propuse prin adoptarea unei strategii eficiente. Strategia organizațională este, în mare parte, o funcție bazată pe gândirea sistemelor: identificarea scopului, obiectivelor SMART, punctelor forte, slabe, oportunităților, riscurilor și părților în mișcare dintr-o unitate spitalicească care adaugă valoare și funcționează împreună ca un întreg eficient [12]. Aceasta permite identificarea performanței curente și posibilitatea de a avea rezultate mai bune pentru viitor. Astăzi majoritatea organizațiilor, companiilor și instituțiilor, indiferent de tipul de activitate a acestora acordă o atenție sporită performanței și evaluării acesteia cu scopul comparării planurilor trecute, implementarea de noi strategii, organizarea activității și aprecierii competitivității [46]. Aceste acțiuni autorizează managerii cu informația necesară pentru evaluarea, controlul și monitorizarea situației curente a spitalului și eficiența tehnicilor de evaluare și supervizare a activității spitalicești și personalului

medical [4]. Preocupările managerilor de spitale depășesc mediul de afaceri și trebuie să-și mențină responsabilitățile etice, asigurând în același timp că toate operațiile din spital funcționează fără probleme, de la programele chirurgicale, fluxul pacientului, actualizări de înregistrări și confidențialitate, până la analiza managementul deșeurilor și întreținerea și configurarea echipamentului [21].

Particularitatea principală a unui sistem de evaluare perfect este acuratețea rezultatelor. Astfel este important de a alege metodele adecvate și indicatorii rezonabili care ar reprezenta scopul acestei evaluări. Rolul managementului spitalelor este strâns legat de managementul sănătății și de administrarea sistemului de sănătate, dar experiența educațională și de formare profesională este îndreptată spre construirea unei cariere într-un spațiu vast de spitalizare [38].

Indicatorii de calitate a activității spitalicești reprezintă un set de măsuri care oferă un tablou al calității serviciilor acordate de spitale și utilizează date statistice din spitale. Acești indicatori reflectă calitatea serviciilor de îngrijire din spitale [23].

Succesul organizațional în instituțiile spitalicești nu este doar un fenomen, ci un concept multidimensional. Pentru a gestiona o organizație, într-un anumit interval de timp, făcând referire și la obiectivele sale sau la organizarea muncii și a altor resurse, se utilizează următoarele metode [30] și instrumente necesare pentru o administrare bună sunt: BSC – Balanced Scorecard; – ERP – Planificarea resurselor; – MBC – Managementul competențelor; – MBO – Management prin obiective; – Dezvoltare organizațională și administrarea procesului; – Management de proiect și managementul schimbării; – SOM – Management orientat spre servicii. Funcțiile manageriale de bază utilizate în managementul organizațional sunt: planificare, organizarea, leadership și comunicare, control [31; 43].

Modelul analizat pentru aprecierea și gestionarea activității și succesului organizațional este “Balanced Scorecard (BSC)” (Figura 2) [10] – fiind considerat un instrument eficient pentru evaluarea performanței spitalicești. Obiectivele și indicatorii de performanță ale acestui model sunt grupați în 4 perspective, legate prin relații de tip cauză-efect: Procesul Intern, Finanțe, Studiu și dezvoltare, Consumator (Pacient) [40].

Avantajele BSC-ului pentru managerii instituțiilor sanitare sunt: suportul în definirea scopului, dezvoltarea muncii în echipă, extinderea strategiilor și stimularea concentrării asupra pacientului [10].

Material și metode. Studiul realizat este de tip secundar, calitativ și prezintă un review narativ. Pentru realizarea studiului s-au utilizat surse de specialitate medicală – literatura internațională și autohtonă, date statistice, publicații științifice și cercetări individuale. Au fost analizate circa

20 de studii și 50 de articole cu referire la temă. Limba de publicare a surselor bibliografice selectate a fost engleză și română, review literaturii a inclus 47 de surse bibliografice.

Rezultate. În urma analizei datelor cei 22 de indicatori de performanță cercetați, sunt clasificați sub patru aspecte [Tabelul 1]: Procesul intern – 10 (Letalitatea spitalicească; proporția Intervențiilor anulate; Frecvența erorilor clinice etc.) Finanțe – 5 (Raportul venituri totale/costuri totale; Costul medicamentelor și al materialelor; proporția remunerării personalului din costurile totale etc.) Studiu și dezvoltare – 4 (Costul instruirii personalului per capita; Rata absenteismului angajaților etc.) Pacientul- 3 (Rata facilităților pentru familie și vizitatori; proporția satisfacției pacienților etc.).

Discuții. Potrivit rezultatelor au analizați cei 22 de Indicatori. Indicatorii spitalicești reprezintă activitatea acestuia în diferite departamente [41].

Ipoteza cercetării. Analiza surselor literare de specialitate naționale și internaționale care abordează subiectul ar facilita elaborarea unui model al indicatorilor de performanță care vizează completarea tehnicilor de soluționare a problemelor tradiționale a instituțiilor medico-sanitare.

Articolul a adăugat noutate pe acest subiect științific. Articolul elucidează datele privind problemele manageriale existente și de perspectivă asociate sistemului spitalicesc. În particular, cercetarea prezentată în articolul dat sa concentrat pe răspunsul privind dezvoltarea performanței sănătății publice și securității sociale. Totodată, în articol sa făcut referire la metodele eficiente de gestionare a unei organizații. Prin urmare, modelul este utilizat în funcție de problemele actuale ale activității spitalicești. Modelul indicatorilor de performanță poate fi ajustat în funcție de profilul spitalului ar servi ca instrument în soluționarea problemelor sistemului spitalicesc.

Responsabilitatea socială este descrisă prin administrare și procesul interioare (inclusiv misiunea și viziunea), politicile și procedurile, codurile etice, reglementările și procedurile, comercializarea în termeni de furnizori și contractori, lanțul de aprovizionare, drepturile consumatorilor, responsabilitățile și serviciile de gestionare a răspunderii (inclusiv achiziționarea responsabilă) și mediul de lucru (inclusiv securitatea și sănătatea personalului și probleme de dezvoltare durabilă, poluare și deșeuri) [6; 27; 29; 32; 35].

Numărul pacienților acceptați reflectă capacitatea de performanță iar procentajul pacienților acceptați reprezintă capacitatea spitalului de a se adapta la un număr de pacienți în creștere. Numărul de pacienți aflați în lista de așteptare reflectă promptitudinea cu care sunt oferite serviciile de sănătate [10].

Majoritatea indicatorilor sunt intercorelați și se influențează reciproc. Numărul de paturi în spital, numărul pacienților admiși și respinși, numărul mediu de pacienți per zi, totalul zilelor de spitalizare, durata medie de spitalizare și rata de utilizare a patului în adăugare cu rata de rotație a patului sunt toate legate între ele [5].

Rata de utilizare a patului a fost propusă ca măsură ce reflectă abilitatea unui spital de a îngriji în mod corespunzător pacienții. Această măsură este utilă în orientarea planificării și gestionării operaționale a paturilor de spital cu scopul de a îmbunătăți tehnicile de tratare a pacienților. Mai multe studii sugerează despre efectele ratei de utilizare a patului și duratei medii de spitalizare asupra rezultatelor pacientului [17]. Este foarte important să monitorizăm numărul de pacienți cronici, în special într-un spital de îngrijire terțiară, cum ar fi numărul de pacienți cu o durată de ședere care depășește 30, 60 sau 90 de zile. Pacienții cronici ar putea avea nevoie să fie transferați într-o altă unitate de îngrijire de lungă durată sau la un program de asistență medicală la domiciliu [7; 25]. Numărul de paturi în terapie intensivă reflectă capacitatea unui spital de a îngriji pacienții grav bolnavi, în timp ce rata medie de utilizare a patului ATI și durata medie de ședere a ATI ar putea reflecta complicații, cum ar fi infecțiile nosocomiale, care sunt mai răspândite în TI, în special pneumonia asociată ventilatorului de respirație artificială [45].

Este foarte important să se monitorizeze numărul de decese în spital, precum și ratele de mortalitate, care reflectă în mod direct eficacitatea depistării precoce a bolilor, diagnosticul corect și tratamentul adecvat. Majoritatea indicatorilor de utilizare în ambulatoriu, cum ar fi numărul total de pacienți văzuți, reflectă efectiv eficiența muncii în secția de ambulatoriu. Unii indicatori, cum ar fi timpul mediu de așteptare pentru noii pacienți, vor reflecta accesibilitatea îngrijirii pe lângă eficiența furnizării serviciilor medicale. Unele studii pun în discuție efectul satisfacției pacientului și relația medic-pacient asupra complianței acestora [8].

Indicatorii capacității de utilizare a sălii de operație reflectă eficiența și eficacitatea îngrijirii. Poate varia în mare măsură în funcție de nivelul de îngrijire oferit, indiferent dacă este vorba de o unitate de îngrijire secundară sau terțiară. Numărul de intervenții planificate, de proceduri efectuate și anulate reflectă capacitatea muncii, unde trebuie cercetate atât ratele de anulare, cât și cauzele acestora. În general rata intervențiilor anulate sunt cuprinse între 15 și 20%, în timp ce cauzele anulării se datorează în principal indisponibilității de sală de operație din cauza suprapunerii unei intervenții chirurgicale anterioare, nici un pat postoperator, refuzul de către pacient și modificarea stării clinice a pacientului. Unele cauze procedurale sunt, de asemenea, documentate, cum ar fi

pacientul nu este pregătit, nici un chirurg disponibil, o cauză administrativă și un eșec în comunicare. Studiile confirmă faptul că 60% din anulările procedurilor electivă sunt potențial evitabile [9; 14; 34; 37]. Indicatorii de productivitate intervențională sunt de asemenea importanți, cum ar fi: rata de utilizare a sălii de operație, numărul de operații cardiace, transplanturi de organe și transplanturi de măduvă osoasă. Aglomerarea pentru Unitatea de Primire Urgentă a devenit o barieră majoră pentru a primi îngrijiri de urgență în timp util în întreaga lume. Pacienții care solicită îngrijiri medicale se confruntă adesea cu perioade lungi de așteptare pentru a beneficia de tratament, iar pentru pacienții ce necesită internare, durata de așteptare este chiar mai mare. Este importantă monitorizarea numărului de vizite la UPU, timpului de așteptare, de tratament, precum și ponderea pacienților neconsultați [3]. Aglomerația în UPU reprezintă un dezechilibru între cerere mai mare și a ofertă mai mică în sistemul de îngrijire a sănătății, problema nu poate fi rezolvată prin examinarea doar a departamentului UPU. Pentru a găsi soluții, este necesară examinarea aglomerației în contextul întregului sistem de prestare a serviciilor spitalicești, folosind metode fiabile pentru a înțelege, măsura și monitoriza capacitatea sistemului. Numeroase studii au investigat asocierea dintre creșterea gradului de ocupare a spitalului, creșterea aglomerației în UPU și durata lungă a internării [28].

Indicatorii de siguranță a pacienților și ratele de control ale infecției sunt parametri foarte importanți care reflectă calitatea asistenței și orientarea pe pacient. Siguranța pacientului este focusată pe calitatea tratamentului, iar indicatorii de performanță ca și instrumente de evaluare, reflectă în mod direct eficacitatea tratamentului [18; 19].

Indicatorii de siguranță includ reinternarea neplanificată în termen de 30 de zile de la externare, ceea ce reflectă în mod direct eficacitatea tratamentului, transferul neplanificat la unitățile de îngrijire critică sau în sala de operație, numărul cazurilor de stop cardiac sau respiratorii și incidentele de sângerare care necesită transfuzie sau intervenție. Indicatorii de control al infecției includ: septicemiile, infecții legate de cateter și infecții ale plăgilor survenite în termen postoperatoriu de 30 de zile. Unii indicatori generali de utilizare ar putea reflecta capacitatea de investiție generală, cum ar fi: procedurile de imagistică generală, prescripțiile totale eliberate, atât în cadrul internării, cât și ambulatoriu și investigații totale ale laboratorului [17].

Printre indicatorii generali de performanță, corespunderea documentației este un indicator crucial, cum ar fi numărul de înregistrări medicale deficitare (înregistrări incomplete pentru pacienții externați cu mai puțin de 30 de zile în urmă) și numărul documentelor medicale delinc-

vente (pentru pacienții externați cu mai mult de 30 de zile în urmă). Primul reflectă corespunderea, dar este influențat de numărul de pacienți externați, atunci când sunt externați mai mulți, se obțin înregistrări mai deficitare, în timp ce al doilea reflectă starea reală a angajamentului față de documentarea profesioniștilor, pe când documentația adecvată îmbunătățește siguranța pacientului și reduce erorile medicale și riscurile de responsabilitate. Rata de satisfacție a pacienților, atât pentru serviciile de îngrijire în staționar, cât și ambulator, a obținut o recunoaștere pe scară largă ca măsură a calității asistenței medicale [15; 39]. Indicatorii de performanță joacă un rol esențial în eficientizarea managementului spitalicesc. Cunoașterea și utilizarea eficace a indicatorilor oferă posibilitatea de a crește eficiența prestării serviciilor medicale de înaltă calitate [11] Figura 1.

În urma studiilor cercetate modelul de planificare strategică BSC s-a dovedit a fi un instrument potrivit pentru utilizarea indicatorilor ce permit evaluarea activității spitalicești. Această sinteză poate fi benefică pentru administratorii de instituții medico-sanitare și îi poate ajuta să-și completeze cunoștințele cu privire la evaluarea performanței.

Managementul strategic presupune acel proces prin care se asigură un echilibru dinamic dintre forțele care există în cadrul instituției și forțele din mediul extern care acționează asupra ei [33; 42]. Managerii spitalelor s-au axat pe elaborarea și implementarea unui număr cât mai mare de strategii manageriale, precum: – stabilirea unor priorități clare bazate pe sănătatea publică; – elaborarea unui portofoliu accesibil de servicii și un sistem explicit de prioritizare (calitate sau similar); – stabilirea unui indicator de referință privind calitatea, siguranța, experiența pacientului; – elaborarea unor indicatori de eficiență și o strategie de resurse umane orientată spre dezvoltarea profesioniștilor din domeniul sănătății.

Analizând experiența managerilor din spitale, se poate menționa că în majoritatea cazurilor ei s-au axat pe siguranța pacientului, inovare și eficiență. În concluzie, toate spitalele au obiective anuale în ceea ce privește experiența pacientului, siguranța pacienților, inovarea și cercetarea. Aceste obiective sunt monitorizate în permanență, iar realizarea lor are impact în evaluarea activităților din spitale, la nivel regional și național utilizând un sistem raționalizat de indicatori ai performanței. [26; 36].

Fiecare spital trebuie să se străduiască să ofere servicii de îngrijire sigure, eficiente și de înaltă calitate, care să adauge valoare sistemului de sănătate. Este foarte important ca obiectivele strategice specifice pe care spitalul le-ar putea avea să difere în funcție de locul unde este spitalul. Un spital nou înființat are obiective strategice diferite comparativ cu unul deja existent, deoarece se află într-o etapă diferită a evoluției sau a

ciclului de viață, însă amândouă unități trebuie să adauge valoare sistemului de sănătate [22].

Concluzii.

1. Modelul indicatorilor studiat poate fi utilizat în evaluarea performanței instituțiilor medicale și în identificarea punctelor slabe și a cost eficienței instituției (analiza SWOT). Prin urmare modelul poate fi ajustat în funcție de profilul spitalului.
2. Astfel un sistem complet de evaluare a performanței este condiționat de selectarea celor mai adecvați indicatori ca prim pas. Conform principiilor medicinei bazate pe dovezi, indicatorii rezultă din modelul de evaluare utilizat, de obiectivul de evaluare, de opiniile managerilor executivi și de participanții la studiu.
3. Factorii care influențează implementarea indicatorilor de performanță pot fi grupați în: tehnici, de personal și factori ce țin de pacient. Acești factori sunt atât la nivel de sistem, cât și individuali [13].
4. Toate spitalele au ca obiective anuale: experiența, siguranța pacienților, inovarea, cercetarea, calitatea și performanța, iar realizarea lor are impact în evaluarea activităților din spitale, la nivel regional și național utilizând un sistem raționalizat de indicatori ai performanței.

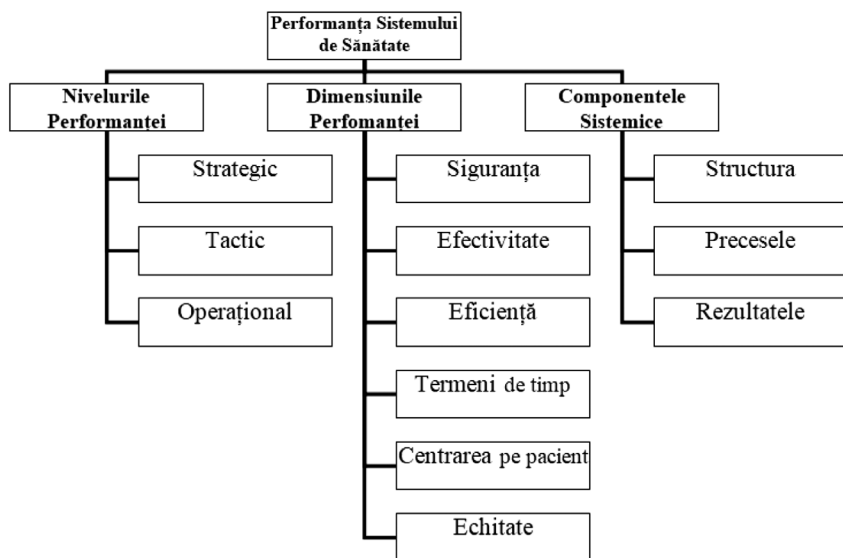


Figura 1. Indicatorii de performanță în sănătate [19]

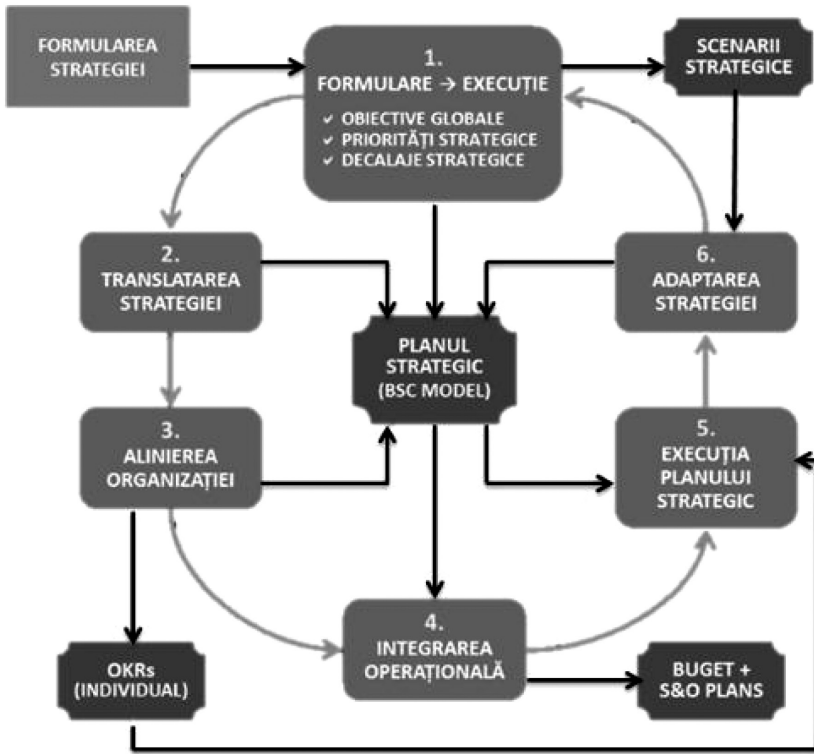


Figura 2. Managementul strategiei spitalicești [16]

Tabelul 1. Indicatorii de performanță (IP) a activității spitalicești [33]

Sectoarele BSC	Indicatori	Indicatori
Finanțe	Raportul venituri totale/costuri totale	Costul medicamentelor și materialelor
	Procentajul de venit a spitalului	propoția remunerării personalului din costurile totale
	Cheltuielile medii pat/per zi	
Procesul Intern	Durata medie de internare	Rata nemulțumirii personalului
	Rata de utilizare a patului	Rata infecțiilor nosocomiale
	Rotația patului	Frecvența erorilor clinice
	Letalitatea spitalicească	Durata medie de ședere în departamentul primiri urgente
	Procentajul Intervențiilor anulate	

Studiu și Dezvoltare	Rata satisfacției personalului	Costul instruirii personalului per capita
	Rotația personalului	Rata absenteismului angajaților
Consumator (Pacient)	Nivelul facilităților pentru familie și vizitatori	Rata plângerilor pacienților
	Procentajul satisfacției pacienților	

Referințe bibliografice

1. Abdullah MT, Shaw J. A review of the experience of hospital autonomy in Pakistan. *Int J Health Plann Manage* [Internet]. 2007 [cited 2020 Jul 31];22:45–62. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/hpm.855>.
2. Abolhallaje M, Ramezani M, Bastani P, et al. Health System Financing from Experts` Experts` Point of View. *Middle-East J Sci Res*. 2012;12:1386–1390.
3. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes K V., et al. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2003 [cited 2020 Jul 31];42:173–180. Available from: <http://www.annemergmed.com/article/S019606440300444X/fulltext>.
4. Bahadori M, Sadeghifar J, Hamouzadeh P, et al. Combining multiple indicators to assess hospital performance in Iran using the Pabon Lasso Model. *Australas Med J* [Internet]. 2011 [cited 2020 Jul 31];4:175–179. Available from: [/ pmc/articles/PMC3562895/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC3562895/?report=abstract).
5. Black D, Pearson M. Average length of stay, delayed discharge, and hospital congestion. *Br Med J* [Internet]. 2002 [cited 2020 Jul 31];325:610–611. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124147/>.
6. Calisir F, Bayraktaroglu AE, Gumussoy CA, et al. Effects of service quality dimensions including usability on perceived overall quality, customer satisfaction, and return intention in different hospital types. *Int J Data Mining, Model Manag* [Internet]. 2014 [cited 2020 Jul 31];6:309–323. Available from: <http://www.inderscience.com/link.php?id=66829>.
7. Calvin JS, Antonelli R, Gupta VB, et al. Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. *Pediatrics* [Internet]. 2002 [cited 2020 Aug 5];110:184–186. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.110.1.184>.
8. Cayirli T, Veral E. Outpatient scheduling in health care: A review of literature. *Prod Oper Manag* [Internet]. 2003 [cited 2020 Jul 31];12:519–549. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1937-5956.2003.tb00218.x>.
9. Chiu W-T, Yang C-M, Lin H-W, et al. Development and implementation of a nationwide health care quality indicator system in Taiwan. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2007 [cited 2020 Aug 3];19:21–28. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article-abstract/19/1/21/1858909>.
10. Chow CW, Ganulin D, Haddad K. The balanced scorecard: A potent tool for energizing and focusing healthcare organization management. *J Healthc*

- Manag [Internet]. 1998 [cited 2020 Jul 31];43:263–280. Available from: <http://journals.lww.com/00115514-199805000-00010>.
11. Chunhui L, Chuanhua Y. Performance evaluation of public non-profit hospitals using a BP artificial neural network: the case of Hubei Province in China. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 3];10:3619–3633. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/10/8/3619>.
 12. Ciurea S, Alexe C, Alexe C. Management. Elemente aplicative. I. București: Editura Universitară; 2007.
 13. Colibaba A, Nemerenco A. Factorii ce influențează aplicarea indicatorilor de performanță în asistența medicală primară. *Sănătate Publică, Econ și Manag în Med* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 3];37–41. Available from: https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_articol/69170.
 14. Grosskopf S, Valdmanis V. Measuring hospital performance. A non-parametric approach. *J Health Econ* [Internet]. 1987 [cited 2020 Aug 3];6:89–107. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0167629687900014>.
 15. Hung Yi W, Yi Kuei L, Chi Hsiang C. Performance evaluation of extension education centers in universities based on the balanced scorecard. *Eval Program Plann* [Internet]. 2011 [cited 2020 Aug 5];34:37–50. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0149718910000480>.
 16. Kaplan RS, Norton DP. Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management: Part I. *Account Horizons* [Internet]. 2001 [cited 2020 Aug 3];15:87–104. Available from: <https://meridian.allenpress.com/accounting-horizons/article/15/1/87/52231/Transforming-the-Balanced-Scorecard-from>.
 17. Keegan AD. Hospital bed occupancy: more than queuing for a bed. *Med J Aust* [Internet]. 2010 [cited 2020 Aug 3];193:291–293. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2010.tb03910.x>.
 18. Keyvanara M, Sajadi HS. Social responsibility of the hospitals in Isfahan city, Iran: Results from a cross-sectional survey. *Int J Heal Policy Manag* [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 3];4:517–522. Available from: http://ijhpm.com/article_2957_616.html.
 19. Khalifa M, Khalid P. Developing strategic health care key performance indicators: A case study on a tertiary care hospital. *Procedia Comput Sci* [Internet]. Elsevier B.V.; 2015 [cited 2020 Aug 3]. p. 459–466. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S187705091502503X>.
 20. Koumpouros Y. Balanced scorecard: application in the General Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece. *Int J Health Care Qual Assur* [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 3];26:286–307. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09526861311319546/full/html>.
 21. Lișii A, Emil G. Analiza managerială în spitale și rolul acestora la dezvoltarea economică. *Rev Stud Interdiscip „C Stere”* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 3];71–79. Available from: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/RSI_2018_3-4_pp71-79.pdf.
 - â22. Lișii A, Staicu LG. Managementul unităților spitalicești – obiective, competențe și strategii. *Rev Stud Interdiscip „C Stere”* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 31];3–4:116–123. Available from: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/RSI_2018_3-4_pp116-123.pdf.

23. Lozan O, Gramma R, Ciocanu M, et al. Managementul calității în instituțiile spitalicești. Chișinău: T-Par; 2017.
24. Mecineanu A, Soltan V, Țurcanu G. Guvernanța spitalelor publice în contextul reformelor de sănătate: soluții pentru Republica Moldova [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 5]. Available from: <http://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Download/28>.
25. Melo AI, Santinha G, Lima R. Measuring the quality of health services using SERVQUAL: Evidence from Portugal. *Handb Res Mod Account Public Sect Manag*. IGI Global; 2018. p. 300–318.
26. Moral L. Private hospital network makes efficient, innovative, and patient safety oriented healthcare possible. *J Hosp Manag Heal Policy* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 3]; 2:15–15. Available from: <http://jhmhp.amegroups.com/article/view/4192/4994>.
27. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, et al. Emergency Department Crowding, Part 1-Concept, Causes, and Moral Consequences. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2009 [cited 2020 Aug 5];53:605–611. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196064408017836>.
28. Nabilou B, Yusefzadeh H, Rezapour A, et al. The productivity and its barriers in public hospitals: Case study of Iran. *Med J Islam Repub Iran* [Internet]. 2016 [cited 2020 Aug 5]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/297046620_The_productivity_and_its_barriers_in_public_hospitals_Case_study_of_Iran.
29. Nekoei-Moghadam M, Amiresmaili M. Hospital services quality assessment: Hospitals of Kerman University of Medical Sciences, as a tangible example of a developing country. *Int J Health Care Qual Assur* [Internet]. 2011 [cited 2020 Aug 5];24:57–66. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/0952686111098247/full/html>.
30. Nicolescu O. Fundamentele managementului organizației. 2008.
31. Nikjoo RGMSN, Beyrami JH, Jannati A, et al. Selecting Hospital's Key Performance Indicators, Using Analytic Hierarchy Process Technique Original Article. *J Community Heal Res* [Internet]. 2013 [cited 2020 Aug 5];2:30–38. Available from: <http://jhr.ssu.ac.ir>.
32. Panaite N, Neșțian A Ștefan, Iftimescu A. Managementul organizației. Concepte și practici [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 5]. Available from: https://www.academia.edu/30203791/MANAGEMENTUL_ORGANIZATIEI_Concepte_si_practici.
33. Rahimi H, Kavosi Z, Shojaei P, et al. Key performance indicators in hospital based on balanced scorecard model. *J Heal Manag Informatics*. 2016;
34. Raju PS, Lonial SC. The impact of service quality and marketing on financial performance in the hospital industry: an empirical examination. *J Retail Consum Serv*. 2002;9:335–348.
35. Sanghoon J. Respect and strong leadership are two key principles as both a surgeon and president of SNUBH. *J Hosp Manag Heal Policy* [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 5];2:13–13. Available from: <http://jhmhp.amegroups.com/article/view/4135/4946>.

36. Schofield WN, Rubin GL, Piza M, et al. Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. *Med J Aust* [Internet]. 2005 [cited 2020 Aug 5];182:612–615. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2005.tb06846.x>.
37. Shukri NFM, Ramli A. Organizational Structure and Performances of Responsible Malaysian Healthcare Providers: A Balanced Scorecard Perspective. *Procedia Econ Financ*. 2015;28:202–212.
38. Stefanescu D, Silivestru M. Balanced scorecard – instrument of strategic planning. *Rom Stat Rev* [Internet]. 2012 [cited 2020 Aug 6];60:6–39. Available from: <https://econpapers.repec.org/RePEc:rsr:journl:v:60:y:2012:i:2:p:6-39>.
39. Stoina NC. Managementul reformarii sistemului de sanatate publica – fundamente teoretice si pragmatism. *Manag în sănătate* [Internet]. 2012 [cited 2020 Aug 5];16. Available from: <http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/view/224/677>.
- [40] Todoruț AV. Management strategic, perspective teoretice și practice. București: Ed. Pro Universitaria; 2014.
41. Vagu P, Stegaroiu I. Management general : vol. 1 : Scolile de management. Targoviste: Macarie; 1998.
42. Vagu P, Stegăroiu I. Strategii manageriale. București: Editura Pro Universitaria; 2014.
43. Verboncu I, Apostu MC, Apostuc MD, et al. Management: eficiență, eficacitate, performanțe. București: Editura Universitară; 2014.
44. Vincent JL, Bihari DJ, Suter PM, et al. The Prevalence of Nosocomial Infection in Intensive Care Units in Europe: Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study. *JAMA J Am Med Assoc* [Internet]. 1995 [cited 2020 Aug 5];274:639–644. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1995.03530080055041>.
45. Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Soc Sci Med* [Internet]. 1994 [cited 2020 Aug 5];38:509–516. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/027795369490247X>.
46. Xenos P, Yfantopoulos J, Nektarios M, et al. Efficiency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009-2012. *Cost Eff Resour Alloc* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 5];15:6. Available from: <http://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12962-017-0068-5>.

FACTORI DETERMINANȚI CE INFLUIENȚEAZĂ STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI DE 80 ANI ȘI PESTE

Grejdean Tudor, dr.hab.șt.med., prof. univ.

Anatol Negară, dr.șt.med., conf. univ.

Voloceai Victoria, dr.șt.med., asist. univ.

Gabriela Șoric, dr.șt.med., asist. univ.

Iurii Lupacescu, competitor

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

THE DETERMINENS FACTORS THAT INFLUENCE THE STATE OF HEALTH IN A POPULATION OF 80 YEAS AND MORE

In these state are described the particularities of the opines sinless forwards to a healthy way of life and the factors that influence the state of health in a population of 80 years and more in Republic of Moldova. The analysis was wading in the North zone: in village, Dondusheni, and in city Bălți.

Introducere

Complexitatea schimbărilor condițiilor social-economice și a factorilor ce influențează sănătatea populației, în special a celei vârstnice, necesită efectuarea cercetărilor științifice orientate spre determinarea influenței modului de viață asupra sănătății, care în mare parte, caracterizează comportamentul și activitatea omului [1]. În condițiile specifice ale vieții contemporane, cu transformări rapide și esențiale care definesc lumea de astăzi, rolul și locul populației longevive de 80 și mai mult în familie și comunitate au suferit modificări importante. În același timp, este necesar de menționat faptul, că studii speciale ce caracterizează modul de viață al populației vârstnice de 80 ani și mai mult nu au fost efectuate [2].

Caracteristicile generale a factorilor ce influențează bunăstarea populației de 80 ani și peste

Abordarea indicatorilor ce caracterizează factorii socio-economici la diferite nivele (zonele republicii, mediul de reședință) este necesară pe de o parte, pentru a identifica diferențele între zonele urbane și cele rurale și a focaliza intervențiile acolo unde problemele sunt mai grave și pe de altă parte, pentru a oferi publicului repere pentru a măsura nivelul de dezvoltare și progresele sau regresele înregistrate în zonele respective [3]. Totodată, datele relevate ne oferă o orientare strategică de îmbunătățire a stării de sănătate a populației de 80 ani și peste din Republica Moldova.

În prezenta lucrare ne-am propus ca scop studierea aspectelor medico-sociale, care caracterizează sănătatea și bunăstarea populației de 80 ani și peste. Analiza factorilor s-a efectuat în zona de Nord: mediul rural – raionul Dondușeni și mediul urban – municipiul Bălți: naționalitate, nivel de educație, categorii socio-profesionale, grupe de vârstă și în dependență de activitatea populației de 80 ani și peste în condițiile reformelor social economice.

În continuare, ne vom opri asupra factorilor enumerați mai sus, încercând să obținem un tablou cât mai complex și detaliat al nivelului de bunăstare a populației de 80 ani și peste. Din cele expuse mai sus, ne-am pus ca scop să efectuăm un studiu observațional, descriptiv și analitic folosind ca instrument de lucru un chestionar, care cuprinde populația de 80 ani și peste, referitor la modul de viață și factorii ce influențează starea de sănătate. Lotul a fost reprezentat de 338 de persoane din două baze de studiu ce a inclus: mediul rural – raionul Dondușeni și mediul urban – municipiul Bălți. Datele studiului au fost prelucrate prin intermediul programului „Epi-Info – 2002” și analizate în funcție de mediul de reședință.

În sondajul studiului efectuat, repartiția populației de vârstă de 80 ani și peste după sex a fost repartizată astfel: bărbații au constituit 46,7%, iar femeile – 53,3%, cu o pondere mai mărită a sexului feminin.

Caracteristicile generale ale persoanelor de vârstă de 80 ani și peste supuse sondajului de opinii în raport de grupurile de vârstă s-au repartizat astfel:

- 80-84 ani – 40,2%
- 85 ani și peste – 59,8%

Din rezultatele studiului realizat al populației longevive în raport de grupele de vârstă intervievate în sondajul de opinii, se poate de concluzionat, că ponderea cea mai mărită îi revine grupei de vârstă de 85 ani și peste și constituie 59,8%.

Prezintă interes rezultatele obținute din sondajul de opinii ce caracterizează mediul de reședință, care s-au repartizat astfel:

- Mediul urban – 61,1%
- Mediul rural – 38,9%

Conform rezultatelor datelor sondajului de opinii, se poate de confirmat, că ponderea cea mai mare o constituie persoanele cu vârstă de 80 ani și peste din mediul urban de reședință și constituie – 61,1%.

În studiul ce ține de sondajul de opinii a persoanelor de 80 ani și peste au fost incluse și întrebări referitor la modul de viață și factorii ce influențează la starea de sănătate. În continuare vom descrie întrebările ce au fost puse și respectiv răspunsurile primite.

Un segment important al sondajului de opinii a persoanelor de vârstă 80 ani și peste îi revine întrebării – „Cum Dvs. vă apreciați astăzi starea de sănătate?”, la care variantele de răspuns au fost următoarele:

- foarte bună – 0%
- bună – 3,3%
- satisfăcătoare – 53,5%
- nu chiar gravă – 33,1%
- grav bolnav – 10,1%

Din categoriile de răspuns la această întrebare se poate de concluzionat, că ponderea maximală a fost la varianta de răspuns – „satisfăcătoare” cu 53,9%, iar ponderea minimală de 3,3% la varianta de răspuns – „bună”.

Un interes deosebit a sondajului de opinii a populației de 80 ani și peste îi revine și întrebării „Care au fost modalitățile de folosire a concediului DVS?”, la care variantele de răspuns au fost următoarele:

- întotdeauna l-am petrecut acasă – 50,3%
- nu m-am odihnit în concedii – 20,4%
- nu am avut concedii – 9,2%

Din rezultatele sondajului de opinii a persoanelor de vârstă de 80 ani și peste se poate de concluzionat, că ponderea maximală de 87,3% revine grupului de persoane care mereu au petrecut concediul acasă, iar ponderea minimală de 3,3% revine grupului de persoane care nu au avut concedii.

O secțiune aparte a chestionarului de opinii a persoanelor intervievate ține de întrebarea „Care a fost caracterul vieții Dvs. în familie?”, cu următoarele variante de răspuns:

- cu unele neplăceri, emoții negative – 26,6%
- permanent neajunsuri și stresuri – 3,5%
- relații familiale bune și viață liniștită – 69,9%

Din analiza rezultatelor obținute din sondajul de opinii a persoanelor de 80 ani și peste intervievate în sondaj se poate de concluzionat, că ponderea maximală de 69,9% revine variantei de răspuns „relații familiale bune și viață liniștită”, iar ponderea minimală de 3,5% revine variantei de răspuns – „permanent neajunsuri și stresuri”.

Prezintă interes în sondajul de opinii a persoanelor de vârstă de 80 ani și peste intervievate și întrebarea „Dacă cunoașteți, să numiți care sunt bolile ce vă deranjează?”, a căre-i variante de răspuns au fost următoarele:

- boli a aparatului circulator – 52,4%
- boli a aparatului digestiv – 16,6%
- boli a aparatului respirator – 0%
- boli oncologice – 3,5%
- boli neuropsihice – 7,4%
- alte boli – 20,1%

Din rezultatele sondajului de opinii la această întrebare se poate de concluzionat, că ponderea maximală de 52,4% revine grupului de persoane care suferă de o maladie a aparatului circulator și ponderea minimală de 3,5% revine grupului de persoane cu boli oncologice.

Complexitatea schimbărilor condițiilor social-economice ce influențează sănătatea populației, în special a populației apte de muncă, necesită efectuarea cercetărilor științifice orientate spre determinarea influenței modului de viață asupra sănătății, care în mare parte caracterizează comportamentul și activitatea omului [4]. În continuare, ne vom opri asupra factorilor de risc ce condiționează apariția hipertensiunii arteriale, încercând să obținem unele răspunsuri la întrebarea „La apariția și dezvoltarea bolii, care factor de risc de bază cunoașteți din cei enumerați mai jos?”. Variantele de răspuns (factorii de risc) au fost:

- stresul – 21,9%
- mâncarea picantă – 13,1%
- fumatul – 15,4%
- folosirea alcoolului – 13,7%
- masa excesivă a corpului – 21,1%
- alimentația neechilibrată – 6,9%
- hipodinamia – 3,5%
- condiții dăunătoare de muncă – 4,4%

Din rezultatele sondajului de opinii a persoanelor intervievate, referitor la factorii de risc ce au condiționat apariția maladiei, se poate de confirmat că ponderea maximală de 21,9% îi revine stresului, iar ponderea minimală de 3,5% îi revine hipodinamiei.

Un segment important a sondajului de opinii ce constituie cheia cercetării îi revine întrebării „Care au fost secretele ce v-a permis să ajungeți la această vârstă?”. Răspunsurile au fost următoarele:

- munca la aer liber – 21,1%
- un mod de viață liniștit și fără stres – 42,6%
- factorul genetic – 18,1%
- alți factori – 19,2%

Analiza rezultatelor obținute al sondajului de opinii a persoanelor de vârsta de 80 ani și peste referitor la secretele ce le-au permis de a trăi o viață înaintată, se poate constata, că ponderea maximală de 42,6% îi revine variantei de răspuns „un mod de viață liniștit și fără stres” și ponderea minimală de 18,1% revine variantei de răspuns „factorul genetic”.

