

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 II-a

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

Materialele Conferinței Științifice Internaționale
08-09 noiembrie 2019

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

CHIȘINĂU
Centrul Editorial-Poligrafic *Print Caro*
2019

Aprobat spre publicare de către Colegiul de redacție al Conferinței Științifice Internaționale
proces verbal nr.01 din 01 nov. 2019

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
Svetlana Pustovit (Kiev, Ucraina) dr. hab., prof. 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
Maria Aluaș (Cluj-Napoca, România) dr., conf. univ. – membru al colegiului
Ana Pascaru (Chișinău, R.Moldova) dr. hab., conf. cercet. – membru al colegiului
Rarița Mihail (Galați, România) dr., conf. univ. – membru al colegiului
Igor Arseni (Comrat, R.Moldova) dr., lect. univ. – membru al colegiului
Boris Sosna (Chișinău, R.Moldova) dr., lect. 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 II-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 presante; 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 instituțional „*Promovarea și implementarea practică a Bioeticii medicale în Republica Moldova*”

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

„**Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare**”, **conferință științifică internațională (2019; 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, 08-09 noiembrie 2019 / col. red.: Vitalie Ojovanu (red. resp.) [et al.]. – Ed. a 2-a. – Chișinău: Print-Caro, 2019. – 360 p.: fig., tab.

Antet.: Univ. de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Catedra de filosofie și bioetică, Centrul Naț. de Bioetică din Rep. Moldova, Asoc. pentru Filosofie din Rep. Moldova. – Texte : lb. rom., engl., rusă. – Rez.: lb. engl. – Referințe bibliogr. la sfârșitul art. – 100 ex.

ISBN 978-9975-56-701-5.

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

PREZENȚE AXIOLOGICO-BIOETICE ÎN PROCESUL INVESTIGĂRII ȘI
PROPAGĂRII CUNOȘTIINȚELOR BIOETICE ÎN INSTITUȚIILE MEDICALE
DIN REBUBLICA MOLDOVA 9

Vitalie Ojovanu, Chișinău, R. Moldova

NECESITATEA DE CUNOȘTIINȚE BIOETICE SPECIALIȘTILOR ÎN ASISTENȚĂ
MEDICALĂ PRIMARĂ 15

Ludmila Rubanovici, Daniela Rusnac, Chișinău, R. Moldova

INTERCONEXIUNEA BIOETICII CU SECURITATEA UMANĂ ÎN
CONTRACARAREA AMENINȚĂRIILOR GLOBALE CONTEMPORANE 20

Serghei Sprincean, Teodor N. Țirdea, Chișinău, R. Moldova

CEREBRALIZING JUVENILIZATION AND CULTURAL ADJUSTMENT
OF BASIC HUMAN BEHAVIORS 27

Marius Dumitrescu, Iași, România

ASPECTE BIOETICE ÎN TERAPIA ARSURILOR 32

Victoria Federiuc, Anatolie Taran, Mihaela-Meri Nicu, Chișinău, R. Moldova

OPȚIUNI MEDICALE PE FINAL DE VIAȚĂ: OPINII ALE MEDICILOR
DE PROFIL TERAPEUTIC ȘI CHIRURGICAL 39

Adriana Paladi, Alexandru Musteață, Chișinău, R. Moldova

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У
ЖЕНЩИН СЛАВЯНСКИХ И ЦЕНТРАЛЬНО-АЗИАТСКИХ ЭТНОСОВ 45

Сергей Мельнов, Татьяна Мишаткина, Минск, Беларусь

VIZIUNI FILOSOFICE, AXIOLOGICE ȘI BIOETICE ASUPRA VIEȚII
ȘI SĂNĂTĂȚII 52

Ion Mereuță, Chișinău, R. Moldova

ПЛАЦЕБО-ЭФФЕКТ КАК ПРОБЛЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
СУБЪЕКТИВНЫХ И ОБЪЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ 60

Виктория Березина, Киев, Украина

REFLECȚII BIOETICE ASUPRA FENOMENULUI DE DOPAJ ȘI ETICA SPORTULUI DE SĂNĂTATE	65
Victoria Federiuc, Artiom Jucov, Chișinău, R. Moldova	
MOMENTE ESENȚIALE ÎN PREVENIREA CONFLICTELOR DIN CADRUL RELAȚIILOR MEDIC STOMATOLOG – PACIENT	70
Ala Ojovan, Chișinău, R. Moldova	
ПОВСЕДНЕВНЫЙ ЖИЗНЕННЫЙ ОПЫТ ПАЦИЕНТА КАК ОСНОВА СОВРЕМЕННОЙ МОДЕЛИ ЗДОРОВЬЯ.....	78
Светлана Пустовит, Киев, Украина	
ASPECTE BIOETICE ALE AMELIORĂRII MEDICAMENTOASE A CAPACITĂȚILOR COGNITIVE UMANE	82
Victoria Federiuc, Irina Cornilov, Chișinău, R. Moldova	
ТРАНСПЛАНТАЦИЯ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: НАУЧНО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ.....	92
Игорь Арсени, Комрат, Р. Молдова	
КОНСОРЦИУМ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НЕТВОРКИНГА В СФЕРЕ БИОЭТИКИ В НОРВЕГИИ, МОЛДОВЕ, УКРАИНЕ И БЕЛАРУСИ.....	101
Анна Губенко, Сумы, Украина Виктория Федерюк, Кишинэу, Р. Молдова	
HISTORICAL EXPERIENCE OF LACK OF COMPETENCE OF MORAL JUDGMENT IN MEDICAL RESEARCHES.....	105
Borys Ostapenko, Kiev, Ukraine	
SECURITATEA INFORMAȚIONALĂ ȘI BIOETICA	108
Alina Rotari, Chișinău, R. Moldova	
UNELE ASPECTE ALE FORMARII CULTURII BIOETICE LA CADRELE MEDICALE	110
Anatolie Eșanu, Chișinău, R. Moldova	
НВИС-КОНВЕРГЕНЦИЯ КАК НОВЫЙ ЭТАП НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ПРОГРЕССА	113
Николай Чащин, Петр Смалько, Киев, Украина	
INCURSIUNI TEORETICE PRIVIND ORIGINEA COMUNICĂRII MEDICALE	115
Silvia Nastasiu, Chișinău, R. Moldova	
ETICA TEHNOLOGIEI IMPLANTURILOR ORTOPEDICE: CONSIDERENTE ASUPRA CONCEPTULUI DE HIBRIDIZARE A CORPULUI UMAN.....	123
Victoria Federiuc, Anastasia Nicu, Chișinău, R. Moldova	

CRITERII BIOETICE VIZÎND IMUNIZAREA FEMEILOR ÎN TIMPUL SARCINII ÎN MAREA BRITANIE.....	130
Ana Berlinschi, Chişinău, R. Moldova	
UNELE ASPECTE BIOETICE ALE FERTILIZĂRII IN VITRO	133
Christian Braga, Chişinău, R. Moldova	
IMPLICAREA PRINCIPILOR BIOETICE ÎN PREVENIREA MALADIILOR INFECŢIOASE	134
Irina Lozneanu, Chişinău, R. Moldova	
PROBLEME ETICE IN RELAŢIA MEDIC-PACIENT ONCOLOGIC.....	137
Irina Roabeş, Chişinău, R. Moldova	
ASPECTE BIOETICE ŞI PSIHOLOGICE ÎN REABILITAREA PERSOANELOR CU DIZABILITĂŢI MENTALE	138
Gheorghe Savin, Chişinău, R. Moldova	
IMPLICAREA REPERILOR BIOETICE ÎN MEDICAŢIA TUBERCULOZEI.....	140
Silvia Topală, Chişinău, R. Moldova	
UNELE ASPECTE BIOETICE A STUDIILOR CLINICE PEDIATRICE.....	141
Doina Ciobanu, Chişinău, R. Moldova	
ASPECTE BIOETICE ŞI CLINICE ALE MORŢII CEREBRALE.....	143
Malvina Reaboi, Chişinău, R. Moldova	

II

CADRUL SPIRITUAL ŞI ASIGURAREA CALITĂŢII VIEŢII, BUNĂSTĂRII ŞI SIGURANŢEI ÎN SĂNĂTATE THE SPIRITUAL FRAMEWORK AND THE ASSURANCE OF QUALITY OF LIFE, WELL-BEING AND HEALTH SAFETY

ACTUALITATEA INSTRUMENTARULUI FILOSOFIEI PRIVIND ÎNŢELEGEREA PROVOCĂRILOR SOCIALE	145
Ana Pascaru, Chişinău, R. Moldova	
SEMNIFICAŢIILE „REVOLUŢIEI ETICE” DIN SOCIETATEA POSTMODERNĂ ..	151
Valeriu Capcelea, Bălţi, R. Moldova	
MIRCEA ELIADE – PROMOTEUR DE L’ANTHROPOLOGIE DES PROFONDEURS ..	158
Petre Dumitrescu, Iaşi, România	
CRIZA VALORILOR – PARTICULARITATE IMANENTĂ A CONTEMPORANEITĂŢII.....	163
Lidia Troianowski, Chişinău, R. Moldova	

PROBLEMA FILOSOFICĂ A RESPONSABILITĂȚII GLOBALE	171
<i>Rarița Mihail, Galați, România</i>	
ELEMENTE CONSTITUTIVE ALE CADRULUI SPIRITUAL AL OMULUI ÎN OPERA LUI CONSTANTIN NOICA	177
<i>Svetlana Coandă, Chișinău, R. Moldova</i>	
CONCEPTUL DE PATRIOTISM ȘI PERSONALITĂȚI ISTORICE ÎN CRONOGRAFIA ROMÂNEASCĂ DIN SEC. XVI – MIJLOCUL SEC. XVIII.....	183
<i>Dumitru Căldare, Chișinău, R. Moldova</i>	
INTEGRITATEA ÎN CERCETARE – DIMENSIUNEA INTEGRALĂ A EXCELENȚEI ACADEMICE.....	189
<i>Maria Aluas, Ioana Roxana Bordea, Cluj-Napoca, Romania</i>	
SPECIFICUL DEZVOLTĂRII ȘTIINȚEI ȘI TIPURILE DE RAȚIONALITATE ȘTIINȚIFICĂ	195
<i>Ecaterina Lozovanu, Chișinău, R. Moldova</i>	
ASPECTE ETICE PRIVIND PARTENERIATUL BISERICA CREȘTIN ORTODOXĂ – INSTITUȚIILE MEDICALE CU REFERIRE LA TRANSPLANTUL DE ORGANE .	203
<i>Dumitru Dodul, Mihail Tihonov, Chișinău, R. Moldova</i>	
LEADERSHIPUL MORAL – TENDINȚA LIDERILOR DE SUCCES	208
<i>Viorica Leancă, Chișinău, R. Moldova</i>	
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ АДАПТИВНОСТИ ЛИЧНОСТИ К УМСТВЕННЫМ И ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ	214
<i>Татьяна Дегтяренко, Владислав Коджебаш, Родион Яготин, Одесса, Украина</i>	
ASPECTE TEORETICO-PRACTICE PRIVIND INTERZICEREA TORTURII PRIN PRISMA PREVEDERILOR ARTICOLUL 3 AL CONVENȚIEI EUROPENE PENTRU APĂRAREA DREPTURILOR OMULUI ȘI A LIBERTĂȚILOR FUNDAMENTALE ..	220
<i>Zinaida Lupașcu, Chișinău, R. Moldova</i>	
ROLUL IDENTITĂȚII RELIGIOASE ÎN SOCIETATEA POSTMODERNĂ DIN MOLDOVA	227
<i>Luis Serdeșniuc, Chișinău, R. Moldova</i>	
НАУЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ СТРЕССОУСТЙЧИВОСТИ ОБЩЕСТВА	232
<i>Елена Бобро, Борис Насибуллин, Одесса, Украина</i>	
IDENTITATEA ETNICĂ ÎN CONDIȚIILE REALIZĂRII OPȚIUNII EUROPENE A REPUBLICII MOLDOVA	238
<i>Elena Balan, Chișinău, R. Moldova</i>	

CONCEPTUL DE MODEL ÎN FILOSOFIA LUI C. NOICA	244
<i>Vera Panfil, Chişinău, R. Moldova</i>	
SALARIZAREA ADECVATĂ A LUCRĂTORILOR MEDICALI – FACTOR ESENȚIAL PENTRU MENȚINEREA ANGAJAȚILOR IN SISTEM	250
<i>Nina Globa, Chişinău, R. Moldova</i>	
COMPETENȚA ACMEOLOGICĂ A PERSONALITĂȚII – FACTOR RELEVANT ÎN DEZVOLTAREA PROFESIONALĂ A VIITORULUI SPECIALIST ÎN MEDICINĂ	252
<i>Iuliana Fornea, Chişinău, R. Moldova</i>	
TRANSFORMĂRI ALE IDENTITĂȚII ÎN CONTEXTUL SOCIETĂȚII MULTI/PLURI/TRANSCULTURALE	253
<i>Dumitru Dodul, Chişinău, R. Moldova</i>	
DISCRIMINAREA ȘI STIGMATIZAREA PERSOANELOR HIV/SIDA	255
<i>Eugenia Talmaci, Chişinău, R. Moldova</i>	
ABORDARI SOCIO-BIOETICE ALE CALITĂȚII VIEȚII PACIENȚILOR CU BOLI RARE DIN REPUBLICA MOLDOVA	256
<i>Ana Mocanu, Chişinău, R. Moldova</i>	
ROLUL MIGRAȚIEI ÎN APARIȚIA COPIILOR STRĂZII	258
<i>Marionela Raileanu, Chişinău, R. Moldova</i>	

III

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

EVALUAREA DINAMICII DECESELOR EVITABILE ÎN PROFIL TERITORIAL CU EVIDENȚIEREA REGIUNILOR VULNERABILE	260
<i>Denis Cernelea, Larisa Spinei, Chişinău, R. Moldova</i>	
PARTICULARITĂȚILE SOCIO-MEDICALE ALE COPIILOR CU CERINȚE EDUCATIVE SPECIALE	271
<i>Alina Ferdohleb, Chişinău, R. Moldova</i>	
UNELE PARTICULARITĂȚI MEDICO–SOCIALE ALE SĂNĂTĂȚII COPILULUI ORFAN ÎN REPUBLICA MOLDOVA	278
<i>Tudor Grejdean, Irina Malanciuc, Victoria Voloceai, Vlad Badan, Chişinău, R. Moldova</i>	
ROLUL MANAGEMENTULUI STRATEGIC ÎN DEZVOLTAREA INSTITUȚIILOR MEDICALE	283
<i>Ludmila Goma, Chişinău, R. Moldova</i>	

REZISTENȚA ANTIMICROBIANĂ CA PROBLEMĂ SOCIO-MEDICALĂ STRINGENTĂ	288
Livia Țapu, Larisa Spinei, Olga Burduniuc, Chișinău, R. Moldova	
PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII UN – CRTERIU IMPORTANT DE MĂSURARE A CALITĂȚII VIEȚII	293
Tudor Grejdean, Leonid Margine, Vlad Badan, Chișinău, R. Moldova	
PERSOANELE LONGEVIVE – VIZIUNI ȘI CONSECINȚE MEDICALE ȘI SOCIALE ...	298
Anatol Negară, Tudor Grejdean, Leonid Margine, Gabriela Șoric, Chișinău, R. Moldova	
PRIORITĂȚILE SISTEMELOR DE SĂNĂTATE: AVANTAGE ȘI DEZAVANTAGE ...	302
Tudor Grejdean, Victoria Voloceai, Diana Mitruc, Chișinău, R. Moldova	
EVOLUȚIA ABORDĂRILOR DE IMPLEMENTARE A METODELOR ȘI PROGRAMELOR DE INSTRUIRE MEDICALĂ PRIN SIMULARE CONFORM GHIDURILOR EDUCAȚIONALE INTERNAȚIONALE	308
Andrei Romancenco, Chișinău, R. Moldova	
UNELE ASPECTE ÎN TRATAMENTUL PACIENTELOR CU POLICHISTOZĂ OVARIANĂ	314
Voloceai Victoria, Diana Mitriuc, Chișinău, R. Moldova	
TONSILITA CRONICĂ ȘI PIELONEFRITA	319
Daniela Balagura, Marcel Balagura, Chișinău, R. Moldova	
REPERE TEORETICE PRIORITARE ÎN TACTICA ACȚIUNILOR DE REABILITARE A DIABETULUI ZAHARAT DE TIP 1 LA COPII	327
Vitalina Ojovan, Chișinău, R. Moldova	
SINDROMUL DE OCHI USCAT ÎN STRUCTURA MORBIDITĂȚII OFTALMOLOGICE LA COPII	333
Irina Guzun, Chișinău, R. Moldova	
SĂNĂTATEA ȘI CANCERUL GLANDEI MAMARE LA LUCRĂTORII MEDICALI –PROBLEMĂ ACTUALĂ ȘI SOCIALĂ	340
Veronica Șveț, Chișinău, R. Moldova	
PARTICULARITĂȚI ALE SĂNĂTĂȚII PERSONALULUI MEDICAL DIN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ	350
Iurii Lupacescu, Chișinău, R. Moldova	
PATOLOGII NEUROLOGICE NEONATALE: ASPECTE TEORETICO-MEDICALE SI BIOETICE	356
Ana Cristal, Chișinău, R. Moldova	
ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN MALADIILE ONCOLOGICE: ASPECTE ETICE	357
Petru Dobrojan, Chișinău, R. Moldova	
DILEME SOCIO-BIOETICE ÎN MANAGEMENTUL MALADIILOR SEXUAL TRANSMISIBILE	359
Olga Tomșa, Chișinău, R. Moldova	

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

**PREZENȚE AXIOLOGICO-BIOETICE ÎN PROCESUL
INVESTIGĂRII ȘI PROPAGĂRII CUNOȘTINȚELOR
BIOETICE ÎN INSTITUȚIILE MEDICALE
DIN REPUBLICA MOLDOVA**

Vitalie Ojovanu, dr. hab. în filos., conf. univ.
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R. Moldova
vitalie.ojovanu@usmf.md

*AXIOLOGICAL-BIOETHICAL ELEMENTS IN THE PROCESS OF
RESEARCH AND PROPAGATION OF BIOETHICAL KNOWLEDGE IN
MEDICAL INSTITUTIONS IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA*

The core of the moral spiritual spectrum of contemporary medical activity includes axiological and bioethical components. Certain situations in the sphere of medicine in a concrete social framework are determined by the involvement of the values and principles of the ethics of life. The characterization of this context is relevant in organizing and carrying out the process of propagation of bioethical knowledge in the Republic of Moldova.