Sondajul de opinie a persoanelor cu vârsta de 80 ani și peste ne-a permis să constatăm starea reală de sănătate a acestui segment de populație, să evidențiem factorii de influență la starea de sănătate și să elaborăm un concept de măsuri de menținere și promovare a sănătății acestui grup de persoane.

Concluzii:

1. Numărul tot mai mare al vârstnicilor duce la modificarea poziției lor în viața familială și cea socială și necesită un efort de adaptare reciproc din partea tuturor membrilor familiei și societății.
2. Rezultatele cercetărilor efectuate a sondajului de opinii a populației de 80 ani și peste ne-a permis să obținem un tablou cât mai complex și detaliat al factorilor de influență la bunăstarea și sănătatea acestui segment de populație.
3. Sondajul de opinie a persoanelor cu vârsta de 80 ani și peste ne-a permis să elaborăm un concept de măsuri de menținere și promovare a sănătății acestui grup de vârstă.

Referințe bibliografice

1. Borzan Cristina Maria, Mocean Florea. Sănătate Publică. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2002, p. 274.
2. Țarcă M. Demografie. Iași, 1999, p. 232.
3. Șușu A. Impactul transformărilor demografice structurale a populației asupra dezvoltării rurale. În: Simpozionul internațional «Probleme demografice ale populației în contextul integrării europene». Chișinău, 2005, p. 54.
4. 4. Tintiuc D., Gagauz O., Familia ca subiect al proceselor demografice. În: Conferința „Particularitățile și tendințele proceselor demografice în Republica Moldova”. Chișinău, 2001, p. 19.

UNII FACTORI DE RISC PENTRU BOLILE NETRANSMISIBILE LA ANGAJAȚII AGENȚIEI NAȚIONALE PENTRU SĂNĂTATE PUBLICĂ

Alexei Chirlici¹, dr. șt.med., conf.univ.,

Vladislav Rubanovici¹, dr. șt.med., asist. univ.,

Vasile Ciobanu², medic – igienist,

Eudochia Tcaci³ dr. șt.med., șef Centrul de Sănătate Publică
din municipiul Chișinău

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de igienă

²Centrul de Sănătate Publică Ungheni,

³Centrul de Sănătate Publică din municipiul Chișinău

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
alexei.chirlici@usmf.md; vladislav.rubanovici@usmf.md

SOME RISK FACTORS FOR NON-COMMUNICABLE DISEASES AT THE EMPLOYEES OF THE NATIONAL AGENCY FOR PUBLIC HEALTH

In order to establish the prevalence of risk factors for non-communicable diseases among employees of the National Agency for Public Health, a study was conducted by questioning 105 employees aged between 24 and 71 years, of which women – 74 and men – 31. The questionnaire included various preventable risk factors for non-communicable diseases. Such as appreciation of the daily diet and alcohol, consumption, smoking, practicing physical exercises. It was found that almost a third of employees do not follow the daily diet regime. It is necessary to rationalize the set of foodstuffs, reduce the consumption of table salt, as well as regularly practice physical exercises and eliminate smoking among employees.

Introducere. Bolile netransmisibile (BNT), până la pandemia actuală de COVID-19, au fost cauza principală a deceselor la nivel global, regional și național, cea mai mare povară a acestor maladii fiind în Regiunea Europeană. Astfel, OMS a constatat că șase din zece decese la nivel mondial și opt din zece decese în Regiunea Europeană au fost cauzate de BNT. Două grupe de boli, precum maladiile aparatului circulator și cancerul, constituind aproape trei sferturi din mortalitatea din Regiunea Europeană. Pe parcursul ultimilor ani, în Republica Moldova cauzele numărului mare de decese s-au plasat BNT, iar în anul 2019 s-au constatat cele mai multe decese (59,1%) provocate de bolile aparatului circulator, pe locul doi plasându-se tumorile maligne (16,8%), urmate de bolile aparatului digestiv (9,0%). Mortalitatea prin maladii ale aparatului respirator a fost de 4,4%, plasându-se pe locul V după grupa accidentelor, intoxicațiilor și a traumelor [1].

În mare măsură BNT sunt determinate de anumiți factori de risc modificabili, aceștia prezentând niște factori ai stilului de viață cum ar fi – alimentația irațională, fumatul, consumul exagerat de băuturi alcoolice, sedentarismul. Până la urmă factorii de risc enumerați conduc la consecințe grave pentru fiecare persoană, dar și pentru societate, deoarece ele solicită costuri sociale ridicate [2, 3, 4].

Conform Studiului STEPS din 2013 fiecare al treilea adult din Republica Moldova cu vârstele cuprinse între 18 și 69 de ani și fiecare al doilea adult cu vârstă mai mare de 45 de ani au avut trei sau mai mulți factori comportamentali cu risc pentru BNT [5]. În Republica Moldova, conform specialiștilor OMS, riscul mediu al deceselor premature în rezultatul BNT din cauza factorilor modificabili de risc este de 25%, inclusiv din cauza fumatului – 24%, obezității (la adulți) – 20%, consumului toxic de alcool – 15%, sedentarismului – 12%, consumului excesiv a sării de bucătărie -10% etc. [6].

În raportul Directorului General al OMS din 19.01.2015 se arată, că în cazul luării unor măsuri îndreptate spre excluderea sau diminuarea acțiunii factorilor de risc modificabili este posibil de micșorat către anul 2025 în toată lumea povara BNT cu 25% [7]. Totodată, cunoștințele populației republicii noastre privind combaterea BNT sau respectarea anumitor cerințe în vederea excluderii sau diminuării acțiunii factorilor de risc, nu sunt satisfăcătoare [4]. În această ordine de idei prezintă interes prevalența factorilor de risc în rândurile specialiștilor cu studii medii și superioare, care se ocupă cu probleme de profilaxie a maladiilor.

Material și metode. În prealabil a fost alcătuit un chestionar, care a inclus diverși factori de risc prevenibili pentru bolile netransmisibile. Studiul a fost realizat prin anchetarea angajaților cu studii superioare și medii de specialitate din cadrul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică. Eșantionul a inclus 105 persoane, cu vârstele cuprinse între 24 și 71 ani, dintre care femei – 70,5% și bărbați – 29,5%.

Rezultate. Cele mai multe întrebări ale studiului au fost adresate respondenților pentru a aprecia modul de alimentație, consumului de băuturi alcoolice, fumatului, practicarea exercițiilor fizice. În felul acesta, în baza răspunsurilor obținute se poate constata, că aproape a treia parte din angajați nu respectă regimul alimentar. Doar 32,4% din persoanele chestionate iau masa de două ori pe zi; 43,8% din angajați – de 3 ori pe zi; 22,85% – de 4 ori pe zi și doar o singură persoană a afirmat că respectă regimul de 5 mese pe zi. Mai puțin de a cincea parte din angajați (21,0%) au declarat micul dejun ca principala masă a zilei. De menționat, că pentru majoritatea persoanelor chestionate (50,5%) masa principală a zilei este prânzul. Totuși, în legătură cu exercitarea obligațiilor de serviciu

pentru o bună parte de angajați (28,5%) masa principală a zilei este cina. Din diferite cauze micul dejun este ignorat de peste o treime din angajați (35,2%) în timp ce 27,6% i-au cu regularitate masa de dimineață. Rareori omit masa de dimineață 37,2% de angajați. Un interval mai mare de timp între servirile meselor (6 ore și mai mult), exceptând durata de timp dintre ultima luare a mesei și prima masă luată în ziua următoare, a fost stabilit la 18,1% de respondenți. Totodată a fost stabilită aceeași pondere a respondenților cu un interval între mese de doar 3 ore. La o treime de angajați a fost stabilit un interval de 4 ore între servirea meselor, iar la 30,5% – de 4 ore. Mai mult de jumătate din angajați (50,5%) uneori consumă alimente fast-food, un sfert din respondenți nu se folosesc niciodată de astfel de servicii, iar la 23,8% de respondenți au afirmat că alimentele din sistemul de alimentație rapidă (fast-food) le sunt pe plac și obișnuiesc să le consume zilnic.

Unul dintre ingredientele periculoase este zahărul, numit și „otrăvă albă”, consumat în cantități exagerate poate avea efecte negative asupra sănătății, contribuind în primul rând la apariția diabetului zaharat de tipul II, dar și la apariția altor afecțiuni grave. În studiul efectuat s-a constatat că doar o treime din persoanele chestionate nu adaugă deloc zahăr în ceai sau cafea. Angajații îndulcesc ceaiul sau cafeaua doar cu o linguriță de zahăr – 27,6%; 26,7% din respondenți – câte două lingurițe și doar 12,4% dintre cei intervievați sunt atrași de gustul mai dulce, adăugând în băuturile consumate câte 3 lingurițe de zahăr. Totodată s-a constatat, că produsele dulci sunt consumate foarte rar pe parcursul săptămânii doar de 1,9% de angajați, în timp ce 12,4% sunt foarte mari amatori de dulciuri, consumându-le de 5-6 ori în săptămână. Majoritatea respondenților (57,1%) sunt destul de precauți în privința produselor dulci, acestea fiind consumate doar o singură dată sau mai rar, de două ori pe parcursul săptămânii. Își permit de a consuma diverse dulciuri de 3-4 ori pe săptămână 28,6% de respondenți participanți în studiu.

În țara noastră și consumul sării de bucătărie este o problemă actuală în sănătatea publică. Sarea de bucătărie se găsește în exces în multe alimente procesate, dar și în pâine. În legătură cu aceasta, Programul Național în domeniul alimentației și nutriției, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.730 din 2014, preconizează reducerea consumului sării de bucătărie aproximativ cu 30% în anul curent 2020, în raport cu anul aprobării programului. Cunoscând efectul negativ al consumului exagerat a sării de bucătărie asupra sănătății, totuși, majoritatea respondenților (64,8%) sunt tentați să consume în exces sarea în consumul zilnic. Unii respondenți (14,3%) consideră, că sarea este suficientă în produsele alimentare și de aceea nu o adaugă în mâncare, iar alții (20,9%) folosesc sarea de bucătărie uneori, considerând acest obicei alimentar unul rațional.

Despre efectul malefic asupra sănătății a consumului exagerat de alimente prăjite se cunoaște de mult timp, în special, dacă alimentele au fost foarte intens prăjite, sau dacă pentru prăjire a fost repetat folosită aceeași grăsime. În rezultatul chestionării doar 10,5% din angajați preferă să consume alimentele prăjite de 5-6 ori pe parcursul săptămânii; 42,8% de respondenți – de 3 – 4 ori pe săptămână, iar de 44,8% dintre cei chestionați preferă produse prăjite de 1 – 2 ori pe săptămână. Prin urmare se constată că majoritatea absolută a respondenților consumă alimente prăjite de 1– 4 ori pe săptămână, cel mai des fiind folosit uleiul vegetal din floarea soarelui. Trebuie menționat și faptul constatat de studiu că doar 1,9% din respondenți consumă alimente prăjite foarte rar.

Datele statistice scot în evidență faptul, că în Republica Moldova consumul de pâine este destul de înalt. În pofida recomandărilor de a consuma atât pâine obținută din sortimente de făină de calitate superioară (numită în chestionar „pâine albă”), cât și pâine din sortimente de făină de calitate inferioară, inclusiv din făină integrală de grâu, din secară („pâine neagră”), acestea fiind mai bogate în vitamine și săruri minerale, pâinea albă este zilnic preferată de către majoritatea respondenților (71,4%), uneori este consumată de 22,9% dintre aceștia și deloc – de 5, 7% de angajați.

Cercetările efectuate, în special, în ultimele două decenii au constatat rolul negativ al consumului exagerat de carne numită „roșie”, a mezelurilor obținute din această carne. În special, este vorba despreposibila contribuție a consumului de carne roșie la apariția unor forme de cancer. Studiul actual a scos la iveală faptul, că majoritatea respondenților nu preferă consumul exagerat a astfel de alimente. Astfel, doar 8,6% din respondenți consumă carnea roșie de 4 ori pe săptămână, aproape un sfert (24,8%) – de trei ori săptămânal, 22,8% – de două ori și 43,8% – doar o dată pe săptămână. Dacă legumele sunt consumate practic zilnic de către angajați cu diverse bucate, inclusiv salate, consumul de fructe lasă de dorit, acestea fiind consumate zilnic de o treime de respondenți. Totuși 45,7% își planifică creșterea consumului zilnic de fructe în viitorul apropiat, arată cercetarea.

Din punct de vedere igienic masa trebuie servită în liniște, fapt despre care majoritatea populației cunoaște. Consumul de alimente în condiții stresante sau din grabă influențează negativ sănătatea consumatorului. Spre regret doar 16,2% din angajații chestionați își pot permite să ia masa în liniște, fără să se grăbească. Totodată, 46,7% de angajați deseori iau masa în condiții stresante și în mare grabă, iar 37,1% din chestionați au fost în astfel de situații.

Pentru a constata starea de nutriție a angajaților s-a calculat indicele masei corporale (IMC) în baza datelor antropometrice obținute. În baza

rezultatelor obținute după calcularea IMC s-a scos la iveală faptul, că numărul angajaților normoponderali depășește doar cu o singură persoană numărul celor supraponderale și obeze luate împreună – 48 și 47, respectiv. Ponderea persoanelor normoponderale a fost de 45,7%, iar ponderea sumei persoanelor menționate a fost de 44,8%, inclusiv 38,1% supraponderale și 6,7% persoane cu obezitate. Totodată, s-a constatat, că 10 persoane sau 9,5% au un deficit de masă corporală. Este interesant faptul, că nu numai majoritatea persoanelor subponderale, dar și unele persoane normoponderale doresc să adauge în greutate (în total, 15,2%), iar 28,6% din respondenți din diferite grupe doresc să-și mențină aceeași masă corporală.

Apa de la robinet, fără filtru, este consumată de mai mult de jumătate din cei chestionați (52,4%), cea îmbuteliată – de 31,4% de persoane chestionate, iar 16,2% consumă apă filtrată. Cei mai mulți respondenți (45,7%) consumă practic 1,5 litri de apă pe zi, urmați de cei, care consumă 2 litri (20,9%), iar pe locul trei situându-se persoanele, care consumă circa un litru pe zi (15,2%). Unii respondenți au indicat, că pe parcursul zilei consumă foarte puțină apă, volumul ei constituind circa 0,5 litri (4,8%), în timp ce alții consumă 2,5 litri (8,6%), iar 4,8% de respondenți consumă zilnic chiar 3 litri de apă.

Băuturile alcoolice sunt consumate mai des și anume de 3 – 5 ori pe parcursul săptămânii de un număr destul de mic de respondenți, ponderea acestora atingând 2,8%. Mai mult de 2/3 din angajați (68,6%) consumă băuturi alcoolice doar cu ocazii speciale, 21,0% consumă astfel de băuturi de 1 – 2 ori pe săptămână, iar în zilele de odihnă își permit doar o singură dată consumul acestora 7,6% de respondenți. Cele mai preferate băuturi sunt berea (56,2%) și vinul (56,2%), o parte de respondenți indicând ambele băuturi ca preferate. Totodată, băuturile alcoolice tari sunt preferate de 17,1% de respondenți. Majoritatea respondenților (85,7%) consideră, că nu au nici o problemă de sănătate cauzată de consumul băuturilor alcoolice, 8,6% din ei consideră, că problemele de sănătate pe care le au nu sunt legate de consumul acestor băuturi, iar alții 5,7% consideră că unele probleme de sănătate, pe care le-au avut în trecut sau le au la momentul chestionării ar putea fi cauzate cumva și de consumul băuturilor alcoolice. Cea mai mare parte a respondenților au început să consume băuturi alcoolice la vârstele de 17 – 20 ani (45,8%) și 21 ani și mai mult (25,7%). Aproape a cincea parte din respondenți (19,0%) au încercat această practică între 14 – 16 ani, 5,7% la vârstele de 11 – 13 ani, iar 3,8% – foarte devreme, tocmai pe parcursul anilor din școala primară – la 7 – 10 ani.

Poate fi apreciat faptul, că mai mult de 2/3 dintre angajații chestionați (70,5%) nu fumează și nici n-au încercat vre-o dată să fumeze, 8,5% au încercat să fumeze, dar până la urmă au refuzat, sporind, în felul

aceasta numărul total al nefumătorilor la momentul chestionării până la 79,0%. Fumează 21,0% sau 22 de persoane din cei chestionați. Dintre aceștia 2 persoane fumează câte 20 – 30 țigări zilnic, 9 fumează câte 11 – 20 țigări, 6 – câte 6 – 10 țigări și 5 angajați – câte 1 – 5 țigări pe parcursul zilei. Majoritatea fumătorilor au început să fumeze sub influența persoanelor apropiate (9 persoane) sau din cauza unor situații stresante (8 persoane). Mai puțini au fost cei, care sau aventurat din curiozitate (5 persoane).

Exercițiile fizice, importante componente ale stilului sănătos de viață pentru care trebuie să opteze toată lumea, iar în mod special cadrele medicale, nu sunt, spre regret, practicate zilnic de mai mult de jumătate din persoanele chestionate (52,3%). Totuși, 22,9% de angajați practică uneori aceste exerciții, iar pentru circa un sfert dintre angajați (24,8%) exercițiile fizice sau chiar unele forme de activități sportive prezintă o parte obligatorie a regimului cotidian.

Mersul pe jos este un element foarte benefic pentru sănătate, în special, pentru menținerea sistemului cardiovascular, dar și a altor sisteme. Din punctul de vedere a stilului de viață sănătos se recomandă de mers pe jos cel puțin 30 minute în fiecare zi. Se consideră, că pentru antrenare mai stabilă a sistemului cardiovascular este necesar de ajuns și până la 10000 de pași zilnic (circa 8 kilometri) aceștia fiind făcuți într-un ritm relativ rapid. Din răspunsurile obținute s-a constatat, că fiecare angajat zilnic merge pe jos, însă distanțele parcurse sunt diferite. O bună parte din respondenți (43,8%) sunt aproape de a îndeplini minimumul recomandat, mergând pe jos 1 – 2 kilometri, deci se observă, totuși, o tendință către sedentarism. Ceilalți respondenți (în total, 56,2%) îndeplinesc și chiar depășesc acest minim. Așa, 32,4% de angajați merg pe jos 3 – 4 kilometri, 13,3% – 5 – 6 kilometri, iar 10,5% parcurg pe zi 7 – 10 kilometri. Consideră, că nu merg îndeajuns pe jos și au de gând să schimbe situația 48,6% de respondenți.

La finalul chestionării aproape 2/3 din cei chestionați (64,8%) au declarat, că planifică în viitor să-și îmbunătățească stilul de viață.

Concluzii și recomandări:

1. Rezultatele obținute într-o anumită măsură nu corespund stilului sănătos de viață, însă factorii studiați sunt prevenibili și situația poate fi modificată.
2. Rezultatele obținute impun necesitatea raționalizării setului de alimente și regimului alimentar a angajaților în dependență de caz în perspectiva unei mase corporale normoponderale.
3. Este necesar de micșorat consumul zilnic al sării de bucătărie și al zahărului.

4. Statutul și rolul social al medicului în societate "îl obligă" să excludă fumatul din stilul de viață.
5. Exercițiile fizice trebuie să fie nu numai propagate, dar să devină parte componentă obligatorie a vieții cotidiene a fiecărui angajat din sistem.

Referințe bibliografice

1. <https://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6647> (accesat: 21.09.2020).
2. Ghid de prevenție. volumul 5. Abordarea integrată a riscului pentru bolile netransmisibile asociate stilului de viață. București, 2016, ISBN 978-973-0-22802-1.
3. Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova 2007 – 2021.
4. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova Nr. 1000 din 23.08.2016 cu privire la aprobarea Programului național de promovare a sănătății pentru anii 2016 – 2020. Publicat 26.08.2016 în Monitorul Oficial Nr. 277 – 287.
5. Prevalența factorilor de risc pentru bolile netransmisibile în Republica Moldova. STEPS 2013.
6. https://www.who.int/nmh/countries/2018/mda_en.pdf?ua=1 (accesat: 21.09.2020).
7. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/en/> (accesat: 21.09.2020).

SITUAȚIILE EXCEPȚIONALE ȘI SECURITATEA SĂNĂȚII PUBLICE ÎN EPOCA CONTEMPORANĂ

Vasile Dumitraș, dr. șt. med., conf. univ., colonel medic (r)
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
vasile.dumitras@usmf.md

Sergiu Cîrlan, șef Direcție medicală a Marelui Stat Major
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
sergiu.cirlan@army.md

Andrei Marfin, șef Centrul consultativ diagnostic al Ministerul Apărării al RM, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
andrei.mrfn@gmail.com

EXCEPTIONAL SITUATIONS AND PUBLIC HEALTH SECURITY IN THE CONTEMPORARY AGE

The exceptional situations caused by technological and social natural disasters represent a permanent threat to a sustainable development and generate numerous human victims and material losses each year; at the same time, this millennium

is characterized by an increasing impact of human activities on Earth. The frequency of the incidence of exceptional situations and their increased magnitude have attracted the attention of the international community in recent years. A number of institutions, intergovernmental organizations and non-governmental organizations worldwide have reviewed their approach to these situations and are working together to identify the best ways to prevent and reduce their impact on society. This means both reducing the vulnerability of communities and improving risk assessment tools. There is also a greater emphasis on disaster prevention, by involving all stakeholders in risk management activities (public authorities, non-governmental organizations, communities, the business sector).

Din timpurile cele mai străvechi ale existenței civilizațiilor, omenirea s-a confruntat cu diferite calamități preponderent cu cele de origine naturală, care puteau duce la distrugerii masive și pierderi de vieți omenești. În multe cazuri calamitățile puteau schimba soarta multor popoare, modul de trai, mentalitatea și dezvoltarea socio-economică.

Pe parcursul ultimelor două secole a crescut vădit numărul calamităților tehnogene și sociale, aceasta s-a produs ca rezultat al dezvoltării industriale, apariția energiei electrice și atomice, cât și industria substanțelor toxice și radioactive. Tot în acest timp, actuală rămâne problema calamităților de natură socială, cum ar fi războaiele (Primul Război Mondial, al Doilea Război Mondial, Războiul din Coreea, Războiul din Afganistan), cât și conflictele militare regionale din Georgia (2008), Siria (2012), Ucraina (2014) etc.) [1]. În ultimii 5 ani constatăm o tendință de creștere a calamităților tehnogene și sociale, mai cu seamă maladiilor contagioase sub formă de epidemii sau pandemii [2].

Particularitățile specifice ale multor calamități rezidă în imprevizibilitatea apariției după loc și timp (cutremurul de pământ (seismul), actele de terorism, inclusiv bioterorism etc.), care necesită pregătire permanentă în prealabil a sistemelor de răspuns la aceste calamități. O altă particularitate este caracterizată prin apariția simultană într-un timp relativ scurt a unui număr mare de pierderi generale umane și sanitare care necesită forțe și mijloace îndeajuns pentru intervenție. De menționat este, că unele calamități declanșându-se pot duce în lanț la apariția altora și ca rezultat se instaurează situații generale și medicale foarte complicate, fapt ce impune de a avea specialiști pregătiți în vederea analizei obiective și ample a situației concret create în focare, cât și acțiuni operative de punere în aplicare a planurilor corespunzătoare elaborate în prealabil [3].

Faptul că populația globală este într-o rapidă creștere, concomitent cu o realitate în creșterea calamităților naturale și a celor produse de om nu este o coincidență. Stresul tulburărilor civile asupra economiilor țărilor

în curs de dezvoltare este un rezultat al acestor convergențe. Calamitatea într-o singură țară poate produce valuri care sunt simțite în țările învecinate și pot produce impact asupra productivității și economiilor în lume.

Ritmul înalt de dezvoltare a civilizației umane în domeniul electronicii, energiei atomice și electrice, cât și în sfera biotehnologică s-au răsfrânt pozitiv asupra omului, în același timp au condiționat apariția unor pericole de natură tehnogenă, naturală și socială. Aceste calamități, cu particularitățile sale specifice, generează situații excepționale care la rândul său produc urgențe în sănătatea publică, care pot fi de nivel local, regional sau global.

Aceste situații deosebite apărute ca rezultat a declanșării calamităților au primit denumire de situații excepționale. Pentru sistemele de sănătate această noțiune marchează situația apărută în limita unui obiectiv, zonă, regiune, ca rezultat a avariilor, calamităților naturale, epidemiilor, conflictelor militare și care duc la apariția ori la pericol de apariție în rândurile populației de pierderi generale umane și sanitare, înrăutățirea bruscă a stării social-economice, cât și a condițiilor de viață și trai a populației, iar ca urmare determină necesitatea unor forme speciale de suport medical.

Condițiile în situațiile excepționale la pace, cât și cele de război au multe asemănări în aspect medical prin unitatea de factori lezanți și situații medicale. Astfel, situațiile excepționale apărute ca urmare a declanșării calamităților naturale, tehnogene sau sociale, sunt provocate de factori mecanici (diferite traumatisme), factori termici (combustii și degerături), factori fizici (trauma electrică), factori chimici (arsurile, intoxicațiile acute și cronice), factori actinici (substanțe radioactive, boala actinică acută și cronică), factori biologici (maladiile contagioase, inclusiv și cele deosebit de periculoase) și factori psihoemoționali, care pot provoca stări reactive de scurtă și lungă durată. Patologia apărută, în funcție de modalitatea de acțiune și numărul factorilor lezanți, poate prezenta leziuni combinate, asociate și multiple, cu particularități specifice de diagnostic, acordarea asistenței medicale, tratamentului și recuperării medicale [4].

Prevenirea și reducerea efectelor negative, precum și pregătirea pentru un răspuns adecvat în calamități (dezastre) sunt probleme de importanță majoră și în politicile promovate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), agenție specializată din cadrul Organizației Națiunilor Unite (ONU), responsabilă pentru coordonarea problemelor de sănătate la nivel mondial.

Acțiunile pe care le întreprinde OMS în acest domeniu se reflectă în strategiile adoptate și rezoluțiile organului suprem de conducere a OMS – Adunarea Mondială a Sănătății. În concordanță cu rezoluția Adunării Generale a ONU nr.44/236 din 22 decembrie 1989 a readus în atenția

comunității medicale la nivel global concepția reducerii efectelor dezastrelor în sectorul de sănătate. Aceste dezastre pot fi naturale cum sunt cutremurele, erupțiile vulcanice, alunecările de teren, ciclonii, tornadele, inundațiile, seceta. Societatea și mediul sunt afectate și de unele dezastre produse de om, cum sunt accidentele tehnogene (explozii, emanații de gaze toxice, accidente legate de transporturi și agricultură etc.) care necesită măsuri speciale de prevenire. În acest sens este necesar de a integra managementului riscului și a reducerea efectelor dezastrelor în politicile guvernamentale ale fiecărui stat [5].

Cunoscute fiind exigențele internaționale în domeniul prevenirii și intervențiilor în cazul dezastrelor, Strategia și planul de acțiune de la Yokohama pentru o lume mai sigură [6], propune următorul amendament: fiecare țară trebuie să depună eforturi pentru elaborarea unui plan național de acțiune în vederea prevenirii dezastrelor, prin elaborarea și aplicarea unor strategii și planuri structurate după principii comune.

În anul 2006, Adunarea Generală a Sănătății a adoptat rezoluția „Pregătirea și răspunsul la urgențe în sănătate” în care se reiterează importanța acțiunilor necesare de constituire a capacităților de pregătire de urgență, cât și programele naționale de reducere a efectelor acestora. Scopul strategiei în reducerea riscurilor este de a sprijini țările în crearea capacității naționale pentru reducerea riscurilor și pregătirea pentru urgențe în sectorul de sănătate, cât și reducerea consecințelor negative asupra sănătății publice pentru comunități, în ceea ce privește morbiditatea, mortalitatea, cât și distrugerii ale serviciilor de îngrijiri de sănătate care apar în urma calamităților și altor crize. În acest sens, în legislația Uniunii Europene în materie de protecție civilă, se prevăd acțiuni ce vizează în primul rând politica și măsurile de pregătire și de prevenire. În plan intern, mecanismul stabilește noi angajamente pentru a dezvolta evaluarea riscurilor în viitor, evaluarea capacităților de gestionare a riscurilor, utilizarea unor evaluări inter pares pentru ca țările Uniunii Europene să învețe una de la alta să gestioneze riscurile de dezastre, precum și cunoștințele și baza de dovezi pentru gestionarea dezastrelor [7].

Pentru lichidarea consecințelor calamităților sunt prevăzute forțe și mijloace medicale la nivel local, zonal, cât și central cu includerea tuturor formațiunilor medicale de stat, departamentale, cât și cele private. O însemnătate deosebită are antrenarea Forțelor Armate în lichidarea consecințelor dezastrelor atât în scopul salvării, cât și acordării asistenței medicale de urgență, tratamentul propriu-zis a lezaților. O prioritate evidentă o au măsurile cu caracter transfrontalier pentru situații de urgență la nivel european, care prevăd măsuri de limitare și de depistare activă și izolare a persoanelor care prezintă pericol pentru cei din jur.

În scopul reducerii riscurilor dezastrelor este necesară cooperarea țărilor. Nevoia și importanța cooperării și coordonării între organizațiile naționale/internaționale și țările afectate este pertinentă, în special în domeniul dezvoltării asistenței umanitare. Prin urmare coordonarea și cooperarea între autoritățile guvernamentale, organizațiile internaționale și ONG-uri este fundamentală pentru un management efectiv al riscurilor, reieșind din faptul că impactul situațiilor excepționale într-o anumită țară sau regiune poate avea o multitudine de efecte în alte țări sau regiuni.

O importanță deosebită în activitatea organelor de stat, cât și comunității internaționale o au măsurile de reducere a riscului apariției și declanșării calamităților [8]. Conform terminologiilor și definițiilor cheie, prin risc se înțelege probabilitatea unor consecințe dăunătoare sau a unor pierderi așteptate (decese, leziuni, distrugerea bunurilor, mijloacelor de existență, a mediului sau perturbarea activității economice), care rezultă din interacțiunea dintre pericolele naturale sau cele induse de om și vulnerabilități. Evaluarea riscului prevede metodologia de determinare a naturii și extinderii riscului prin analiza pericolelor potențiale și evaluarea condițiilor existente de vulnerabilitate care ar putea provoca daune potențiale oamenilor expuși pericolului, bunurilor materiale, mijloacelor de trai și mediului de care aceștia depind.

Obiectivele de bază ale managementului riscurilor prevăd: (1) susținerea necesității de consolidare a capacităților de reducere a riscurilor și pregătirii pentru urgențe în sectorul de sănătate; (2) fortificarea capacității sectorului de sănătate din țările membre și comunitățile locale pentru un răspuns prompt și eficient la consecințele pentru sănătate ca urmare a declanșării calamităților, cauzate de pericole naturale, tehnogene, ale mediului înconjurător, sociale, inclusiv epidemiile și pandemiile; (3) elaborarea și implementarea normelor, standardelor, cât și pregătirea resurselor pentru reducerea riscurilor din sectorul de sănătate și pregătirea pentru urgențe; (4) monitorizarea procesului de perfecționare a programelor de pregătire pentru urgențe în țările membre.

În conformitate cu strategiile moderne de management a riscurilor, activitățile sunt orientate spre identificarea riscului, analiza riscului, evaluarea riscului și reducerea acestuia, prin integrare sistemică (pregătirea pentru situații de urgență, prevenirea calamităților și finanțarea acțiunilor ce vizează reducerea riscurilor în cazul situațiilor excepționale), dar și reducerea expunerii țărilor la pierderi economice.

Managementul integrat al riscului cuprinde atât aprecierea riscului și evaluarea vulnerabilității, cât și posibilitatea apariției unor factori de influență cu grad mare de imprevizibilitate. Se susțin astfel măsuri și

metode de prevenire și de implementare a activităților de monitorizare, înregistrare, previziune, avertizare timpurie, luare a deciziilor și a sistemelor de management [9].

Concluzii:

1. În pofida faptului că, civilizația contemporană a ajuns la un nivel înalt de dezvoltare social-economică și științifică, multe din calamitățile naturale tehnogene și sociale nu pot fi prognozate după loc și timp.
2. Managementul medical al calamităților este o activitate multisectorială și necesită o cooperare și coordonare în scopul îmbunătățirii acestuia, cât și reducerea riscului de apariție și declanșarea calamităților la nivel local, regional și global.
3. Situațiile excepționale, cât și riscurile posibile trebuie să fie coordonate și monitorizate atât de organele locale regionale, cât și de cele internaționale, în special OMS, în scopul reducerii efectelor calamităților în sectorul de sănătate.

Referințe bibliografice

1. Киршин Н.М. Безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф. Москва: Академия, с.14.
2. Cotelea A., Prisacari V. Epidemiologia în situații excepționale. Chișinău: CEP „Medicina”. 2009, p.15.
3. Сахно В.И., Захаров Г.И., Карлин Н.Е., Пильник Н.М. Организация медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях. Санкт-Петербург: Фолиант, 2003, с.6.
4. Губченко П.П. Медико-санитарное обеспечение в чрезвычайных ситуациях. Москва: ОАО «Издательский Дом Астрель», 2007.
5. Bădilă A. Managementul riscului de dezastru. București. 2007, p.5-30.
6. Gociman Olga Cristina. Managementul reducerii riscului la dezastru – Strategii de arhitectură și urbanism. București: Editura Universitară „Ion Mincu”, 2006, p.25.
7. Communication from the commission to the european parliament, the council, the european economic and social committee and the committee of the regions. The post 2015 Hyogo Framework for Action: Managing risks to achieve resilience. În: http://publications.europa.eu/resource/cellar/ba5da81b-bf47-11e3-86f9-01aa75ed71a1.0015.04/DOC_1 (accesat: 19.09.2020).
8. Pîsla M., Gheorghîță S. ș.a. Managementul riscurilor și urgențelor de sănătate publică. Chișinău. 2013, p. 22.
9. Evaluarea securității sănătății și capacităților de management al crizelor. În: http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/situatii_exceptionale/2946-evaluarea20oms.pdf (accesat 18.09.2020).

SINDROMUL METABOLIC – O PROVOCARE SAU O DILEMĂ A SECOLULUI XXI?

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

Lilia Poleacova, dr. șt. biol., cercet. șt. super.

Vasile Fedăș, dr. șt. med., cercet. șt. coord.

Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, R. Moldova

ion.mereuta@usmf.md

bostan-lilia@mail.ru

vasilefedash@gmail.com

THE METABOLIC SYNDROME – A CHALLENGE OR A DILEMMA OF THE 21ST CENTURY?

The metabolic syndrome is a constellation of metabolic, hormonal, and clinical disorders with a slow and long-lasting evolutionary character. Early detection of the initiated metabolic process and the use of optimal management and monitoring allows the prevention and cessation of pathological processes with a high degree of risk to health and life globally.

Sindromul metabolic (SM) este cunoscut încă de la finele secolului XX, atunci, când Reaven (1988) îl definește ca Sindrom X [1], ce întrunește mai multe tulburări metabolice asociate și care evoluează latent pe o perioadă de până la 15 ani, atunci când încep să-și facă apariția complicațiile și manifestările clinice, rămâne a fi unul dintre cele mai controversate probleme ale medicinei. Inițial, la baza SM a stat insulinorezistența (IR) și, ca răspuns hiperinsulinemia compensatorie, hipertrigliceridemia și hipo α -colesterolemia, cu hipertensiune arterială (HTA) și diabet zaharat tip II.

Ulterior, acestui sindrom i s-a alăturat un al patrulea component – obezitatea abdominală, el fiind numit „cuartetul morții” de către N. Coplan (1989), astfel, punându-se accentul pe importanța și gravitatea acestor forme nozologice și locul lor în structura generală a deceselor populației.

Supranumit și sindrom dismetabolic, „triumghiul Bermude metabolic”, „Sindromul abundenței”, „Sindromul insulinorezistenței” (Haffner S., 1992), „patrulaterul morții”, „trisindromul metabolic”, „Sindromul polimetabolic” (Camus J.P., 1966) acest conglomerat de factori cu impact mare asupra sănătății umane își capătă denumirea acceptată de **Sindrom Metabolic** dată de Hanefeld M. și Leonhardt W. (1980, 1988) acceptată unanim în terminologia medicală [2, 3].

Actualmente, noțiunea de Sindrom metabolic reunește un grup de factori cu acțiune patogenă asupra organismului prin prezența a cel

puțin trei entități: 1) obezitate abdominală de tip central cu circumferința de 102 cm la bărbați și 58 cm la femei; 2) hiperglicemie cu valori cuprinse între 5,5-6,1 mmol/l; 3) dislipoproteinemie; 4) hipo α -colesterinemie; 5) hipertensiune arterială mai mare de 130/85 mm Hg. Impactul SM este determinat de acumularea factorilor de risc într-un cluster ce predispune la apariția și instalarea unor boli metabolice larg răspândite, care, în evoluția lor, odată cu trecerea timpului duc la grave complicații și diminuează speranța de viață a pacienților.

Trebuie menționat faptul că, în structura mortalității SM ocupă un loc determinant ca factor primar cauzal al bolilor cardiovasculare severe, și al accidentelor vasculare cardiace și cerebrale (infarctul miocardic și ictusul cerebral) ca și al bolilor metabolice – diabetul zaharat de tip II și obezitatea, care la rândul lor sunt factori de risc vital [4].

Există o multitudine de opinii, viziuni și abordări în această problemă medico-socială importantă și gravă. O definiție mai simplă și în același timp exhaustivă ar fi că SM *reprezintă o totalitate de tulburări metabolice și hormonale cu o variabilitate mare de manifestări clinice, ce reprezintă riscuri crescute în apariția bolilor cardiovasculare și cerebrovasculare la baza cărora stau insulinorezistența primară și ca răspuns hiperinsulinemia generalizată.*

Factorii etiologici determinanți ai SM sunt: ereditatea, consumul alimentar cu exces de grăsimi, hipodinamia. **Factorii de risc** în apariția SM: hipertensiune arterială; diabet zaharat de tip II (sau prediabet); obezitate și supraponderalitate; bolile cardiovasculare, vasculare și cerebrovasculare; factorii ereditari; postmenopauza la femei; sindromul ovarian polichistic; disfuncții erectile; tulburări metabolice specifice – guta sau hiperuremia.

Criteriile Federației Internaționale de Diabet (IFD) sunt: 1) circumferința abdominală (> 94 cm – bărbați, > 80 cm – femei); 2) trigliceridele: > 1,7 mmoli/l sau antecedente anamnestice; 3) colesterol – (LPDI) (< 1,03 mmoli/l – bărbați, < 1,029 mmoli/l – femei); 4) tensiunea arterială: > 130/85 mm Hg; 5) glicemia: > 5,6 mmoli/l sau diabetul zaharat în anamneză [5].

Nu există păreri unice nici în patogenia foarte complexă a acestui sindrom. Cert e că *insulinorezistența* și respectiv *hiperinsulinemia* stau la baza tuturor transformărilor metabolice, insulinorezistența este determinată de mutații genice la nivel de substrat. Existența divergențelor și contradicțiilor în abordarea SM este datorată complexității mecanismelor apariției acestor factori de risc în evoluția diabetului zaharat și a bolilor cardiovasculare (inclusiv HTA). Un punct de referință este rolul **obezității** și locul său în SM. Părerile se împart, dar studii numeroase arată că

anume obezitatea abdominală joacă un rol primordial în apariția componentelor SM (insulinorezistența, hiperinsulinemia, HTA etc.).