Asistența medicală contemporană, cât și funcționalitatea întregii sere a medicinei, este de neconceput fără implicarea bioeticii, fapt demonstrat cu diverse și convingătoare probe pe parcursul ultimilor cincizeci de ani, adică de când ilustrul savant și moralist american Van Rensselaer Potter (1911-2001) a lansat renumitul concept de bioetică. Practica medicală și cea socială, în general, a demonstrat cu certitudine că acest concept potterian, ulterior dezvoltat și adaptat noilor condiții apărute în rezultatul evoluării civilizației, a devenit un reglator de bază, eficient, universal și perpetuu al multitudinii de relații, circumstanțe și probleme prezente în medicina clinică și cea de cercetare.

Gradul evoluat de potențialitate al aplicării reperelor bioetice identificat în realizarea actului medical reprezintă nu numai un indiciu al calității procesului terapeutic, ci și o prezență temeinică a cunoștințelor bioetice la contingentul de lucrători medicali. Această constatare reiese nu numai din datele expuse cu lux de amănunte în sursele publicate, ci și din cele identificate de noi în cadrul diverselor activități de investigație științifică special destinate subiectului în cauză.

Faptul identificării prezențelor axiologice și celor bioetice în respectivul context nu este unul aleatoriu, ci constituie o relevare a manifestării factorilor spirituali antrenați în anumite procese sociale, iar în cazul de față – în cel al medicinei practice.

Afirmarea corelației: factori spirituali – asistență medicală, la etapa contemporană a evoluării medicinei, se focalizează în bioetică, mai ales în domeniul ei „mai special” – bioetica medicală. Perindarea acțiunilor de nuanță etică nu au loc într-un mod detașat de alte componente, antrenate direct sau colateral, ci într-un sistem obiectiv de implicare dinamică, integrativă a acestora. Atât axiologia medicală, cât și bioetica au o tangență comună – ambele rezultă din imperativele realităților contemporane. Bioetica, având o conotație teoretico-practică mai accentuată, a iradiat numeroase sfere ale activității umane, manifestând o importanță de netăgăduit. Un episod aparte privitor la studierea valorilor medicale se profilează în cadrul afirmării bioeticii. Ea constituie un generator permanent și eficace de sensibilizare a problemelor cu implicație morală, inclusiv și celor ce țin nemijlocit de valorile spirituale. În mod obiectiv manifestarea multidimensională a bioeticii catalizează procesul studierii mai profunde și mai insistente a valorilor medicale. Afirmarea bioeticii facilitează considerabil fundamentarea axiologiei medicale.

Obiectiv axiologia și bioetica devin două repere indispensabile ale medicinei de azi. Ambele se manifestă în trei aspecte principale ale activității medicinale: teoria medicală, actul medical, medicina și incidența factorului social. Reieșind din faptul că medicina reprezintă un ansamblu de cunoștințe și acțiuni practice utilizate în scopul prevenirii maladiilor, menținerii și consolidării sănătății, tratării sau ameliorării afecțiunilor, suferințelor și infirmităților, *teoria medicală* implicând axiologia și bioetica, oferă principii etice, orientări valorice care stau la baza activității de cercetare în medicină. Elementul central al medicinei reprezintă, de fapt, *actul medical*. În jurul său se structurează întreg sistemul medical incluzând aspectul cli-

nic, teoretic și valoric. Dimensiunea axiologică a medicinei începe cu stabilirea diagnozei. Pe măsura evoluării actului medical se intensifică corelația valoare-bioetică. Există multiple aspecte privitor la *incidența factorului social în medicină*, însă principalul rezidă din faptul că medicina depinde aproape exclusiv de relațiile morale din societate. În acest caz bioetica și axiologia nu-și delimitează sferile, ci le plasează pe aceleași poziții. Axiologia și bioetica constituie două premise de bază și în activitatea educațională în medicină. În acest caz prin educație și instruire se pot atinge performanțe însemnate, mizându-se mult pe implementarea valorilor și a educației din motivul că educația constituie un proces de asimilare a valorilor, de facilitare a orientărilor valorice prin metode active.

Valorile medicale joacă un rol important în sfera spiritual-morală și cea științifică. Explorarea subiectelor axiologico-medicale ar accelera procesul constituirii axiologiei medicale și ar oferi soluții cu implicații practice importante. De aceea optimizarea axiologică a medicinei constituie o sarcină prioritară curentă și de perspectivă. O misiune specifică de neamânat este redresarea sistemului valoric adecvat medicinei în concordanță cu realitatea autohtonă și cea mondială. Necătând la faptul că în medicina contemporană se constată preponderarea unei diversități accentuate privitor la conținutul și statutul unor valori, comparativ cu alte domenii aici valorile sunt mai susceptibile spre omogenizarea și unificarea particularităților indigene.

Studierea valorilor medicale din perspectiva standardizării unor aspecte axiologice din medicină și din viața socială marchează un fapt incontestabil. Prin uniformizarea semantică și implicarea funcțională a acestora s-ar putea atinge o situație evoluată atât în domeniul respectiv, cât și în întreaga sferă spirituală, fapt ce induce la crearea unui cadru valoric comun în medicină care ar facilita și orientarea spre alte valori spirituale menite să devină comune. Axiologia în medicină capătă anumite particularități, fapt ce accentuează tot mai vădit afirmarea axiologiei medicale și corelația ei cu bioetica. Constituirea axiologiei medicale ar favoriza în mod evident rezolvarea unor probleme stringente de ordin spiritual-moral, social și științific la nivel planetar [1].

Analiza dezvoltării asistenței medicale în R.Moldova pe parcursul ultimilor douăzeci de ani evidențiază un tablou incontestabil – prezența unui deficit accentuat al cunoștințelor de bioetică, etică și deontologie medicală, o enormă dificultate în capacitatea de aplicare/implicare a principiilor bio-

eticii și a valorilor spiritual-morale în sfera clinică a medicinei, persistența atitudinii de indiferență față de faptul promovării aplicării active ale acestora de către factorii de decizie [2], nivelul necorespunzător în privința manifestării culturii medicale de către personalul medical, lipsa de interes a pacienților de a-și cunoaște și cere corespunzător drepturile, nivel jos de cultură personală manifestată față de personalul medical ș.a. Nu vom relata probleme de alt ordin: managerial-administrativ, juridic, financiar, al corupției, etc. Adică s-a creat un cerc vicios al stării de lucruri în privința funcționalității principiilor morale în sfera medicală autohtonă, sferă confruntată cu multiple și serioase probleme.

Pentru a realiza un studiu de amploare asupra situației privind nivelul curent de cunoștințe bioetice, capacitatea de aplicare a acestora în cazuri clinice concrete și în relațiile cu pacienții, rudele acestora, cu alți colegi (medici, asistenți medicali, personal auxiliar), identificarea și abordarea altor subiecte din activitatea medicală, iar, ulterior a trasa și aplica strategii de implementare eficientă a acestor cunoștințe și abilități, a fost elaborat, înaintat la concurs și câștigat proiectul instituțional de cercetare științifică fundamentală: „Promovarea și implementarea practică a Bioeticii medicale în Republica Moldova” pe perioada anilor 2015-2018, apoi prelungit până în 2019. Scopul magistral al proiectului a fost preconizat în promovarea facilă a cunoștințelor și principiilor de bază ale bioeticii și implementarea eficientă a acestora în spațiul medical și farmaceutic din R.Moldova. S-au preconizat realizarea următoarelor obiective: identificarea, analiza și discutarea în cadrul forurilor științifice republicane, inclusiv și cu participare internațională, a celor mai recente idei în domeniul bioeticii contemporane; investigarea variantelor teoretice optime pentru punerea în aplicare practică a reperelor bioetice în spațiul medical și farmaceutic autohton; elaborarea instrumentelor aplicative în vederea implementării în practică a metodelor bioetice de promovare a calității vieții și sănătății în R.Moldova; elaborarea ghidurilor, manualelor, elaborărilor științifice și publicațiilor periodice în domeniu; pregătirea cadrelor abilitate în bioetică. Relevanța proiectului s-a axat pe identificarea și aplicarea mecanismelor bioetice în spațiul autohton pe fundalul unei deficiențe de cunoștințe bioetice și existenței unei crize de etică aplicativă în administrarea actului medical. În procesul realizării proiectului au fost utilizate cele mai moderne și eficiente metode de cercetare. Rezultatele preconizate s-au atins cu succes, inclusiv și prin: editarea unor valoroase culegeri de materiale științifice, informative

și manuale, crearea unui centru de consultanță și informații în domeniul bioeticii; lansarea unui portal electronic în domeniul bioeticii; publicații în literatura de specialitate de peste hotare.

În perioada realizării obiectivelor trasate în proiect s-au evidențiat câteva subiecte de o evidentă importanță teoretică și, totodată, pentru procesul de implementare a cunoștințelor de bioetică în mediul medical autohton.

Primul, relevă fundalul axiologic societal în care se produc acțiuni, procese, tendințe ce țin în general de sfera medicinei. Acest fundal, în configurația sa autohtonă și regională, include un set de componente ce pot fi analizate, comparate cu cele din societățile unde medicina a atins cote înalte de dezvoltare. Respectiva prezență axiologică în mod obiectiv determină existențial gradul de relații contradictorii, chiar evident negative din sfera medicală, preponderent cea din activitatea clinică. Aici e necesar de subliniat faptul că prezența unei baze economice dezvoltate nu totdeauna, imediat și direct condiționat, asigură un sistem valoric facil dezvoltării altor domenii, structuri sau institute sociale (cum ar fi, de exemplu, medicina). Actualmente condiția axiologică a societății noastre, determinată, la rândul său, de o serie de alți factori, nu constituie un mediu favorabil pentru o medicină cu performanțe.

Al doilea subiect reprezintă specificul zonei de interferență: valori spiritual-morale – principii bioetice. Aceste relații sunt în esență lor valorice, deoarece însăși bioetica are la bază valorile tradiționale din societate, stabilite și structurate pe parcursul istoriei. În cadrul existențial autohton se sesizează anumite inconveniențe nu între valori concrete și principiile bioeticii, ci între structura valorică, funcționalitatea ei, și capacitatea de aplicare a acestor principii (bioetice). Valoarea concretă figurează în medicină constituind, în majoritatea cazurilor, un scop în sine, o condiție de orientare către ea, dar nu un element dintr-o structură eficient funcțională, bine corelată cu principiile bioeticii, eticii, deontologiei medicale. Nu rareori privitor la starea de lucruri din domeniul asistenței medicale se constată următoarea expresie: „oficial se spune una, dar în realitate se face altă”. Cine dintre conducătorii instituțiilor medicale, șefi de subdiviziuni ale acestora, neagă umanismul, binefacerea, ajutorul necondiționat, demnitatea, cinstea, onoarea, supremația vieții și sănătății, etc.? Dar segmentând activitățile lor cotidiene, analizând starea de lucruri în colectiv, relațiile cu pacienții, constatăm altă ambianță, alte atitudini.

Al treilea subiect prezent în tandemul valoare – principiu bioetic con-

stituie spectrul valoric al subiecților implicați în actul medical: specialistul în medicină, cadrul managerial, pacienții, rudele sau apropiații suferindului. Aici intervin relațiile axiologice interconexionate: individ – instituție – societate, unde rolul de bază este cel al persoanei concrete, preponderent al pacientului ori al medicului. Pacientul intră în relație cu medicul, ambele părți având poziții valorice referitor la sfera medicinei, determinate de sistemul valoric al mediului social, sistem ce are, referitor la medicină, carențe funcționale vizibile. În practica medicală cotidiană intervine, parcă, un cerc vicios: pacientul cu nivelul său de cultură individuală și medicală promovează un tip de valori față de medic și instituția medicală, iar instituția își promovează propriul set valoric prin intermediul principiilor, condiționările și regulile sale și, în rezultat, se creează o atmosferă care, din punct de vedere axiologic, constituie o neconcordanță sau conflict valoric. Situația este „alimentată” de acțiunile doar declarative, formale ale factorilor superiori de decizie în medicină, de concepte și tactici ineficiente ori chiar greșite cu aplicație în sistemul de sănătate.

Dacă analizăm corelația a două entități real existente în sfera asistenței medicale – sistemul axiologic și bioetica, aici doar factorul uman, persoana concretă poate interveni întru stabilirea unei corelații eficiente, iar în baza acesteia se poate ameliora și îmbunătăți starea de lucruri din întreaga sferă medicală. Atare intervenții ale subiecților umani se pot realiza pe căi diverse – acțiuni administrative, promovarea cunoștințelor în cadrul programelor sau proiectelor, cursurilor speciale de perfecționare a cadrelor de specialiști, informarea populației ș.a. – toate acestea fiind analizate, planificate și lansate în proiectul „Promovarea și implementarea practică a Bioeticii medicale în Republica Moldova ” ce se apropie de finalizarea activităților sale. Totodată, credem, că aceste porniri fructuoase vor continua și amplifica atât la nivel de colective, organizații medicale, cât și de către fiecare lucrător din sfera medicinei.

Referințe bibliografice

1. Ojovanu Vitalie. Axiologia și medicina: Dimensiuni teoretico-metodologice: Monografie. Chișinău: UASM, 2012.304 p.
2. Ojovanu Vitalie, Eșanu Anatolie, Rubanovici Vladislav, Nistreanu Didina. Prezența bioeticii în instituțiile medicale din Republica Moldova și rolul factorilor de decizie. În: Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare: Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 16-17 nov. 2018, Chișinău. Chișinău: CEP *Medicina*, 2018, p.15-20.

3. Codul deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului. În: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=369644> (accesat: 30.04.2017).

NECESITATEA DE CUNOȘTINȚE BIOETICE SPECIALIȘTILOR ÎN ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

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

Daniela Rusnac, asist. univ.

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

ludmila.rubanovici@usmf.md, daniela.rusnac@usmf.md

THE NECESSITY FOR BIOETHICAL KNOWLEDGE OF SPECIALTIES IN PRIMARY MEDICAL ASSISTANCE

Bioethical knowledge is a key element for primary care specialists, in particular and for the medical system in general. Today's reforms in the public health system must also be based on a moral foundation that would remove from the crisis the medical system. This requires creating a healthy environment and adequate rights and obligations for both the patient and, doctor.

Menținerea sănătății populației într-o stare de bine este o condiție obligatorie pentru dezvoltarea durabilă a oricărui popor. Îngrijirile primare de sănătate pot contribui la aceasta prin oferirea beneficiarului cel mai ridicat standard de sănătate în condițiile celui mai mic preț de cost care se pot furniza. De asemenea, la nivel de stat, prin reformarea și consolidarea asistenței medicale primare sunt posibile realizarea programelor guvernamentale îndreptate spre reducerea inegalităților și sporirea accesibilității serviciilor medicale, prin măsuri de prevenire, prin educație sanitară, prin depistarea activă a stărilor premorbide și a diverselor maladii.