Încă nu există clarități în identificarea unui mecanism patofiziologic unic de bază, care ar putea conferi acestui sindrom o identitate să-l poată situa în rândul entităților nozologice, însă amplele studii epidemiologice din ultimele decenii demonstrează anume acest lucru – prezența lui crește de 2 ori morbiditatea și mortalitatea în bolile cardiovasculare și de 5 ori în cazul DZ tip II.

Însă cele mai concludente dovezi în favoarea acestui deziderat le aduc rezultate cercetărilor științifice în domeniu. Țesutul adipos nu mai este considerat doar un simplu depozit de material energetic, ci un important furnizor de *hormoni, adipokine, metaboliți, sfingolipide* etc. într-un număr impresionant de 600 [6]. După descoperirile revoluționare ale *leptinei, adiponectinei și adipsinei* la 1994 au urmat și o serie de alte fenomene care au pus bazele unei noi paradigme ale adipocitei și a întregului țesut adipos, care este constituit din trei tipuri – alb, brun și bej, cu diferite proveniențe și care îndeplinesc funcții metabolice diferite. **Adipocitele albe** produc adipocitokine: *leptină, rezistină, angiotenzinogen, interleukină – 6 (IL-6), adipsină* etc. Tot țesutul alb mai are și o serie de receptori, ce captează semnalele majorității hormonilor, ca și o altă serie de produși – enzime și messengeri (transportatori): lipoproteinlipaza; apolipoproteina E; aromataza; 11-HSD-1; 17-HSD; substratul de receptori insuliniici 1,2; Glut-4; proteinkinaza B; kinaza 3a [7].

Țesutul adipos brun este amplasat în regiunea abdominală și a gâtului și este constituit din vezicule de diferite mărimi și dintr-un număr foarte mare de mitocondrii. Este controlat de sistemul nervos simpatic, ceea ce asigură o stimulare directă de generare a energiei prin adrenoreceptori. Concomitent adipocitele brune produc și secretă un hormon cu rol determinant în metabolismul glucidic – *irizina*, care la fel reglează homeostazia energetică a organismului. Cunoscut ca molecule Fnk-5, el crește cu 40-60% ca răspuns la efortul fizic. Este un factor antiobezitate și apără organismul de bolile metabolice.

Ultimul deceniu a fost marcat de identificarea mai multor factori de reglare a funcțiilor de țesut adipos cum ar fi *UPC-1, PPAR și PRDM-16*. Ultimul exercită o funcție foarte importantă și anume participă în conversia adipocitelor din diferite grăsimi. Transformarea țesutului alb în brun ameliorează substanțial toleranța la glucoză. Este o descoperire importantă, deoarece anume acest al treilea țesut adipos bej, face posibilă conversia țesutului alb în brun și a grăsimilor în țesut muscular și viceversa, astfel asigurându-se o „sănătate metabolică” cu ajutorul exercițiului fizic în prezența grăsimilor de tip 3. Despre rolul benefic al mișcării în general

în ameliorarea toleranței la glucoză se știa demult, dar nu se cunoștea mecanismul ei. La fel expresia genei PGC-1 care este un mediator al biogenezei mitocondriale și are un rol decisiv în ameliorarea metabolică ca răspuns la antrenamentele aparatului musculo-scheletar [8].

Diabetul zaharat de tip II – o componentă de bază al SM este favorizată de insulinorezistență însoțită de hiperinsulinemie, care împreună duc la tulburări de toleranță la glucoză. Mecanismul apariției rezistenței la insulină este foarte complex și se datorează unor schimbări la nivel de genom în substratul receptorilor insuliniici *IRS-1* și *IRS-2*, ca și a defectelor moleculare de transfer insulinic. Mușchii nu mai utilizează glucoza, iar grăsimile opun rezistență la acțiunea antilipolitică a insulinei. Acest fenomen duce la creșterea nivelului de acizi grași liberi, care prin V. Portă nimeresc în ficat unde se depozitează, transformându-se mai apoi în lipoproteine aterogene. *Insulinorezistența* ficatului diminuează sinteza glicogenului, activează *glicogenoliza* și *gluconeogeneza*. Astfel DZ de tip II apare într-o perioadă anume, și nu spontan, atâta timp cât *hiperinsulinemia* compensează *insulinorezistența*. Pe măsura epuizării celulelor β -insulare apare decompensarea metabolismului glucidic mai întâi la nivel de toleranță la glucoză ca mai apoi să ducă la instalarea DZ de tip II propriu-zis. Odată cu evoluția acestor procese are loc creșterea concentrației acizilor liberi grași (efectul lipotoxic) și acțiunea lor directă asupra celulelor Langherhans [9].

Hipertensiunea arterială – un alt reper important al SM apare datorită unor schimbări moleculare la nivel de microcapilare și endoteliu. Totodată se stimulează *sistemul simpatoadrenergic*, *sistemul renin-angiotenzină-aldosteron*, creșterea reabsorbției natriului, retenția lichidului și apariția *hipervolemiei* cu stimularea proliferării țesutului muscular neted al pereților vasculari, urmat de constricția arteriolelor și, implicit, creșterea rezistenței vasculare și instalarea HTA [10].

Există mai multe ipoteze despre mecanismele apariției HTA sub influența insulinorezistenței și a hiperinsulinemiei. De fapt insulina acționează protector asupra vaselor datorită activării fosfatidil-3-kinazei în celulele endoteliale și microcapilare, cu expresia genei NO-sintezei endoteliale, eliberarea NO-endotelial și vasodilatația insulin-condiționată. În linii mari are loc remodelarea sistemului cardiovascular cu diminuarea elasticității pereților vaselor, tulburarea microcirculației, evoluția aterogenezei și, în final, creșterea rezistenței vasculare și instalarea HTA. Prin urmare schimbările metabolice *prin insulinorezistență* și *hiperinsulinemie* duc la micșorarea reacției vasodilatatoare și accentuarea vasoconstricției însoțite de complicații cardiovasculare severe. Că este una dintre cele mai actuale și stringente probleme de sănătate nu încapă nici o

îndoială. Ultimele evenimente legate de răspândirea pandemică a noului virus SARS-Cov-2 vine să demonstreze odată în plus acest deziderat. Date științifice dintre cele mai recente arată clar, că morbiditatea și mortalitatea printre persoanele contagiate cu acest virus crește dramatic.

Astfel, în primul semestru al anului 2020 numărul spitalizărilor de Covid-19 a fost de 6 ori mai mare la persoanele cu SM – 45,4%, comparativ cu 7,6% fără aceste patologii în SUA, iar mortalitatea e de 12 ori mai mare – 19,5% față de 1,6%; 2/3 din populația Marii Britanii contagiată aveau kilograme în plus sau obezitate, iar 99% de decese în Italia în aceeași perioadă s-au datorat comorbidității cu HTA, DZ și hiperlipidemii [11]; iar Republica Moldova, conform datelor preliminare aflate în curs de procesare, nu face nici o excepție de la aceste reguli.

Concluzii:

1. Sindromul metabolic este un cluster de tulburări metabolice și hormonale cu o mare variabilitate de manifestări clinice, care reunește mai multe entități nozologice cu impact direct pandemic asupra morbidității și mortalității populației.

2. Componentele sindromului metabolic, fiecare luată separat, reprezintă factori de risc înalt pentru sănătatea publică.

3. Caracterul predictiv al acestui sindrom face posibilă încetinirea, stoparea și chiar regresul proceselor morbide asimptomatice înainte de instalarea maladiilor cu urmări și complicații grave, atât pentru sănătate, cât și pentru bugetele statelor, ele necesitând cheltuieli financiare enorme.

Referințe bibliografice

1. Reaven G.M. Role of insuline Resistance in human disease. In: Diabetes, 1988, vol. 37, p. 1595-1967.
2. Camus J. P. Gout, diabetes, hyperlipemia: a metabolic trisyndrome. In: Rev Rhum Mal Osteoartic, 1966, vol. 33(1), p. 10-14.
3. The metabolic syndrome: Roots, myths and facts. In: Hanefeld M, Leonhardt W, editors. The metabolic syndrome, Jena: Gustav Fisher Verlag, 1997. p. 13-24.
4. Haffner S. M. et al. A Prospective Analysis of the HOMA Model: The Mexico City Diabetes Study. In: Diabetes Care, 1996, vol. 19(10), p. 1138-1141.
5. Дедов И.И. и др. Морбидное ожирение. Москва: Медицинское информационное агентство, 2014, с. 605. ISBN 978-5-9986-0171-2.
6. Spiegelman B. M. Banting Lecture 2012: Regulation of adipogenesis: toward new therapeutics for metabolic disease. In: Diabetes, 2013, vol. 62(6), p. 1774-1782.
7. Rossetti L. et al. Short term effects of leptin on hepatic gluconeogenesis and in vivo insulin action. In: J Biol Chem., 1997, vol. 272(44), p. 27758-27763.

8. DeFronzo R. A. Insulin resistance, lipotoxicity, type 2 diabetes and atherosclerosis: the missing links. The Claude Bernard Lecture 2009. In: Diabetologia, 2010, vol. 53(7), p. 1270-1287.
9. Sierra-Honigsmann M. R. et al. Biological action of leptin as an angiogenic factor. In: Science., 1998, vol. 281(5383), p. 1683-1686.
10. Eckel R. H. et al. Prevention Conference VII: Obesity, a worldwide epidemic related to heart disease and stroke: executive summary. In: Circulation, 2004, 110(18), p. 2968-2975.
11. COVID-19 и метаболический синдром: низкоуглеводное питание против коронавируса. În: <https://lchf.ru/30703> (Accesat: 06.09.2020).

AFECTAREA ORGANELOR ȘI ȚESUTURILOR CAVITĂȚII BUCALE PRIN LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC

Valeriu Burlacu, dr. șt. med., prof. univ.

Gheorghe Nicolau, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Corneliu Năstase¹, dr. șt. med., conf. univ.

Ala Ojovan, dr. șt. med., conf. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

¹Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, R. Moldova

THE AFFECTION OF MEMBERS OF MOUTH CAVITY WITH LUPUS ERYTHEMATOSUS

There're many cases of affection of members of mouth cavity in medic-stomatology's practice. The diagnostics of this disease is rather difficult especially when it's accompanied by candidiasis. In this work there're described 19 cases of lupus erythematosus with affection of members of mouth cavity. Here is diagnostics and differential diagnostics of lupus erythematosus' presentation.

Actualitatea problemei. În prezent, numărul pacienților cu boli autoimune a crescut dramatic [1]. Bolile autoimune (de la αὐτός [autos] «el însuși; el este cel mai» + «imun» – legat de sistemul imunitar) reprezintă o clasă impunătoare de boli cu manifestări clinice eterogene, care se dezvoltă pe fondul unei producții patologice de anticorpi autoimuni (autoagresivi) sau de multiplicarea clonelor autoagresive de celule killere contra țesuturilor normale și sănătoase ale organismului. Acest lucru duce la afectarea și distrugerea țesuturilor, și – la dezvoltarea unei inflamații autoimune [2]. Bolile autoimune prezintă o evoluție cronică, deoarece răspunsul autoimun este susținut în mod constant de antigeni tisulari. Toate tulburările autoimune includ un proces inflamator drept unul din principalele mecanisme patogenetice ale apariției lor, în care un rol

important este acordat citokinelor proinflamatorii și activării mecanismelor apoptozei.

Lupusul eritematos sistemic (LES) (cod ICD 10 – M.32. Lupus eritematos sistemic), definit drept o leziune autoimună progresivă inflamatorie cronică de etiologie necunoscută, preponderent a țesutului conjunctiv și a vaselor sangvine cu dezvoltarea necrozei, hemoragiei și trombozei în diferite zone ale țesuturilor moi [3; 4; 5; 6]. Incidența LES este de la 4 la 250 de cazuri la 100.000 de locuitori [7]. Lupusul eritematos sistemic se remarcă prin polimorfismul manifestărilor clinice cu afectarea viscerelor, articulațiilor, pielii și membranelor mucoase, sistemului nervos, organelor respiratorii, tractului gastro-intestinal, ficatului, rinichilor [3; 4; 5,6; 7]. Complicațiile LES sunt diabetul zaharat, ateroscleroza, bolile coronariene, osteoporoza etc. [7; 8].

LES se dezvoltă pe fondul unei imperfecțiuni determinate genetic a proceselor imunoreglatorii, care conduc la apariția unei inflamații imune-complexe și se caracterizează prin supraproducție de autoanticorpi organo-specifici la diferite proteine tisulare. Se produce activarea complementului, formarea și depunerea complexelor imune (în principal în patul microvascular), care pot fi direcționate contra oricărui sistem de organe într-o multitudine eterogenă de manifestări clinice. [3; 4; 7].

Procesele asociate cu îndepărtarea complexelor fixe duc la eliberarea enzimelor lizozomale, afectarea țesuturilor și dezvoltarea inflamației imune. Astfel, drept caracteristică distinctivă apare implicarea de noi organe și sisteme în procesul morbid în orice stadiu al bolii, alta fiind o evoluție cronică cu remisiuni și exacerbări alternante [7]. Lupusul eritematos sistemic este cel mai tipic reprezentant al bolilor autoimune și se distinge prin producerea unor evenimente patochimice specifice, care se reflectă prin semne clinice, imunologice și morfologice originale, care se manifestă și în cavitatea bucală în aproape 100% din cazuri [1;7].

Prin urmare, pentru medicii stomatologi apare imperativul să poată cât mai curând posibil identifica această patologie în cavitatea bucală și să prescrie un tratament adecvat. Conform experienței noastre clinice și relatărilor în literatura de specialitate modernă, detectarea oportună a pacienților cu LES și acordarea neîntârziată a tratamentului de către un medic-stomatolog demonstrează în mod convingător eficacitatea lor impresionantă. În același timp, se remarcă faptul că, chiar fiind pus un diagnostic corect și relativ timpuriu al LES, medicii stomatologi tratează adesea acești pacienți fără a lua legătura cu medicii generaliști (sau – reumatologi, endocrinologi). Acest aspect conduce inevitabil la eșecul tratamentului stomatologic administrat acestor pacienți sau la o eficiență scăzută a terapiei respective [1].

Fenomenul LES a fost descoperit pentru prima dată în 1948 de Hargraves sub formă de nucleofagocitoză în măduva osoasă a pacienților cu lupus eritematos. Boala și-a luat numele datorită trăsăturii sale caracteristice – erupției inconfundabile pe rădăcina nasului și obraji (zona afectată seamănă prin forma sa cu un fluture), care, așa cum se credea în Evul Mediu, amintește de mușcăturile de lup [9]. LES apare predominant la persoanele tinere și de vârstă mijlocie cu un raport de femeie-bărbat aproximativ de 10:1 [10 citat de 11], cu predominarea în rândul pacienților cu LES a femeilor cu vârste cuprinse între 20 și 40 de ani.

Cel mai intens (în 85-90% din cazuri) în caz de LES sunt afectați rinichii și pielea [12; 13; 3]. În 20-25% din cazuri, LES își începe debutul prin leziuni cutanate [14]. Până în prezent, printre manifestările LES în regiunea maxilo-facială, sunt cunoscute și descrise cele mai caracteristice simptome evidente, precum vasculita lupică pe față sub forma unui „fluture”, petechii periorbitale, ulcere necrotice ale cavității bucale [5;15]. Pentru LES sunt caracteristice atât manifestările sistemice, cât și leziunile regiunii maxilo-faciale: cheilită lupică, enantem (zone eritematoase cu incluziuni hemoragice, eroziune și ulceratie), leziuni ale limbii, parodontiului, smalțului dinților [16; 17]. În 2,2% din cazurile cu LES, este afectată membrana mucoasă a cavității bucale (preponderent în zona palatului dur, obrăjilor), în 4,8% – marginea roșie a buzei superioare, iar în 9% din cazuri – marginea roșie a buzei inferioare [18]. Afectarea membranelor mucoase se observă la mai mult de 30% dintre pacienți în perioada activă a bolii [19].

Particularitățile caracteristice ale leziunilor țesuturilor parodontale în LES nu sunt încă pe deplin studiate, ceea ce face dificilă precizarea detaliată a patogenzei lor, și fără de care este imposibilă elaborarea unor măsuri justificate de prevenție și tratament [5; 6]. Datele literaturii de specialitate rămân confuze și contradictorii, pendulând de la atitudinea optimistă în ceea ce privește conservarea pe termen lung a țesuturilor parodontale și dezvoltarea la pacienții cu LES a unui proces similar parodontozei, până la altă extremă, – cu instalarea unor modificări parodontale distructiv-necrotice timpurii și cu pierderea ulterioară a dinților.

Femeile de vârstă fertilă se îmbolnăvesc de 10 ori mai des decât bărbații, ceea ce se explică prin particularitățile sistemului lor hormonal (în sângele primelor există o concentrație ridicată de estrogen). Motivul pentru care boala este mai puțin frecventă la bărbați este efectul protector pe care îl produc androgenii (hormonii sexuali masculini). De altfel, se consideră că factorii hormonalni au o influență mai mare asupra intensității manifestării bolii decât asupra apariției acesteia. În ceea ce privește incidența și prevalența LES, cele mai mari valori ale acestora sunt remarcate în America de Nord și în rândul persoanelor de rasă africană [20].

Nefiind elucidată etiologia bolii, în consecință se constată diverse dificultăți de diagnostic și tratament. În același timp, lupusul eritematos sistemic se consideră a fi o boală polietiologică, în evoluția căreia o importanță deosebită revine predispoziției genetice, cauzelor hormonale, infecției și diferitelor efecte trigger nespecifice: medicamente, vaccinuri, infecție focală, infecție virală (retrovirusuri), perturbarea producției de hormoni sexuali, stres psihologic, dieta dezechilibrată, fumatul, diverși factori de mediu ambiant (radiații ultraviolete / insolație ș.a.m.d.). Aceste perturbări afectează 9-14% dintre persoanele din țările dezvoltate și reprezintă una dintre cele mai frecvente cauze de deces la pacienții cu LES, în special la femeile sub 60 de ani [21].

Principalele cauze de morbiditate și mortalitate la pacienții cu LES includ: *infecții, cancer, insuficiență renală, infarct miocardic și boli ale sistemului nervos central* [22; 23; 24; 25; 26; 10; 27; 28]. Datorită diagnosticului precoce și detaliat, și a progreselor survenite în tratamentul modern al pacienților cu LES, în ultimele decenii rata de supraviețuire a bolnavilor a crescut impresionant. În pofida sporirii longevității, acești pacienți prezintă în continuare un risc sporit de deces (de două – cinci ori mai mare decât populația în general), nu numai în ceea ce privește mortalitatea produsă prin toată multitudinea cauzelor, ci și *sic!!!*... prin mortalitatea pe motiv de cancer [29]. Ca urmare, se impune o atenție sporită riscurilor de dezvoltare a cancerului la pacienții cu LES [11].

Datorită faptului că lupusul eritematos are o natură autoimună, acesta este provocat de niște procese alergice de tip special [41], în care în organismul pacientului sunt sintetizați anticorpii la propriile antigene și se dezvoltă un răspuns autoimun cu producerea unei game largi de anticorpi, în primul rând la cromatină (nucleozom) și la componentele sale individuale, ADN nativ și histone [9; 19]:

- Fagocitele sunt deteriorate și din acestea sunt eliberate nucleoproteinele, care suferă modificări specifice în plasma sanguină. [9]
- Conform Т.Л.Тлевинская, 1999; И.В.Халиганова, 1999 [citat de 9], ele sunt absorbite de restul de leucocite, își modifică proprietățile, transformându-le în așa-numitele celule LES (lupice).

Este posibil ca în patogeneza unei boli autoimune să se combine mai multe mecanisme. Boala evoluează într-o formă cronică, subacută sau acută. LES progresează continuu cu implicarea diferitelor organe și țesuturi în procesul morbid. Boala se agravează primăvara și vara, iar ameliorarea spontană apare toamna și iarna [14; 17; 18].

Lupusul eritematos cronic

Elementele lezionale sunt macule sub formă de eritem, hiperkeratoză și atrofie. *Eritemul* este un focar inflamator de culoare roșie sau roșu-vi-

olet, delimitat manifest de țesutul vizual neafectat. În centrul leziunii se observă o suprafață netedă albăstrui-roșiatică. *Hiperkeratoza* se manifestă sub formă de numeroase puncte și dungi albe sau albăstrui, deseori fiind dispuse “în palisadă”. *Atrofia* este o zonă ușor scufundată a membranei mucoase în centrul eritemului [14,17,18].

Tabloul clinic al lupusului eritematos cronic al mucoasei bucale și al marginii roșii a buzelor prezintă variații considerabile. Există patru forme de LES ale marginii roșii a buzelor: tipică, fără atrofie și hiperkeratoză pronunțate clinic, eroziv-ulcerativă, profundă Kaposi-Irgang. Pe mucoasa bucală sunt descrise trei forme de leziune: tipică, exudativ-hiperemică, *ulcerativ-erozivă* [18].

Forma tipică de LES a marginii roșii a buzelor și a mucoasei bucale se caracterizează prin apariția eritemului, hiperkeratozei și atrofie. În asemenea caz, se pot determina focare inflamatorii delimitate manifest de culoare roșie sau roșu-violet, cu margini ușor ridicate și un centru ușor scufundat. La palpate, astfel de focare sunt oarecum indurate. Pe marginea roșie a buzelor, leziunea poate fi difuză. Leziunile colorate roșu-aprins sunt înconjurate de un epiteliu opacizat sub formă de dungi albicioase (cu aspect de limbi de flacără). Scuamele hiperkeratotice strâns atașate acoperă întreaga suprafață a leziunii, iar când sunt îndepărtate, apar dureri și sângerări. În zona atrofie, prin epiteliu se străvăd capilarele. În caz de existență îndelungată a focarului lezional, atât central cât și periferic, apar numeroase puncte și dungi fine de culoare albă sau albăstruie, situate “în palisadă”. O astfel de keratinizare manifestă atribuie întregii zone lezionale o asemănare cu leucoplazia. În caz de o hiperkeratoză pronunțată, la periferia focarelor se formează suprapuneri cu aspect opal sau albicios-perlat, care seamănă cu lichenul plat [9; 14; 17; 18].

În cazul formei ulcerativ-erozive a LES, pe fondul unei inflamații pronunțate a membranei mucoase sau a marginii roșii a buzelor (edem, hiperemie), sunt prezente focare de hiperkeratoză, eroziune, ulcere sau fisuri (ragade). Eroziunile sunt de diferite forme și dimensiuni, fiind acoperite cu depuneri fibrinoase dense, la îndepărtarea cărora apare sângereare. Adesea, în jurul eroziunilor pe fundalul eritemului, se face vizibilă o striăție subțire asemănătoare unei dungi albe hașurate, divergând radial dinspre centrul focarului. Pe marginea roșie a buzelor, eroziunea este acoperită cu cruste seroase sau sero-hemoragice. La periferia eroziunii se remarcă o hiperkeratoza sub formă de scuame. Sunt prezentate acuze (subiective) de: *arsuri, durere la mâncare* [9; 14; 17; 18].

Criteriile de stabilire a diagnosticului de lupus eritematos sistemic. Sunt aplicate conform recomandărilor Grupului de clinici colaborante internaționale pentru lupusul sistemic (The Systemic Lupus Internati-

onal Collaborating Clinics, SLICC, 2012) dacă există cel puțin 4 criterii, dintre care unul este cel imunologic (ADN sau factor antinuclear sau Sm, sau a-KL, sau C3, sau C4) [19; 19; 30; 28; 24]. La examinarea citologică a frotiurilor-amprente prelevate din focarele lupice la realizarea microscopiei cu luminiscentă, sunt vizualizate niște celule epiteliale keratinizate enucleate (lipsite de nucleu) de culoare galben-portocaliu sau portocaliu-roșu [14;17;18]. Pentru confirmarea diagnosticului este necesară realizarea unei biopsii [9]. Histologic, sunt caracteristice hiper- și parakeratoza, degenerarea vacuolară a celulelor stratului bazal al epitelului, un infiltrat dens în țesutul conjunctiv, format în principal din limfocite, degenerarea fibrelor de colagen sub epiteliu și în jurul vaselor de sânge mici. Odată cu degenerarea vacuolară a celulelor bazale, apare o bulă din cauza detașării epitelului și, apoi, – se formează eroziunea. Eritemul marginal este cauzat de proliferarea vasculară, dilatarea capilară și congestie. În cazurile în care un infiltrat inflamator dens este situat direct sub epiteliu, tabloul histologic devine similar cu cel specific lichenului plan. Cu toate acestea, în cazul lupusului eritematos în etajele inferioare ale dermei se depistează întotdeauna o locație perivasculară a infiltratului și o degenerescență a colagenului. Sub epiteliu, modificările distrofice ale colagenului au adesea aspectul unor lacune umplute cu o substanță hialinoidă omogenă, ușor colorată. Însă, aceste modificări sunt de obicei mascate de infiltratul subepitelial limfocitar [9; 14; 17; 18].

Până în prezent, un număr din ce în ce mai mare de studii s-au concentrat pe detectarea incidenței cancerului la pacienții cu LES și mai multe studii au demonstrat cu succes că LES este asociat în mare măsură cu un risc crescut de cancer de col uterin [31,11], tiroidian și cel hematologic [11]. După mai mult de 25 de ani de urmărire, Tallbacka și colab. a confirmat că pacienții cu LES au un risc crescut de a dezvolta cancer, în special limfom non-Hodgkin și cancer de rinichi [32]. Însă, Rezaieyazdi și colab. afirmă în studiul său [33] că nu au fost obținute date concludente privitor la asocierea LES cu riscul de cancer mamar. Datele noastre clinice (2009-2020) coincid în mare parte cu rezultatele cercetărilor meta-analiză ale L Song (2018), care au arătat că LES este asociat cu un risc crescut de cancer orofaringian în modelul cu efecte fixe (SIR combinat = 1,52, 95% CI = 1,00-2,30, P = 0,721, I² = 0,0%). Deoarece, încercările de a reflecta și sistematiza particularitățile dezvoltării lupusului eritematos în cavitatea bucală pot fi găsite în relativ puține studii [5,16,34,35,36], problema diagnosticului acestuia în cabinetul dentar se constată a fi la etapa actuală o sarcină foarte dificilă pentru medicii-stomatologi practicieni [9].

Pentru confirmarea concluziilor noastre cumulative relativ la lupusul eritematos oral, în viitorul apropiat sunt, evident, imperios necesare

niște cercetări de înaltă calitate care ar trebui să se concentreze, de ex., mai mult pe mecanismele ce formează interdependența lupusului eritematos manifestat în cavitatea bucală cu riscurile de cancer orofaringian.

Scopul și obiectivele cercetării:

- A evalua statutul oro-dentar al pacienților cu afectarea simultană de lupusul eritematos sistemic și candidoză a organelor și țesuturilor cavității bucale.
- A identifica semnele specifice din cavitatea bucală în cazul afectării simultane de lupusul eritematos sistemic și candidoză a organelor și țesuturilor cavității bucale.
- A selecta cea mai optimă schemă de reabilitare oro-dentară, potrivită pentru tratamentul acestor pacienți.

Material, metodologie și discuții.

Am examinat starea organelor și țesuturilor cavității bucale la 19 pacienți cu lupus eritematos, dintre care 5 sunt bărbați, 14 femei. În timpul examinării, a fost luată în considerare durata bolii, a fost luat anamneșticul stomatologic. Toate datele au fost introduse în fișa de examinare stomatologică a OMS. Ulterior, s-a efectuat studiul comparativ al stării mucoasei bucale, a țesuturilor dure dentare, calcularea indicelui COE. S-au determinat indicii parodontali, s-au măsurat pungile parodontale.

Rezultate:

- Vârsta pacienților a fost de la 30 la 54 de ani.
- Toți pacienții au avut lupus eritematos discoid.

În baza rezultatelor investigațiilor clinice și revistei literaturii de specialitate din ultimii 10 ani, au fost identificate cele mai specifice leziuni ale mucoasei bucale în cazul lupusului eritematos discoid.

- Manifestările bolii au fost prezente în regiunea obrazilor de-a lungul liniei de angrenare a dinților la 12 pacienți și la 7 – în zona marginii roșii a buzei inferioare.

- Leziuni pe pielea lobului urechii au fost la 4 persoane, pe față – la 11, ceea ce a facilitat enorm diagnosticul.

- Leziuni datorate lupusului eritematos simultan cu candidoza au fost găsite la 12 pacienți, în timp ce 4 dintre ei nu au prezentat manifestări pe piele.

Debutul bolii semăna cu unul în caz de artrită reumatoidă.

- Pacienții s-au plâns de febră, slăbiciune, indispoziție, oboseală (fati-gabilitate) rapidă, cefalee, dureri musculare, erupții cutanate, scădere rapidă în greutate corporală.

- Cel mai frecvent au fost afectate articulațiile mâinilor, radiocarpene și talocrurale.

- Ele erau îngroșate, dureroase la palpare; s-au remarcat rigiditate (stângăcie) și deformare a articulațiilor mâinilor și picioarelor.

N.B.! Se știe că artropatia în caz de lupus eritematos nu distruge țesutul osos, însă deformează articulațiile, prin care fapt diferă de artrita reumatoidă, care este însoțită de o distrucție importantă a țesutului osos din teritoriul articular.

- Afectarea articulațiilor a fost remarcată la toți pacienții. Lupusul eritematos apare adesea după expunerea la soare, în zonele expuse ale corpului.

- Lupusul eritematos discoid se caracterizează printr-o triadă: *eritem, hiperkeratoză, atrofie*.

- Semnul primar este eritemul bine delimitat.

- Pe porțiunile eritematoase se formează plăci, acoperite cu scuame strâns atașate.

- Îndepărtarea lor este însoțită de durere (semnul Benier-Meshchersky).

- La dispariția inflamației, în centrul focarului se formează o atrofie.

- La periferie, se decelează telangiectazii, zone pigmentate și depigmentate. [9,37]

În cadrul studiului nostru am stabilit că cel mai des este afectată membrana mucoasă a buzelor (a.n. *cheilită lupică*). Pe marginea roșie a buzelor apar focare inflamatorii maiifest delimitate, ușor infiltrate, cu un centru atrofic scufundat. La periferie, se remarcă o keratinizare sub formă de dungi albe cu depuneri opal-perlate, iar pe marginea roșie a buzelor se formează ulcere și eroziuni. Pe membrana mucoasă a obrazilor și a limbii apar diferite tipuri de stomatită, însoțite de edem al membranei mucoase. Pe membrana mucoasă a obrazilor de-a lungul liniei de angrenare a dinților pe fondul porțiunilor hiperemice, se formează ulcere dureroase, sângerând la atingere sau în timpul alimentației. Procesul exacerbează la acțiunea curentului galvanic, care apare în cazul prezenței în cavitatea bucală a unor proteze dentare executate din metale diferite [9; 38; 39]. De asemenea, există modificări subatrofice în regiunea orofaringiană.

Diagnostic diferențial. Lupusul eritematos al mucoasei bucale și marginea roșie a buzelor trebuie diferențiate de leucoplazie, lichenul roșu plan, cheilită actinică, cheilită Manganotti, papulele sifilitice, eritemul exudativ multiform, lupusul tuberculos, candidoză și psoriază [9; 14; 17; 18].

Tab. 1. Diagnosticul diferențial al formei ulcerative erozive a lupusului eritematos [14]

Boală	Semne clinice generale	Semne caracteristice
<i>Lichen plan</i>	Durere în cavitatea bucală. Hiperemie și edem al membranei mucoase. Eroziuni și ulcere acoperite cu depozit fibrinos. Zone ale membranei mucoase de culoare alb-cenușiu	Eroziile sunt înconjurate de papule care confluează formând un aspect dantelat
<i>Cheilita actinică</i>	Eroziune pe marginea roșie a buzei	Hiperkeratoza și atrofia lipsește
<i>Cheilită abrazivă precanceroasă Manganotti</i>	Eroziune pe marginea roșie a buzei	Absența hiperemiei congestive și a atrofiilor cicatriciale. Mai frecvent sunt afectați bărbații în vârstă de 60 de ani

Lupusul eritematos se referă la stări precanceroase facultative în cazul când se localizează pe marginea roșie a buzelor. Semnele clinice ale unei malignizări incipiente a lupusului eritematos pe marginea roșie a buzelor este apariția indurării la baza leziunii sau într-una din porțiunile sale, sporirea proceselor de keratinizare care se manifestă printr-o creștere a numărului de scuame strâns (ferm) atașate. Apariția bruscă, inopinată a unor noi eroziuni trebuie să alerteze cu certitudine medicul. Sângerarea eroziunii apare în urma unui traumatism minor. Cu toate acestea, există cazuri când la unii pacienți malignizarea procesului lupic se produce în lipsa simptomelor enumerate mai sus, iar degenerescența canceroasă este detectată accidental în cadrul unei investigații histologice. Absența semnelor clinice de malignizare poate fi explicată prin faptul că transformarea procesului în cancer nu are loc imediat pe întregul teritoriu lezional, ci doar într-o porțiune oarecare. Apoi, treptat acest proces se răspândește orizontal (în suprafață), iar mai târziu – și vertical. Se presupune că numai în cazul unui oarecare grad de transformare apar semne clinice de malignizare a leziunii lupice; înainte de aceasta, diagnosticul clinic de malignizare debutantă în multe cazuri este imposibil. În acest sens, în absența ameliorării la pacienții cu lupus eritematos după 2-3 săptămâni de tratament, pentru a exclude apariția malignității, pe marginea roșie a buzelor este necesar să se efectueze un examen histologic al porțiunilor indurate ale leziunii. Sifilidele papulare au aspectul unor formațiuni cenușii-albe proeminente rotunde sau ovalare de diferite dimensiuni [9].

Depozitul alb de pe suprafața papulelor poate fi îndepărtat prin răzuire, în urma ultimei rezultând formarea unei eroziuni clare cu contur rotunjit. Sifilidele albe și eroziunile sunt înconjurate de o corolă îngustă

a hiperemiei, iar celelalte zone ale membranei mucoase nu sunt modificate. Sifilisul se caracterizează prin caracterul „stanțat” al elementelor, localizarea tipică a leziunii în faringe, unde se determină tabloul amigdalitei papulare. Ganglionii limfatici submandibulari sunt măriți, nedure-roși la palpare, pot exista erupții pe pielea trunchiului, palmelor, tălpilor, scalpului; poate fi prezentă căderea focală a părului, răgușeala. Procesul întotdeauna recidivează. În materiile rezultate din raclaj, se găsesc spirochete palide. Testele serologice pentru sifilis sunt pozitive.

Leucoplazia (adevărată) traumatică apare în principal la persoanele care abuzează de fumat sau ca răspuns la traumatisme cronice. Focarele de leucoplazie sunt situate pe membrana mucoasă neschimbată, și au un aspect de pavaj. Cel mai des se localizează pe membrana mucoasă a cavității bucale, suprafața dorsală a limbii, palatul dur, planșeul cavității bucale. În anamnezic lipsesc mențiunile de antecedente de boli grave, luarea de antibiotice sau de corticosteroizi. La pacienții cu SIDA a fost descrisă o nouă formă nosologică de leucoplazie, – *păroasă*. Se caracterizează prin porțiuni rugoase albe, care proemină deasupra țesuturilor înconjurătoare și sunt situate pe rebordurile laterale ale limbii. Seamănă atât cu leucoplazie adevărată, cât și cu cea candidozică. Cu toate acestea, în cazul leucoplaziei păroase, eliminarea factorilor traumatici și terapia anti-candidoză nu dau nici un efect. Leucoplazia păroasă este considerată a fi un proces viral indus de virusul herpes și cel al papilomului uman pe fondul deficitului imunitar dobândit. În razele lui Wood, zonele de keratoză se luminează printr-o culoare albă turbidă, iar în cazul unei forme eritematoase se remarcă o colorație maro a eroziunilor și ulcerelor. În cazul lichenului roșu plan, pacienții acuză o senzație de tensiune, uneori – durere, arsură, sângerare, care se intensifică în timpul alimentației [9].

În istoricul bolii se menționează tensiuni neuropsihice, situații stresante. Pe fondul hiperemiei, se fac vizibile papule mici, albicioase, ușor proeminente, care confluează și formează un desen reticular (grila Wickham). Plăcile sau focarul lezional confluat sunt localizate în principal în porțiunile posterioare ale obrazilor, pe suprafețele laterale ale limbii și sub ea. Leziunile mucoasei bucale sunt de obicei simetrice. Uneori, împreună cu erupțiile papulare, există o hiperemie pronunțată a membranei mucoase (formă exudativ-hiperemică a lichenului plan). În alte cazuri, apar eroziuni și ulcere (forma eroziv-ulcerativă) sau apar bule cu membrană groasă (forma buloasă). Cu toate acestea, în toate formele lichenului roșu plan, de-a lungul periferiei zonelor afectate pot fi depistate papule poligonale caracteristice pentru această boală. Pe piele apar papule roz-roșiatice cu un centru cu aspect ceros, care sunt adesea localizate pe suprafața internă a antebrățelor, picioarelor și, uneori, pe

organele genitale; astfel de erupții cutanate nu provoacă mult disconfort. Când sunt expuse unor raze de lampă fluorescentă, zonele de hiperkeratoză luminează alb-albăstrui.

În caz de eritem exudativ multiform, pacienții se plâng de dureri de cap, indispoziție, tulburări de somn, iaapetență, dureri articulare, febră [9]. Se remarcă o sensibilitate dureroasă bucală intensă datorită apariției ulcerelor pe membrana mucoasă a cavității bucale, a buzelor. Uneori apare iritație oculară și durere în timpul urinării. În istoricul bolii se menționează antecedente de administrare a barbituricelor, sulfonamidelor, consum de alcool, fumat, hipotermie (suprarăcire) a organismului. Pe membrana mucoasă a cavității bucale, sunt vizibile eroziuni extinse, acoperite cu o crustă albicioasă, film sau crustă hemoragică în asociere cu macule eritematoase. Sunt afectate porțiunile frontale ale cavității bucale, buzele, obraji, limba, planșeul cavității bucale.

Stomatita se poate asocia cu afectarea pielii sub formă de macule roșii cianotice (aspect *în cocardă*). Cel mai des, este afectată pielea suprafețelor extensoare ale membrelor, în special – pe mâini, uneori – pe pielea feței. Eritemul multiform exudativ decurge în general acut și durează 2-3 săptămâni. Durerea articulară nu este însoțită de deformare. Psoriazisul este de obicei asimptomatic, există o sincronicitate a apariției unei erupții pe piele și a celei pe mucoasa bucală [9].

Boala este asociată cu ereditatea, cu starea sistemului nervos central, cu deficitul imunitar. Psoriazisul vulgar se manifestă pe obraji, buze, limbă prin papule alb-cenușii, plăci înconjurată de o margine hipere-mică, limitată brusc de țesuturile înconjurătoare, ușor proeminente deasupra nivelului membranei mucoase. Pot fi acoperite de un depozit friabil de culoare alb-argintiu (scuame), care ușor se îndepărtează, după care se formează o suprafață de un roșu aprins cu fenomenul de hemoragie punctată. Autorii clasici descriu această hemoragie punctată cu termenul de “roua sângerândă” [23]. Pe piele se formează plăci de culoare roz delimitate manifest, acoperite cu un strat de scuame alb-argintii, localizate pe trunchi, cap, suprafețe extensoare ale membrelor, articulațiile cotului și genunchiului, care dispar și reapar periodic [9].