Conceptul de îngrijire primară *de* sănătate a fost elaborat și promovat de către Organizația Mondială a Sănătății începând cu anul 1978 [1]. Asistența medicală primară s-a născut dintr-o reală necesitate, sistemele de sănătate nefiind în stare să rezolve problemele medicale ale tuturor membrilor societății. Scopul acesteia era de a asigura egalitatea de șanse în ceea ce privește îngrijirile medicale de bază.

Actualmente, asistența medicală primară furnizează îngrijiri de sănătate

cuprinzătoare, de prim-contact, indiferent de natura problemei, în contextul unei relații continue cu pacienții, în prezența sau în absența bolii, reprezentând elementul central al unui sistem de sănătate publică. Domeniul asistenței medicale primare este parte componentă a specialității medicina de familie și element esențial al sistemului medical. E cazul să menționăm, că în multe țări europene în cadrul acestui domeniu sunt incluse și alte tipuri de servicii de sănătate precum: pediatrie, servicii de medicină urgentă, ambulatoriu de interne, ambulatoriu de chirurgie și altele. Studiile recente arată că statele care au segmentul de asistență medicală primară dezvoltat au un nivel de sănătate mai superior și un grad de satisfacție al pacienților mai ridicat. Reformarea sistemului de sănătate și dezvoltarea asistenței medicale primare, singura aptă să asigure acoperirea universală în ceea ce privește serviciile medicale, au nevoie de sprijin din partea serviciilor specializate, al organizațiilor și instituțiilor din afara comunității deservite.

În țara noastră, *Regulile de organizare a asistenței medicale primare* au intrat în vigoare la data de 19.10.2018, publicate în Monitorul Oficial Nr. 398-399, art. Nr: 1052, în temeiul art.361 alin.(3) din Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995, care stabilesc modul de organizare a asistenței medicale primare prin acțiuni preventive, educaționale, terapeutice și de recuperare, contribuie la promovarea stării de sănătate a individului, a familiei și a comunității. Ne vom referi la acțiunea educațională a asistenței medicale primare, care nu poate avea loc fără a deține cunoștințe profunde teoretice și practice despre cauza sănătății individului și comunității, adaptarea biologică și socială. Potențialul creator, de muncă, social și cel al sănătății populației se reflectă în sănătatea publică. Astfel, aspectul educațional se reflectă prin cunoștințele din bioetică, ce pot duce la minimalizarea riscurilor și maximalizarea beneficiilor pentru pacient, la eficientizarea medicinei din punct de vedere uman, respectându-se valorile fundamentale ale omului și demnitatea sa. Considerăm oportun de a menționa rolul cunoștințelor bioetice în oferirea unei perspective sustenabile de dezvoltare a medicinei primare pe termen lung prin promovarea intereselor fundamentale ale societății de azi și a generațiilor de mâine.

Bioetica [2; 3] a devenit un ansamblu de cunoștințe prin intermediul cărora se realizează relațiile etice dintre medic-pacient, medic-medic, medic-societate. Fără de cunoștințe din bioetică astăzi a devenit imposibilă organizarea din punct de vedere moral și legal tratamentul pacienților,

a cercetărilor biologice și medicale, dar și protejarea demnității medicului, bolnavului, lucrătorului sferei medicale. Aceștia din urmă necesită să fie instruiți profund în domeniul juridic, dar și etic/bioetic, pentru a nu fi lezată demnitatea umană, pentru a nu fi obligați să acționeze contrar valorilor și convingerilor sale morale și profesionale.

Interrelaționarea medicului cu pacientul și familia acestuia trebuie să se bazeze pe o comunicare eficientă pentru a atinge scopul esențial al activității medicale primare: restabilirea sănătății pacientului, asigurarea calității serviciilor medicale oferite, securitatea vieții bolnavului și familiei lui, promovarea modului sănătos de viață, etc. Comunicarea eficientă este factorul cheie al cooperării avantajoase a medicului și pacientului. Abilitățile de comunicare reprezintă una din premisele de bază în constituirea unei relații eficiente cu pacientul, care determină: o mai mare aderență la tratament, o îmbunătățire consecutivă a parametrilor fiziologici și a rezultatelor clinice, o creștere a satisfacției atât a pacientului, cât și a medicului de la rezultatul interacțiunii cu un pacient concret, dar și din practicarea nemijlocită a profesiei, o reducere a plângerilor de malpraxis, o reducere a costurilor pentru sănătate, etc. [4].

Este important în procesul de comunicare cu pacientul de a fi corect din punct de vedere moral, legal și psihologic. Medicul de familie, ca prestator de servicii medicale primare, trebuie să cunoască faptul că abordarea individuală a pacientului, atenuarea stărilor de criză sau conflictuale, manifestarea față de pacient a empatiei și compasiunii duce la creșterea sentimentului de bine a beneficiarilor.

Comunicarea medic-pacient prevede nu doar actul de transmitere a informației accesibile fiecărui pacient, dar și respectarea drepturilor lui, a celor 14 drepturi ale pacientului, stipulate în *Carta Europeană a Drepturilor Pacienților* aprobată la Roma în anul 2002, la baza căreia stau *Drepturile Fundamentale ale Omului*: (1) Dreptul la măsuri preventive; (2) dreptul la acces; (3) dreptul de a fi informat; (4) dreptul de a consimți (a da acordul); (5) dreptul la liberă alegere; (6) dreptul la respectarea intimității și confidențialității; (7) dreptul la siguranță; (8) dreptul la calitate; (9) dreptul la inovații; (10) dreptul de a nu fi supus durerii nejustificate; (11) dreptul de a fi respectat timpul necesar intervenției; (12) dreptul la tratament personalizat; (13) dreptul de a manifesta nemulțămirea; (14) dreptul de a fi compensat în caz de prejudicii [5, p.105]. Obligația medicului este de a asigura aplicarea acestora în practica cotidiană primară, fapt confirmat și în

legislația Republicii Moldova. Medicul este obligat să respecte drepturile și interesele pacientului, precum și ale rudelor lui [6].

Pentru o relație eficientă medic-pacient este nevoie să menționăm că medicul are și el drepturi în exercitarea activității profesionale, printre care evidențiem: pregătirea profesională corespunzătoare ajustată la standardele educaționale profesionale internaționale; asigurarea condițiilor optime de exercitare a activității profesionale; dreptul la pregătire profesională și la atestare; dreptul la apărare, inclusiv pe cale judiciară, dreptul la muncă și alte drepturi profesionale; respectarea și protejarea drepturilor și intereselor legitime ale medicului, indiferent de caracterul public sau privat al sistemului în care activează și de forma de exercitare a profesiunii, etc. [6].

Unul din scopurile primordiale al bioeticii medicale este de a proteja demnitatea personalității medicului, care aflându-se zilnic în situații de conflict cu povara responsabilității deciziilor și alegerilor morale, poate deveni ținta unor acuzații serioase, dar totodată neîntemeiate. Activitatea practică din medicina primară arată că există numeroase lacune în sistemul legal. De aceea în momentele de luare a deciziei, urgent și cu siguranță, medicul ar trebui să acționeze reieșind din propriile concepții și valori morale, fiind îndrumat de cunoștințele din bioetică și conform deontologiei profesionale. Prin urmare cunoștințele bioetice sunt o formă de protecție pentru lucrătorii medicali acolo unde legea devine insuficientă. Pe lângă caracteristica de îndrumător, bioetica mai poartă și funcția de justificare, exonerare și protejare a lucrătorilor medicali din domeniul asistenței medicale primare.

Catedra de filozofie și bioetică a realizat un studiu în cadrul proiectului instituțional *Promovarea și implementarea practică a bioeticii medicale în Republica Moldova*. Una din întrebările propuse respondenților ține de necesitatea cunoștințelor bioetice unui lucrător medical [7, p.51-59]. Rezultatul arată că majoritatea respondenților pledează pentru faptul că cunoștințele bioetice sunt necesare pentru formarea culturii și conștiinței morale personale. Altă variantă de răspuns demonstrează că bioetică poate interveni și la soluționarea dilemelor morale apărute în practica clinică. Încă un argument ce ar motiva un lucrător medical să posede cunoștințe bioetice este pentru formarea unei responsabilități morale în practica medicală; pentru rezolvarea problemelor apărute în contextul medicinei moderne; pentru creșterea nivelului profesional; pentru umanizarea medicinei. Prin urmare se confirmă faptul că cunoștințele din bioetică sunt indispensabile

pentru activitatea practică a lucrătorilor medicali din diferite domenii, inclusiv asistența medicală primară.

Același studiu arată dualitatea lucrătorilor medicali față de principiile bioetice în medicina clinică: pe de o parte se recunoaște importanța principiilor bioetice, însă, pe de altă parte, acestea sunt concepute și aplicate doar formal, fără o prezență a unor convingeri bine statornicite. La fel și managerii au manifestat cunoștințe foarte superficiale cu percepere uneori confuze a postulatelor bioeticii, eticii medicale și deontologiei medicale, fără a cunoaște diferența dintre ele [8, p. 17-26]. Prin urmare s-a identificat faptul că pentru funcționalitatea reperelor bioetice în activitatea medicală primară și în cea clinică marea responsabilitate o poartă factorii de decizie din sfera medicală, tot ei contribuind și la formarea imaginii lucrătorului medical în societate, a valorilor promovate, a educației pentru sănătate, etc.

Considerăm că, procesul decizional în sfera medicală primară din Republica Moldova este unul neeficient, lucrul demonstrat și de sondajele de opinie a cetățenilor țării noastre, care arată că reformele din medicină stagnează sau au o direcție greșită, persistența corupției în medicină, calitatea serviciilor medicale este una precară, instituțiile medicale funcționează cu echipament depășit, medicamentele sunt costisitoare și se atestă o lipsa acută de cadre medicale, etc. Factorul de decizie este unul nefavorabil pentru că în mare parte depinde de sistemul administrativ și de cel politic. În această ordine de idei, remarcăm faptul că lipsa unui fundament moral din medicina primară duce la criza din sistemul medical, iar pentru această este necesar crearea unui climat sănătos și adecvat atât pentru respectarea drepturilor și obligațiile pacientului, cât și, a medicului. Acest lucru este demonstrat încă odată în chestionarul menționat mai sus, conform căruia responsabilitatea și promovarea bioeticii în rândul lucrătorilor medicali în mare parte o are Universitatea de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, pe a doua poziție sunt instituțiile preuniversitare și nu în ultimul rând acest rol îi revine mass-mediei.

Așadar, putem concluziona cu fermitate că intenția studiilor din domeniul bioeticii este una nobilă și binevenită ambelor părți implicate în relația medic-pacient, sau medicină-societate. La baza ei stă respectul pentru demnitatea, individualitatea, autodeterminarea personalității atât a medicului, cât și a pacientului. Cunoștințele bioetice sunt acel reper comun de la care vor porni toate deciziile luate spre binele pacientului și spre prosperitatea medicului și a asistenței medicale primare, a sănătății publice în ansamblu.

Referințe bibliografice

1. Marius Marginean. Dimensiunea sociala a medicului de familie. În: https://www.academia.edu/9724633/Dimensiunea_sociala_a_medicului_de_familie (accesat: 01.10.2019).
2. Țirdea T.N. Bioetică: teorie și practică. Chișinău: CEP „Medicina”, 2016. 224 p.
3. Țirdea T.N., Gramma R.C. Bioetica medicală în sănătate publică. Chișinău: Casa editorială-poligrafică Bons Offices, 2007. 247 p.
4. Ghid privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților. Chișinău, 2018. 39 p.
5. Drepturile omului în îngrijirea pacienților: ghid pentru practicieni România / Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate. Buzău: Alpha MDN, 2015. 364 p.
6. LEGEA Republicii Moldova Nr. 264 din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic.
7. Rubanovici, L., Rusnac, D. Cunoștințe și opinii despre importanța bioeticii în sistemul sociomedical autohton: studiu empiric. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Chișinău: Centrul Editorial-poligrafic „Medicina”, 2018. 355 p.
8. Ojovanu V., et al. Prezența bioeticii în instituțiile medicale din Republica Moldova și rolul factorilor de decizie. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare, Chișinău: Centrul Editorial-poligrafic Medicina, 2018, p.17-26.

INTERCONEXIUNEA BIOETICII CU SECURITATEA UMANĂ ÎN CONTRACARAREA AMENINȚĂRILOR GLOBALE CONTEMPORANE

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

Teodor N. Țirdea, dr. hab. în filoz., prof. univ., Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova
tirdea_teodor@mail.ru

INTERCONNECTION OF BIOETHICS WITH HUMAN SECURITY IN CONTRACTING CONTEMPORARY GLOBAL THREATS

The bioethical and human security problematics are defending social equity, human rights and pleading for eliminations of human risks in the context of global changes. The social, economic, political, military, cultural or environ-

mental processes, phenomena and events, are inter-dependent, inter-influencing each other. Contemporary global crisis is characterized by complexity and multi-dimensioning, determining the appearance of a row of risks and menaces to national, regional or even global security. The imperative necessity of contracting contemporary global threats at the level of protection of human person can be fulfilled through reconceptualization at local, regional and global scales, in methodological and bioethical ways, of the perspectives of strengthening human security.

Bioetica în spațiul politic în conexiune cu problematica securității umane se manifestă diferit, în dependență de caracteristicile de bază ale acestor spații, reieșind din setul de așteptări sociale și necesități specifice securitare față de metoda bioetică de asanare a crizei globale, cât și în funcție de scopurile și sarcinile concrete trasate în fața comunității științifice care coordonează lansarea bioeticii ca disciplină teoretico-metodologică, dar și ca domeniu practic de implementare a valorilor și principiilor bioetice [1].

Diversele diferențe culturale, religioase, etice, mentale, socio-politice sau tehnologico-economice, ca nivel de viață și standarde de calitate, caracteristice unui număr enorm de comunități umane ce populează planeta Pământ contribuie, pe de o parte, la fortificarea potențialului omenirii de a face față celor mai violente și distrugătoare efecte și rezultate ale crizei globale pluridimensionale, prin diversitatea pe care o creează, dar pe de altă parte, constituie un impediment în găsirea unor elemente sociocivilizaționale comune dintre diverse comunități, în vederea realizării unei coordonări și organizări mai eficiente ale omenirii în ansamblu, în condițiile necesității unei reacții coordonate și prompte a factorilor de decizie de cel mai înalt nivel la provocările crizei mondiale ce afectează diverse domenii ale vieții sociale [2].

Identificarea elementelor și caracteristicilor etico-morale și civilizaționale comune tuturor comunităților umane, a metodelor și tehnologiilor sociale de dirijare și management societal devine cea mai importantă sarcină a bioeticii ca știință a supraviețuirii, așa după cum a fost gândită de fondatorul ei – Van Rensselaer Potter, ancorată adânc în contextul socio-civilizațional contemporan și cu o implicare pleneră în spațiul politicului, în domeniul securității umane și al deciziilor strategice la nivel global. Elaborarea de către biologul american amintit mai sus a teoriei bioetice, ca o concepție a supraviețuirii și securizării globale a progresului social,

securitatea și depășirea crizelor globale poate fi un obiectiv realizabil doar în condițiile bioetizării politicului și a vieții sociale prin promovarea unor astfel de principii precum cel al biocentrismului, coevoluției, responsabilității, cooperării atât dintre state și alte instituții internaționale, responsabile de implementarea strategiei de dezvoltare durabilă, cât și dintre societate și natură [3].

Dimensiunea nonmilitară a securității a câștigat teren în fața celei militare, mai cu seamă în ultimele decenii. Motivul principal este simplu și evocat mult prea des în studiile de securitate: conștientizarea faptului că, odată cu sfârșitul Războiului Rece, amenințarea militară de mare amploare s-a diminuat, fiind înlocuită de noi riscuri, pericole și amenințări de natură politică, economică, socială, ecologică etc. Cu toate acestea, se constată existența unor constante determinante pentru perioada post-război rece: nevoia de democratizare și dezvoltare nu numai a fostelor țări comuniste, ci și a altor state slab dezvoltate din toată lumea.

Securitatea umană, ca o nouă concepție constructivistă în studiile de securitate care a determinat apariția de noi dimensiuni în cercetarea domeniului securității, a fost generată de critica la adresa neorealismului și înseamnă asigurarea securității concentrată pe interesele și nevoile individului uman, iar interesele de securitate ale colectivității și statului sunt secundare și inferioare ca prioritate față de securitatea persoanei [4]. Ca rezultat al evidențierii rolului individului în procesul de securizare, problema securității capătă noi valențe, pe lângă cele militare, precum aspecte economice, ecologice, societale, politice, chiar și lingvistice și discursive (Jaap de Wilde) sau semnificații etice prin implicarea sistemului de principii morale și valori personale ale individului. În acest ultim context, securitatea devine o problemă de etică în condițiile în care securizarea se remarcă ca o componentă de bază a realizării binelui comun.

În cadrul concepției securității umane se pune un accent special pe importanța asigurării intereselor individului uman ca componentă fundamentală a societății viitorului, fiind, totodată și partea cea mai vulnerabilă, cea mai puțin protejată și mai ușor distructibilă a societății. Cu toate acestea, conceptul și practica securității umane se confruntă cu unele provocări serioase care trebuie să fie identificate, analizate și explicate autorităților publice relevante și factorilor de decizie politici, dacă se dorește să se realizeze o analiză profundă a situațiilor critice și o implementare mai sustenabilă a modelelor de securitate umană. Provocările-cheie în

conceptualizarea noțiunii de securitate umană provin din insuficiența de coerență și sistematizare teoretică, din lipsa abordărilor interdisciplinare și a cooperării dintre savanții din domenii diverse dar care sunt coagulați de un singur scop final al muncii lor de cercetare, din lipsa unei metodologii comune de studiu și evaluare, din percepția greșită precum că conținutul concepției securității umane reprezintă o abordare totalmente inedită în a găsi un echilibru adecvat între domeniul asigurării securității în societate și a altor drepturi și libertăți ale omului [5].

Problemele și situațiile ce conțin amenințări și riscuri potențiale semnificative la adresa securității subiecților umani, induc opiniei publice, factorilor de decizie, o nouă atitudine și abordare la un cu totul alt grad de vigilență și preocupare pentru problema priorității intereselor publice în fața celor individuale. Această dilemă nu poate fi soluționată pe deplin și fără echivoc prin referință doar la atitudinea bioeticii contemporane față de procesele bio-tehnologice sau de cercetare [6]. Discrepanța poate fi diminuată prin raportarea permanentă la primordialitatea de a urmări perspectivele de generalizare și diseminare a cunoștințelor obținute în urma progresului științei, deoarece prioritizarea interesului public în fața celui individual, cu urmări negative pentru securitatea umană, poate să submineze din temelie încrederea în echidistanța și corectitudinea factorului de decizie ca pârghie de protecție a persoanei contra abuzurilor sistemului social și normative [7]. Astfel, în contextul echilibrării importanței sociopolitice a intereselor colective și personale se va promova o nouă paradigmă de adoptare a deciziilor politice ca instrument de asigurare a realizării și de protecție a interesului individual în fața abuzurilor motivate de interesul colectiv sau de stat.

Noțiunea de securitate la nivel conceptual, după încheierea Războiului Rece, și-a extins conținutul simultan, pe orizontală și verticală. Extinderea dată se referă la includerea a 7 aspecte non-militare de bază, cum ar fi: sectorul mediului ambiant, economic, alimentar, sanitar, personal, sectorul securității comunitare și securitatea politică. Această combinație de dimensiuni non-militare ale securității au generat conceptul nou de securitate umană ca o nouă etapă în conceptualizarea fenomenului securitar. Noțiunea de securitate umană menționată de ONU în Raportul asupra dezvoltării umane a Organizației Națiunilor Unite din 1994 a evoluat de atunci într-o serie de noi definiții, concepte și abordări teoretice ale securității ființei umane.

Conceptul de securitate umană este în mod inerent legat de concep-

tul de dezvoltare umană, este teoretic fundamentat, modern și atractiv, cu toate acestea, este dificil să fie pus în aplicare în totalitatea amplitudinii sale teoretice. Concepția privind securitatea umană completează noțiunea de securitate națională și internațională, concentrându-se mai mult pe componenta umană și nu pe infrastructura critică, instituții sau teritoriu. La momentul actual, securitatea umană a devenit un element fundamental al conceptelor și politicilor de securitate națională, regională, internațională și chiar globală. Concepția privind securitatea umană a devenit, de asemenea, o motivare logică care determină într-o anumită măsură, modul de formare și punere în aplicare a politicilor publice.

Dezvoltarea conceptului de securitate umană a fost profund influențată de contextul politic și de securitate de după sfârșitul Războiului Rece. Mai mulți factori au creat un spațiu cognitiv care a fost necesar pentru dezvoltarea unui astfel de concept, precum scăderea amenințării comunității internaționale cu declanșarea unui război nuclear la nivel mondial, predominanța amenințărilor netradiționale și non-militare, democratizarea, consolidarea drepturilor și libertăților omului în contextul evoluției politicilor naționale și internaționale, creșterea gradului de conștientizare a populației, dar și a elitelor și clasei politice cu privire la importanța vieții umane și a bunăstării, consecințele globalizării, amplificarea sărăciei și a diferențelor între statele și societățile dezvoltate și cele aflate în curs de dezvoltare, creșterea numărului conflictelor armate și violente locale și regionale, liberalizarea regimului de portarmă în multe zone din lume.

Deoarece fenomenele menționate mai sus sunt caracteristice pentru întreaga societate, acestea creează un nou context de conceptualizare a securității umane ca un fundament pentru promovarea interesului național al statelor care se dezvoltă în acord cu paradigma democratizării. Unele regiuni ale lumii se confruntă cu multe conflicte în context social, cultural, economic și geostrategic, fiind într-o situație diferită de alte regiuni mai sigure. Acestea constituie alte motive pentru care au fost dezvoltate numeroase definiții academice și politico-aplicative (similare, dar ușor diferite) ale fenomenului securității umane.

O analiză comparativă a diversității de abordări ale fenomenului securității umane relevă o mare varietate de amenințări și riscuri securitare potențiale direcționate împotriva oamenilor și comunităților umane. Majoritatea dintre aceste amenințări și riscuri securitare fac parte din categoria amenințărilor non-tradiționale, cu toate acestea, amenințările și riscurile

securitare tradiționale, caracterizate de aplicarea violenței și forței militare, sunt la menținute în categoria celor probabile de către specialiștii în acest domeniu. Prin urmare, spectrul de amenințări și riscuri securitare vizează domeniul economic, politic, demografic, alimentar, al sănătății, de mediu, amenințări și riscuri securitare personale, amenințări și riscuri la adresa securității comunitare, crima sub toate formele, inclusiv terorismul, dezastre naturale, conflictele violente și războaiele, genocidul etc.

Cu toate acestea, conceptul de securitate umană, de fapt se referă la aproape toate aspectele de securitate, amenințări și riscuri. Întrebarea este cum să fie construită teoria securității umane și realizată aplicarea acesteia în practică, dacă se referă la toate aspectele securității. Ceea de ce cu adevărat e nevoie, este elaborarea unui indice de securitate umană, așa cum deja a fost propus și discutat de unii specialiști și savanți. Astfel, acest indice ar permite comunității internaționale să monitorizeze situația securității umane în zonele de criză și în alte părți în mod sistematic și permanent. Acest fapt ar da un punct de reper pentru acțiunile preventive de asigurare a securității umane, printr-o organizare mai bună și mai cuprinzătoare de pregătire și contracarare a diferitor amenințări și riscuri securitare.

În consecință, ca urmare a demersurilor comunității academice, și ONU a extins definiția oficializată a amenințărilor și riscurilor securitare la adresa păcii și stabilității internaționale, incluzând conflictele dintre state și crizele de securitate umană. Conflictele armate interne, persecuțiile politice sau aplicarea violenței contra persoanelor umane, alte încălcări extreme ale drepturilor omului la nivel local, pot fi tratate din perspectiva metodologiei de calificare a ONU ca amenințări la adresa păcii și securității internaționale. Multe documente ale ONU reflectă faptul că pacea și securitatea internațională din ce în ce mai des subliniază importanța și prioritatea asigurării securității umane ca un aspect tot mai relevant, mai cu seamă dacă vizează pericolul terorismului în coraport cu condițiile de viață și ființare bio-socială.

Ca urmare a progresului tehnico-științific, omenirea a obținut accesul la un șir de tehnologii biomedicale capabile să modifice din temelii fundamentele socio-civilizaționale, bio-sociale și spiritual-morale a societății umane contemporane [8]. Omul, prin condiția sa firească de catalizator al valorilor materiale și spirituale, a devenit, în consecință, nu doar o măsură a succesului implementării noilor politici de transformare a sociumului în conformitate cu teoriile eugeniste și biologiste, dar și un obiect important al

eforturilor de revigorare morală, promovate prin teoria bioetică.

Securitatea umană, prin definirea celor trei planuri de bază ale sale: libertatea de necesități, libertatea de frică și dreptul de a trăi cu demnitate, trasează, de fapt, obiectivele politice ale bioeticii de realizarea a acestor deziderate. Libertatea de necesități se prezintă a fi un obiectiv de realizat, ca o stare în care necesitățile specific omului (fiziologice, spiritual și sociopolitice) nu vor mai constitui un impediment în progresul său personal sau o sursă de insecuritate. Libertatea de frică, însă, se remarcă ca o stare psihoemotivă prin care individul uman este scutit de grija și frica viitorului prin politici sustenabile și raționale, echitabile și participative. Iar dreptul de a trăi cu demnitate încununează eforturile securitare prin conferirea unei valori etice produsului final – creșterea calității vieții umane. Iar în aspect aplicativ, atât bioetica prin elaborările sale metodologico-conceptuale, cât și securitatea umană contribuie la soluționarea unei probleme de importanță majoră în plan mondial: definirea perspectivelor sistemului internațional și al civilizației umane în ansamblu, de a contracara efectele negative ale crizei globale.

Referințe bibliografice

1. Sprincean S. Securitatea umană și bioetica. Monografie. Chișinău: Tipogr. Centrală, 2017, p.36.
2. Țirdea T.N. Demnitatea umană din perspectivă planetară și bioetică. În: Educația în Bioetică și Drepturile Omului în România. București: UNESCO, 2006, p.57.
3. Цырдя Т.Н. *Становление биоцентрической методологии – императив этики эпохи высоких глобальных технологий.* În: Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования медицины. Саратов: Издательский центр «Наука», 2009, p.57.
4. Buzan B. Popoarele, statele și teama. O agendă pentru studii de securitate internațională de după războiul rece. Chișinău: Cartier, 2000. 104 p.
5. Поттер В.Р. Биоэтика: мост в будущее. Киев: Видавец В. Карпенко, 2002, p.109.
6. Fukuyama Fr. Viitorul nostru postuman: consecințele revoluției biotehnologice. București: Editura Humanitas, 2004. 83 p.
7. Roșca L. Supraviețuirea, moralitatea și potențialul personalității umane: analiză teoretico-metodologică. Monografie. Chișinău: CEP UASM, 2007. 216 p.
8. Барбур И. *Этика в век технологий.* Москва: ББИ им. Св. Апостола Андрея, 2001, p.165.

CEREBRALIZING JUVENILIZATION AND CULTURAL ADJUSTMENT OF BASIC HUMAN BEHAVIORS

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

JUVENILIZAREA CEREBRALIZANTĂ ȘI REGLAREA CULTURALĂ A COMPORTAMENTELOR UMANE DE BAZĂ

În această lucrare vor fi amintite principalele direcții cu privire la modul în care foetalizarea și implicit ideea unei juvenilități cerebrale au făcut ca ființa umană să fie înțeleasă ca un veritabil miracol, ce face excepție de la regula fundamentală a evoluției celorlalte specii care vizează adaptarea la mediu prin specializare și selecție naturală. Astfel, evoluția prin elemente culturale și artificiale face ca, în cazul omului, să discutăm de o evoluție prin desprindere de mediul natural, cu mari implicații, mai ales de ordin filosofic.

Introduction

One hundred years ago, Lodewijk Bolk (1866-1930), a Dutch anatomist, tried to explain human morphology and physiology by proposing a revolutionary theory at that time as he renounced the idea of evolution through natural selection and adaptation to the environment. He stated that internal factors of our nature, such as changes in the endocrine system, directly determine our cultural behaviour and place us in a specific niche of survival, strictly reserved for man. Trying to explain this strange situation, which points to man as an anomaly in relation to the law of environmental specialization, Bolk developed the foetalization theory in the study *On the Problem of Anthropogenesis* (1926): “*In a certain sense, man can be defined as a primate fetus that has become capable of reproduction, a monkey fetus matured as such*” [1]. The Dutch anatomist states that the essential somatic properties of man, which distinguish him from all other animals, would be permanent fetal features, resulting from stagnation in his ontogenetic development, but a stagnation that was not determined by external causes, belonging to the spectrum of adaptive reasons, but a consequence of internal causes. He defines the foetalization process as a progressive retardation

of the morphological features of our ancestors, caused by changes in the functioning of the endocrine system [1].

The concrete elements through which the cultural implications of foetalization can be captured

Once the Ariadne thread has been found, other correlations can be identified between the morphological changes of the human body as a result of the foetalization process and their enormous impact on cultural behavior.

Starting from these fetal elements discovered by Bolk [1], their consequences can be traced culturally. Thus one can better understand why man is a creature created from nature for culture. The central position of the occipital great hole dictates bipedal walking in Bolk's vision and not the other way around. The persistence of the cranial suture during the first 18 months of life ensures the possibility of increasing the size of the brain for a longer period, even in extrauterine life. The relatively large weight of the human brain is directly correlated with the power of information storage. Human orthognathism and placement of the jaws under the cranial cavity offers the possibility of articulated language, but also the development of the brain. The particular conformation of the skeleton of the hand and the foot, with the thumb opposing the hand, but not opposable for the feet, ensures the technical abilities of the upper limbs and bipedal walking for the lower limbs. The special shape of the female pelvis facilitates the easy birth of a child with a more developed head. The ventrally oriented position of the genital slit in women, together with bipedalism, determines the frontal reproduction and the visual attraction of the partners, which has great psychological implications on human sexuality. Certain fetal elements of the female genital tract make it possible for human sexuality to be not only strictly reproductive, but one accompanied by pleasure, with the aim of achieving a long-term united couple due to the phenomenon of falling in love, which Edgar Morin saw as a kind of "possession by image", and Ioan Petru Culianu as a "fantastic infection" in the imaginative apparatus.

Bolk's theory has revolutionized our thinking about man, showing us how a change of program that takes place inside, at the level of the body, has allowed the soul greater independence, and a greater power to detach from the telluric state.

It is as if there is a "program" in which a demiurge conceives a particular organism for a niche of its own survival, in which it must develop a certain

behavior that is predetermined by its nature. From this point of view, as Jacob von Uexküll also demonstrates, in his famous book *Mondes animaux et monde humain*, the survival niche of the human being, by not involving highly specialized elements, has the most open range. Thus, Uexküll would find that man is a radical exception in relation to the entire evolution of species. If in the case of all species there is a horizontal evolution, by specialization and adaptation to the environment, in the case of man we can speak of a vertical evolution, by specialization and detachment from the natural environment, the man elaborating, through his culture, his own artificial environment.

Man – a being in search of its own nature

The human world is under the impact of culture. The human being sees and understands the meaning and significance of symbols. Taking into consideration these data, one of the first anthropologists to come up with a theory about the position of man in the world was Arnold Gehlen. He took over part of von Uexküll's biological ideas and in 1940 published the study *Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt* (*Man. Its nature and position in the world*), in which he presents the human being as being burdened with the deficiencies of its constitution (absence of instinct, openness to the world and non-specialization), defects that expose man very early to a wave of stimuli, and he wonders how he can survive, despite all weaknesses. Gehlen takes Nietzsche's statement that man would be *the still unstable animal*, but at the same time he offers the solution of the survival of such a being in the world of his existence: *the man must relieve himself, that is, he must transform the defective conditions of his existence, through his own forces, in opportunities favorable to his life* [2]. The direction of this cultural or technical evolution was accompanied by the complex process of foetalization or cerebralizing juvenilization that the anatomist Lodewijk Bolk had discovered. Current theories establish a close connection between a special biological fundamental constitution of man and its openness to the world.

The zoologist Adolf Portman drew attention, since 1944, to the fact that man is different from animals because some evolutionary stages, established by the laws of nature, take place in the womb in case of mammals, but, in the case of humans, these phases occur in a so-called "first extrauterine year", i.e. outside the womb. This coming into the world too early

for independent survival creates a visible gap between the demands of the environment and the possibilities of the child, creating the need for the help of education and allowing the child to establish a very early contact with the various phenomena of the world.

Edgar Morin, speaking of the same process of *juvenilization*, considers that *this corresponds to an ontogenetic slowdown that is to an extension of the biological period of childhood and adolescence, and even to an ontogenetic failure, in this case the incomplete substitution of the adult traits for the juvenile ones* [3]. The direct corollary – cerebralization – favored learning skills. The learning of the language by the *sapiens* child can only be achieved during a period of plasticity, which ends at the age of seven, which shows us that, for the socio-cultural complexity, a long childhood is absolutely necessary.