Lupusul tuberculos diferă de cel eritematos prin faptul că pentru primul sunt specifice simptomele de jeleu de mere și testul (examenul) cu sonda (semnul Pospelov) [9]. La aplicarea unei lame de sticlă pe porțiunea cu leziuni ale marginii roșii a buzelor, pot fi văzute țesuturile necrotice sub formă de noduli galben-maronii, care seamănă cu jeleul de mere. La apăsarea pe tubercul cu o sondă butonată; sonda se prăbușește în lupom (semnul Pospelov). Ganglionii limfatici regionali în caz de lupus tuberculos sunt măriți, fuzionați, dureroși la palpare. Toate acestesemne nu sunt specifice pentru

lupusul eritematos. Candidoza diferă de lupusul eritematos prin faptul că depozitul se îndepărtează, iar sub acesta se remarcă eritem și eroziune, care sângerează [9]. Examenul microbiologic relevă celulele Candida și pseudo-miceliul. În anamneza pacienților cu candidoză orală se remarcă utilizarea antibioticelor, rezistența organismului este redusă, leziunile organelor cavității bucale sunt mai extinse, afectând membrana mucoasă a obrajilor, sunt atacate mucoasa palatului dur și moale, limba, mucoasele nazofaringelui. Recent, însă, se remarcă afectarea simultană a mucoasei bucale prin lupus eritematos și candidoză. O astfel de leziune combinată complică nu numai diagnosticul, ci și tratamentul. În tabloul clinic al leziunilor asociate ale cavității bucale cu lupus eritematos și candidoză, la început predomină acuze de uscăciune, arsură, durere, iar ulterior – durere severă în cavitatea bucală, formarea de eroziuni și ulcere extinse. Tabloul clinic al bolii se agravează și mai mult dacă în cavitatea bucală sunt prezenți dinți cariati, se produc traumatisme ale membranei mucoase prin margini ascuțite ale dinților distruși și se constată galvanoza [9].

Tratament. Înainte de începerea tratamentului medicamentos, un pacient cu lupus eritematos trebuie examinat pentru a exclude natura sistemică a leziunii, pentru a identifica focarele de infecție focală, pentru a determina reacția pielii la razele soarelui. Tratamentul pacienților cu lupus eritematos cronic ar trebui să înceapă cu asanarea organismului (la general) și a cavității bucale (în particular), protejarea focarelor lezionale de acțiunea luminii directe a soarelui [14; 17; 18].

Tratamentul general al pacienților cu lupus eritematos este efectuat exclusiv și neîntârziat de specialiști în bolile de collagen (reumatologi).

Tratament local. Un efect terapeutic bun, dar nu persistent, poate fi obținut în tratamentul lupusului eritematos cu unguente corticosteroide (Sinalar, Ultralan, Flucinar, Locoid, Advantan etc.). În caz de formă eroziv-ulcerativă, sunt recomandate mai întâi analgezice, unguente corticosteroide, antiseptice, medicamente antifungice și keratoplastie [14].

Atenția principală trebuie acordată reabilitării cavității bucale, corectarea compoziției microflorei, utilizarea cremelor fotoprotectoare cu factor de protecție SPF 50+.

Concluzii:

Astfel, diagnosticarea leziunilor organelor cavității bucale și a marginii roșii a buzelor cu lupus eritematos este o sarcină foarte dificilă și necesită multă atenție din partea medicului, cunoașterea clinicii altor boli similare.

Cu lupusul eritematos sistemic, se remarcă o imagine specifică a stării dentare, pe care medicul-stomatologul o poate recunoaște în timp util.

În cazul afectării simultane a organelor cavității bucale cu lupus eritematos și candidoză, diagnosticul și tratamentul trebuie începute cu acesta din urmă. În același timp, pentru lupus eritematos o eficiență ridicată este asigurată de o terapie complexă, care include tratamentul oro-dentar în condiții staționare și după.

De asemenea, în timpul reabilitării dentare a pacienților din acest grup, o atenție specială trebuie acordată tratamentului de către un parodontist. Fără excepție, toți pacienții din acest grup prezintă o mare nevoie de toate tipurile de tratament dentar (chirurgical, terapeutic, protetic, parodontal).

Reabilitarea oro-dentară a pacienților cu lupus eritematos înainte de tratamentul în condiții de staționar nu este inoportună, nejustificată.

Cele expuse mai sus reprezintă un argument important pentru stimularea interesului constant și activ al medicilor, rezidenților, studenților din ultimii ani de studii ai universităților medicale în ceea ce ține de diagnosticul vizual al patologiei somatice bazat pe modificările membranei mucoase manifestate în cavitatea bucală, a limbii și marginii roșii a buzelor.

Referințe bibliografice

1. Хетагуров С.К., Дзараева З.Р., Шаова З.А. Клиническая оценка состояния тканей и органов полости рта у пациентов с системной красной волчанкой. In: Электронный научный журнал «Дневник науки», 07 марта 2018. p.1-5. URL: <http://dnevniknauki.ru/>
2. Ширококов В. П. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология. Винница, Нова Книга, 2015.
3. Насонова В.А. et al. Ревматические болезни: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. М.: Медицина, 1997.
4. Rahman A, Isenberg DA. Systemic lupus erythematosus. N Engl J Med. 2008; 358(9):929-39.
5. Гринин В.М., Сундуков В.Ю. Особенности патологии пародонта у больных системной красной волчанкой. Институт стоматологии, 2011/1. pp.98-99 URL: <https://instom.spb.ru/catalog/article/9676/>
6. Решетняк Т.М., Гринин В.М., Сильвестрова А.С. Клинико-морфологические особенности патологии пародонта у больных системной красной волчанкой. In: Маэстро стоматологии. – 2005. – № 3. – С. 57-59.
7. Каминская Л.А., Трубочанинова А.С., Самсонычева А.В., Калмурзаева А.Т. Анализ стоматологического здоровья больных системной красной волчанкой на основании анкетного опроса. In: Вестник Уральского государственного медицинского университета. Выпуск №2, 2018. С.36-40.
8. Морозова, А. А. Корреляция биохимических показателей крови в оценке эффективности лечения больных системной красной волчанкой препаратами группы глюкокортикоидов [Электронный ресурс] In: Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: мат. III Международной научно-практической конференции

молодых ученых и студентов (Екатеринбург, 3-5 апреля 2018 г.). Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2018.

9. Кушнир А.С., Кырлиги В.А., Тритиченко И.А., Тритиченко В.А., Ожован А.Г. Поражение органов полости рта при красной волчанке. In: *Medicina stomatologică* nr. 2 (11), 2009. Pp.11-15
10. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, Deyo RA, Felson DT, Giannini EH, Heyse SP, Hirsch R, Hochberg MC, Hunder GG, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum.* 1998;41(5):778-99.
11. Song et al. The risks of cancer development in systemic lupus erythematosus (LES) patients: a systematic review and meta analysis. In: *Arthritis Research & Therapy* (2018) 20:270. p.1-13
12. Wang J, Pan HF, Su H, Li XP, Xu JH, Ye DQ. Tuberculosis in systemic lupus erythematosus in Chinese patients. In: *Trop Dr.* 2009;39(3):165-7.
13. Alahfafi AM, Wordsworth P, Lakasing L, Davies D, Wojnarowska F. The basement membrane zone in patients with systemic lupus erythematosus: immunofluorescence studies in the skin, kidney and amniochorion. In: *Lupus.* 2004;13(8):594-600.
14. Костина И. Н. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи лица: Учебное пособие для врачей-стоматологов-хирургов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-терапевтов. Издательский Дом «ТИРАЖ», 2019.
15. Сильвестрова А.С., Гринин В.М., Решетняк Т.М. Некоторые периферические проявления системной красной волчанки. In: *Маэстро стоматологии.* – 2004. – №4. – С. 20-21.
16. Гринин В. М., Сундуков В. Ю. Клиническая симптоматика проявлений системной красной волчанки на кожных и слизистых покровах челюстно-лицевой области // *Клиническая стоматология.* 2011, № 1. С. 40-42. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22653142>
17. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л., Виноградова Т.Ф. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Москва: «МЕДпресс», 2001.
18. Машкиллейсон, А. Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта. Москва, 1970.
19. Алексеева Е.И., Дворяковская Т.М., Никишина И.П., Денисова Р.В., Подчерняева Н.С., Сухоруких О.А., Шубина Л.С. СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА: КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. ЧАСТЬ 1. *Вопросы современной педиатрии.* 2018;17(1):19-37. URL: <https://doi.org/10.15690/vsp.v17i1.1853>
20. Rees F, Doherty M, Grainge MJ, Lanyon P, Zhang W. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies. In: *Rheumatology (Oxford).* 2017;56(11): 1945-61.
21. Лучихина Е.Л. Анализ структуры летальных исходов при системной красной волчанке. / Е.Л. Лучихина. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Москва. – 1998 – 48 с. – <http://www.dslib.net/clinika-medicina/analiz-struktury-letalnyh-ishodov-prisistemnoj-krasnoj-volchanke.html>

22. Choi MY, Flood K, Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Clarke AE: A review on LES and malignancy. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2017;31(3):373-96.
23. Cristodor P. Carte de învățătură întru ale dermatologiei. Volumul IV. Patologie dermatologică diversă. Editura „Victor Babeș”, 2020, p.12.
24. Dima A. Lupus eritematos sistemic parametrii clinici și biologici pentru descrierea de subgrupuri specifice de boală. Teză de doctorat. Rezumat. București, 2016.
25. Gayed M, Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Clarke A, Gordon C. Lupus and cancer. *In: Lupus.* 2009;18(6):479-85.
26. Knight JS, Kaplan MJ. Cardiovascular disease in lupus: insights and updates. *In: Curr Opin Rheumatol.* 2013;25(5):597-605.
27. Maroz N, Segal MS. Lupus nephritis and end-stage kidney disease. *In: Am J Med Sci.* 2013;346(4):319-23.
28. Petri M, Orbai AM, Alarcon GS, et al. Derivation and validation of the systemic lupus international collaborating clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *In: Arthritis Rheum* 2012.64:2677-86.
29. Zhang M, Li XM, Wang GS, Qian L, Tao JH, Ma Y, Li XP. Thyroid cancer in systemic lupus erythematosus: a meta analysis. *In: Int J Clin Exp Pathol.* 2014; 7(9):6270-3.
30. Соловьев С.К., Асеева Е.А., Попкова Т.В., Клюквина Н.Г., Решетняк Т.М., Лисицына Т.А., Кошелева Н.М., Цанян М.Э., Меснянкина А.А., Панафидина Т.А., Кондратьева Л.В., Середавкина Н.В., Герасимова Е.В. Стратегия лечения системной красной волчанки «до достижения цели» (Treat-to-Target SLE). Рекомендации международной рабочей группы и комментарии российских экспертов. *In: Научно-практическая ревматология.* 2015;53(1):9-16. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2015-9-16>
31. Wadstrom H, Arkema EV, Sjowall C, Askling J, Simard JF. Cervical neoplasia in systemic lupus erythematosus: a nationwide study. *In: Rheumatology (Oxford).* 2017;56(4):613-9.
32. Tallbacka KR, Pettersson T, Pukkala E. Increased incidence of cancer in systemic lupus erythematosus: a Finnish cohort study with more than 25 years of follow-up. *In: Scand J Rheumatol.* 2018;47:1-4. Epub ahead of print.
33. Rezaieyazdi Z, Tabaei S, Ravanshad Y, Akhtari J, Mehrad-Majd H. No association between the risk of breast cancer and systemic lupus erythematosus: evidence from a meta-analysis. *In: Clin Rheumatol.* 2018;37(6): 1511-9.
34. Гринин, В. М. Пародонтит при системной красной волчанке и антифолипидном синдроме: взаимосвязь факторов системной патологии. *In: Пародонтология.* – 2011. – Т.16, № 3 (60). – С. 42-44. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=16752403>
35. Елькова Н. Л. Стоматологический статус больных системной красной волчанкой. *In: Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация.* – 2012. – №16 (135), Вып.19.-С. 188-190. URL: <http://dspace.bsu.edu.ru/handle/123456789/16447>.
36. Теляева, Н. Н. Особенности зубочелюстной системы при системной красной волчанке [Электронный ресурс]. *In: Научно-практическая ревматология.* 2006. – С. 167. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-zubochelyustnoy-sistemy-pri-sistemnoy-krasnoy-volchanke>

37. Фитцпатрик Д.Е., Эллинг Д.Л. Секреты дерматологии. М. 1999.
38. Данилевский Н.Ф., Несин А.Ф., Рахний Ж.И. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Киев, «Здоров'я» 1998.
39. Потеекаев Н.С. Дерматовенерология – синтез науки и практики. Избранные труды. М. 2004.
40. Tarasova I.A., Ivanova M.M. Outcomes and prognosis in systemic lupus erythematosus. In: Rheumatology Science and Practice. 2003; 41(2): 53-58. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2003-770>
41. Аллергология и иммунология. Национальное руководство (+CD-ROM). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
42. Барыгина М. И., Авагян А. Х., Пиркл К. В., Цепов Л. М., Сёмченкова М. Ю. Поражения слизистой оболочки рта при системной красной волчанке. 01 декабря 2013 URL: <https://dentalmagazine.ru/posts/porazheniya-slizистой-obolochki-rta-pri-sistemnoj-krasnoj-volchanke.html>

UNELE ASPECTE EPIGENETICE ALE DISFUNȚIILOR SPERMATOGENEZEI

Vlada Furdui, dr. șt. biol., cercet. șt. superior
Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, R. Moldova
vlada.furdui@mail.ru

SOME EPIGENETIC ASPECTS OF SPERMATOGENESIS DYSFUNCTIONS

Contemporary society faces a relatively high frequency of spermatogenesis dysfunctions. The factors that cause these dysfunctions can affect the structure of DNA, as well as lead to various epigenetic changes. The main epigenetic mechanisms of gene function regulation are DNA methylation, histone changes, and chromatin remodeling. Currently, research on sperm epigenome has a a direction of perspective.

Societatea contemporană se confruntă cu o frecvență relativ înaltă a infertilității masculine. Conform datelor științifice ale diferitor autori [1, 2, 3], 10-40% dintre bărbații de vârstă reproductivă sunt infertili. În același timp, se observă o tendință de scădere a volumului ejaculatului, precum și a numărului de spermatozoizi în acesta. În ultimele decenii, s-a înregistrat o deteriorare semnificativă a calității ejaculatului [4, 5]. Astfel, în ultimul deceniu, conform studiilor, concentrația medie a spermatozoizilor în ejaculat a scăzut de aproape 1,5 ori. Conform rapoartelor Organizației Mondiale a Sănătății valorile principalilor indicatori ai spermogramei, cum ar fi numărul de spermatozoizi în ejaculat și mobilitatea lor – semnificativ reduse, iar structura externă a spermatozoizilor – modificată [6].

Factorii principali care influențează dereglarea spermatogenezei îl au fumatul, obezitatea, stresul, precum și factorii de mediu [7, 8, 9]. Factorii de mediu pot afecta structura ADN-ului, cât și pot duce la diverse modificări epigenetice ale acestuia [10, 11]. Astfel, factorii nefavorabili de mediu influențează asupra formelor active de oxigen (FAO) în celulă și, ca urmare, pot provoca stresul oxidativ. Acesta, la rândul său, este în conexiune directă cu procesul de metilare activă a ADN, care este unul dintre principalele mecanisme epigenetice de reglare a funcției gene [12, 13, 14], ceea ce este într-o corelație strânsă cu procesele de îmbătrânire ale organismului.

Starea de metilare influențează împachetarea cromatinei în capul spermatozoidului și expresia genelor imprimante și neimprimante. Metilarea ADN-ului constă în atașarea unei grupe metil la citozină în dinucleotidele CpG pentru a forma 5-metilcitozină [15, 16]. Dinucleotidele CpG metilate sunt chimic stabile, însă modelele de metilare se pot schimba pe parcursul vieții unei persoane [17, 18]. Dereglările de metilare ADN pot duce la apariția sindromului ICF, care se manifestă prin creșterea mortalității embrionilor, imunodeficiență, instabilitate cromozomială, anomalii ale craniului facial [19].

Unul dintre motivele hidroximetilării spontane este cantitatea excesivă a formelor active de oxigen (FAO) în timpul stresului oxidativ, care poate duce la deteriorarea ADN-ului și, în consecință, la fragmentarea acestuia. Cei mai vulnerabili la efectele oxidative ale FAO sunt spermatozoizii. Investigarea bărbaților infertili a evidențiat modificări ale profilului de metilare, în special în genele imprimante, precum H19, IGF2, MEST, PEG3, LIT1, SNRPN și, într-o măsură mai mică – în cele neimprimante (MTHFR și DAZ). A fost demonstrată corelația dintre fertilitatea masculină și starea de metilare a genelor SPATA, care joacă un rol important în spermatogeneză și maturizarea spermatozoizilor, precum și confirmată relația dintre starea de metilare a genelor SPATA și infertilitatea oligozoospermică [20].

Cel de al doilea mecanism epigenetic al spermatogenezei sunt modificările histonelor. Acetilarea este cea mai studiată modificare a histonelor. Astfel, acetilarea prin acetiltransferaza a lizinelor 14-a și 9-a ale histonei H3 (respectiv H3K14ac și H3K9ac) corelează cu activitatea transcripțională a cromozomului în acest segment (modelul „cis” de reglare epigenetică). Histonele sunt capabile să-și mențină starea modificată și să acționeze ca o matrice pentru modificarea de noi histone care se leagă cu ADN după replicare [21, 22, 23].

Un alt mecanism epigenetic al spermatogenezei este remodelarea cromatinei. Factorii epigenetici afectează activitatea de exprimare a anumitor gene la diverse niveluri, ceea ce duce la o schimbare a fenotipului.

tipului unei celule sau a unui organism. Cromatina este un complex de ADN cu proteine, în principal cu proteine histonice. Histonele formează un nucleozom în jurul căruia ADN-ul este spiralat, adică compactarea acestuia în nucleu. Intensitatea expresiei genelor depinde de densitatea nucleozomilor din regiunile exprimate activ ale genomului. Remodelarea cromatinei este un proces de schimbare activă a „densității” nucleozomilor și identitatea histonelor cu ADN-ul. Patologiile asociate cu dereglările procesului de remodelare a cromatinei sunt sindromul Rett, sindromul α -talasemiei/retardului mental legat de X-cromozom, displazia imuno-osoasă tip Shimke, sindromul Koffin-Lowry [24, 25, 26, 27].

În prezent cercetările epigenomului spermatic prezintă o direcție de perspectivă din mai multe considerente. În primul rând, markerii epigenetici ai tulburărilor spermatogenezei și maturizării spermatozoizilor, precum și efectul specific al diferitor factori de mediu, inclusiv factori chimici asupra epigenomului sunt insuficient studiați. În al doilea rând, markerii epigenetici sunt asociați cu calitatea și numărul spermatozoizilor. În al treilea rând, și poate cel mai important – reprogramarea epigenomului în celulele germinale poate fi transmisă generațiilor următoare, ceea ce poate duce la diverse dereglări în dezvoltarea descendenților, atât în perioadă embrionară, cât și postnatală.

Referințe bibliografice

1. Barratt CLR, Björndahl L, De Jonge CJ et al. The diagnosis of male infertility: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidance challenges and future research opportunities. În: Hum Reproduction Update, 2017, Nr. 23, p. 660-680.
2. Marcia C. Inhorn, Pasquale Patrizio. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. În: Human Reproduction Update, 2015, Nr. 21, p. 411-426.
3. Всемирная организация здравоохранения, Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований Руководство ВОЗ по исследованию и обработке эякулята человека – Пятое издание, 2012.
4. Jungwirth A., Diener T. et al. European association of urology guidelines on male Infertility. În: Eur.Urol., 2012, Nr. 62(2), p. 324-332.
5. Moss Richard et al. The Next Generation of Scenarios for Climate Change Research and Assessment. În: Nature, 2010, Nr. 463, p.747-56.
6. Heyn H., Ferreira H.J., Bassas L. et al. Epigenetic disruption of the PIWI pathway in human spermatogenic disorders. În: Journal PloS one, 2012, Volume 7, Nr. 10, p. 47892.
7. Qiu L. L., Wang X., Zhang X. H., Zhang Z., Gu J., Liu L., Wang S. L. Decreased androgen receptor expression may contribute to spermatogenesis failure in rats exposed to low concentration of bisphenol A. În: Toxicology letters, 2013, Nr. 219(2), p.116-124.

8. Rana S. V. S. Perspectives in endocrine toxicity of heavy metals-a review. *În: Biological trace element research*, 2014, Nr. 160(1), p.1-14.
9. Rubes J., Lowe X., Moore D., Perreault S., Slott V., Evenson D., Wyrobek A. J. Smoking cigarettes is associated with increased sperm disomy in teenage men. *În: Fertility and sterility*, 1998. Nr. 70(4), p.715-723.
10. Flatscher R., Frajman B., Schonswetter P., Paun O. Environmental Heterogeneity and Phenotypic Divergence: Can Heritable Epigenetic Variation Aid Speciation? *În: Genetics Research International*, 2012, Vol. 2012, p. 698421.
11. Wu W., Hu Z., Qin Y. et al. Seminal plasma microRNAs: potential biomarkers for spermatogenesis status. *În: Mol. Hum. Reprod.*, 2012, Nr.18(10), p.489–497.
12. Chandler V. L. Paramutation: from maize to mice. *În: Cell*, 2007, Vol. 128, Nr. 4, p. 641-645.
13. Самцы бразильских свинок передали детям эпигенетические изменения. *În: <https://nplus1.ru/news/2018/12/25/wild-guinea-pigs>* (accesat: 15.09.2020).
14. Шильникова Е.М. Генетические и эпигенетические особенности генома сперматозоида и их влияние на раннее эмбриональное развитие человека. Санкт-Петербург, 2015.
15. Houshdaran S., Cortessis V.K., Siegmund K. et al. Widespread epigenetic abnormalities suggest a broad DNA methylation erasure defect in abnormal human sperm. *În: Journal PloS one*, 2007, Volume 2, Nr.12, p. 1289.
16. Tian M., Bao H., Martin F.L. et al. Association of DNA methylation and mitochondrial DNA copy number with human semen quality. *În: Biol. Reprod.*, 2014, V. 91, Nr. 4, p. 101.
17. Laqqan M, Solomayer EF, Hammadeh M. Aberrations in sperm DNA methylation patterns are associated with abnormalities in semen parameters of subfertile males. *În: Reproductive Biology*, 2017, Nr.17, p.246–251.
18. Richards R., Patel J., Stevenson K., Harbison S. Evaluation of massively parallel sequencing for forensic DNA methylation profiling. *În: <https://onlinelibrary.wiley>* (accesat: 20.09.2020).
19. Васильев С. А., Толмачёва Е. Н., Лебедев И. Н. Эпигенетическая регуляция ретротранспозона line-1 и его роль в эмбриогенезе. *Îн: Генетика*, 2016, том 52, № 12, с. 1349-1357.
20. Повышенное метилирование ДНК генов, регулирующих сперматогенез, связано с бесплодием. *Îн: <https://www.uroweb.ru/news/povishennoe-metilirovanie-dnk-genov-reguliruyushchih-spermatogenez-svyazano-s-besplodiem>* (accesat: 20.09.2020).
21. Aravin A.A., Sachidanandam R., Girard A. et al. Developmentally regulated piRNA clusters implicate MILI in transposon control. *Îн: Science*, 2007, V. 316, Nr.5825, p. 744–747.
22. Krawetz S. A., Kruger A., Lalancette C. et al. A survey of small RNAs in human sperm. *Îн: Hum. Reprod.*, 2011. Nr. 26(12), p.3401-3412.
23. Luo Y.B., Zhang L., Lin Z.L. et al. Distinct subcellular localization and potential role of LINE1-ORF1P in meiotic oocytes. *Îн: Histochem. Cell Biol.*, 2015, V. 145, Nr. 1, p. 93–104.
24. Malki S., van der Heijden G.W., O'Donnell K.A. et al. A role for retrotranspo-

son LINE-1 in fetal oocyte attritionin mice. *În: Dev. Cell.*, 2014, V. 29, Nr. 5, p. 521–533.

25. Stanford Joseph B., Dunson David B. Studying Human Fertility: Response to Slama et al. and Joffe et al. *În: Environmental Health Perspectives*, 2004, Nr.112 (11), p. 605-606.
26. Xie P, Keating D, Parrella A, et al. Sperm Genomic Integrity by TUNEL Varies throughout the Male Genital Tract. *În: J. Urol.*, 2020, Nr. 203(4), p.802–808.
27. Руднева С. А., Хаченкова А. А. Роль микроРНК в сперматогенезе. *Îн: Андрология и генитальная хирургия*, 2016, том 17, с. 23-37.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Дмитрий Ластков, д.мед.н., профессор

Марина Ежелева, ассистент

Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького, Донецк, Украина

lastkov.donmu@list.ru

ENVIRONMENTAL AND PSYCHO-SOCIAL ASPECTS OF POPULATION MORTALITY IN THE CONDITIONS OF A LOCAL MILITARY CONFLICT

The assessment of risk factors for mortality of the population (including mortality from cardiovascular pathology) of the eco-crisis region in the context of a local military conflict has been carried out. The analysis was carried out for the “dirtiest” and “cleanest” areas (not affected by hostilities) of Donetsk in comparison with the average city indicators for 3 time periods: pre-war (2010-2013), transitional – the beginning of hostilities (2014-2016) and stable military (2017-2019). In all analyzed periods, the mortality rates from myocardial infarction and stroke among the population of the “dirty” area were higher, and among the population of the control area was lower than the average for the city.

Введение. Для оценки влияния окружающей среды на уровни смертности взрослого населения в качестве показателя загрязнения нами была выбрана концентрация тяжелых металлов (ТМ) в почве, являющейся наименее мигрирующим объектом. Показатели загрязнения почвы минимально вариабельны, а уровни ТМ в почве определяют степень загрязнения воды и пищевых продуктов [1]. Сердечно-сосудистая система одной из первых подвергается мощ-

ному деструктивному влиянию ксенобиотиков, поскольку является основной системой транспорта химических веществ, поступивших в организм. В ранее проведенных исследованиях была показана экологическая детерминированность заболеваемости населения Донбасса сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе инфарктом миокарда и инсультом [2]. Необходимо также оценить изменения смертности (в т.ч. от инфаркта миокарда и инсульта) в условиях последствий стресс-индуцированных состояний.

Цель исследования состояла в оценке факторов риска смертности населения (в т.ч. смертности от сердечно-сосудистой патологии) экотоксического региона в условиях локального военного конфликта.

Основная часть. За основу сравнительного исследования загрязнения почвы были взяты материалы Института минеральных ресурсов по ранее выполненному картированию всей территории г. Донецка. При гигиенической оценке учитывалась концентрация 8 ТМ и металлоидов (свинец, цинк, кадмий, медь, марганец, фосфор, мышьяк, таллий). Проведено ранжирование всех 9 районов города, выделены самый «грязный» и «чистый» (контрольный) районы [2]. Выполнен анализ общей смертности, смертности от инфаркта миокарда и инсульта у взрослого населения по районам г. Донецка в сравнении со среднегородскими показателями в течение 3-х временных периодов: довоенного (2010-2013 гг.), переходного – начала боевых действий (2014-2016 гг.) и стабильного военного (2017-2019 гг.). Для расчета интенсивных показателей использовались официальные учетно-статистические документы, данные о среднегодовой численности различных групп населения, которое обслуживалось учреждениями здравоохранения, по районам и городу в целом.

В «грязном» районе кратность максимального превышения ПДК свинца составляла 112,5 раз, кадмия – 2815 раз, меди – 133 раза, мышьяка – 75 раз, при отсутствии превышения (ПДК или фоновых показателей) данных ТМ в контрольном районе. По фосфору превышение ПДК в «грязном» районе было в 6,7 раза больше, по цинку – в 102 раза больше, чем в «чистом». Содержание марганца в почве обоих районов было одинаковым – максимальное превышение ПДК составило 2,5 раза. Негативное влияние свинца на сердечно-сосудистую систему наблюдается как при интоксикации, так и при контакте со свинцом без признаков отравления. По данным ряда авторов длительное воздействие свинца приводит к развитию эндартериита или артериосклероза мелких и средних сосу-

дов сердца, спинного мозга, почек, желудочно-кишечного тракта, аорты, нижних конечностей, происходит атрофия эластических волокон. Выявлено и снижение сократительной способности миокарда при свинцовой интоксикации. [3]. Воздействие кадмия на организм человека также влияет на риск развития болезней сердечно-сосудистой системы – даже небольшие концентрации кадмия при поступлении в организм приводят к развитию артериальной гипертензии. Воздействие кадмия на миокард приводит к снижению его возбудимости, проводимости и сократимости. Хроническое отравление кадмием проявляется в виде ультраструктурных повреждений с очагами некроза волокон миокарда. Изменение сосудистого тонуса при интоксикации кадмием возникает и вследствие атеросклеротического поражения стенок сосудов [4]. Доказана роль мышьяка в возникновении желудочковой тахикардии, фибрилляции желудочков, удлинении интервала QT. Избыток фосфора приводит к железодефицитной анемии и сосудистым патологиям [5].

Основные данные по смертности населения представлены в таблице 1. В течение всего анализируемого периода наблюдалась в основном общая тенденция к снижению всех показателей смертности населения в военные периоды.

В довоенный период уровни общей смертности в 8-ми районах (как и среднегородские) достоверно ($p < 0,01$) превышали показатель «чистого» района, при этом в 2-х районах уровни были значительно больше, чем по городу в целом. Показатель «грязного» района превышал ($p < 0,01$) таковой в контрольном районе на 82%. В оба военных периода возросла вариабельность уровней смертности, при этом в 6-ти районах (в т.ч. 3-х из зоны локального военного конфликта) и в среднем по городу они были достоверно больше, чем в «чистом» районе. Показатель «грязного» района превышал ($p < 0,01$) таковой в контрольном районе на 108% в переходный период и на 61% – в стабильный (оба района находились вне зоны локального военного конфликта). Необходимо отметить, что межгрупповые различия не совпадают с таковыми по общей заболеваемости взрослого населения. В последние годы уровни смертности в 2-х пострадавших от боевых действий районах были больше трех минимальных районных показателей.

В довоенный период уровни смертности от инсульта в 3-х районах (как и среднегородские) достоверно ($p < 0,01$) превышали показатель «чистого» района. Показатель «грязного» района превышал ($p < 0,01$) таковой в контрольном районе на 63%. В военный пере-

Таблица 1. Смертность взрослого населения г. Донецка за период 2010-2019 гг., на 1000 населения, на 10000 населения.

Годы	Общая смертность, на 1000 населения			Смертность от инсульта, на 100000 населения			Смертность от инфаркта, на 100000 населения		
	г. Донецк ¹	«Грязный» район ²	«Чистый» район ³	г. Донецк ¹	«Грязный» район ²	«Чистый» район ³	г. Донецк ¹	«Грязный» район ²	«Чистый» район ³
Довоенный, 2010-2013 гг.	12,1±0,2 ³	12,2±0,3 ³	6,7±0,1	66,6±3,0 ³	69,3±3,2 ³	42,5±1,1	28,3±2,4	29,9±2,3	24,6±4,7
Военный переходный, 2014-2016 гг.	10,6±0,6 ³	11,4±1,1 ³	5,5±0,4	51,7±3,6	58,9±12,3	33,6±2,4	23,1±1,2	42,1±3,8 ^{1,3}	13,6±2,6
Военный стабильный, 2017-2019 гг.	8,1±0,5 ³	6,8±0,3 ³	4,2±0,1	51,8±0,4 ³	64,4±3,9 ³	24,6±9,4	21,9±2,8 ³	27,9±2,1 ³	9,3±2,1

Примечание: * различия достоверны, $p < 0,01$;

** различия достоверны, $p < 0,05$.

ходный период все межрайонные различия были недостоверны, хотя показатель «грязного» района был больше, чем в «чистом» районе на 75%, а в 2-х пострадавших от боевых действий районах наблюдалась тенденция к росту уровней смертности. В военный стабильный период уровни смертности от инсульта в 5-ти, в т.ч. 3-х из зоны локального военного конфликта районах (как и среднегородские) достоверно ($p < 0,01$) превышали показатель «чистого» района, а показатель «грязного» района был достоверно больше, чем в контрольном районе на 162%. Следует отметить, что в «грязном» и 3-х пострадавших от боевых действий районах определялась тенденция к росту уровней смертности.

В довоенный период все межрайонные различия в смертности от инфаркта миокарда были недостоверны, показатель «грязного» района превышал аналогичный в «чистом» районе на 21%. В военный переходный период уровни смертности в «грязном» районе (единственном, где отмечалась тенденция к росту) были достоверно ($p < 0,01$) больше, чем в 5-ти районах (в т.ч. 2-х из зоны локального военного конфликта) и в среднем по городу. Показатель «грязного» района превышал ($p < 0,01$) таковой в контрольном районе на 211%. В военный стабильный период уровни смертности от инфаркта миокарда в 4-х районах, в т.ч. 3-х из зоны локального военного конфликта, как и среднегородские достоверно ($p < 0,01$) превышали показатель «чистого» района, а показатель «грязного» района был достоверно больше, чем в контрольном районе на 201%. Следует отметить, что в 3-х пострадавших от боевых действий районах определялась тенденция к росту уровней смертности.

Заключение. Стресс-индуцированные состояния усугубляют действие экологических факторов риска, определяющих уровни смертности населения региона. Для предупреждения неблагоприятного влияния ТМ на показатели здоровья населения (в т.ч. смертность) наиболее перспективным путем представляется внедрение превентивного питания [6].

Библиография

1. Ластков Д.О., Дубовая А.В. Состояние здоровья: экологические аспекты. In: Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта (Барнаул), 2020, №1, (17), с. 46-59.
2. Ластков Д.О., Гапонова О.В., Госман Д.А., Остренко В.В. Тяжелые металлы как загрязнители окружающей среды: оценка риска здоровью населения. In: Архив клинической и экспериментальной медицины, 2019, Т.28, №2, с. 180-183.
3. Явербаум П.М. Общие вопросы токсического действия свинца. Иркутск. 2006.

4. Махонько М. Н., Лаврентьев М. В. К вопросу о влиянии кадмия на сердечно-сосудистую систему в условиях производства. In: Современные наукоемкие технологии, 2008, № 5, с. 42-43.
5. Скальный А. В. Химические элементы в физиологии и экологии человека. М.: Оникс 21 век» Мир, 2004.
6. Игнатенко Г.А., Ластков Д.О., Выхованец Т.А. и др. О целесообразности использования продуктов, обогащенных пектином, в лечебно-профилактическом питании на промышленных предприятиях Донецкого региона. In: Вестник гигиены и эпидемиологии. 2019, Т.23, №3, с. 208-213.

COMUNICAREA DE MARKETING ÎN MANAGEMENTUL MALADIILOR NETRANSMISIBILE

Ludmila Goma,¹ dr. în economie, conf. univ.

Agafia Cazacu,² studentă, anul VI

¹Catedra de Medicină socială și management

²Facultatea de Medicină Preventivă

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

ludmila.goma@usmf.md

MARKETING COMMUNICATION IN THE MANAGEMENT OF NONCOMMUNICABLE DISEASES

Considering that noncommunicable diseases are the result of a combination of factors (including environmental and behavioral) and can be prevented by eliminating risk factors, this paper proposes the application of health care marketing in health promotion activities. Certain strategies and techniques are proposed, addressing communication messages and promoting pro – health behavior that can contribute to improving public health. It was established that in the town Chisinau, the prevalence of noncommunicable diseases in 2016-2018 is increasing, the incidence is higher in the population of children than in the population of adults, the most common diseases in both cases being the respiratory system. Morbidity is higher in the rural sector of Chisinau. In all the researched districts, the main causes of morbidity among adults are cardiovascular and respiratory diseases. More than half of the respondents state that they do not follow a balanced diet and an optimal work and rest regime. At the same time, they do not practice physical activity and in their free time he prefers predominantly sedentary activities. The most truthful source of information is the conversations with the medical workers, but in only 25.8% of the medical workers provide information on the prophylaxis of diseases and the importance of a healthy lifestyle. Regardless of how they receive information, 58% do not tend to change their behavior at all. The interviewees consider the communication in the medical system as very important (60.6%), important (29.5%), of medium importance (9.8%), unimportant (0).

Introducere

Conform OMS, bolile netransmisibileucid 41 de mil. de oameni anual, echivalentul a 71% din totalul deceselor la nivel global [1]. În 2016 primele 7 poziții în clasamentul celor 10 cauze de deces în lume sunt ocupate de maladii netransmisibile, comparativ cu anul 2000 când acestea ocupau primele patru poziții urmate de maladii infecțioase [2]. Valorile sporite ale mortalității generale clasează Republica Moldova printre țările cu cea mai înaltă mortalitate din Regiunea Europeană [3]. Principalele boli netransmisibile sunt – bolile cardiovasculare, cancerele, bolile respiratorii cronice și diabetul [4].

Marketingul îngrijirilor de sănătate reprezintă un domeniu multidisciplinar care promovează utilizarea cercetării de marketing pentru educarea, motivarea și informarea publicului cu privire la mesajele de sănătate [5]. Comunicarea de marketing în domeniul sănătății constă într-o abordare multidimensională și multidisciplinară cu scopul de a ajunge la cât mai multe segmente de public și de a distribui informații cu privire la sănătate, având scopul de a influența și sprijini starea de sănătate a indivizilor, a comunităților, profesioniștilor din domeniul sănătății, grupurilor speciale, a factorilor de decizie politică și a publicului pentru a promova, introduce, adopta sau susține un comportament, o practică sau o politică care vor putea să îmbunătățească în cele din urmă rezultatele în domeniul sănătății [6].

Scopul studiului: Demonstrarea necesității aplicării comunicării de marketing în managerierea eficace a maladiilor netransmisibile, pentru diminuarea ratei morbidității în rândul populației RM.

Obiectivele studiului: 1. Analiza literaturii de specialitate, a cadrului legislativ existent în domeniul managementului maladiilor netransmisibile și comunicarea de marketing. 2. Analiza retrospectivă a morbidității prin maladii netransmisibile pentru anii 2016-2018 în orașul Chișinău și raioanele adiacente, și evaluarea activității secției de boli netransmisibile și promovare a sănătății din cadrul CSP Chișinău. 3. Evaluarea, prin metoda de chestionare a populației adulte, a cunoștințelor, abilităților și aptitudinilor acestora în minimalizarea riscului de îmbolnăvire prin maladii netransmisibile. 4. Studiul atitudinii populației chestionate, față de modul de comunicare/informare în sistemul medical autohton. 5. Determinarea necesității aplicării comunicării de marketing și propunerea strategiilor comunicării de marketing în scopul diminuării ratei morbidității prin maladii netransmisibile, a populației RM.

Materiale și metode. Întru realizarea scopului și obiectivelor studiului au fost folosite următoarele metode: descriptivă populațională și analitică corelațională. A fost realizat studiul ce ține de analiza retrospectivă

a morbidității prin maladii netransmisibile pentru anii 2016-2018 în orașul Chișinău și raioanele adiacente, și evaluarea activității secției de boli netransmisibile și promovare a sănătății din cadrul CSP Chișinău. Informațiile statistice au fost preluate de la CSP Chișinău, din cadrul secției de promovare a sănătății și control al maladiilor netransmisibile. De asemenea a fost realizat studiul ce a inclus elaborarea și analiza chestionarului pentru 132 de persoane adulte. Acesta cuprinde 21 de întrebări.