The human brain – an organ with a still unfulfilled potential

Long-term childhood has the effect of massive cerebralization, enlargement of the brain, not only quantitative, but also qualitative. Recent research has provided clear evidence. *The brain of a new – born chimpanzee already has 70% of the adult size, the rest of 30% is quickly realized in the first six months of life. Our species, by contrast, has a brain that is only 23% of its final adult size. Rapid growth continues for another six years after birth and the entire process does not end until around the twenty-third year of life* [4].

Numerous embryonic features, considered non-specialized qualities of the monkey – hunter (*long and thin neck, flattened face, small size and delayed eruption of teeth, absence of strong eyebrow twitching and lack of ability to rotate the big toe*) [4], represented the evolutionary leap he needed. From a single leap in the direction of neoteny, foetalization, the monkey – hunter could acquire both the brain he needed and the body to fit a technical animal, dependent on the artifacts he is continually perfecting. This road has the effect of constantly changing man; he is not finalized, he lives in an infinitely open world, where the second nature is culture, in all its forms.

Neoteny brings a great advantage to the human being: the brain, which is still imperfect, evolves continuously and this fact leads to the possibility that the adult, even after childhood and youth, can acquire new adaptations, new strategies, and new skills [4]. Of course, this process had already begun in the anthropoids, but in the case of hominization, it will continue under socio-cultural pressure. The cultural program could not be installed if there was no process of neoteny.

Through neoteny, man is freed from specialized characters, related to an adaptation to a particular environment. However, the quite unfinished generalized characters remain (*pentadactile limbs, still very complete dentition, quadritubercular molars, non-specialized digestive tract*) [3]. Genetics, in turn, gives us evidence in this regard. Our genome is extremely simplified compared to the animal one, precisely because we lack the genes specific to the adaptive structures in the environment.

Human culture under the ideal of androgyny

Foetalization thus determines the growth of offspring, nutrition, sexuality and aggression. The dependence of the children on the parents is continually prolonged; the sexuality becomes one that tends to increasingly blur the differences between the sexes, imposing the ideal of androgyny, and the aggression lacking specific means of inhibition and being highly technical, has evolved towards the intra-specific killing, which cannot be adjusted only by cultural means. In all vital activities, from feeding, sexuality and aggression, man has built a true culture that he inherits, but also that he develops from generation to generation.

In the *foetalization* process we find the explanation for all our excesses. Being deprived of a control device, which could have resulted in the process of specialization through adaptation to the environment, we had to adjust our different instincts (aggression, sexuality and nurturing) by cultural factors, which, however, can often lead us to excesses, such as intra-specific mass killing through ritual practices, which take the form of refined sacrificial techniques to which orgies of all kinds can be added, as those practiced in Ancient Rome, ending by frightening even Emperor Augustus, who was forced to pass laws to temper the upsurge of promiscuity. In this context of the decaying empire, Christian morality appears, establishing a cult of the holy family and returning, somehow, to the Aristotelian idea of the *Politics* treatise, which argues that family is the foundation of society and, in general, of humanity.

Due to the culture and especially to the development of an extraordinary power of the imaginative faculty, of what Aristotle called *fantasia*, man becomes the only animal that can process the past experience for the future. The human brain has this unique and miraculous ability to perceive the future, which, for him, becomes as real as the past or present. The human being can dream with open eyes, and can elaborate images and ideas that do not have a correspondent in the immediate reality. He is a visi-

onary, able, not infrequently, to put his projections into practice. Culture, the universe of artefacts, is the product of these *memories from the future*. We create a strange relationship, in which we do not know who is made for whom: *man for culture*, the latter developing through man to artificial intelligence, or *culture for man*, because it would in fact be subject only to the interests and especially to the human will.

Conclusion

Due to his creative power, man is always subjected to great risks, which involve ups and downs; he must realize that all his creations are ambivalent, and can be put into the service of both life and death. From the processing of the stone to the mastery of nuclear energy, it remains the same mystery of creation, which transforms the human being into the only living being who must take responsibility for his actions and pay at great cost that astral moment when he “*defied the miracle of the world*”.

References

1. Blaga Lucian. *Aspecte antropologice*. București: Editura Facla, 1976, p. 88-89.
2. Füst Maria, Trinks Jürgen. *Manual de filosofie*, București: Editura Humanitas, 1997, p. 225-227.
3. Morin Edgar. *Paradigma pierdută: natura umană*. Trad. de Iulian Popescu. Iași: Editura Universității „Al. I. Cuza”, 1999, p.85-87.
4. Morris Desmond. *Maimuța goală*. București: Editura Enciclopedică, 1991, p.29-30.

ASPECTE BIOETICE ÎN TERAPIA ARSURILOR

Victoria Federiuc, magistrul în bioetică, asist. univ.

Anatolie Taran, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Mihaela_Meri Nicu, studentă

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

Chișinău, R. Moldova

victoria.federiuc@usmf.md

BIOETHICAL ISSUES IN BURN CARE

Due to the new biomedical technologies, important therapeutic advances have been made in the care of burn victims. Medical systems are engaged in ongoing debates on the financing of health care and the responsibility of

health professionals. New treatments and clinical methodologies should be evaluated in the light of bioethical knowledge and practices. In a society that values respect for the person, ethical medical practice must be centered on the individual patient, and the tasks of the medical specialist must be oriented towards the maximum interest of the victim and the protection of his fundamental rights. Patients have the right to autonomy, and consent to treatment should be obtained, with the exception of special circumstances, following a negotiation dialogue with the patient. Withdrawal or withholding of unnecessary and improper medical treatment may be considered to be in the best interest of the patient. Guidelines for the consent of minors, incompetent persons and for research purposes have been established by professional bodies and are defined by the medical legislation. The resources for the care of burn patients are finite, and the reasoning of these resources is an indisputable reality. Most burn victims recover and regain their place in society, however in the case of serious injuries the recovery may not be complete, the treatments can be long lasting and very expensive, and in vulnerable groups such injuries are still associated with high mortality. Therefore, the treatment and care of burn victims fall under the scope of bioethical expertise, which requires the continuous complex approach of all clinical aspects in a bioethical context.

În contextul dezbaterilor etice, deseori specialiștii ignoră faptul că practica medicală presupune în afară de eforturi intelectuale și tehnice, și un efort moral. Etica luării deciziilor este unul dintre pilonii de bază ai îngrijirilor medicale în tratamentul arsurilor. Dezvoltarea vertiginoasă a tehnologiilor terapeutice și schimbările în societate ar trebui să îi determine pe medicii de această specialitate să examineze și să aplice principiile eticii medicale contemporane prin prisma cunoștințelor de bioetică [1].

În ultimii ani, impactul progresului științific și îmbunătățirea tehnicilor existente au dus la o creștere extraordinară a șanselor de viață a majorității pacienților cu arsuri, chiar dacă cazurile de arsuri la pacienți sunt încă asociate cu o mortalitate ridicată. Pentru unii pacienți, noile tehnologii chiar dacă au crescut șansele de salvare a vieții, totuși încă depășesc cu mult posibilitățile de reconstrucție și reabilitare a victimei. Premisa că cineva ar trebui să facă tot ce poate nu mai este acceptat ca un principiu valabil universal. Specialistul trebuie să ia de multe ori rolul de "portar" [2], luând decizii împreună cu pacientul, cu privire la momentul în care tratamentele speciale ar trebui puse în aplicare sau întrerupte. O înțelegere a problemelor etice inerente îngrijirii arsurilor îi ajută pe medici și pe pacienți să ia decizii sigure în circumstanțe exigente.

Asistența medicală în ansamblu trece printr-o perioadă de tranziție. Acum trei secole, îngrijirea medicală occidentală era condusă pe baza unei ierarhii bine definite, relația dintre medic și pacient fiind în mare măsură paternalistă. În ultimii ani însă, au apărut noi tendințe, interesul față de medicina alternativă și holism este în creștere. Pacienții doresc din ce în ce mai mult să fie informați și să se implice în deciziile cu privire la tratamentul și îngrijirea acestora, doresc să știe ce este scris în fișele medicale, importanța diferitor medicații și modalitățile de tratament ale diferitor medici. Rolurile și ierarhiile tradiționale au ajuns la o etapă de erodare. O abordare multidisciplinară a îngrijirii pacienților care încorporează mai multe specialități medicale este deja bine acceptată. Astăzi un medic nu numai că trebuie să știe cât de eficient este un tratament, dar și de costul acestuia în cadrul bugetelor controlate sau gestionate. O înțelegere a eticii inerente îngrijirii arsurilor oferă o anumită stabilitate în timpul acestei schimbări potențial turbulente de la o paradigmă la alta. Respectarea valorii etice a diferitor acțiuni poate îmbunătăți integrarea noilor științe medicale, gestionarea costurilor și poate oferi pacientului posibilitatea de a alege.

În furnizarea îngrijirii victimei cu arsuri există câteva aspecte individuale proeminente care necesită judecăți etice potențial dificile. Într-o mare măsură, componentele fiecărei probleme se suprapun. De exemplu, problema dacă este justificată abținerea de la administrarea tratamentului pacienților cu șanse de supraviețuire joase necesită o înțelegere a conceptelor de consimțământ al pacientului și futilitate medicală. În fiecare circumstanță, trebuie să se ia în considerare limitele dreptului medical, valorile profesiei medicale și teoriile etice.

În tratamentul sau îngrijirea arsurilor interacțiunea dintre medic (sau alt îngrijitor) și pacient poate fi caracterizată prin mai multe modele diferite: preumție și conformitate (inginer și mașinăria); paternalism și înțelegere (părinte și copil); negociere și contract (contract între parteneri) [3]. Relația inevitabil poate fi predispusă la dominație de către medic, întrucât acesta posedă cunoștințele și aptitudinile relevante pentru situația pacientului.

Se recunoaște, în general, că modelele de relație între medic și pacient bazate pe conformitate și paternalism trebuie evitate. Paternalismul benevol este acceptat ca fiind justificat numai în circumstanțe definite. De exemplu, în cazul unei deteriorări rapide a stării pacientului, capacitatea de a lua o decizie corectă ar trebui pusă la îndoială. În astfel de situații de excepție, pentru a respecta drepturile pacientului la autodeterminare, acesta trebuie

să se angajeze într-un dialog cu medicul sau cu un alt specialist. Interacțiunea între îngrijitorul pacientului poate trece prin diferite modele în timp. Modelul unui contract între parteneri oferă pacientului un respect adecvat și este cel mai puțin probabil să provoace conflicte.

Personalul din domeniul sănătății are datoria de a explica natura, scopul și riscul unui tratament propus. Neefectuarea consimțământului este o încălcare a obligației profesionale de a acorda asistență pacientului. Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacienților din RM, Articolul 5 impune ca pacientului să i se ofere „informații exhaustive cu privire la propria sănătate, metodele de diagnostic, tratament și recuperare, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiența terapeutică a acestora” [4]. Se declară că principala cauză a nereușitei înfăptuirii acestui acord este eșecul unei comunicări eficiente dintre medic și pacient. Dacă pacientul suferă vreun prejudiciu ca urmare a tratamentului, acesta are dreptul, conform legislației, de a solicita despăgubiri, deși în Republica Moldova încă nu este bine definită legislația cu privire la malpraxis, iar disputele cu privire la greșelile medicale cad sub incidența codului penal sau civil. Modul în care se obține consimțământul dictează echilibrul relației dintre medic (sau alt lucrător medical) și pacient.

Conceptul de consimțământ informat provine dintr-o hotărâre adoptată în 1914 în America de către judecătorul Benjamin Cardozo [5]. Declarația sa a fost că „fiecare ființă umană care a împlinit vârsta majoratului și este în plină competență mentală are dreptul să determine ce se va face cu corpul său, iar un chirurg care efectuează o operație fără acordul pacientului comite o încălcare pentru care este răspunzător”. Pentru a satisface obligația morală și legală a consimțământului informat, trebuie respectate trei principii: (1) principiul competenței, ce presupune că pacientul trebuie să fie capabil să gândească rațional și să ia o decizie proprie; (2) absența coerciției – pacientul are dreptul de a da sau a refuza consimțământul fără influențe externe și (3) furnizarea de informații adecvate – pacientul trebuie să dispună de suficiente informații pentru a accepta cu certitudine tratamentul propus.

Consimțământul este adesea căutat atunci când pacienții sunt anxioși sau expuși unui risc. Acest lucru este deosebit de relevant pentru îngrijirea acută a pacienților cu arsuri. În astfel de circumstanțe, este insuficient doar să se furnizeze pacientului informații abundente. Lucrătorii medicali au datoria de a depune toate eforturile pentru a ajuta pacientul să gândească

rațional, dar cu respectarea drepturilor la autodeterminare. Atunci când este posibil, este recomandabil să se permită un interval rezonabil între obținerea consimțământului și începerea unui tratament, pentru ca pacientul să poată reflecta calm asupra problemelor date.

Legislația medicală definește în mod clar responsabilitatea juridică a specialistului atunci când obține consimțământul. În unele țări, cum ar fi SUA, standardele de informare necesare sunt mult mai mari decât în altele. Textul acordului informat poate cuprinde mai multe pagini. Acest lucru poate satisface un imperativ juridic, dar mulți doctori afirmă că furnizează prea multe informații de valoare incertă și împiedică, de fapt, capacitatea de decizie a pacientului. Când este posibil, consimțământul ar trebui să fie obținut de persoana care a efectuat tratamentul sau capabilă să efectueze procedura.

În cazul adulților, pentru a accepta tratamentul, pacientul trebuie să aibă capacitatea de a lua decizii în nume propriu. Pentru a fi considerat competent, pacientul trebuie să îndeplinească următoarele criterii: (1) trebuie să înțeleagă și să rețină informațiile relevante, (2) trebuie să creadă în această informație și (3) trebuie să fie capabil să delibereze rațional pentru a lua o decizie finală.

Un diagnostic de boală mintală nu este, în sine, un motiv suficient pentru a determina dacă un pacient este considerat incompetent. Adulții incompetenți au dreptul la un tratament medical adecvat definit de un organism responsabil. Un medic poate trata un astfel de pacient fără consimțământ, cu condiția ca tratamentul să fie în interesul personal al pacientului. Pentru minorii cu vârsta sub 16 ani, criteriile de acordare a consimțământului sunt în conformitate cu jurisprudența.

O proporție mică din pacienții cu arsuri grave ar putea fi infectați cu boli potențial transmisibile, cum ar fi hepatita B sau HIV. Mulți dintre acești pacienți sunt asimptomatici, alții prezintă simptome sau ar putea proveni din grupuri sociale cu o incidență crescută a acestor boli. Unii lucrători medicali ar putea crede că tratarea unor astfel de pacienți i-ar putea expune la risc de inoculare și infecție. Mulți chirurghi recunosc că în timpul intervențiilor medicale au suferit prejudicii în urma înțepăturilor cu ace. Poate un pacient care, de exemplu, este cunoscut ca fiind infectat cu hepatita B sau cu HIV, să fie refuzat de a fi tratat pe motiv de risc real sau evident pentru chirurghi sau pentru alți lucrători medicali? În această privință, legislația Republicii Moldova (LEGE Nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia

infecției HIV/SIDA) Art. 25 stipulează ”(1) Orice persoană dispune de acces egal la servicii medicale indiferent de statusul HIV. (2) Nu se admite refuzul internării, primirii, accesului la servicii medicale a persoanelor cu status HIV pozitiv în instituțiile medico-sanitare și balneare publice, departamentale și private sau solicitarea unor taxe sporite pentru prestarea serviciilor respective.” [6]. Codurile etice ale lucrătorilor medicali de asemenea stipulează că nu este etic pentru un medic să refuze un tratament sau o investigație pentru care există facilități adecvate, pe motiv că pacientul a suferit sau poate suferi, de o afecțiune care expune medicul la risc personal.

Un domeniu al unei potențiale controversă este cel al terapiei neesențiale. Unii chirurghi ar putea, de exemplu, să susțină că procedurile secundare de reconstrucție, efectuate după un timp după suferirea arsurilor inițiale, sunt tratamente suplimentare neesențiale. În aceste circumstanțe, apare întrebarea dacă este justificată amânarea tratamentului dacă pacientul nu acceptă un test de screening adecvat? Un astfel de argument ar putea fi valabil și în alte domenii ale chirurgiei, atunci când este vorba de indivizi sănătoși care solicită proceduri cosmetice. În domeniul tratamentului arsurilor, procedurile de reconstrucție secundară sunt componente ale pachetului general de tratament. Prin urmare, din punct de vedere etic, nu se poate refuza tratamentul unui pacient și nici nu se poate insista asupra screening-ului pentru HIV sau hepatită B.

Unii pacienți, prin propriile alegeri deliberate de stil de viață, se supun riscului de îmbolnăvire și totuși sunt încă eligibili pentru tratament. De exemplu, în cazul pacienților care suferă de arsuri repetate în urma actelor de auto-vătămare deliberată sau în chirurgia cardiacă a pacientului pentru by-pass aorto-coronarian care nu dorește să renunțe la fumat. Din punct de vedere etic un medic nu poate să refuze tratamentul unui pacient, pe baza unei judecăți morale pe care activitatea sau stilul de viață al pacientului reprezintă factori declanșatori ai patologiei. Într-o societate democratică se consideră toți indivizii drept valoroși și având o valoare socială egală. Refuzul de a trata pacienții în funcție de stilul lor de viață, chiar și sub restricțiile dictate de resurse limitate, este în conflict cu valorile egalitare ale profesiei medicale și ale societății noastre în ansamblu.

O altă problemă etică se referă la futilitatea medicală. Pentru victimele cu arsuri majore, există o relație relativ bine stabilită între gravitatea leziunii și șansa de supraviețuire. Unii specialiști ar putea identifica, cu o certitudine rezonabilă, grupul de pacienți pentru care intervenția medicală ar fi inutilă

și nu ar putea fi asociată cu vreun precedent de supraviețuire. Acest lucru ridică întrebarea, dacă ar trebui sau nu resuscitați pacienții cu arsuri cu un grad de severitate suficientă pentru a cataloga intervenția drept inutilă? Opiniile cu privire la acest aspect sunt diferite. Zawacki susține că decizia de neinițiere a resuscitării pe motive de futilitate medicală este o abordare paternalistă [3], oricât de binevoitoare sunt motivele sale, pacientul este privat de propriul destin. Exercițiul de consens asupra sănătății, document emis în 1979 de către National Institute of Health din SUA [7] conține faptul că medicii au datoria de a reanima întotdeauna și au autoritatea de a face acest lucru fără a obține consimțământul informat. Promotorii conceptului de autonomie absolută a pacientului justifică resuscitarea, pe motiv că, chiar dacă pacientul nu supraviețuiește, resuscitarea poate restabili pacientului capacitatea de luare a deciziilor. Herndon și alții susțin contrariul [8], adică faptul că medicii au datoria de a nu trata șocul provocat de arsură la acei pacienți condiția cărora nu are precedent stabilit pentru supraviețuire.

Acestea, dar și alte probleme în tratamentul și îngrijirile victimelor arsurilor cad sub incidența expertizei bioetice, ceea ce necesită abordarea complexă continuă a tuturor aspectelor clinice în context bioetic.

Referințe bibliografice

1. Grant Ian. Ethical issues in burn care. In: *Burns*, 1999, Vol.25, p.307-315.
2. Mouradian W. E. Who Decides? Patients, Parents, or Gatekeepers: Pediatric Decisions in the Craniofacial Setting. In: *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 1995, Vol. 32, No. 6, p.510-514. https://doi.org/10.1597/1545-1569_1995_032_0510_wdppog_2.3.co_2.
3. Zawacki B.E. Ethically valid decision making. In: *Total Burn Care*, 1996, p.575-582.
4. Legea Nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Articolul 5. În: *Legislația Republicii Moldova*, 2005.
5. Cardozo Benjamin. Schloendorff vs. Society of New York Hospital. In: https://en.wikipedia.org/wiki/Schloendorff_v._Society_of_New_York_Hospital (accesat: 20.09.2019).
6. Legea Nr. 23 din 16.02.2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA. Articolul 25. În: *Legislația Republicii Moldova*, 2007.
7. Technical summary: NIH Consensus Development Conference on Supportive Therapy in Burn Care. *J Trauma*, 1979, p.855-857.
8. Herndon D.N., Rutan R.L., Desai M.H., Blakeney P., Waymack J.P. What size burn should be resuscitated? In: *Proc. American Burn Association*, 1993.

OPȚIUNI MEDICALE PE FINAL DE VIAȚĂ: OPINII ALE MEDICILOR DE PROFIL TERAPEUTIC ȘI CHIRURGICAL

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

Alexandru Musteață, master în sănătate publică

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

Chișinău, R. Moldova

adriana.paladi@usmf.md

MEDICAL OPTIONS AT THE END OF LIFE: OPINIONS OF THE THERAPEUTIC AND SURGICAL PROFILES DOCTORS

In contemporary medicine, two approaches to the end-of-life patients can be identified: palliative care and euthanasia. They are considered alternative approaches, based on their primary objectives assumed at conceptual and factual levels. Each of them involves certain processes, actions and decisions that become real challenges for the medical staff. This article will analyze some data derived from a study conducted on a sample of 370 surgical and therapeutic profiles doctors from the Republic of Moldova. These data refer to doctors' views on end-of-life medical practices.

Introducere. Medicina contemporană vine cu soluții eficiente împotriva multor patologii care în trecut luau mii și mii de vieți, ea asigură un spectru larg de îngrijiri calitative pentru cei cu boli cronice și extinde neconținut limitele vieții umane. În același timp medicina vine cu abordări umane oportune pentru acei pacienți ale căror vieți nu mai pot fi salvate. În mod particular este vorba de îngrijirile paliative și eutanasia, concepute ca două opțiuni ale pacienților pe final de viață.

Pentru a înțelege în ce constau aceste alternative vom veni cu viziuni consacrate cu privire la ele. Așa Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în anul 2002 formulează următoare definiție a îngrijirilor paliative: ”îngrijirea paliativă este o abordare de îmbunătățire a calității vieții pacienților și familiilor acestora, care fac față problemelor asociate boala amenințătoare de viață, prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea corectă și tratamentul durerii și al altor probleme fizice, psihosociale și spirituale” [1]. Termenul Eutanasiu în traducere din limba greacă veche înseamnă ”morte bună”, adică demnă, fără de suferință. Multiple explicații și interpretări ale termenului, derivate de la această semnificație etimologică primară, pot fi regăsite în literatura actuală [2]. Ultimul

deceniu, însă, cea mai frecvent întâlnită definiție a eutanasiei este cea care spune că: euthanasia este *un act deliberat de terminare a vieții a unui pacient competent, în fază terminală a bolii, realizată de către un medic la solicitarea explicită a pacientului și realizată întru binele pacientului* [3, p.37]. Deseori termenul mai este folosit intersanjabil cu expresia ”suicid asistat medical”, care, de fapt, desemnează actul de eliberare a unei prescripții medicale la solicitarea pacientului competent, a unei substanțe care va fi administrată de către pacientul însăși în vederea terminării vieții.

Reieșind din definițiile expuse mai sus putem spune că finalitatea acestor abordări este diferită și chiar opusă în cazuri limită. Astfel, dacă îngrijirile paliative au drept obiectiv asigurarea confortului și calității vieții pe final de viață (adică păstrarea vieții fără de suferință), euthanasia – presupune terminarea unei vieți a cărei suferință nu poate fi eliminată sau măcar diminuată. În aceleași timp trebuie de menționat că unele dintre tratamentele folosite în îngrijirile paliative pot duce la scurtarea vieții, fără ca aceasta, însă, să fie în mod deliberat voită. De exemplu, administrarea morfinei în cazul pacienților terminali cu insuficiență respiratorie, poate duce la deces datorită inhibării centrului respirator. Dar în acest caz morfina va fi administrată nu pentru a termina viața pacientului, ci pentru a asigura confortul unei vieți fără de suferință pînă la ultima suflare.

Lucru comun pentru ambele abordări este acel fapt că ele sunt practici relativ tinere. Acesta fiind un motiv pentru care astăzi nu există o viziune unitară cu privire la structura și modul de practicare a îngrijirilor paliative. Iar cât privește euthanasia, ea nu are decât o acceptare limitată printre țările Europene (doar câteva state Europene decriminalizează eutanasia). Vorbind despre Republica Moldova trebuie de spus că un prim Ordin cu privire la îngrijirea paliativă a fost emis în 2008. Este vorba de Ordinul nr. 234, din 09.06.2008 „Cu privire la dezvoltarea serviciilor de Îngrijire Paliativă în Republica Moldova” [4]. Acest ordin aprobă *Concepția de dezvoltare a serviciilor de îngrijire paliativă în Republica Moldova* ca parte integrală a sistemului de sănătate, dar și planul de realizare a acestui deziderat. Iar euthanasia (definită în lege ca *lipsirea de viață la dorința persoanei*) este calificată ca infracțiune, sancționată penal. Astfel, Articolul 148 al Codului Penal al Republicii Moldova [5] stipulează: *Lipsirea de viață a persoanei în legătură cu o maladie incurabilă sau cu caracterul insuportabil al suferințelor fizice, dacă a existat dorința victimei sau, în cazul minorilor, a rudelor acestora, se pedepsește cu închisoare de până la 6 ani.*

Ambele practici presupun acțiuni și decizii, care, mai ales în lipsa unei viziuni unitare, pot deveni adevărate provocări pentru personalul medical în activitatea lor clinică. Această fapt alimentează interesul academic și explică temeiul a multiplele studii apărute ca rezultat. Unul dintre acestea este studiul "Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries" [6]. El a fost realizat în contextul unui proiect de cercetare european desfășurat în Belgia, Danemarca, Italia, Olanda, Suedia, Elveția și Australia care s-a asociat consorțiului (în continuare studiul va fi numit EURELD consortium). Obiectivul studiului fiind determinarea atitudinilor față de deciziile pe final de viață a medicilor din specialități frecvent implicate în îngrijirea pacienților muribunzi, prin aplicarea unui chestionar cu întrebări structurate. Au fost analizate 10.139 chestionare, ca rezultat și s-a constatat un acord general cu privire la practica de ameliorare a durerii și simptomelor cu un posibil efect de scurtare a vieții, dar și o mare variație (între state) în sprijinul deciziilor care pot duce la grăbirea morții.

Metoda. Urmând exemplul acestor state s-a încercat un studiu similar la noi în Republica Moldova în baza chestionarului elaborat de EURELD consortium. În cadrul studiului, chestionarul alcătuit din 19 întrebări, a fost aplicat la 370 medici, dintre care 172 au indicat că sunt de profil chirurgical, ceea ce reprezintă o pondere de 47,3%, iar 193 persoane au indicat apartenența la profilul terapeutic de activitate, adică o pondere de 52,7%. Chestionarul a fost calibrat ca instrument de măsură pe o scală Lickert cu cinci valori. Astfel subiecții trebuiau să specifice nivelul de acord respectiv dezacord față de afirmațiile din chestionar. Chestionarul a fost distribuit prin Google Forms.

Rezultate. În acest articol vor fi analizate răspunsurile la doar câteva dintre întrebările chestionarului, este vorba, în particular, despre întrebări care se referă la natura sau esența practicilor paliative și euthanactice. Astfel, o întrebare inclusă în chestionar a fost *„Dacă este necesar, un pacient terminal ar trebui să primească medicamente pentru a atenua durerea și suferința, chiar dacă aceste medicamente îi pot grăbi sfârșitul vieții?”* Răspunsurile la aceasta s-au distribuit așa cum urmează: 118 intervievați au manifestat acord puternic cu această afirmație, ceea ce constituie o pondere de 32,2%; 203 persoane s-au pronunțat de acord, ceea ce constituie 55,2%; o poziție neutră au manifestat 28 persoane sau 7,7%; nu au fost de acord (dezacord) 18 persoane, sau 4,9%; dezacord puternic în raport cu această afirmație nu a manifestat nici o persoană. Deci, 87,4%, susțin administrarea

de medicamente antalgice chiar dacă acestea ar putea avea ca efect advers grăbirea sfârșitului vieții pacientului. Aceste date ne demonstrează că practică consacrată a medicinei paliative orientată spre cuparea durerii și confortul pacienților terminali este cunoscută și acceptată de către majoritatea covârșitoare a medicilor intervievați. Dar comparativ cu datele studiului european această majoritate în Moldova este mai mică (în studiul european cel mai mic rezulta pozitiv la această întrebare a dar Italia (91%) iar cel mai mare – Olanda (99%)). Aceasta ne poate vorbi despre o întârziere a medicinei autohtone cât privește implementarea practicilor medicinei paliative, ținând cont că datele studiului european au deja o vechime de 14 ani.

La întrebarea În toate cazurile, medicii ar trebui să urmărească păstrarea vieții pacienților lor, chiar dacă pacienții solicită grăbirea sfârșitului vieții? au fost primite următoarele răspunsuri în proporții corespunzătoare: 143 persoane din 367 care au răspuns, manifestă acord puternic față de păstrarea vieții pacienților contrar voinței acestora, ceea ce constituie o pondere de 39,0%; 146 respondenți răspuns cu *de acord* la această întrebare, ceea ce reprezintă 39,8%; poziție neutră și-au asumat 41 persoane, sau 11,2%; dezacord au 35 persoane, sau 9,5% și doar 2 persoane au răspuns că sunt în dezacord puternic cu menținerea vieții pacienților contrar voinței lor, ceea ce reprezintă 0,5% . Prin urmare 78,8% dintre cei intervievați sunt pentru păstrarea vieții pacientului, chiar dacă aceștia solicită grăbirea sfârșitului ei, ceea ce arată o diferență considerabilă față de rezultatele EURELD. Ponderea răspunsurilor afirmative la această întrebare în cadrul studiului european variază într-o ordine crescătoare de la 6% (pentru Olanda, unde eutanasia și suicidul asistat medical este legalizat din 2001) până la 56% (pentru Italia, unde practicile eutanatice nu sunt acceptate). Într-o încercare de interpretare a acestor rezultate am putea presupune în mod pripit că Moldova este o țară patriarhală religioasă care nu este gata să accepte eutanasia, cauză din care medicii din Moldova pledează împotriva dreptului pacientului de a decide cu privire la terminarea propriei vieți. Această interpretare, însă, este infirmată de răspunsurile obținute la următoarea întrebare: *O persoană ar trebui să aibă dreptul de a decide dacă trebuie sau nu grăbi sfârșitul vieții sale?* La această întrebare acord puternic au manifestat 69 persoane din 366, ceea ce reprezintă o pondere de 18,9%, de acord cu această afirmație au fost 150 persoane, sau 40,8%, poziție neutră au manifestat 71 persoane, ceea ce a reprezentat 19,5%, cu dezacord au răspuns 66 dintre intervievați, ori o pondere de 18,1%; iar 10 persoane au răspuns cu dezacord puternic,

sau 2,7%. Deci, o pondere de 59,7 % dintre cei intervievați au dat răspuns afirmativ la această întrebare. Studiul european EURELD demonstrează o pondere variată de răspunsuri afirmative la această întrebare ce se situează în limitele următoare: de la cea mai mică pondere pentru Suedia care constituie 31% din rezultatele analizate la cea mai mare pondere pentru Belgia, care constituie 65%. La acest subiect datele obținute în Moldova sunt comparabile cu cele obținute în Elveția la limita de sus (aici afirmativ au răspuns 61%) și Australia la limita de jos (cu 59% de răspunsuri afirmative). Ceea ce este interesant e faptul că Elveția este stat în care este legalizat suicidul asistat medical, iar Australia este o țară care se pare că merge spre legalizarea acestei practici, reieșind din opiniile pro-euthanice tot mai frecvent mediatizate (în statul Victoria aceasta fiind deja Legală).

Prin urmare medicii din Moldova în proporție relevantă recunosc dreptul pacientului de a decide să termine sau nu viața. Dar reieșind în același timp din răspunsurile date la întrebarea anterioară putem spune că ei consideră că acest drept este limitat de dreptul medicului de a refuza de a da curs solicitării pacientului de a termina viața, pe motiv că viața are prioritate. O interpretare alternativă ar fi că medicii consideră că pacienții au acest drept dar ei (medicii) nu sunt gata să-și asume responsabilitatea pentru realizarea lui în practică, prezumtiv din cauza unui conflict moral generat de neputința de împăcare a sistemului valoric tradițional cu cel contemporan. Aceste interpretări ne duc la gândul că un studiu complementar calitativ ar aduce mai multă înțelegere cu privire la aceste opțiuni ale medicilor.