Criteriile de includere în studiu: Intervievații să locuiască pe teritoriul RM, participarea la studiu să fie benevolă, vârsta mai mare de 18 ani, chestionarele complete. Perioada de desfășurare a cercetării: 16 martie 2020 – 01 aprilie 2020. Datele obținute au fost sistematizate și preluate computerizat, utilizând Microsoft Office Excel.

Rezultate și discuții. Analiza retrospectivă a morbidității prin maladii netransmisibile pentru anii 2016-2018 în orașul Chișinău și raioanele adiacente, și evaluarea activității secției de boli netransmisibile și promovare a sănătății din cadrul CSP Chișinău. În studiul efectuat, am ținut să analizez situația privind maladiile netransmisibile pentru ultimii ani, pentru a putea evalua corect gravitatea acestora și nivelurile la care se poate interveni cu măsuri. Din categoriile de maladii netransmisibile cercetate în rândul adulților orașului Chișinău, în topicele trei ani studiate, incidența cea mai mare este prin boli ale aparatului respirator, urmate de bolile aparatului cardiovascular, leziuni traumatiche, boli endocrine, digestive, tumorile și în final tulburările mentale, coform indicelui intensiv calculat. În rândul copiilor, am determinat o creștere a incidenței în anul 2017 urmată de o ușoară scădere în 2018. Prevalența acestor maladii în rândul populației de copii este inversă incidenței și anume: o ușoară scădere în 2017 urmată de creștere în 2018. Am comparat incidența morbidității între populația de copii și adulți și am observat că populația de copii are tendința de a se îmbolnăvi mai des decât adulții. Altfel spus, în medie se înregistrează aproximativ 5000 de cazuri noi de boală la 100 mii populație adultă și aproximativ 7000 de cazuri noi la 100 mii copii.

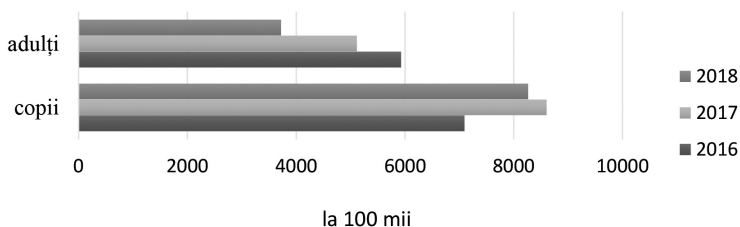


Figura 1. Analiza comparativă a indicelui intensiv al incidenței morbidității prin maladii netransmisibile între populația adultă și copii pentru anii 2016-2018 în or. Chișinău.

Prevalența maladiilor netransmisibile la adulți este determinată de următoarele cauze: bolile cardiovasculare, urmate de boli endocrine, ale sistemului respirator, digestiv, nervos și în final tumorile și leziunile sau alte cauze externe. Copii au adoptat un stil de viață sedentar, ceea ce se reflectă în prevalența prin maladiile netransmisibile. Pe primul loc se clasează bolile aparatului respirator, urmate de bolile aparatului digestiv, tulburările mentale și de comportament, bolile endocrine, de nutriție și metabolism, leziunile traumatiche, otrăvirile și alte consecințe ale cauzelor externe, bolile aparatului circulator și tumori. Atât copiii, cât și adulții au o prevalență de aproximativ 7000 cazuri de boală la 100 mii de persoane. Unele diferențe se evidențiază în tre ani de studiu și anume: în 2016 s-a menținut o prevalență mai mare în rândul copiilor, în anul 2017 a fost aproximativ aceeași iar în 2018 s-a înregistrat o prevalență mai mare în rândul adulților.

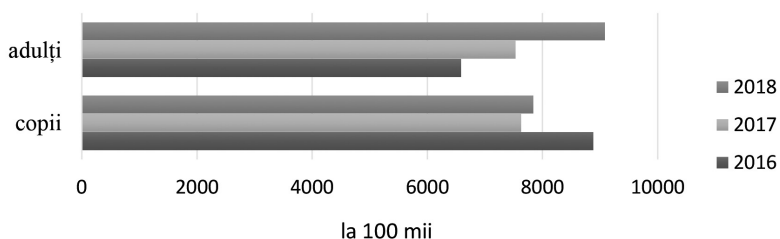


Figura 2. Analiza comparativă a indicelui intensiv al prevalenței morbidității prin maladii netransmisibile între populația adultă și copii pentru anii 2016-2018 în or. Chișinău.

Populația adultă din sectorul urban al municipiului Chișinău se caracterizează printr-o prevalență a morbidității relativ constantă și puțin în scădere în anii 2016-2018, respectiv: 2016 – 441‰, 2017 – 339‰, 2018 – 425‰. În sectorul rural al mun. Chișinău situația privind morbiditatea prin maladii netransmisibile este: pentru anul 2016 – 500‰, 2017 – 525‰, 2018 – 567‰. Mai afectat este sectorul rural, în care se menține și tendința de creștere pentru 2016-2018.

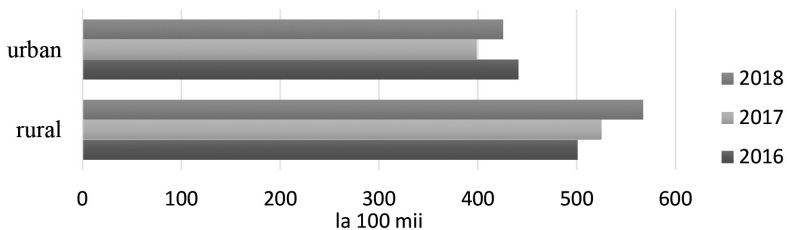


Figura 3. Analiza comparativă a indicelui intensiv al prevalenței morbidității prin maladii netransmisibile între sectorul urban și rural al mun. Chișinău, pentru anii 2016-2018.

Raioanele incluse în studiu sunt: Criuleni, Dubăsari, Ialoveni, Strășeni și municipiul Chișinău. În baza rezultatelor, morbiditatea cea mai mare este înregistrată în mun. Chișinău 106433%, urmat de r. Strășeni 72015%₀₀₀, r. Ialoveni 71232%₀₀₀, r. Criuleni 66462%₀₀₀, și în final r. Dubăsari 54766%₀₀₀. Raionul Dubăsari are cea mai mică prevalență a bolilor netransmisibile în ambii ani dintre toate raioanele studiate, cea mai mare este în mun. Chișinău, atât în anul 2016 cât și în 2017.

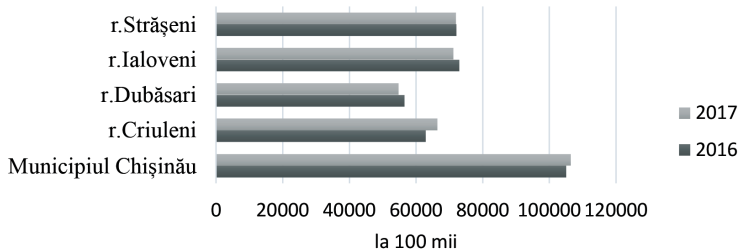


Figura 4. Analiza comparativă a morbidității generale în anii 2016-2017, în raioanele de centru ale RM (indicele intensiv).

Controlul și prevenirea bolilor netransmisibile (CPBNT) precum și promovarea sănătății (PS), este secția Centrului de Sănătate Publică (CSP) Chișinău care are și funcția de comunicare/ informare a diferitor categorii de populație despre bolile netransmisibile și impactul lor asupra sănătății, la fel și prezentarea de rapoarte ce țin de activitățile efectuate. În studiul dat am analizat rapoartele pentru anul 2017 și 2018. În anul 2017 au fost organizate mai multe seminare de instruire (1957) la care au fost instruite 44440 persoane. S-au elaborat 1265 de buletines sanitare, și au fost organizate emisiunile televizate și radiofonice, publicații în resursele internet, 258 și respectiv 235 la număr. Prin intermediul convorbirilor au fost informate 239344 persoane și prin intermediul prelegerilor 16894. În anul 2018 metodele prin care s-a promovat sănătatea și prevenirea bolilor netransmisibile au fost: convorbiri (170), 123 informații în resursele internet, 91 – implementarea în activitate a documentelor normative și/ sau directive, prezentări – 60, prelegeri – 54, după care seminare și acțiuni de mobilizare.

Evaluarea, prin metoda de chestionare a populației adulte, a cunoștințelor, abilităților și aptitudinilor acestora în minimalizarea riscului de îmbolnăvire prin maladii netransmisibile și atitudinea adoptată față de modul de comunicare/informare în sistemul medical autohton. În cercetarea curentă, au fost chestionați în total 132 persoane adulte. Vârsta medie a respondenților o constituie 28.43 ani (min – 18 ani, max – 60 ani). Problemele de sănătate, cu care se confruntă, au determinat ca aceștia să

își aprecieze starea de sănătate la moment ca: foarte bună – 11.4%, bună – 68.2%, satisfăcătoare – 19.7 %, nesatisfăcătoare – 0.8%. Am constatat că starea de sănătate a respondenților depinde în mare parte (63,63%) de situația financiară și invers. Marea majoritate (63.6%) se adresează periodic (câteva ori în an) după servicii medicale, 4.5% apelează lunar, 0,8% necesită consultații săptămânale ale medicului, iar 31.1% – foarte rar le solicită (o dată în an și mai rar). Conform criteriului de gender, bărbații sunt mai afectați – în proporție de 56,25% având cel puțin o maladie netransmisibilă. Analizând morbiditatea pe grupe de vârstă am determinat: Persoanele adulte cu vîrstă cuprinsă între 18 – 20 ani, au unușimaimultesistemeafectateînproporție de 21,42 %. Între 21 – 30 ani – 47,5 %. Persoanele cu vîrstă cuprinsă între 31 – 40 ani – 68,18%. Între 41 – 50 ani, au unușimaimultesistemeafectateînproporție de 54,54%. Cei cu vîrstă de 51 – 60 ani – 60%. Dintre persoanele bolnave, 53,84% sunt angajate în câmpul muncii. Persoanele singure se îmbolnăvesc mai rar (35,38%), față de persoanele care sunt în cuplu (64,61%). Cei ce locuiesc în mediul rural sunt mai bolnavi (53,84%) decît cei din mediul urban (46,15%).

Alimentația nesănătoasă se asociază și cu sedentarismul, ceea ce amplifică efectele negative. Majoritatea respectă parțial regimul alimentar echilibrat (62.9%), 20.5 % nu îl respectă, 16.7% respectă regimul alimentar în totalitate. La întrebarea ” Practicăm sportul, exercițiile fizice, stilul activ de viață?”, 19.7% au răspuns că practicăm sportul zilnic, 18,2% au răspuns că munca (serviciul) este legată de efort fizic, 33.3% foarte rar practicăm sportul și 6.1% nu îl practicăm deloc. La întrebarea dacă persoana respectă regimul de muncă și odihnă, doar 12.1% au răspuns afirmativ, ceilalți 22.7% – des, uneori – 50.8%, rar – 9.8%, niciodată – 4.5%. În timpul liber, marea majoritate navighează în internet, privesc televizorul (mai mult de 2 – 3 ore) – 51.5%, au activități în casă, meserie – 53.8%, fac sport, plimbări la aer liber – 27.3%, citească practic altele activități relaxante – 37.1%, preferă să dormă – 29.5%. Astfel, sedentarismul este o caracteristică a modului de viață în Republica Moldova.

Am determinat care surse de informare despre sănătatea respondenții le consideră veridice. Astfel, 64.4% au indicat convorbirile cu lucrătorii medicali, 49.2% literatură medicală de specialitate, 31.8% informații primite în instituțiile de învățămînt, 17.4% foi volante, broșuri medicale, 15.9% panouri informative publicate în presă, 31.1% resursele din internet, 19.7% televiziunea și radioul.

La întrebarea „Cât de des vă oferă lucrătorii medicali informații privind profilaxia bolilor și importanța modului sănătos de viață?”, 25,8% de populație au indicat ”la fiecare vizită la medic”, 55.3% primesc informația ” doar la cerere de la lucrătorul medical”, 13.6 % în timpul controlului

profilactic. În cadrul săptămânalelor și lunarelor de profilaxie a maladiilor 7.6%, în situații de epidemii 22%, în cadrul "Școlii pacientului" 3.8%, iar 7.6% indică că niciodată lucrătorul medical nu-i vorbește despre profilaxia maladiilor și stilul sănătos de viață.

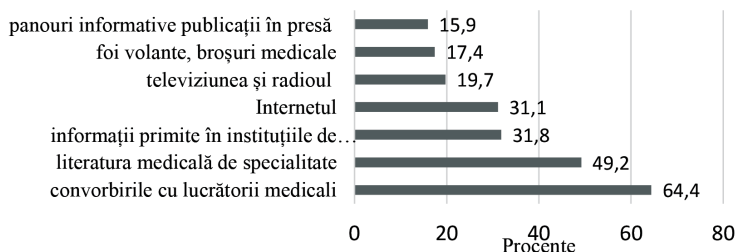


Figura 5. Sursele de informare despre sănătate pe care respondenții le consideră veridice (%).

Indiferent pe care cale obține populația informațiile despre sănătate și riscurile ei, important este cum influențează aceste cunoștințe dobândite asupra stilului de viață a fiecărui individ. Peste 42% din persoanele chestionate au recunoscut că mai puțin schimbă ceva în comportament, iar 0.8% – practic nu iau în serios sfaturile medicului! Numai 56.8% de populație respectă cu strictețe recomandările primite. Din persoanele cu studii primare 40% respectă cu strictețe recomandările primite, cu studii medii 51,35%, cu studii superioare 60%.

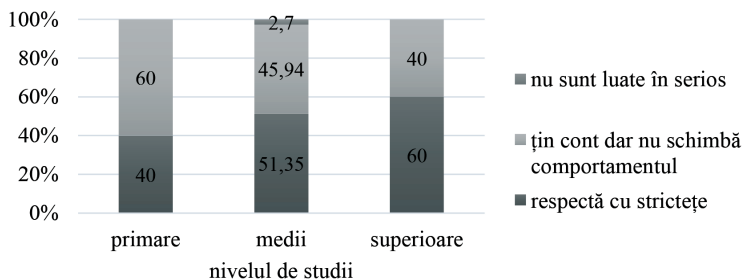


Figura 6. Respectarea recomandărilor medicale în funcție de nivelul de studii al respondenților.

Persoanele intervievate consideră comunicarea în sistemul medical ca fiind foarte importantă (60.6%), importantă (29.5%), medie (9.8%). Nici o persoană nu a apreciat comunicarea ca fiind neimportantă!

Concluzii

Comunicarea de marketing este instrumentul care se focalizează anume pe o populație și necesitățile acesteia, ea poate diminua frustrările și neîncrederea în tot ce promovează medicina acționând la nivel de percepere a beneficiilor și consecințelor direcționate asupra propriei persoane, cu acțiune de lungă durată asupra comportamentului.

Prevalența maladiilor netransmisibile este în creștere, incidența mai mare este în populație de copii decât în cazul adulților, cele mai frecvente maladii în ambele cazuri fiind ale sistemului respirator. Comparând indicele intensiv al morbidității generale între raioanele de centru ale republicii și mun. Chișinău am constatat că ultimul este afectat cel mai mult. Morbiditatea este mai sporită în sectorul rural al mun. Chișinău. Trebuie pus accent pe populația de copii, care deja prezintă cifre mari în prevalența prin boli netransmisibile. Cunoscând potențialul mare de cronicizare ale acestora dar și stilul nesănătos de viață al copiilor, adolescenților și a adulților tineri, ne putem aștepta la o creștere extraordinară a prevalenței în următorii ani. Aici se cere cea mai mare și urgentă intervenție, în special pentru că organismul tânăr are proprietatea de a se regenera mai ușor, iar deprinderile comportamentale nu sunt pe deplin formate și mai ușor pot fi îmbunătățite și acceptate la aceste vârste. Un stil de viață sănătos cultivat din copilărie este garanția unei populații sănătoase pe viitor. Este apreciat faptul că pentru promovare la nivel de CSP sunt aplicate diverse metode și utilizate practic toate resursele posibile. Ar trebui de pus accent în special pe resursele pe care populația le consideră veridice și din care obișnuiește să se informeze.

Am determinat prin metoda de chestionare a populației cunoștințele, abilitățile și aptitudinile acestora în minimalizarea riscului de îmbolnăvire prin maladii netransmisibile. La vârsta medie a respondenților de 28,4 ani, jumătate din aceștia afirmă că nu se simt bolnavi. Cealaltă jumătate se confruntă cu maladii ale sistemului digestiv, endocrin, urogenital și respirator. Am determinat în 63,63% din cazuri o legătură foarte strânsă a stării de sănătate cu situația financiară. Sunt mai bolnave persoanele din mediul rural, cele angajate în câmpul muncii, care trăiesc în cuplu, iar conform genderului sunt mai afectați bărbații. Mai puțin de jumătate din respondenți afirmă că nu respectă un regim alimentar echilibrat și un regim optim de muncă și odihnă. Totodată nu practică activitatea fizică iar în timpul liber preferă activități preponderent sedentare.

În studiul atitudinii populației chestionate, față de modul de comunicare/informare în sistemul medical autohton, unul din cele mai importante lucruri determinate este faptul că persoanele intervievate consideră comunicarea în sistemul medical ca fiind foarte importantă. Practic

toată populația chestionată se adresează destul de rar după servicii medicale, de câteva ori pe an. Totuși cea mai veridică sursă de informare o consideră convorbirile cu lucrătorii medicali, însă mai mult de jumătate afirmă că primesc informații privind modul sănătos de viață și profilaxie a maladiilor doar dacă singuri abordează subiectul dat. Indiferent de modul prin care primesc informații, practic jumătate nu tind să își schimbe comportamentul. Cealaltă jumătate (în 60% persoane cu studii superioare), respectă cu strictețe recomandările primite.

Necesitatea aplicării comunicării de marketing în scopul diminuării ratei morbidității prin maladii netransmisibile, a populației RM este determinată de faptul că majoritatea acestor maladii rezultă din comportamentul și obișnuințele proprii, care în scop de prevenție, tratament și menținere, depind de modul de abordare de către persoană a recomandărilor primite. Nu se ajunge la credibilitate, încurajare, sau tactica de transmitere a mesajelor este greșită, astfel populația deși cunoscând consecințele pe care le are propriul comportament asupra sănătății rămân nemotivați în îmbunătățirea acestuia. Sunt elaborate strategii, legi, se finanțează domeniul dar rezultatele se lasă așteptate. În acest context, se cere a implementa strategiile comunicării de marketing direcționate către grupuri de populație țintă cu toate necesitățile acestora. Acest tip de comunicare a demonstrat rezultate excelente prin implementarea în alte politici, dar și în politica de sănătate a țărilor mult mai dezvoltate comparativ cu RM.

Referințe bibliografice

1. Hotărâre Nr. 1032 în Monitorul Oficial Nr. 304-310, art. 1139. Strategia națională de sănătate publică pentru anii 2014-2020. 20.12.2013.
2. Schiavo R. Health communication from theory to practice. San Francisco, Jossey-Bass, 2013.
3. Școala Națională de Sănătate Publică și Marketing. Promovarea Sănătății și Educație pentru Sănătate. București, Public Press, 2006.
4. Asociația Economie Management și Psihologie în Medicină. Problemele actuale ale prevenirii și controlului bolilor netransmisibile. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 18-20 iunie 2015, p. 9. Disponibil la: http://public-health.md/uploads/docs/reviste/CM3_60_2015.pdf [Accesat 04.01.2020].
5. WHO. Noncommunicable diseases. WHO, 01.07.2018. Disponibil la: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. [Accesat 15.02.2020].
6. WHO. Republic of Moldova: WHO statistical profile. WHO, 2015. Disponibil la: <http://www.who.int/gho/countries/mda.pdf?ua=1>. [Accesat 15.02.2020].

DEREGLĂRILE COGNITIVE LA VÂRSTNICI – O PROBLEMĂ A MEDICINII CONTEMPORANE

Anatol Negară, dr. șt. med., conf. univ.

Gabriela Șoric, dr. șt. med., asist. univ.

Mihai Moroșanu, dr. șt. med., conf. univ.

Vlad Bădan, asist. univ.

Nina Globa, asist. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

nina.globa@usmf.md

COGNITIVE DISCORDERS TO THE ELDERLY POPULATION OF CONTEMPORAN PROBLEM AND MEDICIN

Cognitive unsets represents an increasing problem in geriatric assessment complex. On the basis of geriatric increasing of 100 elderly persons from rural and urban, at the age of 65- 95 years, from different localities of Moldova, the majority of patients being from department of Geriatrics Clinical Hospital of Ministry Health. The patients were evaluated depending on the cognitive level damage. From majority of population prevails female gender from rural, older 75 years, having the average level of training and activating as workers. At elderly patients prevail the presence of relatives that suffers of diseases of the nervous, that denotes hereditary etiology, but risk factors: alcohol, nicotine, injuries, fatigue. Alzheimer often is due with different pathologies, defining the syndrome pathologies. As precocious symptom was identified determined losing progress of short-term memory, as one symptom more tardiv irreversible loss of long-term memory, with association with combination with other cognitive disorders (aphasia-apraxia-agnosia).

Introducere

Demența reprezintă provocarea secolului XXI, ce se profilează tot mai adânc pe fonul îmbătrânirii globale. Conform ultimelor date statistice, prevalența globală a demenței de orice tip este de aproximativ 25 milioane persoane, cu 4,6 milioane de cazuri noi anual. Numărul persoanelor afectate de această patologie ar putea atinge cifra de 81,1 milioane în 2040. Majoritatea persoanelor ce ajung să fie diagnosticate cu această patologie sunt înregistrate în țările dezvoltate [5]. De altfel, 60-70% dintre aceștia suferă de maladia Alzheimer. Veritabil flagel sanitar în țările dezvoltate, maladia Alzheimer este pe cale să devină pandemie mondială. Flagelul acestei epidemii se explică prin îmbătrânirea societății care ar putea, în următoarele decenii, să pună în pericol sistemul de sănătate și protecție socială [1].

Când punem în scenă problema demenței, atunci nu vorbim doar de

mecanismele apariției maladiei, patofiziologie sau tratament, dar trebuie de menționat și impactul socio-economic al acestei epidemii contemporane [4]. Cheltuielile suplimentare asociate cu această patologie includ costurile directe medicale precum azilurile de bătrâni, directe non medicale fiind asistența socială la domiciliu și cele indirecte, reprezentând pierderea capacității de muncă a persoanelor. Demența reprezintă o degenerescență a creierului, caracterizată prin declinul încet și progresiv al funcției cognitive și comportamentale [6]. Această patologie este caracteristică vârstnicilor.

Simptomatologia demenței se suprapune cu semnele fiziologice ale îmbătrânirii, complicând în așa fel diagnosticul precoce al patologiei. Pentru un diagnostic clinic al demenței, dereglările cognitive ajung să fie atât de severe, încât pot afecta activitatea zilnică a vârstnicului.

Speranța de viață a unui pacient cu un diagnostic clinic de demență este redusă semnificativ. Marcherii neurologici ai afectării reprezintă plăcile senile bogate în amiloid, depunerile neurofibrilare și degenerescența neuronală [2].

Țesutul nervos este cel mai vulnerabil și odată distrus, el nu se mai regenerează, din această cauză este important să cunoaștem măsurile de prevenire a influențelor vătămătoare din partea unor factori ca: comoții cerebrale, iradiere ionizantă, consum exagerat de somnifere, alcool, nicotina, afecțiuni intrauterine, afecțiuni grave ale sistemului nervos (mielita, poliomielita, neurita, neurosifilis), surmenajul psihic și neurozele [3].

Demența este o boală, care apare ca urmare a afectării creierului. Ea se caracterizează printr-un declin progresiv al funcțiilor mintale. Sunt afectate memoria, limbajul, intelectul, abilitățile sociale, reacțiile emoționale, modul de comportare. Pe măsura evoluției bolii se reduce posibilitatea persoanei de a realiza activitățile de fiecare zi. Demența este o boală destul de frecventă la persoanele în vârstă. Ea apare la 1 din 15 persoane de peste 65 de ani și la 1 din 4 persoane de peste 85 de ani.

Profilaxia dereglărilor cognitive constă în organizarea unui regim rațional de viață în care se asigură o alternanță ritmică optimă între activitate, odihnă și alimentație. Îmbinarea repaosului absolut (sommn) cu repaosul parțial (plimbare, jocuri sportive, etc.) este cel mai bun mijloc de refacere a energiei și de prevenire a oboselii patologice a sistemului nervos. În combinație cu terapia medicamentoasă specifică, persoanele suferinde de demență ar trebui să beneficieze de servicii medicale integrate, care să le asigure: îngrijirea primară, îngrijirea la domiciliu, servicii speciale de zi, îngrijire specializată în cămin – spital, îngrijire intermediară și de recuperare, îngrijire în cadrul spitalelor generale, servicii specializate de sănătate mintală, incluzând echipe comunitare de evalaure a

sănătății mintale, servicii de evaluare a memoriei, terapii psihologice și de îngrijire la domiciliu [5].

Scopul lucrării. Studiarea parametrilor determinanți ai dereglărilor cognitive a populației vârstnice și elaborarea unui set de măsuri de prevenire a acestora.

Material și metode. Studiul a fost proiectat pentru a culege informații dintr-un eșantion format din 100 de persoane din mediul urban și rural, cu vârste cuprinse între 65 și 95 ani din diferite localități din Republica Moldova, majoritatea fiind pacienți din secția de Geriatrie al Spitalului Clinic al MSMPS. Pentru efectuarea acestei lucrări au fost folosite următoarele materiale: 100 de chestionare pentru vârstnici, date din fișele de observație a pacienților chestionați, date statistice despre dereglările neurologice la nivel național, surse din literatura de specialitate referitor la tema dată. Studiul efectuat și-a propus să descrie tulburările cognitive a populației de peste 65 de ani, din aspect medico-social, factorii de risc neurologici, metodele de profilaxie, terapie psihologica si sociala, ce ar contribui la îmbunătățirea calității vieții unui vârstnic suferind de demență.

Rezultate și discuții. În lucrarea noastră, rezultatele generale corespund cu datele internaționale, ce determină o prevalență a dereglărilor cognitive de mai mult de 50% la sexul feminin. La fel în cercetarea efectuată, ponderea la persoanele de sex feminin constituie 67% (67 pacienți), față de cea a persoanelor de sex masculin, 33% (33pacienti). Demența predomină la persoanele de peste 70 de ani, constituind în total 72%, rezultate ce sunt în concordanță cu datele din literatură care relatează, că atrofia cerebrală este dependentă de procesul de îmbătrânire și odată cu înaintarea vârstei, orice bătrân este predispus acțiunilor factorilor de risc privind demența. În cercetarea dată, ponderea cea mai mare a revenit persoanelor cu vârsta de 70-79 ani (40%), urmată de persoanele peste 80 de ani (32%) și respectiv, de cele de 65-69 ani (28%). Din totalul persoanelor chestionate, majoritatea vârstnicilor au domiciliul în mediul rural (66%), cei cu domiciliul în mediul urban – 34%. Conform literaturii, pe plan mondial majoritatea vârstnicilor suferinzi de demență locuiesc în mediul rural, unde populația nu este supusă unui lucru psihic încordat. În rezultatul studiului efectuat, putem confirma, că majoritatea pacienților demenți au un nivel de instruire mediu (42%) cu domeniul de activitate: muncitori (69%) și intelectuali (31%). Studiul atestă o stimulare cognitivă minimă, care reprezintă un factor determinant în degenerescența cerebrală. S-a dovedit, că potrivit datelor mondiale, demența rareori se prezintă ca patologie unică, ba din contra, este asociata cu o frecvență de 80% cu alte maladii, care agravează și mai mult starea vârstnicilor, formând sindromul de polipatologii. Asemenea se prezintă nivelul de afec-

tare somatică generală la vârstnici: un grad de afectare moderat (68%), ușor (20%) și sever (12%). Printre simptome se enumeră: greutatea în membre, spate, cap, cefalee, mialgii, pierdere de energie, fatigabilitate. Conform etiologiei ereditare s-a demonstrat că 63% au confirmat prezența rudelor cu afecțiuni nervoase, iar 37% au negat prezența acestora. Se constată o pondere majorată la persoanele cu transmitere ereditară pe linia parinți – buneii, determinând o cauză primordială în demențele confirmate la nivel național și internațional. Ca simptom precoce a fost identificat pierderea progresivă a memoriei de scurtă durată, tardiv – pierderea ireversibilă a memoriei de lungă durată, cu asociere de tulburări cognitive (afazo-apraxo-agnozice). Într-un final, pacienții au apreciat viața lor ca fiind una satisfăcătoare. Nu au fost observate diferențe semnificative între rezultatele studiului efectuat și concluziile formulate în literatura de specialitate. Majoritatea vârstnicilor suferinzi de demență sunt izolați și detașați de comunitate, ceea ce afectează și mai mult starea lor psiho-socială. Din persoanele în vârstă de peste 65 de ani, 58% afirmă că sunt mulțumiți de viața trăită, câte 15% se declară nemulțumiți și dezamăgiți, 6% sunt fericiți, și 5% sunt nefericiți, sau au o altă variantă de răspuns – 1%. Pacienții cu demență au nevoie de supraveghere și îngrijire permanentă din partea familiei sau a unui îngrijitor specializat, pentru a le ameliora și îmbunătăți cât de cât condițiile, modul de viață și a avea o bătrânețe un pic mai frumoasă.

Concluzii.

1. Demența mai frecvent se întâlnește la femei, cu domiciliul în mediul rural, cu vârsta de peste 75 ani, iar conform stării sociale – la muncitori și persoane cu nivel de instruire mediu.

2. La pacienții cu demență predomină prezența rudelor ce suferă de afecțiuni nervoase, ceea ce denotă etiologia ereditară, iar factorii de risc sunt: alcoolul, nicotina, traumele, surmenajul psihic. Alzheimer deseori este asociată cu alte patologii, determinând sindromul de polipatologii.

3. Ca simptom precoce a fost identificată pierderea progresivă a memoriei de scurtă durată, mai tardiv – pierderea ireversibilă a memoriei de lungă durată, cu asociere de tulburări cognitive (afazo-apraxo-agnozice). Într-un final, pacienții au apreciat viața lor ca fiind una satisfăcătoare.

4. Profilaxia dereglărilor cognitive constă în organizarea unui regim rațional de viață, în care se asigură o alternanță ritmică optimă între activitate, odihnă și alimentație. Îmbinarea repaosului absolut (somm) cu repaosul parțial (plimbare, jocuri sportive, etc.) este cel mai bun mijloc de refacere a energiei și de prevenire a oboselii patologice a sistemului nervos.

Referințe bibliografice

1. Negară A., Blaja-Lisnic N., Maniuc O. Compendium de geriatrie. Chișinău, 2012, p.123.
2. Gagauz O. Îmbătrânirea populației: probleme și perspective. In: Valorificarea rezultatelor științifice – baza dezvoltării economiei naționale. Chișinău, 2004, p. 261.
3. Popescu C.D. Îmbătrânirea creierului și a sistemului său arterial. Iași, 1997, p. 123.
4. Oprea N., Nacu A., Oprea V. Psihiatrie. Chișinău, 2007, p. 263.
5. Prelipceanu D. Psihiatria clinică. București, 2013, p. 699.
6. Tibs M., Kingsley J. Social Work and Dementia. 2001, p. 233.

STABILIREA TACTICII DE TRATAMENT ÎN AFECȚIUNILE PARODONTALE LA ADOLESCENȚII CU DIABET ZAHARAT TIP 1

Vitalina Ojovan, medic endocrinolog, drd.

Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară

vitalina.usmf@ojoo.com

Andrei Luchianiuc, medic stomatolog

Catedra de stomatologie terapeutică, Universitatea de Stat de Medicină și

Farmacie „Nicolae Testemițanu”

luchianiucandrei@mail.ru

ESTABLISHING TREATMENT TACTICS IN PERIODONTAL DISEASE IN ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES

A special contingent of patients is that of adolescents with type 1 diabetes. It is an obviously vulnerable category. In this regard, it is necessary to apply a special therapeutic tactic. This tactic involves an interdisciplinary approach, a close collaboration between dentist and endocrinologist.

Conform *Organizației Mondiale a Sănătății* (OMS) și *Federației Internaționale de Diabet* (FID), diabetul zaharat (DZ) constituie una dintre cele mai stringente probleme ale secolului XXI și este o povară grea pentru sistemul de sănătate, pentru întreaga societate, atât la nivel global, cât și la cel din R.Moldova.

Un efect dezastruos al DZ constă în faptul scăderii calității vieții persoanelor afectate de diabet, accentuarea la acestea a depresiei, apatiei de a trăi, disconfortului psihologic persistent ș.a. Acestea uneori duc la afecțiuni psihice și chiar suicid.

În R. Moldova la moment numărul persoanelor cu DZ este peste 110 mii persoane, din care peste 500 copii.

La începutul anilor 1990 parodontita a fost denumită “ a șasea complicație a diabetului zaharat “, (Loe H. 1993), iar în 2003 ADA (*American Diabetes Associations*) a specificat că boala parodontală este adeseori întâlnită la persoanele cu diabet. În anul 2011 ghidul ADA include examinarea dentară în cadrul evaluării diabetului zaharat. În ultimul timp s-a pus foarte mult accentul pe relația “two-way”, dintre diabet și parodontită, stabilindu-se că diabetul este un factor de risc pentru parodontită dar și parodontita ar putea avea un efect negativ asupra controlului glicemic.

Cercetările realizate într-un grup mare de copii Brazilieni diabetici cu vârsta medie de 13 – 17 ani au depistat gingivita și parodontita în 21% și 6%. În grupul de control din subiecții studiului. Într-un grup de lituanieni copii cu diabet zaharat în vârstă de 10-15 ani, prevalența consumului de gingivita versus grupul de control a fost de 27% și, respectiv, 13%. Persoanele cu diabet zaharat sunt predispuse la dezvoltarea bolilor dentare, cum ar fi gingivita, parodontita. Diferențele semnificative între diabetici și de persoanele sănătoase apar anume în adolescență.

Debutul și evoluția parodontitei la pacienții cu diabet zaharat sunt induse de microangiopatie diabetică, tulburări de răspuns imun și o rezistență mai mică la infecții, tulburări în metabolismul colagenului. Hiper-glicemia are, de asemenea, în mod indirect un efect nociv, stimulând celulele sistemului imunitar la eliberarea citokinelor inflamatorii, care ulterior vor declanșa apariția afecțiunilor țesutului parodontal. În ultima perioadă studiile demonstrează corelația dintre gravitatea diagnosticului parodontal și vârsta de debut al diabetului zaharat: cu cât vârsta de debut al DZ este mai mică cu atât este mai grav afectat parodontul. În același timp s-a dovedit, că tratamentul cu succes al afecțiunilor parodontale reduce nivelul de glucoză din sânge.

Apariția legăturii între boala parodontală și diabetul zaharat a creat condiții pentru a analiza noua abordare interdisciplinară și a face față problemelor sănătății orale la astfel de categorii de pacienți ca una de sistem.

Afecțiunile parodontale evoluează o perioadă de timp îndelungată cu efecte deseori ireversibile până la pierderea dinților. Simptomele incipiente nu sunt întotdeauna evidente pentru adolescent: cum ar fi sângerarea gingivală, ceea ce duce la creșterea incidenței bolii. Rezultatele tratamentului afecțiunilor parodontale nu vor depinde doar de competențele medicului, ci și de cooperarea adolescentului.

Obiectivul tratamentului parodontal constă în: stoparea evoluției afecțiunilor parodontale și stabilizarea structurilor țesuturilor parodontale cu reabilitarea morfo-funcțională.

Etapele de tratament trebuie să fie individualizate și pot fi modificate în dependență de diagnosticul stabilit: etapa de terapie inițială, de reevaluare, chirurgicală, ortodontică, protetică, de menținere.

Este importantă comunicarea cu medicul endocrinolog pentru stabilizarea, echilibrarea metabolică a pacienților cu diabet zaharat tip I și controlul eficient al statutului parodontal dereglat.

Concluzii:

1. Dintre factorii care pot afecta starea parodonțiului: nivelul de glucoză în sânge, gradul de control asupra fluxului de zahăr, starea de igienă a cavității bucale ale pacienților, respectarea recomandărilor stomatologului.

2. Tratamentul parodontal se realizează ținând seama de medicația antidiabetică și riscul de hipoglicemie.

3. Persoanele cu glicemie bine controlată răspund la terapia parodontală ca și cei nondiabetici, cei cu glicemia prost controlată au un răspuns mai puțin favorabil la tratament.

4. În cazul parodontitei generalizate tratamentul mecanic subgival necesită asocierea unui antibiotic atât din perspectiva impactului asupra bolii, cât și diminuarea riscului de bacteriemiei.

5. Actul medical stomatologic trebuie să fie cât mai scurt, atraumatic și puțin stresant.

6. Desfășurarea de activități educaționale în rândul pacienților vizați privitor la stil de viață sănătos, îngrijirea orală preventivă.

7. Necesitatea unei cooperări mai strânse a medicului de familie, endocrinolog și stomatolog.

IMPACTUL VULNERABILITĂȚII FIZICE ȘI MENTALE ASUPRA RELAȚIEI DINTRE BOLILE CARDIOVASCULARE ȘI DECONDIȚIONĂRII FIZICE

Olga Bernaz, student-doctorant

Catedra Medicina de Laborator, Universitatea de Stat de Medicină

și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

b-olia-v@mail.ru

THE IMPACT OF PHYSICAL AND MENTAL VULNERABILITY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN CARDIOVASCULAR DISEASES AND PHYSICAL CONDITIONING

Sedentary lifestyle: is defined as the lack of physical activity and movement, which contributes to the development of atherosclerosis, the benefits and comfort of modern life (cars, television) have led to a marked reduction in physical activity.

Lipsa activității fizice se consideră ca cea mai mare problemă de sănătate publică din secolul XXI. Ne petrecem cea mai mare parte a zilei pe scaun, fie în mijloace de transport, fie la birou și nu ne dăm seama cât de periculos este asta pentru sănătate. Organizația Mondială a Sănătății a declarat despre absența sau reducerea marcată a activității fizice (sedentarismul) că este în prezent a 4-lea cel mai important factor de risc (FR) de mortalitate în lumea întreagă, factor amenințător, ce stă la baza instaurării decon condiționării fizice. Sindromul de decon condiționare este un termen folosit pentru a descrie scăderea toleranței la efortul fizic, ceea ce va duce la un dezechilibru muscular [1].

În România, peste 50% din populație are probleme de sănătate, din cauza supra-alimentării și a lipsei de activitate fizică. Tehnologia a evoluat și am fost constrânși să ținem pasul. Sănătatea noastră are de suferit și odată cu ea se duce și forma fizică. Specialiștii în domeniu și cercetătorii afirmă că trebuie să se conștientizeze că exercițiile fizice, chiar dacă sunt practicate ocazional, reduc riscurile bolilor. Cercetările arată că în țările europene, cu excepția celor nordice, unde există un adevărat cult pentru mișcarea în aer liber, în mediul urban, în jur de 85% din persoanele adulte sunt sedentare. Și aproape jumătate din persoanele sedentare nu realizează faptul că au un mod de viață nesănătos. Această lipsă continuă de mișcare duce la îngrășare excesivă, apatie, cauzează stări de anxietate, provoacă boli de inimă și depresii greu recuperabile [2].