La întrebarea *Utilizarea medicamentelor în doze mari, letale la cererea explicită a pacientului este acceptabilă la pacienții terminali cu durere extremă ce nu poate fi controlată sau cu altă formă de suferință?* 65 dintre subiecții studiului au răspuns cu acord puternic, ceea ce reprezintă o pondere de 17,7%, au fost de acord cu această afirmație 187 persoane, ori o pondere de 50,9%; o poziție neutră față de această întrebare au manifestat 48 persoane – 13,1%; cu dezacord au răspuns 60 persoane sau 16,4%, iar cu dezacord puternic 7 persoane ori o pondere de 1,9% (figura 4.). Deci, 68, 6 de respondenți manifestă o atitudine pozitivă față de prescrierea medicamentelor în doze letale pentru pacienții terminali cu dureri mari dar și pentru alte tipuri de suferință, ce nu poate fi controlată. Studiul EURELD relevă o variație a datelor de la 35% (cota cea mai mică) pentru Suedia (unde eutanasia nu este legalizată) la 78% (cota cea mai mare) pentru Belgia (unde eutanasia este legalizată din 2002). Din nou medicii din Moldova

prezintă atitudini asemănătoare cu medicii unui stat în care practicile eutanatice sunt acceptate.

Reieșind din datele prezentate mai sus două concluzii ar fi de schițat:

1. Într-o încercare de extrapolare a datelor medicii din Republica Moldova acceptă practica paliativă de cupare a durerii cu medicații care ar putea grăbi moartea.
2. Cât privește subiectele referitoare la dreptul de decizie la moarte a pacientului și acceptabilitatea administrării dozelor letale nu doar pentru categorii de subiecți terminali, medicii din Moldova prezintă atitudini asemănătoare medicilor din state în care practicile eutahatice sunt legalizate. Întrebare care derivă de aici este: Sunt oare medicii din Moldova gata pentru a transforma eutanasia și suicidul asistat medical o practică clinică de rutină, sunt ei gata pentru legalizarea eutanasierei, ar pleda ei explicit pentru transformarea ei într-o practică legală? Acesta sunt doar câteva întrebări care își așteaptă răspunsul.

Referințe bibliografice

1. Connor S.R., Sepulveda Bermedo (eds.). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World Health Organisation, 2014. In: www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf (accesat: 01.09.2019).
2. Thiroux J.P. Allowing Someone to Die, Mercy Death and Mercy Killing. In: Thiroux J.P., Ethics. Theory and practice. Prentice-Hall Inc. New Jersey, 2001.
3. Kuře J. Good Death Within Its Historical Context and as a Contemporary Challenge: A Philosophical Clarification of the Concept of "Euthanasia. In: Kuře Josef, Euthanasia – The "Good Death", Controversy in Humans and Animals, In Tech, 2011.
4. Ordinul nr.234, din 09.06.2008 „Cu privire la dezvoltarea serviciilor de Îngrijire Paliativă în Republica Moldova”. În: http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._234_din_09.06.2008.pdf (accesat: 06.09.2019).
5. Codul Penal al Republicii Moldova. Publicat: 14.04.2009 în Monitorul Oficial Nr. 72-74, art Nr. 195. În: <http://lex.justice.md/md/331268/> (accesat: 06.09.2019).
6. Miccinesi Guido, et al. Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries. In: Social Science & Medicine, 2005, Vol. 60, p.1961–1974.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН СЛАВЯНСКИХ И ЦЕНТРАЛЬНО-АЗИАТСКИХ ЭТНОСОВ

Сергей Мельнов, доктор биологических наук, профессор
Татьяна Мишаткина, кандидат философских наук, профессор
Международный государственный экологический институт
им. А. Д. Сахарова, Белорусского государственного университета,
Минск, Беларусь
Mtv_2013@tut.by

GENETIC AND SOCIO-BIOETHICAL ASPECTS OF PREDISPOSITION TO BREAST CANCER IN WOMEN OF SLAVIC AND CENTRAL-ASIAN ORIGIN

Based on a comparative analysis and ethno-genetic principles, we review the main goals, objectives, ideas, and hypotheses for a joint Belarusian-Uzbek project aimed at identifying general and specific factors of genetic predisposition for breast cancer in women of geographically remote ethnic groups, and the effect of lifestyle on manifestation of breast cancer and associated psychological state.

Исследование генетических и социально-биоэтических аспектов предрасположенности к раку молочной железы (РМЖ) у женщин славянских и центрально-азиатских этносов проводится специалистами Беларуси и Узбекистана в рамках совместного международного проекта Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований. Цель проекта – на основе сравнительного анализа полиморфных систем генов различной пенетрантности, определяющих генетическую предрасположенность к РМЖ, выявить и оценить у географически разобщенных популяций (этносов) взаимовлияние этих систем на особенности формирования фенотипа и уровень общественного здоровья популяций разных этногенезов.

Для достижения этой цели необходимо по мнению авторов решить следующие задачи:

- провести сравнительный статистический анализ информации об антропометрическом статусе, фенотипических особенностях, о заболеваемости РМЖ представителей основных этносов

Беларуси и Узбекистана;

- провести сравнительный молекулярно-генетический анализ генов системы репарации ДНК и генов-супрессоров опухолей у пациентов с РМЖ и здоровых лиц (группа сравнения) основных этносов Беларуси и Узбекистана;
- провести анкетирование и генотипирование женщин Узбекистана по полиморфным генетическим системам, проявившим высокую эффективность в Республике Беларусь;
- разработать теоретическое обоснование возможности/недопустимости гено-нано-инженерных манипуляций с гено-фенотипическими характеристиками этносов в отношении предрасположенности к РМЖ в контексте социальной и глобальной биоэтики, позитивной и негативной неоевгеники;
- выявить особенности эмоциональных состояний женщин с РМЖ; определить корреляционную взаимосвязь эмоционального состояния женщин и их отношения к болезни;
- в условиях различающихся этно-генетических характеристик проанализировать и охарактеризовать принятие/непринятие больного РМЖ как Другого (Иного); субъект-объектное/субъект-субъектное отношение к нему (толерантность, симпатия/антипатия, ксенофобия, стигматизм, дискриминация); благоприятность/затрудненность межличностных/межэтнических социокультурных и бытовых коммуникаций;
- разработать программу для определения механизмов влияния на морально-психологическую сферу женщин с РМЖ и рекомендации на основе принципов биоэтики по оказанию им морально-психологической помощи.

В современном глобализирующемся мире, в котором локальные популяции приобретают синтетический характер, основные базовые генетические механизмы предрасположения к ведущим социально-значимым патологиям сходного генеза могут оставаться неизменными. В то же время коренные народы характеризуются не только социальными и фенотипическими различиями, но и специфическими генетическими особенностями. *Идея проекта* основана на том, что выявление общих генетических детерминант для различных этносов позволит выйти на универсальные закономерности процесса онкотрансформации, что существенно повысит эффективность

профилактической медицины и индивидуализацию специализированной помощи. В настоящее время большинство исследователей концентрируют внимание на высокопенетрантных генах, в то время как низко- и среднепенетрантные гены, формируя специфический патологический генотип, суммарно могут оказывать значительно больший эффект и, тем самым, поднять диагностику и профилактику РМЖ на качественно новый уровень. Недооценка генетической, социо- и этнокультурной предетерминации приводит к снижению эффективности лечебного процесса и его результатов.

Новизна научной идеи заключается в получении новых концептуальных выводов о генетической предрасположенности различных популяций к мультифакториальным социально значимым и эко-зависимым заболеваниям (на примере РМЖ) и о степени взаимосвязи генетической детерминации с социокультурными и психо-поведенческими особенностями различных этносов. *Научная значимость* работы заключается в сравнительном анализе состояния полиморфных генетических систем отдаленных популяций (системы репарации и метилирования ДНК, фолатного цикла и др.) с упором на генотипы по низко- и среднепенетрантным генам и выявлении различия их влияния на фенотип и здоровье популяций разного этногенеза, что в совокупности позволит внедрить новые подходы в персонафицированной медицине. А исследование поведенческих и коммуникативных особенностей женщин, основанных на различных социокультурных, религиозных и моральных традициях, позволит на основе принципов биоэтики разработать рекомендации по профилактике РМЖ и оказанию женщинам морально-психологической помощи.

Обращение к исследованию генетических и этно-социальных особенностей различных популяций обусловлено актуальной необходимостью. Здоровье человека формируется в результате сложного взаимодействия наследственно-конституциональных особенностей организма с природой и обществом, при этом имеет место географическая и этническая вариабельность нормы и патологии, а изучение генетических основ и адаптационно-компенсаторных механизмов в различных природно-климатических условиях с учетом этнических особенностей является сегодня приоритетным научным направлением [1, с.170]. В современном глобализирующемся обществе локальные популяции приобретают синтетический характер. Вместе с тем

коренные народы характеризуются специфическими социально-психологическими, фено- и генетическими особенностями. При этом этническая специфичность является условием сохранения генофонда человека, а противоречия между этнической обособленностью и унификацией культуры – это объективная закономерность развития социума. Междисциплинарный синтез, основанный на взаимодополняющих друг друга подходах молекулярной генетики, с одной стороны, и этнологии и биоэтики – с другой, становится фундаментальной основой для создания инновационных подходов к пониманию социокультурной идентификации популяций различного этногенеза и позволит сформировать новые подходы для профилактики социально-значимых заболеваний и выявления наследственных механизмов их формирования [2, с.8].

Сегодня уже установлено, что на уровне не только отдельных рас и этносов, но и на популяционном уровне существуют различия в частоте распространенности того или иного генетического полиморфизма. Наиболее выражены эти различия для полиморфных вариантов, располагающихся в некодирующихся участках ДНК. Для функционально значимых полиморфных вариантов, отвечающих за изменение активности ферментов, различия носят менее выраженный характер. Но, ввиду их влияния на изменение физиологического ответа отдельного человека в пределах нормы реакции, их анализ представляется наиболее актуальным для целей популяционной и экологической генетики [3, с.806]. Этнические различия важнейших физиологических констант организма, его морфологических особенностей и адаптивных сдвигов в различных условиях обитания фиксируются также в многолетних фундаментальных исследованиях, в которых, в частности показано, что каждая популяция имеет свой специфический набор генотипов и при этом характеризуется определенным образом жизни и средой обитания [4]. В результате можно утверждать, что данные молекулярно-генетических исследований, касающихся ассоциации вариантов некоторых локусов с многофакторными заболеваниями, полученные на одной популяции, далеко не всегда совпадают с данными, полученными на других этносах.

Основную угрозу здоровью любого этноса в XXI веке составляют так называемые социально значимые заболевания (СЗЗ), обусловленные как социально-экономическими условиями, так и неблагоприят-

ными факторами внешней среды и социальными особенностями. К ССЗ относятся и онкозаболевания, в том числе одно из наиболее распространенных и агрессивных из них – рак молочной железы (РМЖ). В его генезе важную роль играют гены BRCA1, BRCA2, CHEK2 и ряд других, при наличии мутаций в которых пенетрантность составляет 80 – 100%. Многообразие генетических механизмов подчеркивает необходимость комплексного подхода, позволяющего выявить «злокачественный профиль», предрасполагающий к возникновению онкопатологии. Комплексный анализ большого количества средне- и низкопенетрантных генов в генезе СЗЗ позволяет более точно предсказывать риск развития конкретного заболевания, а учет межгенных ассоциаций и взаимодействий позволит выявить наиболее значимые комплексы, определяющие формирование злокачественного фенотипа, что существенно упростит скрининговые исследования. На основе этих рассуждений белорусскими исследователями выявлен злокачественный генотип по средне- и низкопенетрантным генам, способный с 80% вероятностью предсказать до 27% случаев РМЖ в белорусской популяции [5, с.62–63]. Для доказательства универсальности этих маркеров представляется необходимым провести исследования на генетически отдаленных популяциях (например, на узбекской и белорусской), что позволит существенно продвинуться на пути выявления и предупреждения рака молочной железы.

Вместе с тем РМЖ – это сложное полигенное мультифакторное заболевание, связанное, в то же время, с состоянием окружающей среды, образом жизни, национальными диетами, сексуальным поведением. Сегодня проблемы поддержания и укрепления общественного здоровья перешагнули рамки естественнонаучного знания: для их решения требуется более широкая теоретико-методологическая разработка проблем социальной и глобальной биоэтики. Поэтому основные биоэтические принципы, регулирующие биомедицинские исследования и клиническую практику в отношении индивида (в частности, принципы уважения автономии личности, конфиденциальности, дискриминации и др.), в области общественного здоровья могут обретать свою специфику и направленность.

В Беларуси участниками проекта ведутся активные разработки в области генетических и фенотипических эффектов радиационных воздействий на человека; радиобиологических эффектов в клеточ-

ных популяциях; молекулярной и клеточной генетики процессов онкотрансформации; разрабатываются программы, связанные с внедрением автоматизированного метода генетического мониторинга естественных популяций и оценкой уровня кластогенных факторов в периферической крови лиц, проживающих в разных экологических условиях, проведен анализ баланса потенциальных возможностей и рисков при внедрении инновационных технологий в медицину и генетику для поддержания и укрепления здоровья человека. Помимо процедуры гентипирования и расчета популяционных рисков развития конкретного заболевания, белорусскими учеными активно изучаются вопросы межгенных взаимодействий в модификации (увеличения/уменьшения) индивидуального риска развития патологии при совокупном наличии нескольких патогенетически значимых полиморфных вариантов в генах названных систем. Исполнителями проекта доказано, что суммарный вклад средне- и низкопенетрантных генов может быть сопоставим или даже превышать рассчитанный риск развития того или иного заболевания по сравнению с единичными высокопенетрантными генами. В результате проведенных исследований удалось выявить патологические генотипы по средне- и низкопенетрантным генам, связанные с РМЖ в 28% случаев. В сочетании с уже известным эффектом высокопенетрантных генов это позволяет объяснить генетическую природу более трети всех случаев РМЖ. В то же время сохраняется вероятность, что выявленные закономерности носят чисто локальный характер. Поэтому целесообразно проведение исследований на отдаленных генетических популяциях (в нашем случае – Узбекистана), что позволит подтвердить либо опровергнуть эту гипотезу.

Проведение генетических исследований сопровождается в Беларуси разработкой кросс-культурных проблем, связанных, в частности, с последствиями внедрения инновационных технологий (например, нанотехнологий) в генетику человека, биомедицину и общественное здравоохранение. Это, в основном, проблемы *социальной и глобальной биоэтики, такие как отношение общества к больным РМЖ (их принятие/непринятие, толерантность/эмпатия, ксенофобия, стигматизация, дискриминация и др.); проблемы конфиденциальности при диагностировании, проведении генетического тестирования и др.* [6]. Вместе с тем внутренняя психологическая картина онкологических забо-

леваний и морально-психологические поведенческие особенности больных РМЖ имеют свои особенности: у пациентов наблюдаются страх, депрессия, эмоциональный упадок, внутреннее беспокойство. Это также подтверждает необходимость изучения пациентов данной категории с психологической и биоэтической точки зрения. Поэтому *в поле зрения исполнителей проекта находятся такие проблемы, как благоприятность/затрудненность для пациенток с РМЖ межличностных/межэтнических социокультурных и бытовых коммуникаций, осложненных к тому же религиозными традициями.* Социально-биоэтические исследования такого рода помогут разработать программы для определения механизмов влияния на морально-психологическую сферу женщин с РМЖ и рекомендации на основе принципов биоэтики по оказанию им морально-психологической поддержки.

Библиография

1. Седова Н. Н. Мысли о биоэтике. Избранные статьи и фрагменты. Волгоград: Изд-во ВолгМГУ, 2018. 228 с.
2. Седова Н.Н. Роль биоэтики в сохранении этносов. В: Биоэтика (Волгоград), 2014, №2 (14), с.6–9.
3. Kipen V.N. The Role of Low-Penetrance Alleles in Predisposing the Development of Sporadic Breast Cancer. В: Russian Journal of Genetics (Москва), 2017, Vol. 53, No.7, с.804–808.
4. Бец Л.В., Степанова А.В. Влияние средовых и генетических факторов на гормональный статус человека в разных этно-территориальных группах. М., 2001. 338 с.
5. Кипень В.Н., Мельнов С.Б., Снытков Е.В. Роль генов XRCC1, XRCC3 и PALB2 в генезе рака молочной железы. В: Экологический вестник (Минск), №1 (31), с.57-64.
6. Социальная биоэтика сквозь призму глобальной биоэтики: коллектив. монография. Под ред. Т. В. Мишаткиной и С. Б. Мельнова. Минск: Изд-во МГЭИ им. А.Д. Сахарова БГУ, 2018. 518 с.

VIZIUNI FILOSOFICE, AXIOLOGICE ȘI BIOETICE ASUPRA VIEȚII ȘI SĂNĂTĂȚII

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

Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova
ion.mereuta@usmf.md

PHILOSOPHICAL, AXIOLOGICAL AND BIOETHICAL VISIONS ON LIFE AND HEALTH

The article highlights and reflects philosophical, axiological and bioethical aspects of life and health. In the light of the life, health and qualities of the human life of the Self, the author emphasizes that health is the supreme value of man and nation.