Sedentarismul predispozează la obezitate, constipație, stază venoasă și multe alte tulburări funcționale. Rata aterosclerozei, a infarctului miocardic și a accidentului vascular cerebral este de două ori mai mare la persoanele sedentare, decât la cele care depun o activitate fizică. Un adult, cu o condiție fizică slabă, va pierde la fiecare 10 ani aproximativ 10% din capacitatea sa cardio-pulmonară. Un stil de viață sedentar încetinește circulația sângelui iar vasele sangvine devin rigide și se pot bloca. În cazurile avansate grave, acest lucru conduce la ateroscleroză și stop cardiac [3]. Potrivit unui studiu, lipsa de activitate fizică la vârsta de mijloc crește riscul decesului din cauza bolilor cardiovasculare (BCV) cu 52% la bărbați și 28% la femei [4]. Astfel, prevenția BCV este de importanță primordială în viața medicală și socială, fiind pe drept recunoscută ca fiind o componentă esențială în managementul pacienților cu risc sau cu diverse forme de BCV. Prevenția este totodată cea mai eficientă metodă de intervenție pe termen lung asupra pacienților cu multipli FR cardiovascular [5].

Printre cele mai efective activități de întreținere în recuperarea populației adulte cu decon condiționare psihofizică se numără la ora actuală „Metoda Pilates”. În această lucrare ne-am propus să elucidăm

importanta conceptului Pilates ca un sistem de condiționare fizică și mentală care poate spori forța fizică, flexibilitatea organismului, reduce-re stresului, îmbunătățirea concentrării și a unei stări de bine. Datorită faptului, că metoda ajută la conștientizarea și cunoașterea corpului, aceasta are un impact puternic asupra activităților motrice pe care le practică populația adultă. Metoda Pilates reprezintă un sistem unic construit din exerciții de întindere, de tonifiere a corpului și de relaxare. Filosofia metodei constă în mare parte din integrarea și angajarea complexă a întregului corp [6, 7, 8].

Scopul studiului constă în perfecționarea procesului de recuperare a femeilor vulnerabile supuse sedentarismului și riscurilor cardiovasculare prin crearea unui program personalizat utilizând metoda Pilates, cu respectare strategiilor de pregătire a acestora prin perspectiva categoriilor de grupe începătoare spre avansați.

Obiectivele studiului. 1) Studiarea aspectelor teoretice și practice ale procesului de recuperare prin folosirea metodei Pilates la femeile cu sindrom de decon condiționare fizică, ca metoda eficientă de prevenire și recuperare a bolilor cardiovasculare. 2) Evaluarea indicilor antropometrici, somato-funcționali și ai calității vieții la femeile cu sindromul de decon condiționare fizică de vârsta a II-a, recuperate prin metoda Pilates

Materiale și metode. Pentru a realiza o analiză de ansamblu a literaturii de specialitate la tema abordată, am studiat lucrările care au fost publicate în PUBMED, MEDLINE, SCRIBD și lucrări scrise de autori autohtoni și străini, în care se tratează problema de decon condiționare fizică și riscul de formarea a bolilor cardiovasculare. Desfașurarea acestei teme necesită înrudirea lucrărilor din diferite domenii, cum ar fi: anatomie, fiziologie, kinetoterapie, psihologie, filosofie, sociologie, pedagogie etc.

Metoda Pilates este destul de vag studiată în literatura de specialitate din Republica Moldova cât și România, dar cercetări mai ample bazate pe experimente realizate prin folosirea metodei Pilates în kinetoterapia sunt foarte limitate. Din acest motiv considerăm că cercetările întreprinse în cadrul acestei lucrări sunt bine-venite și pot fundamenta atât teoretic cât și practico-metodic programul Pilates, ca metodă eficientă de optimizare a procesului de recuperare în programele de kinetoprofilaxia primară, ținând cont de particularitățile individuale fiziologice, somatice, motrice și psihologice ale pacienților cu sindrom de decon condiționare fizică.

Acest studiu prospectiv a fost realizat pe o perioadă de peste 6 luni (octombrie 2019 – aprilie 2020), în cadrul centrului fitness „Unica Sport”. S-au examinat 13 femei cu sindrom de decon condiționare fizică, cu vârsta între 40-60 ani, recuperate prin metoda Pilates timp de 6 luni. Studiul a decurs în două etape de cercetare, înainte și după ciclul de recuperare.

S-au evaluat indicii antropometrici, somato-funcionali (hemodinamici, ECG și EcoCG) și ai calității vieții prin utilizarea chestionarului SF-36, introduși în 13 chestionare care au fost completate și analizate la etapa I-a, înainte de a frecventa antrenamentele după metoda Pilates, și la etapa a II-a – la finele ciclului de recuperare (6 luni).

Cele opt scale ale testului SF-36 au fost utilizate pentru fiecare femeie la cele 2 etape ale studiului și rezultatele au fost comparate cu normele populației generale (PG) din SUA [9].

În scopul analizei și interpretării datelor cercetării, acestea au fost supuse prelucrării prin intermediul soft-ului Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versiunea 21. Datele sunt prezentate sub formă de indicatori statistici, abaterea standard (σ), eroarea reprezentativității (m), iar autentificarea diferenței valorilor studiate a fost apreciată prin determinarea criteriului t-Student, cu o probabilitate mai mare de 95% ($p < 0,05$).

În procesul de recuperare a persoanelor cu decon condiționare fizică prin aplicarea Metodei Pilates a fost necesar de a lua în considerare următoarele principii: 1) executarea exercițiilor se face lent și ritmic, fără mișcări bruște; 2) exercițiile se execută din poziții stabile, care să permită un maxim de randament muscular; 3) progresivitatea exercițiilor trebuie să fie lentă, de la exerciții cu o intensitate mică spre exerciții cât mai complexe [10,11]. În studiul nostru au fost utilizate exercițiile de tipul Mat Pilates. La inițierea programului, prima sesiune a fost dedicată explicării elementelor de baza a tipului de exerciții Mat Pilates. Acesta sesiune a inclus explicația poziției neutre a coloanei vertebrale, tehnicilor corecte de respirație utilizate în timpul efectuării exercițiilor Pilates. După sesiunea introductivă, s-a trecut la programul propriu-zis de recuperare a decon condiționării fizice pe o durată de minimum 6 luni. Programul a constat în trei sesiuni per săptămână, durata fiecărei sesiuni a fost de 60 minute, pe această perioadă s-a pus accent și pe intensitatea exercițiilor aplicate. Toate sesiunile începeau cu exerciții speciale pentru stimularea respirației. Exercițiile de bază respectau unele principii în consecutivitatea poziției corpului pe toată perioada sesiunii de antrenament, primul set de exerciții efectuate se axau pe poziția ortostatică, urmate de exerciții în poziția **șezută**, apoi poziția culcat integral la saltea, iar ultima parte a sesiunii consta în 10 minute de exerciții de relaxare. Exercițiile au fost adaptate fiecărei persoane în parte, acesta fiind motivul pentru care tipul de exerciții Mat Pilates este foarte eficace pentru persoanele cu decon condiționare fizică și cu riscul de boli cardiovasculare, deoarece evită erorile care ar putea să apară în urma unui program de recuperare. Un alt beneficiu al tipului de exerciții Mat Pilates, consta în faptul că persoana devine conștientă de propriile capacități, de limitele personale, știind că

are posibilitatea de a se adapta exercițiilor propuse de această metodă în dependență de problema de sănătate personală [10].

Rezultate și discuții. Studiul a fost unul prospectiv, desfășurat între anii 2019-2020. Procarea datelor colectate a constatat vârsta medie a femeilor de 46.3 ± 2.00 ani ($SD = 7.22$). Rezultatele cercetării au fost prezentate sub formă de analiză comparativă la începutul și sfârșitul studiului. Conform așteptărilor, cea mai influențată a fost masa corporală, media rezultatelor căreia au fost următoarele: la testarea inițială (TI) – 67,58 kg cu deviația standard (SD) – 9,33, iar la testarea finală (TF) – 66,18 kg cu deviația standard (SD) – 8,64. Scăderea semnificativă aici este redată de valoarea calculată a lui t (4,09) prin aplicarea testului T-dependent, iar valoarea lui p fiind mai mică de 0,05 ($p=0,001$). Masa corporală a scăzut semnificativ între cele două testări în mediu cu 1.4 kg (2,07 %), de la 67,5 kg la 66,8 kg.

Examinarea sistemului cardiovascular (hemodinamicii) în timpul ședinței de 1 oră de antrenament după tipul de exerciții Mat Pilates la femeile cu sindrom de decondiționare fizică a adus o scădere a tensiunii arteriale sistolice și diastolice de la 124.43/83.46 la 117.38/79.69 mmHg, semnificativă fiind din punct de vedere statistic doar pentru cea sistolică. Această scădere este redată de valorile calculate ale lui $t = 1.27$ și $t=1,69$, valorile lui p fiind mai mică de 0,05 ($p=0,026$) în primul caz și mai mare de 0,05 ($p=0,115$) – în al doilea caz.

Examinarea frecvenței contracțiilor cardiace (FCC) și pulsului (toți subiecții cu ritm sinuzal la ECG) și saturației organismului cu oxigen înainte și după antrenamente a demonstrat în primul rând o creștere nesemnificativă a pulsului după exerciții care este redată de valoarea calculată a lui t (0,339) prin aplicarea testului T-dependent, iar valoarea lui p fiind mai mare de 0,05 ($p=0,740$).

Realizarea prezentei cercetării s-a efectuat și în baza chestionarului SF-36 cu privire la calitatea vieții. Chestionarul a cuprins o serie de întrebări, a căror finalitate constă în reliefa indicatorilor utili în analiza sarcinilor de cercetare.

Corelarea tuturor informațiilor obținute din analiza chestionarelor la inițierea procesului și după 6 luni de recuperare ne-a oferit o imagine de ansamblu asupra modului de desfășurare a recuperării pacienților cu sindrom de decondiționare fizică prin folosirea tipului de exerciții Mat Pilates, de unde au rezultat efectele pozitive ale metodei respective asupra stării fizice cât și mentale.

Dupa efectuarea statisticii descriptive pentru fiecare scală din chestionarul SF – 36: PF – funcționalitatea fizică, RP – rolul funcționalității fizice, BP – durerea corporală, GH – sănătatea generală, VT – vitalitatea, FS – funcționalitatea socială, RE – rolul funcționalității emoționale, MH –

sănătatea mentală se obțin următoarele rezultate: Scorul funcționalității fizice pentru Etapa I a fost 75.17% și pentru Etapa II –73.6%, pe când cel din populația generală a fost 84,2%. Scala rolul funcționalității cuprinde Itemi a căror scoruri ne scot în evidență un procent mare pentru pacienții la Etapa II- 76.92% și la Etapa I- 53.85% – comparativ cu cel din populația generală – 81%. Durerea corporală pentru aceleași două categorii a fost 54,42% și 66,35 %, comparativ cu 75,2 % scorul din populația generală. Scorul sănătății generale la I,II Etape – 64,23%, și 59,62% pe când în populația generală scorul standard a fost 71,9%. Scorul vitalității a fost 53.85% și 50,77%, iar cel standard a fost 60,9 %. Scorul funcționalității sociale pentru pacienții din Etapa I I și Etapa II a fost 75% și 79,81%, iar scorul populației generale a fost 83.3 %. Scorul rolului funcționalității emoționale a fost pentru pacienții din ambele grupe următorul: 53,85 % și 92,3%, comparativ cu 81.3% în populația generală. Scorul sănătății mintale a fost 60,62 % și 56,46%, iar cel al populației generale 74,4 %. Toate scările formează două concepte generice: SF – sănătate fizică, SM – sănătatea mentală [9,10]. Rezultatul la primul conceptul generic (SF) a dat următoarele rezultate pentru Etapa I-61,92 % și pentru Etapa II-69,12%, comparativ cu 78,05 % în populația generală. Sănătatea mentală (SM) al doilea concept generic care a dat următoarele rezultate la pacienți din Etapa I-60,83% și din Etapa II -69,84%, comparativ cu populația generală 74,98%.

Așadar, sindromul de decondiționare fizică accentuează manifestările psihosomatice la femei reflectând deteriorarea statusului metabolic, cardiovascular etc. Chestionarul SF-36 health survey” este un scor complet pentru evaluarea calității vieții după perfecționarea procesului de recuperare la femei cu sindrom de decondiționare fizică. Posibilitatea nouă pe care o aduce acest chestionar în cazul dat constă în abordarea complexă a acestor respondenți, atât din punct de vedere a suferințelor somatice, cât și a statusului psihosomatic. Disconfortul pe care-l aduce sindromul de decondiționare fizică pentru femeile din studiul dat, are un impact serios asupra calității vieții lor. Acest impact se produce atât la nivel fizic prin reducerea capacității de muncă, durerii osteo-articulare, scăderii forței musculare, cât și la nivel mental prin apariția unor manifestări de tip psihologic și emoțional, în primul rând de tip depresiv, anxios, etc. Se mai constată și efectul benefic al utilizării metodei Pilates asupra calității vieții femeilor cu sindrom de decondiționare fizică prin îmbunătățirea scorurilor Sănătății fizice cu 7,2% și Sănătății mentale cu 9,01%.

Prin urmare, rezultatele obținute la fiecare din indicatorii reprezentativi pentru analiza masei corporale și susținute de calculele statistice efectuate relevă ameliorări veridice în lotul de femei de la inițierea studiului până la finisarea acestuia. La nivelul ambelor testări indicele de

masă corporală s-a îmbunătățit. Prin aceste ameliorări considerăm că programele practicate de respondenți prin tipul de exerciții Mat Pilates și-au atins scopul și au contribuit considerabil la îmbunătățirea calității vieții din perspectiva reducerii masei corporale, ceea ce duce la scăderea riscurilor de BCV. Rezultatele obținute în cadrul cercetării preliminare precum și recomandările literaturii de specialitate afirmă că metoda Pilates contribuie atât la modelarea corpului prin eliminarea treptată a ponderalității cât și la menținerea funcției cardiovasculare.

Din analiza literaturii de specialitate constatăm că există un interes tot mai mare acordat Metodei Pilates, fiecare autor încercând să promoveze în rândul populației diferite programe atât în scop profilactic cât și terapeutic. Constatăm că Metoda Mat Pilates se adresează cu prioritate către optimizarea calitativă a contracției musculare în strânsă legătură cu forța, suplețea și coordonarea intramusculară și intermusculară. Recuperarea femeilor vulnerabile (de vârsta a II-a) cu sindrom de decondiționare fizică prin tipul de exerciții Mat Pilates constată impactul tot mai puternic al metodei date atât pentru statusul psihosomatic cât și pentru cel psihofizic și aceste aspecte sunt foarte puțin studiate și descrise în literatura de specialitate de către cercetătorii autohtoni dar și de cei străini. Disconfortul care aduce sindromul de decondiționare fizică pentru femeile vulnerabile, are un impact serios asupra calității vieții lor. Utilizarea chestionarului calității vieții SF-36 ne-a oferit posibilitatea să monitorizăm efectele metodei Pilates timp de 6 luni asupra acestor aspecte ale sănătății lor. Rezultatele obținute la fiecare din indicatorii antropometrici relevă îmbunătățiri semnificative și considerăm că programele practicate de către femeile cu sindrom de decondiționare fizică prin metoda Pilates au contribuit esențial la reducerea masei corporale. Iar rezultatele obținute față de indicatorii hemodinamici demonstrează o scădere a tensiunii arteriale sistolice și diastolice, veridică fiind din punct de vedere statistic doar pentru cea sistolică.

Referințe bibliografice

1. Esh C. E. E. L. The Impact of the Pilates Concept on the Health Condition of the Contemporary Man Diana COJOCARI 1, Eugeniu AGAPII 2, Igor CAMBUR 3. 2017, p. 83–86.
2. Dragan Ioan. Pledoarie pentru sanatate. Bucuresti: Editura Albatros, 1983, p.5-9.
3. Mach F. et al., – 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. In: Eur. Heart J., 2019, Aug. p. 18-23.
4. Center for Disease Control: Prevalence of sedentary lifestyle-Behavioral risk factor surveillance system, United States, 1991. MMWR 1993; p. 42:576–579.

5. Progress in Cardiovascular Diseases. Volume 53, Issue 6, May–June 2011: p. 387-396.
6. Ispas A.M., Macovei S. Benefits of using Pilates apparatus in motor activities for keeping fit. In: Science, Movement and Health, Vol. XVI, ISSUE 2, Supplement, 2016, September 2016, 16 (2, Supplement), p. 490-496.
7. Brîndescu S. Beneficiile practicării activităților de timp liber. In: Revista Marathon. Universitatea de Vest Timișoara, 2010, Vol II, Nr. 2.
8. Dufour A., Riveccio P, La methode Pilates. In: HACHETTE Practique, 2006, p 68-74.
9. CALITATEA VIEȚII, XVII, nr. 1–2, 2006, p. 73–91.
10. Fourie M., Gildenhuis G. M., Shaw I., Shaw B. S., Toriola A. L., & Goon D. T. Effects of a mat Pilates programme on body composition in elderly women. In: The West Indian Medical Journal, 2013, 62(6), p. 524–528.
11. Nora St.J. Reformer 2, A detailed guide for teaching Pilates. Balanced Body Inc, USA, 2007.

SINDROMUL METABOLIC ȘI MICROBIOTA INTESTINALĂ – INTERRELAȚII ȘI INTERDEPENDENȚE

Vasile Fedash, dr. șt. med., cercet. șt. coord.

Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, R. Moldova

vasilefedash@gmail.com

THE METABOLIC SYNDROME AND THE INTESTINAL MICROBIOTA – INTERRELATIONS AND INTERDEPENDENCES

The metabolic syndrome and gut microbiota are two decisive biological phenomena for maintaining the homeostasis of organisms. The relationships between their different components, the interaction of various substances and metabolites, and their correction can direct towards stopping and regressing many pathological processes in their early phase and ensuring the health of the population.

Definit ca o grupare de stări patologice, cu tulburări metabolice, hormonale și clinice manifestate prin creșterea masei corporale, a rezistenței la insulină, concomitent cu scăderea sensibilității țesuturilor periferice, urmate de o hiperinsulinemie compensatorie, care afectează schimbul de lipide, protide și grăsimi, sindromul metabolic (SM) reprezintă un factor important și un predictor în apariția unor maladii severe cum ar fi bolile cardiovasculare, diabetul zaharat tip II, obezitatea, supraponderalitatea etc.

Definiția nu este exhaustivă, iar interpretările în această complexă problemă sunt controversate și de multe ori ambigui. Nerecunoscut de Comitetul de experți OMS nici până astăzi ca entitate aparte datorită

varietății și variabilității de componente și de asocierile dintre ele cu o suită de manifestări metabolice și clinice impresionante, SM cu toate acestea rămâne a fi un factor de risc major în apariția unor maladii severe cu o morbiditate și mortalitate în continuă creștere [1].

Există o strânsă corelare între acest sindrom și diferite organe și sisteme ale organismului care într-un fel sau altul sunt direct implicate în schimbările metabolice. Sistemul digestiv este cel mai strâns legat de aceste procese patogenice influențate de insulinorezistență și hiperinsulinemie, ele având niște determinante comune. Acest lucru este important în diagnosticul precoce al SM, deoarece unele tulburări în sistemul digestiv preced apariția și pot servi ca markeri elocvenți. În acest sens, ca factor cheie al acestor raporturi apare microbiota intestinală [2].

Încă la începutul sec. XX marele savant rus cu origini române I.I. Mecinikov afirma profetic la 1908, că „multitudinea și varietatea asocierilor de microorganisme, care populează tubul digestiv al omului, în mod substanțial determină sănătatea lui fizică și psihică” [3].

Ultimele cercetări și date confirmă cifre astronomice populaționale de diferite microorganisme care conviețuiesc simbiotic în corpul uman, cu o greutate de 1-3% din masa lui într-un număr de 10^{13} – 10^{15} . Există circa 30000 mii specii cu 70000 tulpini de bacterii comensale, simbiotice și patogene. Marea lor majoritate populează intestinul în diferite concentrații: 101-103 celule la un gram în partea superioară a tubului digestiv, și 1011-1012 în partea lui inferioară (colon). Varietatea largă a acestora este reprezentată de bacterii, viruși, bacteriofagi, infuzorii, ciuperci etc. Dintre bacteriile cele mai răspândite fac parte: Firmicutes (*Lactobacillus*, *Clostridium*, *Enterococcus*), Bacteroidetes (speciile *Bacterioides*), Actinobacterii (*Bifidobacterium*), Proteobacterii (*Escherichia coli*), Fusobacterii, Verrucomicrobia și Cianobacteriile [8], ultimele fiind în concentrații mult mai mici. Dominante sunt Bacteroidetes (20-25%), Firmicutes (60-65%), Proteobacteria (5-10%) și Actinobacteria (3%).

Mai concret, pentru tubul digestiv tipice sunt 1000-1150 specii bacteriene. Organismul uman posedă un set de 160 specii tipice, iar 57 dintre ele sunt comune pentru 90% din microbiota intestinală. Dintre ele 50% sunt producătoare de butirati, cealaltă jumătate sintetizând doi acizi grași cu lanț scurt – acetatul și propionatul și trei intermediatori metabolici – lactatul, succinatul și formiatul.

Aceste substanțe pot fi utilizate ca markeri predictorii ai unor patologiilor cu largă răspândire. Astfel utilizând codul bacterian, în dependență de particularitățile sale putem determina și prezice riscurile metabolice în apariția diferitelor maladii. De exemplu, enterotipul *Bacterioides* presupune un risc minor al obezității. Prezența *Ruminococcus* se asociază cu riscuri de apariție a diabetului zaharat tip II, iar *Prevotella* predispune la ulcer stomacal. Prin urmare, microbiota are un rol destul de important în

declanșarea mecanismelor precoce al multor tulburări metabolice funcționale, care cu timpul se transformă în boli metabolice: obezitate, diabet zaharat tip II, boli cardiovasculare, digestive, bronhopulmonare, neurologice, endocrine, imune etc., cu grav impact asupra sănătății, calității vieții și a speranței de viață în general. Microbiota realizează trei funcții de bază în macroorganism: homeostatică, imunomodulatorie și metabolică [4].

Metode ultramoderne de cercetare folosesc analiza metagenomică bazată pe secvențierea ADN-ului genomic total, izolat din materialul biologic (shotgun metagenomics) sau pe studiul fragmentar genomic al ARN-ului ribosomal, amplificate pe matricea ADN-ului total cu utilizarea reacției polimerazei în lanț – PCR (rDNA metagenomics). Ele au permis inițierea unor studii aprofundate a microbiotei și au stabilit rolul și influențele ei asupra unor factori de risc metabolic. S-a constatat, că în apariția obezității microbiota intestinală are un rol determinant atât sub aspect genetic, cât și epigenetic. Cele mai importante clase de bacterii anaerobe care influențează **obezitatea** sunt *Bacteroidetes* și *Firmicutes*. Primele au un efect antiobezogen, ele favorizând menținerea masei corporale în limite fiziologice, pe când a doua clasă, dimpotrivă, este stimulatorie, iar raportul lor (F/B) poate fi un marker sigur în predicția obezității. Mecanismul patogenetic este realizat de către acizii grași cu lanț scurt (AGLS) reprezentați de acizii formic, acetic, propionic, valerianic și izo-valerianic, oleic și izo-oleic etc. Însă componenții de bază în proporție de 90% sunt acizii acetici, propionații și butirării în raport de 60:25:15. Ei posedă efecte metabolice pozitive, ducând la diminuarea apetitului, scăderea glicemiei, a nivelurilor de colesterol și acizi grași saturați. Butirării mai au și rol antiinflamator, ameliorează stresul antioxidant, hipercolesterolemia, rezistența la insulină și ictusul cerebral ischemic [5].

Un alt aspect important îl constituie inflamația cronică latentă cu impact direct asupra obezității, și care este provocată de lipopolizaharidele bacteriene ce stimulează atât inflamația, cât și insulinorezistența. Endotoxiemia bacteriană este un satelit constant al obezității cu urmări directe asupra metabolismului – hiperglicemia, hiperinsulinemia, hiperlipidemia. A fost observată o strânsă corelare dintre nivelul lipopolizaharidelor și cantitatea de *Bifidobacterium spp.*, ca și a citokinelor proinflamatorii cu greutatea corporală și masa țesutului adipos visceral [6].

Diabetul zaharat tip II se află și el în interrelații complexe cu microbiota intestinală prin mecanisme patogenice ce duc la apariția insulinorezistenței: 1) lipotoxicitate metabolică; 2) tulburări de secreție a incretinei; 3) schimbări în sinteza butirărilor. La rândul său el însuși provoacă disbioză, caracterizată prin scăderea numărului de bacterii producătoare de butirări. În paralel crește concentrația de *Lactobacillus gasseri* însoțută de hiperglicemie și creșterea hemoglobinei glicozilate (Hb A1c). Scade cantitatea de bacterii *Roseburia* și *Faecalibacterium prausnitzii* genera-

toare de mari cantități de butirăți cu efect pozitiv asupra sensibilității la insulină și evoluției diabetului [5].

Disbioza intestinală în diabetul zaharat tip II induce apariția insulino-rezistenței a receptorilor GPP 1 și GPP 2, ceea ce perturbă ulterior transmiterea semnalelor prin medierea N. Vagus. Producții de bază ai țesutului adipos brun – acetății, butirății și propionații au efect metabolic benefic prin creșterea activității mitocondriale, reducerea lipotoxicității metabolice, activarea gluconeogenezei intestinale și a activității hormonale. În general acțiunea acestor acizi ca și a unei serii de metaboliți ai microbiotei este îndreptată spre ameliorarea secreției de insulină glucozodependentă, scăderea absorbției glucozei în intestin, accelerarea glicolizei anaerobe a lipidelor și proteinelor, intensificarea producerii de lactoză în enterocite, intensificarea metabolismului acizilor biliari și reglarea raportului bacterian microbiotic.

Se poate concluziona că microbiota acționează asupra proceselor inflamatorii, care la rândul lor cresc rezistența la insulină, scad sensibilitatea receptorilor insuliniici și provoacă o hiperinsulinemie compensatorie, care în cele din urmă duce la apariția hiperglicemiei cronice, a hiperlipidemiilor și a hipocolesterolemiei- α și scăderea lipoproteinelor cu densitate înaltă.

Hipertensiunea arterială (HTA) rămâne a fi și ea una din problemele majore, care afectează sănătatea, fiind un factor de risc pentru *bolile cardiovasculare (infarct miocardic)* și *cerebrovasculare (ictus cerebral)*. În același timp HTA este și unul dintre componentele de bază ale sindromului metabolic, alături de diabetul zaharat tip II și obezitate. Această formă comorbidă numită și HTA de rezistență se supune cu greu tratamentului, datorită mecanismelor patogenice complexe în care sunt antrenate sistemul nervos vegetativ (simpatic și parasimpatic), endocrin (creșterea substanțială a norepinefrinei), sistemul renină-angiotensină-aldosteron. În paralel se activează și procesele inflamatorii subclinice la nivel sistemic de ultrastructură.

Cercetările din ultimele decenii au scos pe prim-plan noi factori și fenomene cu acțiune directă asupra apariției HTA rezistente. S-a observat că raportul dintre Firmicutes și Bacteroidetes (F/B) poate provoca procese inflamatorii prin penetrarea lipopolizaharidelor în circuitul sanguin cu efect toxic (endotoxine). Ca răspuns se activează celulele imunocompetente care produc mediatorii inflamației. Astfel crește proteina C-reactivă, interleucina 6 L, factorul de necroză tumorală α etc. Faptul se datorează migrației bacteriilor din intestin în patul sanguin favorizându-se inflamația (incipientă) și apariția preclinică a tensiunii arteriale [7].

Este cunoscut, că microbiota intestinală influențează și sistemul imunitar în întregime. La ieșirea din țesutul medular osos celulele imune sunt activate de microbiota intestinală în organele sistemului limfatic.

Prin peretele intestinal bacteriile și metaboliții lor pătrund în capilarele sistemului vascular, provocând așa numita inflamație cronică preclinică. Toxinele uremice provoacă inflamarea pereților intestinali, cu mărirea permeabilității și creșterea concentrației de endotoxine în sânge [6]. Aceste procese sunt urmate de tulburări ale funcțiilor endoteliale, diminuarea sensibilității la insulină și activarea sistemului renină-angiotensină-aldosteron ce favorizează apariția HTA.

Schimbarea masei bacteriene din intestin ca și a raportului Firmicutes/Bacteroidetes care în cazul apariției tensiunii arteriale crește de 5 ori, provoacă schimbări cantitative ale metaboliților. Acizii grași cu lanț scurt diminuează, iar cantitatea de lactobacterii crește.

Un rol aparte în acest sens îl au acizii oleici sau butirății [8]. Ei sunt sintetizați de tipurile Firmicutes (*Faecalibacterium prausnitzii*, *Roseburia spp.*). Butiratul acționează ca un factor epigenetic în apariția mai multor maladii. El inhibă sinteza colesterolului în intestin. Acidul oleic activează celulele T și previne infiltrarea lor, ameliorând funcțiile renale. Butiratul mai participă în expresia citokinelor, migrației celulelor imune și adezivitatea lor.

Aceste acțiuni antiinflamatorii sunt legate de inhibarea sintezei de γ -interferon, scăderea activității factorului de nucleu kappa B, inhibarea histon-deacetilazei, și au efect antihipertensiv pronunțat. Prin urmare acizii grași cu lanț scurt au o acțiune duală: ei pot manifesta acțiuni pro-dar și antihipertensive. S-a constatat că la subiecții hipertensivi, concentrația acestor acizi este scăzută ca și numărul de microorganisme care le produc.

E de remarcat că AGLS acționează și asupra sistemului nervos, ei penetrând bariera hematoencefalică, posedând capacități de reglare a sistemului nervos simpatic, prin intermediul receptorilor ganglionari, și influențând acțiunea sistemului vegetativ asupra intestinului prin intermediul căilor aferente ale nervului Vagus.

Stările disbiotice ale microbiotei pot exercita acțiuni prohipertensive datorită constricției vasculare ca urmare a oxidării lipoproteinelor cu densitate joasă. Creșterea nivelului lor inhibă oxidul de azot și endotelina-1, cu acțiune directă hipertensivă.

În final, în contextul celor expuse, ca urmare a noilor descoperiri, constatăm că are loc schimbarea de paradigme în abordarea sindromului metabolic și microbiotei intestinale cu posibilități reale de corecție a statutului metabolic și de remodelare a strategiilor terapeutice prin modificări microbiote.

Referințe bibliografice

1. Дедов И. И. и др. Морбидное ожирение. Москва: Медицинское информационное агентство, 2014, с. 605.

2. Аметов А.С. и др. Ожирение. Современный взгляд на патогенез и терапию: учебное пособие. Т. I. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
3. Оптимизация управления сахарным диабетом 2 типа: современные подходы к выбору терапевтической тактики. În: https://umedp.ru/articles/optimizatsiya_upravleniya_sakharnym_diabetom_2_tipa_sovremennye_podkhody_k_vyboru_terapevticheskoy_t.html (accesat: 10.09.2020).
4. Festi D., Schiumerini R., Eusebi L. H. et al. Gut microbiota and metabolic syndrome. In: World J. Gastroenterol., 2014, vol. 20(43), p. 16079-94. doi: 10.3748/wjg.v20.i43.16079.
5. Everard A., Cani P. D. Diabetes, obesity and gut microbiota. In: Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol., 2013, vol. 27(1), p. 73-83. doi: 10.1016/j.bpg.2013.03.007.
6. Vinolo M. A. R., Rodrigues H. G., Nachbar R. T., Curi R. Regulation of inflammation by short chain fatty acids. In: Nutrients, 2011, vol. 3(10), p. 858-76. doi: 10.3390/nu3100858.
7. Tang W. H. W., Hazen S. L. The contributory role of gut microbiota in cardiovascular disease. In: J. Clin. Invest., 2014, vol. 124(10), p. 4204-11. doi: 10.1172/JCI72331.
8. Canani, R. B., Di Costanzo M., Leone L. et al. Potential beneficial effects of butyrate in intestinal and extraintestinal diseases. In: World J. Gastroenterol., 2011, vol. 17(12), p. 1519-28. doi: 10.3748/wjg.v17.i12.1519.

KNOWLEDGE ABOUT ANTIMICROBIAL RESISTANCE AND PARTICULARITIES OF ANTIMICROBIALS USE AMONG MEDICAL STUDENTS

Livia Țapu,^{1,2}

¹ PhD student, *Nicolae Testemitanu* State University of Medicine and Pharmacy

² Junior scientific researcher, National Agency for Public Health
liviatapu@gmail.com

CUNOȘTINȚELE DESPRE REZISTENȚA LA ANTIMICROBIENE ȘI PARTICULARITĂȚILE CONSUMULUI DE ANTIMICROBIENE ÎN RÎNDUL STUDENȚILOR MEDICINIȘTI

Rezistența la antimicrobiene este astăzi una dintre problemele acute de sănătate publică. Microorganismele rezistente sunt responsabile de infecții grave, care cresc cheltuielile de sănătate și pot duce la deces. Peste 380000 de persoane din Uniunea Europeană contractă anual infecții cu microorganisme rezistente la antimicrobiene. În prezent, ca urmare a infecțiilor cauzate de microorganisme rezistente la antimicrobiene, 33000 de oameni mor anual în Europa și 700000 de oameni mor anual la nivel mondial din cauza epuizării resurselor terapeutice. Utilizarea necorespunzătoare a antibioticelor este una dintre principalele cauze ale dezvoltării

tării rezistenței antimicrobiene. Reieșind dinactualitatea temei și impactul semnificativ al rezistenței la antimicrobiene asupra sănătății publice la nivel național, regional și global, este necesar să se efectueze studii privind particularitățile medico-sociale ale rezistenței antimicrobiene.

Introduction. Antimicrobial resistance is the ability of a microorganism to withstand the action of an antimicrobial agent. Antimicrobial resistance is one of Public Health issues today. Resistant microorganisms are responsible for serious infections, which increase health expenditure and can lead to death [1]. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) estimated that infections caused by resistant microorganisms in European Union (EU) increase health expenditure by 1.5 billion euros per year [2]. Over 380000 people in European Union contract infections with antimicrobial resistant microorganisms annually. Currently, as a result of infections caused by antimicrobial resistant microorganisms 33000 people die in Europe every year and 700000 people die annually worldwide due to exhaustion of therapeutic resources [2, 3, 4]. Antimicrobial resistance problem is listed in Annex 1 to 2000/96/EC: Commission Decision of 22 December 1999 on the communicable diseases, this was already an important issue in the early 2000s. Inappropriate use of antibiotics is one of the main causes of antimicrobial resistance development [5, 6]. Based on the actuality and significant impact of antimicrobial resistance on public health at national, regional and global level, it is necessary to carry out studies on medico-social peculiarities of antimicrobial resistance.

Material and methods. A cross-sectional study was conducted. Epidemiological and statistical methods of study were used when conducting the study. A questionnaire on antimicrobial use was developed. The questionnaire consists of 3 parts: general data, data on recent antibiotic consumption and data on attitudes regarding antimicrobial use. To carry out the study, 164 national and international students from Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy were interviewed. Data were processed using Microsoft Excel and SPSS Statistics softwares.

Results. The medical students who participated in the study were from the Republic of Moldova – 90 (54,9%) and Israel – 74 (45,1%). The distribution by gender of interviewed students was the following: Female – 90 (54,9%) and Male – 74 (45,1%) with the age range between 19 and 23 years old. When asked if they ever used antibiotics, the students answered in the following way: yes – 138 (84,15%), no – 24 (14,63%), don't know – 2 (1,22%). 62 students (37,8%) from all participants have not used antibiotics during the last 12 months, 56 (34,15%) students have consumed antibiotics once, 42 (25,61%) students have consumed antibiotics 2-5 times

and 4 (2,44%) students are not sure about antibiotic consumption during last year. When asked if antibiotic use for animals can reduce the possibility of effective antibiotic treatment for humans, students answered as following: yes – 80 (48,78%), no – 40 (24,39%), don't know – 44 (26,83%). 70 (42,68%) students think that resistance can spread from animal to human, 40 (24,39%) students consider that resistance does not spread from animals to human and 54(32,93%) students don't know. 50(30,49%) students think that resistance can spread from human to human, 54 (32,93%) students consider that resistance does not spread from person to person and 60(35,58%) students don't know. The answers to question „ It is good that one can buy antibiotics without a prescription in pharmacies within Republic of Moldova” were the following: Agree – 116 (70,73%), Partially agree 26 (15,85%), Don't agree – 10 (6,1%), Don't know – 12 (7,32%). The answers to question „ It is good that one can buy antibiotics without a prescription in pharmacies within certain countries” were the following: Agree – 24 (14,63%), Partially agree – 34 (20,73%), Don't agree – 88 (53,66%), Don't know – 18 (10,98%). The answers to question „Antibiotics make one recover faster when having a cold” were the following: Agree – 46 (28,05%), Partially agree –46 (28,05%), Don't agree – 38 (23,17%), Don't know – 34(20,73). The answers to question „If one's feels better after only partially completing an antibiotic course, one can terminate the therapy immediately” were the following: Agree – 22 (13,41%), Partially agree –28 (17,07%), Don't agree – 94 (57,32%), Don't know – 20 (12,2%). The answers to question „Bacteria can become resistant to antibiotics” were the following: Agree – 104 (63,41%), Partially agree –26 (15,86%), Don't agree – 22 (13,41%), Don't know – 12 (7,32%). The answers to question „The more antibiotics we use in society, the higher is the risk that resistance develops and spreads” were the following: Agree – 100 (60,98%), Partially agree – 20 (12,19%), Don't agree – 16 (9,76%), Don't know – 28 (17,07%). The answers to question „ People can become resistant to antibiotics” were the following: Agree – 92 (56,1%), Partially agree –20 (12,2%), Don't agree – 20 (12,2%), Don't know – 32 (19,5%). The answers to question „Nowadays, antibiotic resistance is a big problem in Moldova” were the following: Agree – 82 (50,0%), Partially agree –30 (18,3%), Don't agree – 26 (15,85%), Don't know – 26 (15,85%). The answers to question „Nowadays, antibiotic resistance is a big problem in the world” were the following: Agree – 90 (54,88%), Partially agree –20 (12,2%), Don't agree – 30 (18,29%), Don't know – 24 (14,63%). The last but not the least important question was „Hand hygiene reduces the risk of spreading common infections” and students' answers were the following: Agree – 86 (52,44%), Partially agree –30 (18,29%), Don't agree – 28 (17,07%), Don't know – 20 (12,2%).

Conclusions:

1) Antimicrobial resistance is an important issue worldwide. Resistant microorganisms are often responsible for serious infections, as well as healthcare-associated infections, that can lead to severe disability or even death. Treating these infections often results in therapeutic failure and increasing the morbidity and lethality rate.

2) Maintaining the effectiveness of antibiotics is the responsibility of and each one of us. Rational use of antibiotics can prevent the development of resistant microorganisms and can preserve antibiotics' effectiveness for future.

3) It is important to know how to use antibiotics correctly and safely. This study has shown that medical students have certain knowledge and practice regarding antibiotic use, but also further information and awareness about the rational consumption of antibiotics is still needed.

Bibliography

1. Burduniuc Olga. Rezistența la antibiotice – o amenințare pentru sănătatea publică. În: *Cronica Sănătății Publice*, 2015, nr.3 (37), p. 27.
2. ECDC. EU Action on Antimicrobial Resistance. In: https://ec.europa.eu/health/antimicrobial-resistance/eu-action-on-antimicrobial-resistance_en (accessed on 29.09.2020).
3. 2000/96/EC: Commission Decision of 22 December 1999 on the communicable diseases to be progressively covered by the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council (notified under document number C(1999) 4015). Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32000D0096> (accessed on 29.09.2020)
4. Factsheet for experts. In: <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/en/get-information-factsheets/factsheet-experts> (accessed on 29.09.2020).
5. Guvernul Republicii Moldova. Hotărâre de Guvern Nr. 1032 din 20 decembrie 2013 cu privire la aprobarea Strategiei naționale de sănătate publică pentru anii 2014-2020
6. World Health Organization. Ten threats to global health în 2019. Available at: <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019> (accessed on 29.09.2020).

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТЬ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ У НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПОСЛЕДСТВИЙ СТРЕСС- ИНДУЦИРОВАННЫХ СОСТОЯНИЙ

Дмитрий Ластков, д.мед.н., профессор

Анна Дубовая, д.мед.н., доцент

Евгений Евтушенко, к.мед.н., доцент

Донецкий национальный медицинский университет

имени М. Горького, Донецк, Украина

lastkov.donmu@list.ru

ECOLOGICAL DETERMINATION OF MENTAL DISORDERS IN THE POPULATION UNDER CONDITIONS OF CONSEQUENCES OF STRESS-INDUCED CONDITIONS

The analysis of the prevalence of mental and behavioral disorders among the adult population (taking into account the contribution of men, women and persons of retirement age in the “dirtiest” and “cleanest” areas (not affected by hostilities) comparison with the contaminated areas of K. and P., which were in the zone of military conflict, and with the average city indicators for 3 time periods: pre-war (2010-2013), transitional – the beginning of hostilities (2014-2016) and stable military (2017-2019) are presented.

Введение. В ранее выполненных исследованиях [1-3] было показано, что в формировании расстройств психического здоровья населения принимают участие различные причины, для Донбасса по величине индекса относительного риска экологические факторы занимают 6-е ранговое место. Однако указанные работы были проведены в мирное время до начала боевых действий с использованием усредненных характеристик загрязнения городов в целом. В современных условиях весомость вклада этого фактора риска возрастает [4], т.е. необходимо оценить изменения показателей психического здоровья в условиях последствий стресс-индуцированных состояний.

Цель исследования состояла в изучении особенностей и закономерностей распространенности расстройств психики у населения экотризисного региона в условиях локального военного конфликта.

Основная часть. В качестве показателя загрязнения окружающей среды нами была выбрана концентрация тяжелых металлов (ТМ) в почве, за основу гигиенической оценки загрязнения почвы

были взяты материалы Института минеральных ресурсов по ранее выполненному картированию всей территории г. Донецка: учитывалась концентрация 8 ТМ и металлоидов (свинец, цинк, кадмий, медь, марганец, фосфор, мышьяк, таллий).

Выполнен анализ распространенности расстройств психики и поведения среди взрослого населения (с учетом вклада мужчин, женщин и лиц пенсионного возраста по самым «грязному» (Б.) и «чистому» (В.) районам (не пострадавшим от боевых действий) г. Донецка в сравнении с загрязненными районами К. и П., находившимися в зоне военного конфликта, и со среднегородскими показателями в течение 3-х временных периодов: довоенного (2010-2013 гг.), переходного – начала боевых действий (2014-2016 гг.) и стабильного военного (2017-2019 гг.). Проведенная периодизация также учитывала изменения демографических показателей. Для расчета интенсивных показателей состояния здоровья населения использовались официальные учетно-статистические документы, показатели среднегодовой численности различных групп населения, которое обслуживалось учреждениями здравоохранения, с выкопировкой данных из форм №№ 066-1/у, 007/у, 039/у, 030-1/у, 025/у по районам [5].

Так, в «грязном» районе кратность максимального превышения (ПДК или фоновых показателей) для свинца составляла 112,5 раз, кадмия – 2815 раз, в районе К. – 56 и 10 раз, в районе П. – 3 и 140 раз, соответственно, при отсутствии данных ТМ в контрольном районе.

При оценке работы психиатрической службы республики используются данные формы №10 (число лиц, находящихся под наблюдением на конец года), – существенно меньшие, чем показатели формы №12 (количество зарегистрированных заболеваний). Максимальные различия между учетными формами по г. Донецку отмечены среди взрослого населения и лиц пенсионного возраста: соответственно, от 30% и 17% в довоенный период, до 61-63% и 45-64% в оба военных периода. Показатели распространенности среди данных групп в довоенный и военный переходный периоды достоверно ($p < 0,01$) превышали таковые в военный стабильный период среди взрослого населения и пенсионеров.

Динамика изменений показателей распространенности среди указанных групп населения, аналогичная среднегородской, выявлена в загрязненных районах К. и П., пострадавших от локального конфликта. В контрольном районе В. довоенные уровни были достоверно ($p < 0,05$, $p < 0,01$) выше, чем в оба военных периода. В «грязном» районе Б. достоверных различий в сравниваемые периоды не

отмечено, при этом показатели распространенности среди взрослого населения, женщин и мужчин достоверно ($p < 0,01$) превышали как среднегородские, так и для остальных районов (см. табл.).

В течение всего анализируемого периода достоверных межрайонных различий в возрастной и гендерной структуре взрослого населения не выявлено.

Практически по всем 21 группам болезней и нозологическим единицам максимальные уровни расстройств психики определялись в «грязном» районе Б. ($p < 0,01$). Исключение составили «хронические и другие психотические расстройства» (все 3 анализируемых периода) и «шизоаффективные расстройства» (военный стабильный период) в контрольном районе В., все 10 лет – «шизофрения» в районе К. и по городу в целом, а также среднегородские «шизотипические расстройства». В военные периоды показатели достоверно ($p < 0,05$, $p < 0,01$) превышали довоенные значения по следующим нозологиям: «психозы и слабоумие органического происхождения» – в городе, районах Б. и П., «деменция, все формы» – в городе районе Б., «болезнь Альцгеймера» – в городе, районах Б. и В., «сосудистая деменция» – в городе и районе Б., «шизоаффективные расстройства» – в районах В., К., П. В военный переходный период наблюдался достоверный ($p < 0,01$) рост уровней распространенности «острых и транзиторных психотических расстройств» в городе, районах Б. и В., «умственной отсталости легкой и умеренной степени» – в городе, районах К. и П. В военный стабильный период отмечено достоверное ($p < 0,05$, $p < 0,01$) снижение показателей по нозологиям «шизофрения», «шизотипические расстройства», «хронические и другие психотические расстройства» в городе, районах Б., К. и П., «деменция и психозы вследствие эпилепсии», «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» – в городе, районах К. и П., «непсихотические психические расстройства органического происхождения вследствие сосудистых заболеваний головного мозга» – в городе, районах Б. и В. Довоенные показатели достоверно ($p < 0,05$, $p < 0,01$) превышали таковые в оба военных периода только в контрольном районе В. (по 5 нозологиям), в городе и районе П. (по 3 нозологиям), совпадения были в группах «непсихотические психические расстройства органического происхождения» и «аффективные расстройства».

Заключение. По различным нозологиям превышение городских довоенных уровней распространенности в военные периоды определялось показателями «грязного» района; городские довоенные уровни превышали таковые в оба военных периода за счет

контрольного района; в военный стабильный период отмечено снижение городских показателей из-за загрязненных районов.

На наш взгляд, внедрение превентивного питания [6] для населения экокризисного региона позволит превратить алиментарные факторы риска (некачественный рацион, экологически «грязные» продукты) в факторы оздоровления (детоксикация тяжелых металлов, повышение резистентности организма к последствиям стресс-индуцированных состояний из-за боевых действий, эпидемических вспышек и др.).

Библиография

1. Беляев И.И. Очерки психогигиены. М.: Медицина, 1973..
2. Агарков В.И., Евтушенко Е.И., Студзинский О.Г., Коктышев И.В. Эпидемиология болезней, связанных с расстройством психики и поведения человека в условиях современного Донбасса: Монография. Донецк: Донбасс, 2012.
3. Агарков В.И. Эпидемиология и детерминизм психических расстройств населения урбанизированного региона: Монография. Донецк: Донпринт, 2013
4. Ластков Д.О., Гапонова О.В., Госман Д.А., Остренко В.В. Тяжелые металлы как загрязнители окружающей среды: оценка риска здоровью населения. In: Архив клинической и экспериментальной медицины, 2019, Т.28, №2, с. 180-183.
5. Евтушенко Е.И. Инновационный подход в профилактике расстройств психики и поведения. In: Архив клинической и экспериментальной медицины, 2020, Приложение, с. 99-100.
6. Игнатенко Г.А., Ластков Д.О., Выхованец Т.А., Выхованец Ю.Г., Машинистов В.В., Павлович Л.В., Коханный А.Ю. О целесообразности использования продуктов, обогащенных пектином, в лечебно-профилактическом питании на промышленных предприятиях Донецкого региона. In: Вестник гигиены и эпидемиологии, 2019, Т.23, №3, с. 208-213.

THE GENE DOPING: RECENT APPROACHES

Kirill Shur, Ph.D., Business Manager Eastern Europe and Central Asia
CeGaT GmbH, Provider of genetic diagnostics and NGS services, Germany
kirill.shur@cegat.de

Cornelia Nenescu, Master of Science in Pharmacy, Executive Director
ONCOGENE LLC, Genetic counselling and genetic cancer testing, R. Moldova
cornelia.nenescu@oncogene.eu

DOPAJUL GENETIC: ABORDĂRI RECENTE

Așa cum este definit de WADA, dopajul genetic este „utilizarea non-terapeutică a celulelor, genelor, elementelor genetice sau modulatorilor de expresie a genelor care au capacitatea de a îmbunătăți performanța athletică”. În ultimii ani, editarea genomului a avansat ca modalitate terapeutică, în principal în studiile clinice și dezvoltarea produselor, aprobate de FDA și EMA. Prin urmare, terapia genică ar putea fi utilizată cu ușurință în scopuri necorespunzătoare, cum ar fi dopajul genetic. Există câteva studii primare axate pe metode bazate pe secvențiere de noua generație [Next generation sequencing NGS] pentru a detecta editarea genelor la sportivi.

As defined by WADA, gene doping is “*the non-therapeutic use of cells, genes, genetic elements or modulators of gene expression that have the ability to enhance athletic performance*”.

There are some molecular tools, like micro-seeding gene therapy, cationic liposomes, macromolecular conjugate, and gene-activated matrixes, that can be used to deliver a modified version of a gene, but the use of viral vectors is the most effective means for gene delivery. Retroviruses and adeno-associated viruses have been the most successful vectors in the clinical setting [1; 2]. These viruses are an excellent strategy to modify cells: they are programmed to transfect the cells by inserting their genetic material inside the cell and integrating it into the host genome, and they multiply by using resources from the host cells. Moreover, they have low immunogenicity, are a stable support for gene expression, and can be tissue-specific [3;4] we developed PCR protocols allowing the detection of very small amounts of transgenic DNA in genomic DNA samples to screen for six prime candidate genes. Our detection strategy was verified in a mouse model, giving positive signals from minute amounts (μ 20 l. Nevertheless, these viruses are attenuated, and their replicating activity is controlled during gene therapy.

For the gene editing there are some techniques used: zinc-finger nucleases (ZFNs), transcription activator-like effector nucleases (TALENs), and particularly the CRISPR and CRISPR-Cas9. These tools are mainly employed to edit genes in somatic and germline cells of different species.

Furthermore, these technologies are being used to edit human somatic cells with a view to therapies that can be applied in healthcare, especially in the field of cancer immunotherapy through modified T cells [5;6].

In the last years, genome editing has advanced as a therapeutic modality, mainly in clinical trials and product development approved by the FDA and EMA. For example, the FDA has approved clinical trials that use the ZFN technique for in vivo insertion of therapeutic genes in hepatocytes for hemophilia B, mucopolysaccharidosis I, and mucopolysaccharidosis II [5;6]. RNA interference by naturally occurring miRNAs or synthetic small interfering RNAs (produced synthetically) is another method of gene expression regulation that has contributed to gene therapy [7].

However, gene therapy could easily be used for improper purposes such as gene doping [8]. Non-therapeutic genetic manipulation in sports, like the use of normal or genetically modified cells and transfer of nucleic acids or their analogues, is considered gene doping.

Nowadays there is a set of genes included at the close attention: erythropoietin encoded gene (EPO), myostatin blockers, insulin-like growth factor (IGF-1), growth hormone (GH), vascular endothelial growth factor (VEGF), fibroblast growth factor (FGF), leptin, endorphins, enkephalins, α actinin 3 (ACTN3), cytosolic phosphoenolpyruvate carboxykinase (PEPCK), and peroxisome proliferator-activated receptor- δ (PPAR δ) and many others (more than 100 potential targets) [9;10].

There is no WADA standardized method to detect gene doping. For a detection technique to be approved, it must fulfil extremely stringent criteria established by the WADA [11]. One of the techniques that is most frequently employed to identify therapeutic vectors and transgenic expression is real-time PCR, which allows both the identification of extraneous DNA sequences (e.g. vector sequences or copy number variations of a candidate gene), as well as quantitative and qualitative measurements of mRNA transcribed by a candidate gene. A promising new and highly specific, efficient, and rapid method to amplify DNA is the loop-mediated isothermal amplification (LAMP). Furthermore, it can analyze dry blood spot and can be easily applied in the competition venues, thereby accelerating the process of identifying doping in athletes [12].

In the case of the myostatin gene, a study with rats provided very interesting results: liquid chromatography coupled to high-resolution mass spectrometry (LCHRMS) helped to identify the introduced genetic material (small interfering RNA – siRNA) in urine samples after a single intravenous administration. In some cases of gene doping involving a gene introduced into a specific target tissue, testing for doping is difficult because biopsy, an invasive technique, would be necessary, which would

be a considerable limitation of the detection method. Image analysis is an alternative to invasive detection methods and are already being used in gene therapy research for gliomas. When it comes to detecting gene doping in humans, two image methods stand out for clinical use: positron emission tomography (PET) and single-photon emission computed tomography (SPECT) [13;14]. These techniques are more sensitive, can monitor the gene expression, and avoid some complications like invasive procedures and immunogenic reactions in humans.

Biomarkers (which represent a possible measurement parameter that is altered due to an individual intervention in a system) and gene expression markers are promising alternatives to detect gene doping through *omics* approaches. The use of transcriptomics and proteomics to discover biomarkers may be based on existing physiological and biochemical knowledge, but genetic analytical techniques can also be employed to recognize differences between people that have been submitted to gene doping or not. An example is the study to detect recombinant human erythropoietin (rHuEpo) biomarkers in human whole blood: this study used transcriptomics analyses to identify a predominant signature of altered erythropoiesis in the users at injection doses ranging from microdoses [15] the World Anti-Doping Agency (WADA) to high doses [16].

There are some primary studies focused on NGS-based methods to detect gene editing within athletes [16]. But PCR-based methods for gene doping detection report a sensitivity of about 4–14 copies of gene doping copyDNA in 1000 ng whole-blood-isolated human gDNA. Current NGS-based methods reach a sensitivity of 1296 copies in 1000 ng gDNA, which is ~100-times lower than PCR-based methods. The method can further be optimized to increase the sensitivity by increasing the percentage of copyDNA fragments in the captured library [16]. One way to do this is to isolate DNA (copyDNA and gDNA) from blood plasma instead of whole blood, similar to what we have done for noninvasive prenatal testing. The method can further be optimized to increase the sensitivity by increasing the percentage of copyDNA fragments in the captured library. The percentage of gDNA compared with copyDNA in plasma is far lower than that in whole blood because of the removal of white blood cells. Alternatively, the capturing efficiency could be increase by specific blocking of gDNA sequences during the capturing process with nonbiotinylated probes. These future adjustments will improve sensitivity and lower the costs since fewer reads are needed to detect each gene doping copyDNA transcript.

Bibliography

1. Dunbar CE, High KA, Joung JK, Kohn DB, Ozawa K, Sadelain M. Gene therapy comes of age. *În: <https://science.sciencemag.org/content/359/6372/eaan4672>. (accesat 17.08.20).*
2. Karthikeyan B V, Pradeep AR. Gene therapy in periodontics: A review and future implications. *Journal of Contemporary Dental Practice*. Volume 7, No. 3, July 1, 2006. *În: <https://www.thejcdp.com/doi/pdf/10.5005/jcdp-7-3-83>. (accesat 20.08.20).*
3. Beiter T, Zimmermann M, Fragasso A, Hudemann J, Niess AM, Bitzer M, et al. Direct and long-term detection of gene doping in conventional blood samples. *Gene Ther*.2011 *În: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20811468/> (accesat 21.08.20).*
4. Van Der Gronde T, De Hon O, Haisma HJ, Pieters T. Gene doping: An overview and current implications for athletes. *British Journal of Sports Medicine*. 2013. *În: <https://bjsm.bmj.com/content/47/11/670> (accesat 24.08.20).*
5. Fears R, Ter Meulen V. How should the applications of genome editing be assessed and regulated? *Elife*. 2017; *În: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5380431/> (accesat 20.08.20)*
6. Fellmann C, Gowen BG, Lin PC, Doudna JA, Corn JE. Cornerstones of CRISPR-Cas in drug discovery and therapy. *Nature Reviews Drug Discovery*. 2017. *În: <https://www.nature.com/articles/nrd.2016.238> (accesat 24.08.20).*
7. Haisma HJ, De Hon O. Gene doping. *International Journal of Sports Medicine*. 2006. *În: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16572366/> (accesat 27.08.20).*
8. Baoutina A, Alexander IE, Rasko JEJ, Emslie KR. Potential use of gene transfer in athletic performance enhancement. *Molecular Therapy*. 2007. *În: https://www.researchgate.net/publication/6159502_Potential_Use_of_Gene_Transfer_in_Athletic_Performance_Enhancement (accesat 05.09.20).*
9. Baoutina A, Alexander IE, Rasko JEJ, Emslie KR. Developing strategies for detection of gene doping. *Journal of Gene Medicine*. 2008.*În: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18081214/>(accesat 17.06.20)*
10. Brzeziańska E, Domańska D, Jegier A. Gene doping in sport – Perspectives and risks. *Biology of Sport*. 2014. *În:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25435666/* (accesat 21.08.20).
11. Beiter T, Zimmermann M, Fragasso A, Armeanu S, Lauer UM, Bitzer M, et al. Establishing a novel single-copy primer-internal intron-spanning PCR (spiPCR) procedure for the direct detection of gene doping. *Exerc Immunol Rev*. 2008; *În: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19203085/> (accesat 29.08.20).*
12. Moser DA, Neuberger EWI, Simon P. A quick one-tube nested PCR-protocol for EPO transgene detection. *Drug Test Anal*. 2012; *În: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22539489/> (accesat 31.08.20).*
13. Aoki K, Sugasawa T, Yanazawa K, Watanabe K, Takemasa T, Takeuchi Y, et al. The detection of trans gene fragments of hEPO in gene doping model mice by Taqman qPCR assay. *PeerJ*. 2020; *În: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32140302/> (accesat 01.09.20).*

14. Wang G, Durussel J, Shurlock J, Mooses M, Fuku N, Bruinvels G, et al. Validation of whole-blood transcriptome signature during microdose recombinant human erythropoietin (rHuEpo) administration. BMC Genomics. 2017; În: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29143667/> (accesat 05.09.20).
15. Durussel J, Haile DW, Mooses K, Daskalaki E, Beattie W, Mooses M, et al. Blood transcriptional signature of recombinant human erythropoietin administration and implications for antidoping strategies. Physiol Genomics. 2016; În: <https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/physiolgenomics.00108.2015> (accesat 05.09.20).
16. de Boer EN, van der Wouden PE, Johansson LE, van Diemen CC, Haisma HJ. A next-generation sequencing method for gene doping detection that distinguishes low levels of plasmid DNA against a background of genomic DNA. Gene Ther. 2019; În: <https://www.nature.com/articles/s41434-019-0091-6> (accesat 06.09.20).

IMPACTUL RELEVANȚEI RELAȚIEI MULTIFORME DINTRE SĂNĂTATE ȘI CONSUMUL DE CARNE DE PASĂRE

Igor Petcu, dr, șt. agric., conf. univ., șef laborator

Ion Balan, dr. hab. șt.biol., conf. cerc., cerc. șt. coord.

Boris Demcenco, cerc.șt.

Natalia Osadci, dr., conf. univ., cerc. șt. super.

Feodora Roșca, cerc. șt.

Veaceslav Gramovici, cerc.șt.

Institutul Științifico-Practic de Biotehnologii în Zootehnie și Medicină
Veterinară, s. Maximovca, r-l Anenii Noi, R. Moldova

petcuigor@gmail.com

balanion@rambler.ru

IMPACT OF THE RELEVANCE OF THE MULTIFORM RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH AND CONSUMPTION OF POULTRY MEAT

The relevance of the relationship between health and consumption of poultry meat is multifaceted, and must be analyzed in detail, with specific scientific attention, associated with a balanced ration and the health of the population. The poultry meat has multiple priorities – variable energy, unsaturated lipids, highly digestible proteins, B-group vitamins, minerals and other valuable components. The poultry meat is considered the optimal protein component in the ration, which is associated with reducing the incidence of risk of overweight and obesity, cardiovascular disease, diabetes et al. Also, poultry meat, and white in particular, especially, in the composition of the ration contributes to the general physiological favoring of the body in various states and conditions (conception, pregnancy, growth, senescence) and provides the body's needs in calories and protein.

Relevanța relației dintre sănătate și consumul de carne de pasăre este multiformă și trebuie cu o atenție științifică specifică, asociată rației alimentare echilibrate și sănătății populației. Atunci când se evaluează relația dintre nutriție și sănătate, alimentele de origine animală, în special, carnea de pasăre, sunt evaluate de obicei într-un mod major, iar percepția publică a influenței acestora în consecință este adesea destul de negativă. În acest caz, diverse aspecte ale acestei relații merită analizate în detaliu, în special diferențele relevante care caracterizează efectele asupra sănătății diferitelor tipuri de carne. De fapt, doar câteva studii au luat în considerare impactul acestor alimente asupra sănătății în raport cu speciile de origine animală, în multe cazuri, distincția se face pur și simplu între carnea roșie și cea albă. Literatura de specialitate axată pe cercetările proprietăților cărnii de pasăre a identificat multe aspecte pozitive, din punct de vedere nutrițional, asociate consumului său regulat.

Prin urmare, scopul acestei comunicări de consens este de a revizui dovezile disponibile privind asocierea dintre aportul de carne de pasăre, calitatea rației alimentare și starea generală de sănătate. Prin cercetări științifice, studii observaționale și metaanalize s-a determinat multilateral compoziția macro- și micronutrienților și valoarea energetică a cărnii de pasăre.

Carnea de pasăre și produsele derivate furnizează cantități relevante de nutrienți esențiali în concentrații mai mari în comparație cu alți componenți ai rației alimentare. Calitatea grăsimii animale și cantitățile de substanțe nutritive depind în mare măsură de rația animalului sau de proprietățile genetice ale acestuia, în ciuda faptului că s-a demonstrat că tehnicile agricole organice influențează unele aspecte compoziționale ale cărnii de pasăre. În special, valoarea energetică a cărnii de pasăre variază între carnea de pe piept și coapse, iar prezența pielii crește valoarea calorică cu aproximativ 25-30%.

Carnea de pasăre are o componentă proteică definită de obicei ca „de înaltă calitate”. Carnea de pasăre are o valoare echivalentă de digestie și echilibrată de aminoacizi. Dintre toți macronutrienții, proteinele sunt factorii minori ai aportului caloric zilnic. De asemenea, ține de remarcă faptul că proteina este singurul macronutrient pentru care, similar cu micronutrienții, a fost stabilit un aport optim recomandat, care constituie 0,66-0,83 g proteină/kg greutate corporală pe zi pe baza datelor privind echilibrul azotului pentru adulți, până la 1,12 g per kg greutate corporală pentru sugari. Se presupune în mod obișnuit că aportul de proteine recomandat crește cu vârsta peste 65 de ani pentru a contracara sarcopenia, care apare frecvent la vârstnici.

Pe baza analizei datelor accesibile acumulate proteinele ar trebui să

provină, în special, din proteine cu valoare biologică ridicată, inclusiv din carnea de pasăre. Informațiile disponibile cu privire la efectele asupra sănătății proteinelor sunt suficiente pentru a stabili nivelurile minime, care corespund în esență cantității de azot necesare pentru a menține un echilibru egal, dar nu pentru a stabili nivelurile maxime tolerabile de proteine. Conținutul de proteine al cărnii de pasăre variază între 15 și 35%, în funcție de conținutul de apă și grăsimi al produsului. Conținutul redus de colagen este o altă caracteristică favorabilă cărnii de pasăre. Colagenul reduce digestibilitatea cărnii, iar nivelurile ridicate ale acestei proteine în carnea musculară sunt asociate cu un procent mai mic de produs digerat pe unitate de timp.

Carnea conține și grăsimi, în special saturate, care prin potențial asociat cu aport excesiv pot produce consecințe negative asupra sănătății, iar contribuția componentei optime a grăsimilor rației alimentare este de la 25 la 35% din energia totală. În același timp, grăsimile echilibrate în rație furnizează acizi grași esențiali, vitaminele lipofile, promovează un sentiment de sațietate datorită efectelor încetinite asupra golirii gastrice, reduce capacitatea de biodisponibilitate a carbohidraților și îmbunătățește gustul, mirosul și textura alimentelor. De asemenea, trebuie remarcat faptul că partea musculară a cărnii albe de pasăre, lipsită de grăsime vizibilă, are un conținut de lipide destul de limitat, care a fost redus în ultimele decenii, grație progresului în biotehnicile agricole, calitatea și profilul furajelor. Aportul de lipide asociat cu carnea de pasăre este variabil și depinde de tranșarea luată în considerare, iar grăsimile se află în majoritate în piele și pot fi îndepărtate cu ușurință. Conținutul de lipide al cărnii de pasăre este de aproximativ 1% în fibrele cărnii pieptului și în jur de 17%, la extrema opusă, în aripi. Includerea pielii carcabei poate crește aceste valori. Comparativ cu alte tipuri de carne, carnea de pasăre este relativ mai săracă în grăsimi. Din punct de vedere nutrițional, compoziția grăsimilor de pasăre este favorabilă: include cantități semnificative de acizi grași mononesaturați și cantități substanțiale de grăsimi polinesaturate, în special acidul linoleic omega-6 și acid arahidonic, care se află, în special, în piele. Datorită furajelor echilibrate, bogate în acid alfa-linolenic ca precursor al acizilor grași omega-3, carnea de pasăre dispune de această clasă de grăsimi și, astfel, poate reprezenta o sursă importantă a acestor acizi grași.

Studiile epidemiologice efectuate în diferite părți ale lumii, în populații extrem de diverse, cu preferințe alimentare diferite și obiceiuri nutriționale, oferă informații solide despre asocierea dintre rație și sănătate. Mai multe studii prospective susțin asocierea dintre consumul cărnii de pasăre, în cadrul unei rații echilibrate și o reducere a riscului de dezvoltare

boli cardiovasculare și a factorilor de risc ai acestora, cum ar fi supraponderalitatea și rezistența la insulină și tumori.

O altă prioritate reprezintă beneficiile consumului de proteine în gestionarea greutateii, care sunt susținute de studii de intervenție și observație științifică cu rezultate benefice. Cercetările comparative au demonstrat efectele rațiilor în favoarea aportului mai mare de proteine de origine animală. Doar foarte puține studii oferă rezultate contradictorii, probabil din cauza conformității diferite a subiecților înscriși. Există dovezi că, pe termen scurt (de exemplu, până la 6 luni), pierderea greutateii în obezitate a crescut în rațiile hipocalorice, bogate în proteine din carnea de pasăre, în comparație cu rațiile hipocalorice cu conținut scăzut de proteine. Posibilele mecanisme responsabile de acest efect includ creșterea sațietății, urmată de un aport mai scăzut de calorii în timpul meselor ulterioare și scăderea consumului de carbohidrați, în cadrul regimurilor dietetice care conțin o proporție mai mare de proteine. De asemenea, s-a emis ipoteza că aceste mecanisme ar putea într-un fel să fie sinergice. În plus, față de efectul lor de sațietate, producând o reducere ulterioară a aportului de energie, proteinele sunt și responsabile pentru o termogeneză mai ridicată prin sinteză în creștere și implicarea adenozintrifosfatului în formarea legăturilor peptidice, producția de uree și gluconeogeneză. Aportul proteinelor în locul aceleiași cantități de carbohidrați scade sarcina glicemică totală a rației. Pe de altă parte, aporturile foarte mari ale cărnii de pasăre au fost asociate cu creșterea greutateii corporale.

De asemenea, în ceea ce privește sănătatea cardiovasculară, efectul aportului de proteine din carne este dependent de sursele alimentare. Analiza datelor disponibile relevă o corelație pozitivă între nivelurile de consum ale diferitelor surse de proteine din carnea de pasăre, starea de sănătate și supraviețuirea. În special, înlocuirea cărnii roșii și consumul zilnic a cărnii de pasăre a redus riscul cardiovascular cu 19%. Autorii explică, că acest beneficiu este o consecință a reducerii fierului hemic și sodiului și a creșterii grăsimilor polinesaturate. Prin urmare, înlocuirea cărnii roșii cu carnea de pasăre ar putea constitui o strategie eficientă de reducere a riscului coronar. În special, grăsimile saturate, colesterolul și fierul, care sunt mai ridicate în carnea roșie față de cea de pasăre, au fost descrise ca fiind factorii cheie implicați în procesele aterosclerotice, factorii de risc cardiovascular și bolile cronice, cum ar fi hipertensiunea arterială, hipercolesterolemia, disfuncția endotelială, rezistența la insulină și diabet.

O dovadă vastă demonstrează modul în care intervențiile în stilul de viață pot reduce riscul de a dezvolta diabet prin modificarea mai multor factori de risc, inclusiv aportul excesiv de grăsimi, în special grăsimi

saturate. Studiile disponibile recente au confirmat existența unei legături între hiperinsulinemia și rezistența la insulină și aportul de grăsimi saturate de origine animală. În unele constatări, datele specifice privind consumul cărnii de pasăre au confirmat absența unei relații semnificative statistică între aportul săptămânal în creștere a consumului cărnii de pasăre și dezvoltarea bolii. Beneficiile asociate consumului cărnii de pasăre au fost descrise în literatura disponibilă de specialitate cu privire la efectele aportului diferitelor tipuri de alimente asupra progresiei de diabet. Un model dietetic care conține un aport ridicat de carne de pasăre, împreună cu cereale integrale, pește, fructe și legume și o scădere a consumului de carne roșie, alimente procesate, amidon și glucide simple pare a fi eficient în gestionarea bolii. Desigur, observațiile disponibile nu sunt suficiente pentru a susține vreo asociere independentă între consumul numai a cărnii de pasăre și sănătate, iar acestea susțin în mod clar includerea cărnii de pasăre în rațiile sănătoase. Printre factorii nutriționali care pot crește riscul de diabet este fierul hemic, care crește stresul oxidativ și rezistența la insulină. Totodată, această ipoteză nu explică efectele negative ale cărnii de pasăre, în care fierul hem este în general redus. Un alt factor confuz care ar trebui luat în considerare este diferența dintre carnea procesată și carnea proaspătă de pasăre, care au concentrații diferite de compuși, conservanți și sodiu. Se estimează că, în medie, carnea procesată conține aproximativ de patru ori mai mult sodium și cu 50% mai mulți nitrați, în greutate, decât carnea proaspătă.

Relevanța esențială a cărnii de pasăre pentru populația umană constă în furnizarea alimentelor cu un conținut de proteine cu înaltă calitate și un nivel scăzut de grăsimi cu un profil echilibrat de acid gras, inclusiv și cu contribuții la soluționarea deficiențelor de nutrienți esențiali. Incidența mai multor dereglări metabolice comune asociate cu deficiențe critice în minerale, vitamine și aminoacizi din rație poate fi redusă prin contribuția produselor din carnea de pasăre, care este bogată în nutrienți esențiali, cu excepția vitaminei C. Mai mult, consumul de carne de pasăre contribuie și la calitatea generală a rației alimentare în anumite vârste și condiții prin completarea rației cu un conținut optimal de vitamine, minerale și acizi grași linoleici și alfa-linolenici esențiali. De exemplu, în perioada anterioară concepției, în timpul sarcinii, alăptării, calitatea rației materne se numără printre factorii care afectează sănătatea mamei și a sugarului.

În același timp, consumul de carne de pasăre poate contribui și la reducerea aportului de sare, în mod special a celui de sodiu, care necesită o variată moderare potrivit stării organismului.

O altă prioritate a cărnii de pasăre este recomandarea acesteia în perioada de creștere a organismului ca fiind ușor digerabilă și caracterizată printr-o alergenicitate scăzută. Nivelul de minerale, în special fierul, din carnea de pasăre o face adecvată chiar și pentru cele mai avansate etape de creștere, cum ar fi adolescența și pubertatea, în timpul cărora o intensitate metabolică mai mare poate crește riscul unui dezechilibru de nutrienți.

De asemenea, carnea de pasăre are o disponibilitate crescută în rația cu un șir de specificații și deficiențe nutriționale la populația vârstnică prin acordarea contribuțiilor la creșterea speranței de viață sănătoasă. Un aport crescut necesar de substanțe nutritive specifice, încorporate în carnea de pasăre, cum ar fi calciul, implicat în controlul pierderii masei osoase și proteinele asigură o bună stare favorabilă în paralel cu o reducere a necesităților calorice totale, în principal, datorită scăderii activității fizice asociate vârstei. În particular, carnea de pasăre, reprezintă o sursă substanțială de proteină de bună calitate, care se caracterizează prin particularitățile de digestibilitate și masticabilitate ridicată, deosebit de importante pentru persoanele în vârstă, care adesea trebuie să se confrunte cu tulburări și dificultăți digestive.

Concluzii:

1. Carnea de pasăre se caracterizează printr-un profil nutrițional general bun. Conținutul mare al acesteia de proteine, vitamine și minerale, asociat cu un conținut scăzut de grăsimi, majoritatea compuse din acizi grași nesaturați, permite ca această carnea de pasăre să fie încorporată în mod optim în rațiile alimentare la toate vârstele.

2. Studiile epidemiologice transversale și prospective au demonstrat, că consumul adecvat de carne de pasăre poate facilita controlul greutateii corporale, în special, datorită conținutului mărit de proteine, cu un efect neutru sau pozitiv asupra riscului de dezvoltare a principalelor boli degenerative tipice populației.

3. Carnea de pasăre, datorită profilului său nutrițional favorabil, poate juca un rol semnificativ în menținerea echilibrului fiziologic favorabil al organismului în diverse stări și condiții pentru anumite grupe de vârstă.

4. Consumul cărnii de pasăre în contextul unei rații echilibrate și concomitent cu un aport adecvat de alimente pe bază de alte proteine contribuie la sporirea calității generale a rației alimentare și probabil, la creșterea nivelului de sănătate a populației.

SĂNĂTATEA ȘI SECURITATEA PERSONALULUI MEDICAL DIN INSTITUȚIILE MEDICO SANITARE PUBLICE

Iurii Lupacescu, competit.

Tudor Grejdean, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Elena Florea, drd.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

Chișinău, R. Moldova

fiodor.grejdean@usmf.md

THE SECURITES AND HEALTH OF THE MEDICAL PERSONAL WORKING IN THE PUBLIC MEDICO SANITARY INSTITUTIONS

One of the most important problem is faced by employees in the workplace is risk factors and specific illnesses. In order to determine the particularities of illness for doctors in Moldova, a study was conducted based on surveys of 180 for 4 categories of health workers (45 therapists, 45 surgeons, 45 nurses care units and 45 nurses from surgical wards) from three medical institutions: Municipal Clinical Hospital “Sfînta Treime”, The Republican Clinical Hospital and Clinical Hospital Orhei. Pathology with the highest weight for medical staff in Moldova is gastrointestinal pathology followed by acute respiratory infections. They are caused by nervous stress and intense physical strain.

Introducere. Sănătatea și securitatea în muncă a personalului medical constituie în prezent una dintre cele mai importante și avansate componente ale politicii sociale la nivel național și internațional. Deoarece în fiecare an, mai mult de 350.000 de lucrători în Europa sunt obligați să-și schimbe locul de muncă în urma unui accident, 300.000 suferă de incapacitate de muncă permanentă de diverse grade și 15.000 sunt definitiv excluși de pe piața forței de muncă. Principalul obiectiv este reducerea continuă, durabilă și omogenă a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale [1].

Conform OMS, 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 [2].

Un studiu efectuat în SUA, în anul 2000 [3], arată că de boli grave ale coloanei vertebrale suferă:

- 182 din 10.000 asistente medicale
- 90 din 10.000 medici

Studiile efectuate în SUA au demonstrat că problemele de sănătate specifice cauzate de acești factori de risc pot include [4]:

- Stresul: 29,4% din personalul medical suferă de această problemă.

- Epuizarea: 36,2% dintre angajații din sectorul sanitar suferă de epuizare severă.
- Anxietatea: 11,4% dintre lucrătorii sectorului sanitar suferă de anxietate.
- Iritabilitatea: 15,2% dintre lucrătorii sectorului sanitar suferă de iritabilitate.
- Depresia: 32 % dintre lucrătorii medicali au raportat sentimente de depresie.

Cele mai frecvente boli profesionale la personalul medico-sanitar din Uniunea Europeană[5], sunt:

- Boli infecțioase, toxice și parazitare: Hepatita virală B,C,D,HIV/ SIDA;
- Boli digestive: Gastrita cronică, Pancreatita cronică, Colecistita cronică, etc.;
- Boli cardiovasculare: Hipertensiunea arterială, Cardiopatia ischemică;
- Boli endocrine: Diabetul zaharat;
- Boli alergice: Dermatita de contact;
- Boli osteo-musculo-articulare: Radiculopatia, Osteocondroza;
- Boli neurologice;
- Boli psihice, devieri comportamentale;
- Boli oculare: astenopatia acomodativă, vicii de refracție optică, cataracta, etc.
- Boala actinică (de iradiere)
- Neoplaziile

Cele relatate mai sus, ne-a determinat să elaborăm scopul și obiectivele studiului.

Scopul studiului: Studiarea factorilor de risc profesionali, care contribuie la apariția bolilor profesionale la personalul medical ce activează în Instituțiile Medico Sanitare Publice Spitalicești.

Obiectivele

1. Studiarea riscului profesional în activitatea personalului medical la nivel național și internațional.

2. Determinarea factorilor de risc profesional care contribuie la apariția bolilor profesionale la angajații ce activează în Instituțiile Medico Sanitare Publice Spitalicești.

3. Determinarea bolilor profesionale caracteristice personalului medical ce activează în Instituțiile Medico Sanitare Publice Spitalicești.

4. Elaborarea măsurilor de prevenire și combatere a factorilor de risc, care contribuie la apariția bolilor profesionale la lucrătorii sistemului sanitar.

Materiale și metode

Studiul descris a fost un studiu descriptiv și selectiv. Studiul descriptiv, după volumul eșantionului, descrie frecvența factorilor de risc în activitatea personalului medical și impactul bolilor profesionale pentru sfera dată. Studiul selectiv s-a realizat în funcție de Instituția Medico Sanitară Publică și specialitatea personalului medical. Pentru determinarea particularităților factorilor de risc, specificul bolilor profesionale și stărilor de anxietate în rândul personalului medical, au fost selectate trei baze de studiu: Spitalul Clinic Municipal „Sfînta Treime”, Spitalul Clinic Republican și Spitalul Clinic Raional Orhei. Din lotul de 180 persoane anchetate, face parte personalul medical cu următoarele specialități: terapeuți (45 persoane), chirurși (45 persoane), asistente medicale în secțiile de terapie (45 persoane) și asistente medicale în secțiile de chirurgie (45 persoane).

Metodele studiului:

- ▶ **Istorică**–studierea, compararea și înțelegerea proceselor sănătății personalului medical cu dezvoltarea ulterioară a sistemului de sănătate și securitate în muncă.
- ▶ **Statistică**–determinarea și aprecierea obiectivă a stării de sănătate și influența factorilor de risc privind angajații sistemului medical.
- ▶ **Matematică**–calculare matematice în baza diferitor formule specifice utilizate cu scopul aprecierii eșantioanelor studiate pe parcursul cercetării.
- ▶ **Sociologică**–utilizarea anchetei și interviului. Ea a permis studierea opiniei lucrătorilor medicali cu privire la prezența factorilor de risc în activitatea lor și influența lor asupra stării de sănătate și anxietate.
- ▶ **De comparare**–s-au efectuat comparații la nivel de categorii de personal medical (terapeuți, chirurși, asistente medicale în secțiile de terapie și chirurgie), inclusiv la nivel de Instituții Medico-Sanitare Publice (Spitalul Clinic Municipal „Sfînta Treime”, Spitalul Clinic Republican și Spitalul Clinic Raional Orhei).

Volumul cercetării

- **Anchete pentru sondaj de opinii – 180**
- **Categoriile de personal medical anchetate:**
 - ✓ Terapeuți – 45
 - ✓ Chirurși – 45
 - ✓ Asistente medicale în secțiile de terapie – 45
 - ✓ Asistente medicale în secțiile de chirurgie – 45
 - ✓ Total – 180 persoane anchetate

- **Bazele de studiu:**

- ✓ Spitalul Clinic Municipal "Sfinta Treime"
- ✓ Spitalul Clinic Republican
- ✓ Spitalul Clinic Raional Orhei

Studiul s-a realizat în mai multe etape:

Etapa I. Strategia efectuării cercetării:

- Definirea problemei, scopului, mărimea eșantionului și metodele de cercetare.
- Elaborarea listei factorilor de risc și bolilor profesionale specifice personalului medical.

Etapa II. Acumularea materialului:

- Elaborarea registrelor de acumulare a materialului de studiu.
- Extragerea informației din documentele oficiale naționale și internaționale.
- Elaborarea chestionarului sociologic de apreciere a gradului de influență a factorilor de risc în activitatea profesională, specificul bolilor profesionale și gradul de anxietate în rândul personalului medical pe categorii și instituții.

Etapa III. Prelucrarea informației acumulate studiului:

- Analiza chestionarului de apreciere a gradului de influență a factorilor de risc în activitatea profesională, specificul bolilor profesionale și gradul de anxietate în rândul personalului medical pe categorii și instituții.
- Elaborarea unui set de măsuri de prevenire a factorilor de risc, stărilor de anxietate și a bolilor profesionale în rândul personalului medical.

Studiul descris în lucrarea de față, după caracterul său este de tip observațional-descriptiv (studierea variației factorilor de risc, maladiilor profesionale și a stărilor de anxietate printre personalul medical), iar conform genului investigației – parțială (cercetarea unei părți din „universul statistic”).

Rezultate și discuții

În anchetele propuse personalului medical (45 de terapeuți, 45 de chirurgi, 45 de asistente în terapie și 45 de asistente în chirurgie), au fost incluse întrebări cu privire la bolile: aparatului circulator, tractului gastro-intestinal, sistemului nervos, dermatologice, infecțioase, oculare, endocrine și din sfera traumatismelor. În baza lor, pentru tot lotul de persoane anchetate (180), avem următoarele rezultatele: patologia cu ponderea cea mai mare pentru personalul medical anchetat este Patologia Tractului Gastro-Intestinal cu o pondere de 99%, urmată de: Infecți-

ile Respiratorii Acute (98%), Patologia Cardiacă (96%), Patologia Oculară (93%), Traumatisme (91%), Dermatita Alergică (87%), Patologia Sistemului Nervos Central (76%) și de Diabetul Zaharat (48%).

În ceea ce privește Patologia Sistemului Nervos, în baza anchetelor propuse personalului medical, rezultă, că ponderea cea mai mare pentru cefaleele zilnice o au asistentele din secțiile de terapie cu 25% din totalul de persoane anchetate, urmate de asistentele din secțiile de chirurgie cu 21,11%. Medicii chirurși au o pondere de 18,33% pentru această patologie, iar medicii terapeuți 11,66%. În ceea ce privește Patologia Cardiacă, în baza anchetelor, rezultă că ponderea cea mai înaltă pentru Hipertensiune arterială de gradul I și II la personalul medical o au medicii chirurși cu o pondere de 25% din cele 180 de persoane anchetate. Sunt urmați de asistentele medicale din secțiile de chirurgie cu 24,44%, asistentele medicale din secțiile de terapie cu 23,88% și medicii terapeuți cu 22,22%.

În ceea ce privește patologia dermatologică, în conformitate cu rezultatele anchetelor, observăm că ponderea cea mai mare pentru dermatita de contact o au medicii chirurși cu 22,77% din total de persoane anchetate. Pe locul doi se află asistentele medicale din secțiile de chirurgie cu 22,22%, urmate de asistentele medicale din terapie cu 21,66% și medicii terapeuți cu 20%.

Concluzii

1. Rezultatele cercetărilor efectuate de diferiți autori demonstrează că apariția bolilor profesionale în activitatea lucrătorului medical este inevitabilă, atât la nivel internațional, cât și în Republica Moldova.

2. Rezultatele studiului confirmă, că bolile profesionale, specifice lucrătorilor medicali din IMSP Spitalicești din Republica Moldova sunt variate și ponderea cea mai înaltă o au patologiile tractului gastro-intestinal și infecțiile respiratorii acute.

3. Rezultatele studiului atestă, că principalii factori de risc în timpul activității de serviciu al personalului medical din IMSP Spitalicești sunt: stresul neuropsihosenzorial și suprasolicitarea fizică.

4. Specialiștii medicali din Republica Moldova susțin lipsa unui Centru al Medicinii Muncii, destinat în exclusivitate supravegherii și securității condițiilor de muncă și stării de sănătate a angajaților sistemului sanitar din Republica Moldova.

5. Rezultatele cercetărilor efectuate cu privire la riscurile profesionale înregistrate la personalul medical, pot fi considerate un semnal de alarmă pentru Instituțiile Medico Sanitare Publice, care monitorizează sănătatea și securitatea personalului medical din Republica Moldova.

Referințe bibliografice

1. Petran M. Manual de Medicina Muncii. Cluj Napoca: Editura Medicală Universitară "Iuliu Hațieganu", 2000, p. 121
2. Zlate M. Tratat de psihologie organizațional-managerială. Vol. 2. Iași: Editura Polirom, 2007, p. 206.
3. Nicolescu O. Managementul modern al organizației. București: Editura Tribuna Economică, 2001.
4. Neagu G., Udrescu M. Managementul organizației. București: Ed. Tritonic, 200, p.186.
5. Zlate M. Leadership și Management. Iași: Ed. Polirom, 2004, p.156.

УЧАСТИЕ И РОЛЬ СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В КАНЦЕРОГЕНЕЗЕ

Светлана Гараева, dr. șt. biol., conf. cercet., cerc. șt. coord.

Анна Леорда, dr. șt. biol., conf. cercet., cerc. șt. coord.

Галина Постолати, cercet. șt. stagiar

Институт физиологии и санокреатологии, Кишинэу, Р. Молдова

garaeva.47@mail.ru

leorda-ana64@mail.ru

galinapostolati@mail.ru

THE FREE AMINO ACIDS PARTICIPATION AND ROLE IN CARCINOGENESIS

Metabolic control and correction of pathological conditions are based on the presence of adequate biochemical criteria, the information content of which is largely determined not only by the biological significance, but also by the level of integration of metabolic processes. So the information obtained in the analysis of the amino acid spectrum in physiological fluids has not only a purely theoretical, but also practical significance, which makes it promising to use amino acid analysis to characterize metabolic homeostasis, including in some types of malignant tumors.

На сегодняшний день имеется достаточно обширная научная литература, свидетельствующая о сложных патологических и структурно-метаболических механизмах развития канцерогенеза. Несмотря на фундаментальность этих исследований, многие аспекты патогенеза этого заболевания до настоящего времени остаются недостаточно изученными. Так, не сведены в единую информационную систему вопросы о состоянии белкового обмена, в частности, аминокислотного, который интегрирует и координирует все виды обмена веществ и энергии, а также о его роли в патогенезе рака.

У онкологических больных всегда существует несоответствие между энергией получаемой и требуемой, вследствие нарушений в основных звеньях метаболизма. Для них характерен гиперметаболизм с нарушением всех видов обмена. Важными критериями метаболических сдвигов у онкологических больных являются: нарушение биосинтетической функции печени и снижение содержания белка; увеличение продукции глюкокортикоидов, ускоряющих катаболизм тканевых белков и индуцирующих глюконеогенез; повышение концентрации небелкового азота и мочевины; интенсификация процессов свободнорадикального перекисного окисления липидов с развитием окислительного стресса [1-3]. Основной биологический смысл синдрома гиперкатаболизма-гиперметаболизма – это освобождение аминокислот, необходимых для глюконеогенеза, т.е. попытка покрытия энергетического дефицита в организме. Развивающийся синдром кишечной недостаточности приводит к изменениям проницаемости слизистой оболочки кишечника, нарушениям всасываемости аминокислот и транслокации бактерий и токсинов в систему циркуляции [4].

Исследования показали, что возникновению и развитию злокачественных новообразований сопутствуют выраженные нарушения в промежуточном обмене и метаболизме аминокислот и их производных [5, 6]. Вовлечение аминокислот в патогенез онкологических заболеваний и во взаимоотношения опухоль–организм хозяина реализуется на нескольких уровнях [7]. Во-первых, снижение активности специфических ферментов катаболизма аминокислот в злокачественных новообразованиях является причиной использования последними эндогенного фонда аминокислот хозяина для собственного роста, что приводит к возникновению отрицательного азотистого баланса [2]. Одновременно формирующийся на этом фоне аминокислотный дисбаланс усугубляется изменениями активности реакций протеолиза и транспорта аминокислот. Во-вторых, сами аминокислоты или их производные являются эндогенными регуляторами активности процессов пролиферации и дифференцировки злокачественных клеток [3].

Значительное повышение фонда свободных аминокислот (САК) плазмы объясняется усилением катаболических процессов в тканях и является приспособительной реакцией при патологических состояниях, направленной на поддержание гомеостаза [8]. По их мнению, увеличение пула САК плазмы крови, в результате активации распада белков, способствует направленному синтезу ряда клеточных структур и других потребностей организмов. Амино-

кислотный фонд опухоленосителя становится одним из лимитирующих факторов развития опухоли [9]. Степень незаменимости аминокислот на фоне злокачественного роста увеличивается, индуцируя формирование их функционального дефицита как в организме опухоленосителя, так и в самой опухоли. Последнее неоднократно подтверждено эффективностью применения отдельных аминокислот и их композиций с целью метаболической коррекции онкологических заболеваний [10]. Кроме того, продемонстрировано, что отдельные аминокислоты и их дериваты обладают выраженным противоопухолевым действием, а их дефицит в организме может быть одним из условий пролиферации злокачественных клеток [9].

В ряде исследований установлено, что спектр аминокислот плазмы крови больных злокачественными новообразованиями ряда локализаций (лёгкие, желудок, мочевой пузырь) является достаточно информативным критерием степени тяжести и стадии заболевания [7]. Относительная нормализация аминокислотного фонда в организме опухоленосителя является одним из достоверных критериев эффективности проводимого лечения и коррелирует с клиническими показателями [7]. Последнее является особенно актуальным с точки зрения исследования механизмов канцеростатического действия, применяемых фармакологических средств и поиска путей целенаправленной метаболической коррекции на этапах предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации больных злокачественными новообразованиями [3].

В последнее время выявлена диагностическая значимость групповых сдвигов уровней функционально и метаболически связанных аминокислот и их производных [3, 11]. Исследования *invitro* и *invivo* недавно продемонстрировали, что у онкобольных обычно имеет место снижение соотношения $\sum \text{незаменимые} / \sum \text{заменимые}$ САК, что отражает значительное напряжение защитно-компенсаторных механизмов, направленных на восстановление утраченных функций организмом [12].

Прием больших количеств незаменимых САК замедляет развитие рака [13]. Увеличение при третьей и четвертой стадиях развития рака толстого кишечника концентраций аспартата и аспарагина на фоне увеличения концентраций оксипролина, церулоплазмينا и гаптоглобина, свидетельствует о прогностически неблагоприятном течении болезни и тяжелом состоянии больных [12].

Аргинин усиливает пролиферацию T-лимфоцитов, улучшает функции и морфологические характеристики энтероцитов, улуч-

шает азотистый баланс у раковых больных и вызывает замедление развития опухолей [14].

Таким образом, метаболические характеристики опухолевых клеток предполагают использование ими аминокислот для пролиферации и инвазивной активности. Следовательно, сдвиг аминокислотного баланса в этой ситуации предполагает изменения количества и качества утилизируемых аминокислот. Наиболее значимыми называют уровни ароматических, дикарбоновых аминокислот и их амидов, а также серосодержащих аминокислот, в частности, отчетливо проявляется информативность тирозина, глутамина и метионина, что предполагает специфичность изменений при онкопатологии в метаболизме ароматических и особенно серосодержащих аминокислот [9].

Метаболический контроль и коррекция моделируемых или возникающих естественным путем патологических состояний основаны на наличии адекватных биохимических критериев и их рациональном анализе. Информативность последних, во многом, определяется не только биологической значимостью, но и уровнем интеграции процессов обмена веществ, отражением которых являются эти показатели [3].

Указанным требованиям, в первую очередь, отвечает аминокислотный фонд физиологических жидкостей: достаточно широкий спектр определяемых показателей, взаимосвязанных в стандартных условиях, ключевое значение аминокислот в процессах биосинтеза белка, биологически активных соединений, их связующая функция между различными метаболическими потоками [5].

Информация, получаемая при анализе аминокислотного спектра физиологических жидкостей, имеет не только сугубо теоретическое, но и практическое значение, что обеспечивает перспективность применения аминокислотного анализа для характеристики метаболического гомеостаза, в том числе при некоторых видах злокачественных опухолей [15, 16].

Библиография

1. Степовая Е.А., Новицкий В.В., Гольдберг В.Е. и др. Особенности состояния мембран и метаболизма эритроцитов у больных раком легкого. В: *Вопр. онкол.*, 2004, т. 50, № 1, с. 63-67.
2. Овсянников В.Г. *Общая патология: патологическая физиология: учебник*. ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. 4-е изд. Ростов н/Д.: Изд-во РостГМУ, 2014.
3. Нефедов Л.И. *Итоги исследований и разработок биохимии азотсодержащих соединений природного происхождения: методология экспл-*

атации биологических свойств в качестве универсальных природных регуляторов обмена веществ и лекарственных препаратов. В: [HTTPS://www.nil.grsu.by/index.php?page=index](https://www.nil.grsu.by/index.php?page=index).

4. Снеговой А.В., Салтанов А.И., Манзюк Л.В., Сельчук В.Ю. Нутритивная недостаточность у онкологических больных: принципы коррекции. В: РМЖ, 2013, №1, с. 14-18.
5. Березов Т.Т. Метаболизм аминокислот и злокачественный рост. В: Вестник АМН СССР, 1982, №9, с. 19-24.
6. Sasaki T. New anti-cancer drugs for gastrointestinal cancers. In: *Can. To. Kagaku. Ryoho.*, 1997, vol.13, no.4., p.1925-1931.
7. Глазев А.Л., Нефёдов Л.И. Изменение в аминокислотном пуле плазмы крови у онкологических больных под воздействием противоопухолевого препарата NSC-631570: возможные подходы к диагностике рака. В: Биомед. Химия, 2008, т. 54, вып. 3, с. 289-300.
8. Черкашина Л.В., Шкляр С.П., Біловол А.М. Вільнорадикальне окислення при синтетичних дерматозах: стан та патогенетична корекція при псоріазі. Харків, 2007.
9. А.В. Каравай. Информативность аминокислотного фонда при онкопатологии БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки и практики. В: Сб. науч. тр. Минск: ГУ РНМБ, 2014, с.100-102.
10. DeBandt, J.P. Amino acids with anabolic properties. In: *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care*, 1998, Vol. 1, № 3, p. 263-272.
11. Васильева И. М., Шевченко Е. А., Винник Ю. А., Жуков В. И., Полищук Т. В. Особенности по-сингазной окислительной системы и состояния обмена аминокислоты l-аргинина у больных гастроканцерогенезом и их прогностическое значение. В: Вестник проблем биологии и медицины, Выпуск 3, том 3 (112), 2014, с.76-80.
12. Francesco S. Dioguardi, Vincenzo Flati, Giovanni Corsetti, Evasio Pasini, Claudia Romano. Is the Response of Tumours Dependent on the Dietary Input of Some Amino Acids or Ratios among Essential and Non-Essential Amino Acids? All That Glitters Is Not Gold. In: *Int J Mol Sci*. 2018, 19 (11): 3631.
13. Жуков А.И., Белевцов Ю.П., Винник Ю.А., Книгавко В.Г., Зайцева О.В., Моисеенко А.С. Состояние белкового обмена у больных колоректальным раком и его диагностическое значение для оценки степени тяжести заболевания. В: Вісник проблем біології і медицини, 2011, Вип. 3(3), с. 60-65.
14. Лейдерман Н. Н. Иммунное питание (immunonutrition). В: Вестн. интенсивной терапии, 2002, № 1, с. 57-61.
15. Климович И.И., Дорошенко Е.М., Страпко В.П., Смирнов В.Ю. Состояние аминокислотного фонда у пациентов с острым калькулезным холециститом в динамике после лапароскопической холецистэктомии. В: Журнал ГГМУ, 2007, № 1, с.210-212.
16. Дорошенко Е.М., Мотылевич Ж.В., Хоров А.О., Бубен А.Л. Метаболиты фенилаланина и показатели фонда свободных аминокислот в моче пациентов, страдающих раком молочной железы. В: Журнал Гродненского государственного медицинского университета, 2015, № 4, с. 92-96.

FENOMENUL ABANDONULUI COPILULUI DE VÂRSTA 0–7 ANI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Irina Malanciuc, dr. șt. med.

Victoria Voloceai, dr. șt. med., asist. univ.

Tatiana Novac, dr. șt. juridice., conf. univ.

Nina Globa, asist. univ.

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

THE ABANDONED PHENOMENA OF A CHILD BETWEEN 0-7 YEARS IN REPUBLIC OF MOLDOVA

In this state are described the particularities of the abandoned phenomena of a child between 0-7 years in Republic of Moldova, in which the author presents the situation establishes the aim and the objectives, underlines the causes and concludes the strategies of protection and prevention of the biological and social abandoned child.

Introducere. Evidențierea, analiza și structurarea problemei abandonului copilului în țara noastră vine ca o componenta de bază în elaborarea măsurilor de protecție a copilului abandonat, de la cele mai timpurii vârste, când este cel mai frecvent identificat abandonul acestuia [1].

Studiul cercetează fenomenul abandonului copilului de vârsta 0-7 ani în Republica Moldova în contextul social, economic și cultural prezent, având ca centru de greutate: copilul și familia acestuia, procesele ce-l însoțesc pe traseul evoluției sale în această ipostază foarte complexă și dificilă de soluționat – copil abandonat [2]. Statul dorește să ofere această protecție, dar nu are la dispoziție decât moștenirea instituțională a trecutului sau, lipsindu-i timpul de a-și dezvolta o nouă structură instituțională. Și atunci, familia în criză, din proprie inițiativă sau prin intermediul unor diverși actori de care ne vom ocupa în studiul prezent delegă sarcina îngrijirii copilului către stat, care nu poate interveni decât prin structura instituțională ce o are la dispoziție [3].

Metodologia studiului. Studiul a vizat toate instituțiile unde, de regula, sunt abandonați copiii cu vârste cuprinse între 0-7 ani, care se află în subordine a două ministere (educației, sănătății, muncii și protecției sociale) și o instituție creată de o organizație neguvernamentală (ONG). Aceste instituții sunt reprezentate prin maternități și secții de maternități, spitale și secții pediatrice, centre de plasament, școli internat și case de copii.

Scopul și obiectivele studiului. Scopul acestui studiu este de a evalua fenomenul abandonului copiilor cu vârste cuprinse între 0-7 ani în instituțiile din Republica Moldova.

Obiectivele studiului:

- Identificarea cauzelor care pot determina familiile să-și abandoneze copiii;
- Identificarea tipurilor de servicii oferite copiilor în instituții, precum și evaluarea calității acestora;
- Determinarea rolului instituțiilor în prevenirea abandonului copiilor.

Ca și metode pentru colectarea datelor, s-a utilizat interviul, analiza documentelor și observația. Interviuurile au fost susținute cu managerii instituțiilor și inspectorii pentru protecția drepturilor copiilor în baza unor chestionare elaborate anterior [4]. S-au utilizat două tipuri de chestionare, unul adresat *instituției* (chestionarul instituției) și altul *copilului* (chestionarul copilului).

Chestionarul instituției prevede colectarea datelor despre:

- Asigurarea instituțiilor cu apă rece și caldă, căldura adecvată în perioada rece;
- Asigurarea cu alimente, medicamente și echipament de îngrijire;
- Tipul de finanțare și existența altor surse extrabugetare;
- Existența specialiștilor, care să răspundă nevoilor de îngrijire, dezvoltare și protecție ale copilului;
- Tipurile și calitatea serviciilor oferite copiilor abandonați în instituții și familiilor acestora;
- Măsurile întreprinse de instituții în scopul prevenirii abandonului copiilor.

Chestionarul destinat colectării datelor despre copil prevede relevarea următoarelor date:

- Numărul copiilor abandonați, situația juridică a acestora, durata șederii în instituție;
- Cauzele internării / plasării copiilor în instituții;
- Starea sănătății și dezvoltarea copiilor;

Informații cu privire la familia biologică a copiilor:

- Serviciile oferite copiilor din instituții.

Informațiile din studiu sunt prezentate cu o serie de grafice, indicatori, tabele, astfel încât subiecte distincte pot fi prezentate separat, pentru a facilita discuții mai profunde. Este de așteptat ca aceste informații să întărească și/sau completeze cunoștințele, pe care autoritățile din domeniul protecției drepturilor copilului le-au acumulat deja.

Rezultate și discuții:

Fenomenul abandonului copilului în instituții. În cadrul acestui compartiment vor fi prezentate informații cu privire la numărul, vârsta și statutul copiilor plasați în instituții, cauzele plasării, precum și traseul urmat de copii după părăsirea instituțiilor.

1. Numărul copiilor abandonați și locul abandonului

Datele colectate ne indică un *număr total de 650 de copii abandonați pentru prima dată în instituții*. Dintre aceștia, un număr de 443 de copii au părăsit instituția, traseul urmat fiind diferit, de la reintegrarea în mediul familial la (re)întoarcerea în mediul de ocrotire de tip rezidențial. Rezultă astfel că, un număr de 207 copii au rămas în continuare în instituția în care au fost abandonați. În ceea ce privește locul abandonului, acesta îmbracă diferite forme, de la abandonul în maternități, imediat după naștere, la abandonul în secțiile de spital și până la abandonul în instituțiile rezidențiale, majoritatea cazurilor de abandon – 62,6%, fiind înregistrate în instituțiile medicale.

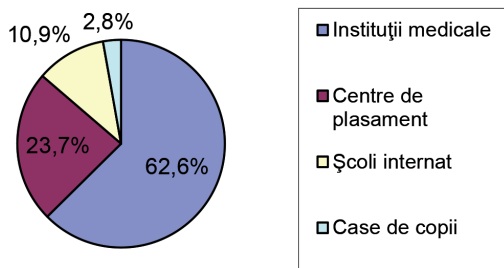


Fig. 1 Locul abandonului copiilor

Analiza numărului de copii abandonați la momentul studiului a fost îngreunată de faptul că la nivel central nu există un sistem unic de monitorizare, evaluare și urmărire a situației și a numărului de copii ce se afla la un moment dat în sistemul de protecție. În mod evident, numărul copiilor rezidenți în instituții este rezultatul interacțiunii a doi factori: a) numărul copiilor intrați în instituție și, b) numărul copiilor ieșiți din instituție. Interpretarea numărului copiilor rezidenți la un anumit moment în instituție, depinde de tipul instituției. De exemplu, maternitatea nu este o instituție de plasament ori de tip rezidențial pentru copii. Maternitatea este însă, *prima posibilitate de abandon* a nou-născutului [5]. *Situația ideală* ar fi, ca toți nou-născuții să fie externați în familia naturală. *Situația reală* ne arată, că un anumit număr de nou-născuți sunt abandonați în maternități.

2. Vârsta copiilor la momentul abandonului

Analiza datelor prin prisma indicatorului 'vârsta copilului', se referă la numărul total de 650 de copii. Numărul copiilor abandonați este mai mare la categoria de vârstă foarte mică – 0-1 lună, respectiv 43,2% și la

categoria cu vârste de peste 3 ani – 24,8%. Astfel, 91,5% dintre copiii cu vârste de peste 3 ani sunt abandonați în școlile internat, în vreme ce 1% dintre copiii 0-1 lună sunt abandonați în maternități.

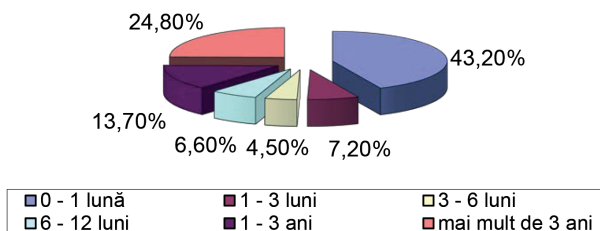


Fig. 2 Vârsta copiilor la momentul abandonului

Reiese, că pericolul cel mai mare există imediat după naștere, când mamele, de cele mai multe ori confuze, își abandonează copilul, tocmai când acesta ar avea cea mai mare nevoie de îngrijire și dragoste maternă. Maternitatea este locul, unde ar trebui dezvoltate servicii specializate de consiliere, sprijin adresat femeilor însărcinate și mamelor în vederea prevenirii acțiunilor de abandon.

Plasamentul copiilor în instituții. Acest subcapitol conține informații cu privire la situația celor 207 copii abandonați, care la momentul studiului se aflau în continuare în instituția în care au fost abandonați. Informațiile vor fi analizate făcând o diferențiere între inițiatorul și decidentul plasamentului. Datele ne arată, că nu există un sistem unitar cu privire la decizia de plasament a copiilor în instituții, existând foarte mulți actori implicați și eforturi ce necesită o mai bună coordonare. Pentru a putea dezvolta strategii care să împiedice abandonul copiilor, este important să înțelegem cum au ajuns copiii în aceste instituții, cine a fost *inițiatorul* plasamentului, cine a *decis* plasamentul și care au fost cauzele determinante ale acestora. Astfel, autoritatea tutelară raională a fost cea care în 38,2% dintre cazuri a *inițiat plasamentul* copilului, urmată de inițiativa părinților – 27,1% și cea a medicilor de familie / instituțiilor medicale (20,2%).

În cazul copiilor mici, se observă importanța majoră pe care o are medicul de familie în identificarea situațiilor de risc, acesta fiind de fapt principalul actor, care *sesizează și inițiază* plasarea copilului mic în instituțiile medicale – 55,6% și centre de plasament – 28,3%, în vreme ce pentru copiii mai mari din școlile internat, autoritatea tutelară raională este cea care inițiază plasamentul acestora – 58,1%. Părinții sunt cei care inițiază plasamentul copiilor în centrele de plasament în proporție de 30,9%, iar în casele de copii în 100% dintre cazuri, datorită bolii copiilor.

În vreme ce plasamentul copiilor în instituțiile medicale este *decis* în majoritatea cazurilor de către instituția medicală (îndreptarea instituției medicale în 55,6% cazuri și demersul autorității tutelare doar în 27,7% dintre cazuri), decizia plasării copiilor în centrul de plasament este luată preponderent ca urmare a demersului întreprins de către autoritatea tutelară – 67,2%. În ceea ce privește plasamentul copiilor mai mari în școlile internat și casele de copii, decizia este luată de ministerele în subordinea cărora se află cele două tipuri de instituții, respectiv Ministerul Educației (100%) și cel al Sănătății, Muncii și Protecției Sociale (92,9%).

Concluzii:

1. Evidențierea, analiza și structurarea problemei abandonului copilului în Republica Moldova constituie o componentă de bază în elaborarea măsurilor de protecție a copilului abandonat.

2. Rezultatele obținute relevă faptul, că o parte dintre copiii plasați în instituții se confruntă cu probleme de sănătate fizică și de ordin psihologic, fiind marcați de întârzieri în dezvoltare.

3. Datele indică faptul că, cei mai mulți dintre copii și-au continuat traseul instituțional prin plasarea acestora către alte secții de spital – 29,1%, instituții rezidențiale – 23,3% și doar în 14% dintre cazuri au fost reintegrați în familia naturală.

4. Rezultatele studiului arată că, de cele mai multe ori vârsta biologică a copilului nu corespunde cu dezvoltarea fizică și psihologică a acestuia.

Referințe bibliografice

1. Zamfir C., Zamfir E. Pentru o societate centrată pe copii. București, 1997, p. 125.
2. Iluț P. Sociologia familiei. Cluj-Napoca, 1994, p. 162.
3. Neamțu G. (coord.). Tratat de asistență socială. Iași, 2003, p. 207.
4. Macovei E. Familia și casa de copii. București, 1998, p. 175.
5. Moroșan C. Protecția copilului și practicianul social. Iași, 1998, p. 184.

IMPORTANȚA SĂNĂȚĂȚII REPRODUCTIVE MASCULINE ÎN DINAMICA SCHIMBĂRILOR AMBIENTALE

Balan Ion, dr. hab. șt. biol., conf. cerc., șef lab.

Roșca Nicolae, dr. șt. biol., conf. cerc., cerc. șt. coord.,

Buzan Vladimir, cerc. șt.

Cazacov Iulia, dr. șt. biol., conf. cerc., cerc. șt. coord.

Osipciuc Galina, cerc. șt.

Fiodorov Nicolae, cerc. șt.

Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, Republica Moldova
balanion@rambler.ru

THE IMPORTANCE OF MALE REPRODUCTIVE HEALTH IN THE DYNAMICS OF ENVIRONMENTAL CHANGE

The problem of reproduction of healthy offspring has a special significance, and the directed formation of reproductive health is mainly determined by the morphofunctional integrity of the reproductive cells. The decline in male fertility rates is closely linked to phylogenetic factors, lifestyle and environmental factors in recent decades. Maintaining the physiological functionality of the reproductive system is one of the priority tasks of society.

Progresul global modern continuu expune la noi riscuri și impune sporirea și asigurarea existenței condițiilor naturale de reproducere sănătoasă în ansamblul biodiversității viului, precum și, presupune asigurarea unui nivel înalt de sănătate reproductivă. Sporirea și asigurarea acestui nivel ocupă un rol central în orice societate și constituie sarcina primordială a lumii civilizate. Starea de sănătate a reproducerii reprezintă componentul fundamental al dezvoltării viului, sănătatea reproducerii fiind promotorul de bază al sănătății generale a organismelor, populațiilor și biodiversității, prosperității și dezvoltării. Reproducerea descendenților sănătoși este scopul existenței organismelor vii. Problema reproducerii descendenților sănătoși are o semnificație deosebită, iar formarea dirijată a sănătății reproductive este preponderent determinată de integritatea morfofuncțională a celulelor reproductive. Celulele sexuale sunt și purtătorii patrimoniului genetic al viitorului organism. Importanța problemei abordate este determinată de scăderea bruscă a indicilor derulării procesului de spermatogeneză în ultima perioadă de timp și, în special, a concentrației spermatozoizilor în ejaculat, care este proporțională fertilității acestora. Eventualele deficiențe ale gametogenezei, ca etapă inițială de formare a mecanismelor genetice ale sănătății și influența diferitor factori asupra ei, practic, sunt insuficient studiate, ceea ce reduce posibilitatea remedierii acestora. Pentru soluționarea problemei abordate este

necesar, de a crea condiții optime pentru formarea și maturizarea celulelor reproductive întregi din punct de vedere genetic, fiziologic, morfologic, biochimic etc.

Scăderea ratei fertilității masculine, care este în strânsă legătură cu factorii filogenetici, cu stilul de viață și cu factorii de mediu în ultimele decenii progresiv diminuează și, în special, recunoscută și ca un factor determinant important al apariției multor dereglări funcționale la bărbați. Infertilitatea masculină în contextul scăderii dramatice a morfofuncționalității celulelor reproductive, reprezintă un tablou complex de influență directă și conexă a factorilor interni și externi. Această componentă a unei serii de procese din cadrul organismului, se află în dependență interfactorială neelucidată pe deplin în funcționalitatea care se desfășoară de-a lungul lanțului spermatogenezei și duc la scăderea viabilității gameților. Scăderea continuă a acestui indice va reduce fertilitatea la manifestări subliminale. În același timp, influența unor factori parțial este studiată și stabilită ca caracteristici generale, iar acțiunea lor asupra sistemului reproductiv și, în deosebi, în cele mai vulnerabile perioade ale spermatogenezei nu este stabilită, elucidată și luată în considerare. Cercetările recente au evidențiat unele profiluri evidente structurale și funcționale ale componentei spermatice, iar cauzele care stau la baza infertilității de sex masculin rămân în multe cazuri necunoscute. Prin urmare, celulele sexuale și structurile competitive ale lor, activitatea funcțională a spermatozoizilor, precum și a sistemului reproductiv, se află sub influența majoră a factorilor interni și ambientali. În rezultatul acestei influențe scad indicii morfologici, biochimici și funcționali ai materialului seminal, iar cantitatea gameților patologici la bărbați crește cu 0,5% anual cu eșecuri semnificative ale reproducției. Această evoluție a sterilității denotă despre fenomenul degradării biologice a sistemului reproductiv și a organismului în general. Fenomenele degradării evoluează în progresie liniară și pot fi remediate prin ameliorarea stării fiziologice și condițiilor vitale ale organismului. În acest context, o semnificație deosebită capătă studierea factorilor și mecanismelor care influențează derularea spermatogenezei, indicii spermatogramei și sănătății materialului seminal, care determină reproductivitatea organismelor, productivitatea lor și poate sta la baza realizării strategiei reproductive.

Astfel, menținerea funcționalității fiziologice a sistemului reproductiv, stoparea degradării precoce ale acestuia, echilibrarea intensității spermatogenezei, ca unul din procesele cele mai dinamice în organismul uman și ca proces morfofiziologic cu transformări ascendente continue, precum și asigurarea dirijată a integrității materialului seminal reprezintă una dintre sarcinile prioritare ale societății.

ДЕЙСТВИЕ АНТИОКСИДАНТОВ В СОСТАВЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ СРЕД ДЛЯ КРИОКОНСЕРВАЦИИ СПЕРМЫ ЧЕЛОВЕКА

Юлия Казаков, dr. șt. biol., conf. cercet., cerc. șt. coord.

Георгий Борончук, dr. hab. șt. biol., prof. cercet., cercet. șt. princip.

Ион Балан, dr. hab. șt. biol., conf. cercet., cerc. șt. princip.

Владимир Бузан, cercet. șt.

Ион Мереуца, dr. șt. biol., cercet. șt. super.

Николай Рошка, dr. șt. biol., conf. cercet., cercet. șt. coord.

Мелания Букарчук, cerc. șt.

Институт Физиологии и Санокреатологии, Кишинэу, Р. Молдова

vladimirbuzan@yahoo.com

THE EFFECT OF ANTIOXIDANTS IN THE COMPOSITION OF SYNTHETIC MEDIA FOR HUMAN SPERM CRYOPRESERVATION

Knowledge of the effectiveness of cryopreservation of male gametes attracts the attention of scientific and practical workers engaged in the creation of synthetic media by introducing components with antioxidant properties into their composition.

В ответ на действие низких температур при криоконсервации спермы происходит усиление развития цепных реакций перекисного окисления липидов (ПОЛ) и повышения содержания промежуточных продуктов ПОЛ. Накопление промежуточных продуктов окисления липидов является важной причиной нарушения структуры и функции гамет при их криоконсервации. По этому, поиск эффективных способов ингибирования ПОЛ в интересах предотвращения нарушения биомембран гамет, которые являются довольно чувствительными при криоконсервации спермы остается актуальными.

Теоретическое и практическое знание результативности криоконсервации мужских гамет привлекает внимание научных и практических работников занимающихся созданием синтетических сред путём введения в их состав компонентов обладающих антиокислительными свойствами и технологических приёмов длительного хранения биологических объектов в условия сверхнизких температур. Исходя из вышеизложенного исследовались действия антиоксидантов на морфологические и функциональные показатели гамет при криоконсервации.

Установлено что из изученных нами антиоксидантами мексидол, фолиевая кислота, L-карнитин и другие, наиболее эффектив-

ный оказался L-карнитин, его применение позволяет повысить подвижность оттаянных гамет и продолжительности их жизни. В качестве экспериментального материала использована сперма здоровых доноров. Подвижность сперматозоидов определяли визуально по 10 бальной системе в бинокулярном микроскопе "Ampleval" при увеличении 450, а концентрация при помощи фотокалориметра. Сперму разбавляли средой содержащей антиоксидант в соотношении 1:1; 1:2; 1:3; в зависимости от подвижности и концентрации при температуре $31 \pm 1^\circ\text{C}$. Охлаждали до температуры 4°C в течение часа. Замораживали в гранулах объемом 0,1 мл на фторопластовой пластине при температуре $110-120^\circ\text{C}$ в жидком азоте. Оттаивание проводили при температуре 37°C в биологическом термостате. О криорезистентности судили по физиологическим показателям определяемым общепринятым методам.

Изучено влияние L-карнитина на физиологические показатели семени в состав среды для криоконсервации семени цитрат натрия-глюкоза-сахароза-глицерин-желток в следующих концентрациях 0,06; 0,08; 0,1; 12 мг/мл. Концентрация L-карнитина 0,08 мг/мл в данной среде улучшает физиологические показатели которые характеризуют саногенную сперму.

L-карнитин использован в данную среду, способствует повышению подвижности сперматозоидов на 60,87% и продолжительности жизни на 90,2% по сравнению с контролем, где данный антиоксидант отсутствует. L-карнитин, накапливается в форме свободного и ацелированного L-карнитина и используется сперматозоидами для β -окисления длинноцепочных жирных кислот в митохондриях, действуя на энергетический потенциал, участвует в протекции клеточных структур от ПОЛ, улучшают подвижность сперматозоидов, и увеличивает доля сперматозоидов с нормальными физиологическими показателями. Карнитин также действует на ДНК клетки и мембраны, защищая их от повреждения свободными кислородными радикалами улучшая физиологические показатели семени после криоконсервации.