Viața omului nu are o altă rezervă ..., alternativă .., variantă. Ea este determinată de multiple condiții și factori externi, interni, economici, sociali, genetici, humoralii etc., dar esențial este sănătatea, valoarea și condiția existenței umane, fără de care celelalte devin nule. Deci omul coabitează, interacționează cu factorii naturali, dar și cu cei sociali, asigurându-și sănătatea.

O viață apare din iubirea dintre un Eu și un alt Eu, și poartă în sine toată informația Eu-lui fizic și chiar a celui moral. Viața se naște din două vieți, la dorința Domnului, dar, în paralel, dă naștere și la o moarte. Viața și moartea se găsesc într-un singur Eu care se luptă în sine și în afara lui... A trai și a muri nu e același lucru; căci, pe când una nu e nimic, cealaltă este speranță.

Viața nu poate fi trăită decât o singură dată. Ea merge numai înainte, nu se întoarce înapoi. „Totul în lumea aceasta are rezervă, în afară de însăși viața – ea trebuie ascultată”, scria Epicurus. Și fiecare trăiește nu cum vrea, ci cum poate. Anume posibilitatea determină viața. Și când începem să trăim, scria Theophrastus, tocmai atunci murim. Viața se naște o singură dată și nu există în veci. Ea curge și e în așteptare fără un scop real, iar cotidianul nu ne permite să ne așteptăm moartea. Toți suntem copleșiți de problemele mai mari sau mai mici ale vieții cotidiene. Menandru scria: „Eu spun că cel mai fericit este acela care, după ce a privit fără întristare lucrurile acestea mărețe – soarele comun, stelele, apa, norii, focul – pleacă iute acolo de unde a venit. Alte lucruri mai mărețe nu o să vadă niciodată. Dacă te vei pomeni într-o mulțime de oameni, cu pungăși și jocuri distractive sau de noroc,

pleacă cel dintâi și vei avea provizii de drum mai bune și nu vei fi supărat pe nimeni; cel care va zăbovi, va pierde tot ce a acumulat, va găsi dușmani și nu va muri la timpul lui...”. Într-adevăr, viața constă din mai multe întâlniri cu nenorociri. Trebuie să știi cum să le eviți și atunci vei ști că viața e bună și dulce. Pentru lumea întregă, viața unui om nu costă nimic, iar pentru un singur om – viața este totul... Vorba poetului George Coșbuc: „Din codru rupi o rămurea, ce-i pasă codrului de ea, ce-i pasă unei lumi întregi de viața mea, de soarta mea, de moartea mea?” [1, p.100].

În procesul de ontogeneză, viața are mai multe componente – copilăria, adolescența, maturitatea, bătrânețea, etc. Dintr-o altă perspectivă, există viața individuală, viața familială, viața intimă, viața profesională, viața obștească și politică ș. a. Desigur că viața propriu-zisă este privată și are un specific individual, dar ea nu se desfășoară în singurătate. De altfel, încă în Cărțile vechi se spunea că „a trăi cu adevărat înseamnă a trăi nu numai pentru tine”. Într-adevăr, nu poți să fii individualist; trebuie să fii umanist, să iubești oamenii și viața lor. „Viața unui individ, scria anticul Caton, se aseamănă cu un fier: dacă o întrebuințezi – se uzează, dacă nu – o distruge rugina”. Aname asta înseamnă viața pentru fiecare om. Sunt oameni ale căror vieți și activitate sunt necesare nu numai lui și familiei lui, dar și comunității, sociumului și chiar umanității. Aceștia sunt oamenii care și-au dedicat viața semenilor săi, întregii umanități. Numele acestor personalități au rămas pe veci în analele istoriei universale – nu le-au putut șterge nici tumultul anilor, nici negura vremurilor, nici neantul uitării.

În *Panciatantra* scrie că „numai acela trăiește cu adevărat pe lumea aceasta, de a cărei viață atârnă viețile multora” [11, p.84]. În principiu, viața este mai scurtă decât anii pe care noi îi trăim – nenorocirile și problemele o fac mai lungă. În esența ei, viața nu este decât o luptă continuă cu greutățile. De aceea, omul întotdeauna trebuie să-și amintească de faptul că viața e scurtă și că trebuie să se grăbească să facă bine celor din jur. Căci vine un timp când trebuie să dăm socoteală pentru ceea ce am făcut, cum am făcut și de ce am făcut într-un anumit fel. Cărțile sfinte spun că nu e important cât trăiești, ci cum trăiești. Dar oamenii „nu caută să trăiască cât mai bine, ci cât mai mult”. Viața nu trebuie plânsă – ea trebuie trăită, căci ne este dată de soartă și de Dumnezeu. Deși are și Eu-l un rol în determinarea destinului, după părerea noastră, acesta e destul de mic. Nu înțelepciunea conduce viața, ci norocul. Din păcate, de foarte multe ori – tot datorită norocului! – în posturi decisive pentru destinele oamenilor se află mediocrități. Un

filosof moldovean contemporan spunea că, dacă vrei să-ți meargă în viață, trebuie să întrunești trei componente – minte, bani și noroc. Iar norocul, la rândul său, e făcut de către alți oameni, care au un rol mare în viața ta, de tine și de Dumnezeu. Așadar, trebuie să ne folosim viața pentru a face bine altora, așa cum viețile altora sunt de folos nouă.

Viața însăși trebuie să ne folosească pe noi. Gândurile și faptele noastre trebuie să fie în folosul vieții, al calității ei. Fiindcă viața este limitată în timp. E ca o clipă: abia începi să trăiești și trebuie să pleci... E ca o floare, ca o frunză, ca un ram care se trece o dată cu sfârșitul verii. „Viața omenească, scria Bossuet, este asemenea unui drum al cărui capăt este o prăpastie groaznică. Suntem avertizați despre ea de la primul pas, dar legea este rostită, trebuie să înaintăm mereu... Totuși, ne mândrim pentru că, din când în când, întâlnim obiecte care ne distrează, ape curgătoare, flori care trec. Ne mândrim, fiindcă luăm cu noi și ceva flori culese în treacăt, pe care le vedem cum se ofilesc în mâinile noastre de dimineață până-n seară, câteva fructe pe care le pierdem în timp ce le gustăm...” [14, p.88].

Viața este liberă. Ea impune și libertăți, și necesități. Aceste necesități ne cheamă la luptă. Numai așa ne perfecționăm viața și o facem mai bună.

Fiecare își trăiește propria viață. Aristotel scria că „dacă am lua în considerație felurile diferite de a trăi, atunci avem trei feluri de vieți, care ies în relief mai mult ca altele: viața amintită înainte, viața publică și, în sfârșit, viața considerațiunilor filosofice”.

Și tot el continuă: „Mulțimea însă arată o natură servilă, dând preferință unei vieți animalice; ea poate găsi însă o justificare în faptul că și mulți dintre cei puternici împărtășesc gustul lui Sardanapal. Naturile nobile, dori-toare de acțiune, preferă onoarea. Ea poate fi considerată ca fiind scopul urmărit de viața publică. Totuși, onoarea este prea superficială pentru ca ea să poată fi privită ca bunul suprem al omului. Pare că ea aparține mai mult celor ce onorează decât aceluia care este onorat. Imaginea pe care ne-o formăm despre bunul suprem este că el e ceva superior omului și nu ceva care se pierde atât de repede. De aceea, nici onoarea nu este căutată decât fiindcă vrem să ne considerăm pe noi înșine buni, căci căutăm să fim onorați de cei pricepuți și de către aceia care ne cunosc, și anume sub raportul virtuții. Dacă o asemenea conduită duce la o concluzie, atunci aceasta este că ceea ce este preferabil este virtutea. Așa încât aceasta ar putea fi mai mult privită ca scop al vieții în comunitatea statului. Dar și ea pare insuficientă. Putem să și dormim, posedând virtutea, sau să nu dăm vieții nici o activitate, sau

să avem de suferit de mai rele și mai mari nenorociri, și acela căruia îi este rezervată o asemenea viață nu va fi niciodată numit fericit... Al treilea fel de viață este cea teoretico-contemplativă. Viața îndreptată către câștigul bănesc are ceva nenatural și forțat în ea și bogăția nu este, evident, bunul căutat. Căci nu este dată decât pentru a fi întrebuițată ca mijloc pentru un scop. Mai curând ne-am putea decide pentru scopurile arătate înainte, care sunt prețurile pentru ele însele, dar nici ele nu par a fi scopul cel drept, oricât de ademenitoare ar fi” [11, p.14]. Pentru ca viața să fie plină, ea are nevoie de Sănătate.

Sănătatea integrală include multe componente determinate condiționat-sănătatea fizică, sănătatea psihică (mentală), sănătatea reproductivă (sexuală), sănătatea cardio vasculară, sănătatea orală și dentară, sănătatea somatică și cea somato-viscerală, sănătatea oculară și auditivă, etc. Sănătatea poate și trebuie reflectată și sub aspect a grupelor de populație și evident celei de vîrstă. Esențială sănătatea copiilor, adolescenților, liceiștilor, care determină sănătatea și potențialul ei în devenire, dar și sănătatea adulților... Pentru a o păstra este necesar de a întreprinde acțiuni multivectoriale-prevenția, păstrarea, ameliorarea și chiar dirijarea sănătății individuale, colective și sociale. Ultima include politici și programe speciale, acte normative, legi, etc. [1, p.99].

E important să diferențiem sănătatea de medicină. Ultima apare atunci cînd sănătatea nu e. Apare boala, medicul, diagnosticul, tratamentul, reabilitarea, readaptarea socială și profesională. Noțiunea de sănătate se vorbește de foarte mult timp. După Organizația Mondială a Sănătății (OMS), sănătatea constă într-o completă stare de bine din punct de vedere fizic, mental și social, și ea nu se reduce numai la absența bolii sau a infirmității. Deci, putem vorbi de o sănătate bună atunci cînd, din punct de vedere: *fizic* – persoana se simte bine și muncește, se hrănește și se odihnește bine, își desfășoară cu succes activitățile în familie și în colectivul de muncă; *mental* – persoana nu este deprimată sau nenorocită și nici nu trăiește o prea mare fericire subiectivă; *social* – persoana are o stare bună, se integrează în familie și în colectiv, în activitatea individuală și socială [2, p.1024].

Sănătatea este comoara cea mai de preț a fiecărui Eu și a sociumului în întregime. Omul lipsit de sănătate este o povară grea pentru sine și pentru cei din jur. Anume sănătatea aduce omului bucuriile și fericirea, ba chiar și norocul. Grija pentru sănătate este o datorie a fiecărui cetățean, a colectivului, a societății. Igiena vieții și muncii trebuie să fie condiții vitale. Munca nu

este sensul vieții, dar ea constituie condiția existenței omului, a dezvoltării societății. Forța care mobilizează omul este țelul vieții fiecăruia dintre noi, care trebuie evaluat corect de creație pentru desăvârșire. Nu doar munca la creat pe Om, dar creativitatea lui. Posibilitatea către muncă, o gândire sunt esențiale omului, a vieții lui, a calității acestei veți, a nivelului de trai.

Este important să diferențiem sănătatea unui Eu, adică a individului, sănătatea unui colectiv, a unei comunități și, desigur, sănătatea societății sau sănătatea globală a sociumului. Sănătatea Eu-lui trebuie privită din punct de vedere individual – modul de viață, comportamentul, atitudinea față de sănătatea proprie, a familiei sau a unui grup mic [1, p.100].

Pentru determinarea nivelului de viață, de noi au fost introduse diferite criterii, inclusiv calitatea vieții.

Despre calitatea vieții sa scris mult. Dar ce constituie de fapt calitatea vieții? Sănătatea este o componentă primordială a calității vieții Eu-lui, care cuprinde toate elementele de bunăstare a Eu-lui – materială, spirituală și socială, de confort și stare de bine –, acestea determinând Eu-l, dorințele și posibilitățile sale vitale. Trebuie să menționăm că această stare a Eu-lui, cu o calitate dorită, este condiționată de modul de viață, ca expresie a stadiului corelării Eu-lui și sociumului, a progresului social în general, bazat pe creația ființei umane. Anume creația omului determină în cele din urmă calitatea vieții. E lesne de înțeles că, calitatea vieții este o totalitate de condiții ce asigură integritatea vieții mai întâi biologice a Eu-lui, dictată de necesități biologice și satisfacerea lor, urmate de cerințele de ordin social-economic, indisolubil legate de nivelul de trai material și spiritual. Aceste condiții contribuie la instalarea unui echilibru al Eu-lui, dar și al sociumului. Aici nu trebuie neglijate și necesitățile morale, spiritual ale Eu-lui propriu.

Așadar, calitatea vieții trebuie să asigure, necondiționat, desăvârșirea continuă a Eu-lui, a personalității umane. În viziunea noastră, ea cuprinde: Calitatea mediului înconjurător, a ecosistemului, a corelației om-natură; Calitatea mediului social – condițiile de viață materiale, relațiile umane, activitatea socială și politică, activitatea profesională, starea morală și spirituală; Condițiile mediului profesional; Calitatea mediului familial; Sănătatea individului și a colectivului și altele.

În acest context, trebuie să vorbim *de calitatea vieții Eu-lui, adică a individului, calitatea vieții colectivului și calitatea vieții sociumului*. Este necesar să studiem atât calitatea vieții cetățeanului, a omului sănătos, cât și cea a omului bolnav. În această ordine de idei, ar fi util să vorbim de calita-

tea vieții bolnavului somatic și calitatea vieții bolnavului social, care a fost descrisă de mulți savanți [1, p.100].

Calitatea vieții, după noi, este un fenomen complex și unic, și poate fi apreciată în raport cu satisfacerea de către Eu al tuturor necesităților – fiziologice, de securitate personală și siguranță, de contacte umane și afiliere la diferite grupuri sociale, ierarhice în societate (atât profesionale, cât și civile și administrative), de statut social și respectul sociumului față de acest Eu care, în cele din urmă, dorește să se realizeze. Un rol aparte în aceste necesități îl au dragostea, estetica și, în ansamblu, fericirea. Un moment important ține de corelarea dintre dorință și posibilitate, asupra căreia ne vom opri, în mod special, mai jos. Totodată, acest Eu trebuie să determine *inspirația și motivația*: de exemplu, satisfacția de muncă este condiționată de factori motivaționali ca realizarea, aprecierea, responsabilitatea, avansarea și chiar de *însăși munca*. Prezența acestor factori depinde și de caracteristicile personale ale Eu-lui – *aptitudinea, capacitatea, caracterul, efortul* său în dobândirea satisfacției care, în cele din urmă, constituie un element al calității vieții [1, p.100].

Starea de sănătate poate fi deplină sau nu, existând și un nivel de sănătate care poate fi atribuit persoanei sau colectivului. În conformitate cu acest nivel de sănătate, într-o anumită situație sau moment, starea sănătății poate fi exprimată chiar în termeni cantitativi – *durata medie a vieții, dezvoltarea psihică* etc. Starea de sănătate este deplină atunci când la starea completă de bine nu mai este nimic de adăugat. Dar viața reală, firea Eu-lui de a avea dorințe și *însăși perfecționarea*, dezechilibrează acest deziderat.

Este evident că atunci când se vorbește despre sănătate, despre eficiența prestării serviciilor de sănătate, apare problema aprecierii sau măsurării sănătății. Metode tradiționale de măsurare, de apreciere a nivelului sănătății unei populații, efectuate cu ajutorul indicilor morbidității, mortalității și activității unităților medicale, au fost tratate în diferite lucrări [3, p.46], [4, 18]. Indicii sănătății care se bazează pe teoria probabilității de transferare dintr-o stare în alta (procese marc) se schimbă de la „0” până la „1”. Aceasta a fost demonstrat în lucrările diferitor savanți [5, p.17]. Din punct de vedere economic, sănătatea, deseori, este privită ca un capital de sănătate care, atunci când există, aduce posesorului o plusvaloare în formă de salariu sau bunuri materiale [6, p.102]. Din acest punct de vedere, investițiile în sănătate sunt corecte și justificate.

Pentru a ridica gradul de sănătate cu 1% e necesar de a majora prestările

favorabile sănătății cu 10%. M. Grossman a calculat că, într-un an, uzura fizică a unui om e de 2,1% [6, p.106]. Acesta este argumentul pentru păstrarea și ameliorarea sănătății individuale și colective [6, p.18].

Dar cea mai simplă apreciere a nivelului de sănătate și a eficacității acțiunilor medico-sociale ar fi exprimarea prin cei 6D (death, disease, disability, discomfort, dissatisfaction, social disruption – deces, boală, incapacitate, disconfort, insatisfacție, destrămare social, folosite de experții de specialitate. Am subliniat că e important să apreciem sănătatea individului și sănătatea colectivului, a societății în întregime.

Sănătatea colectivelor trebuie considerată ca un efect al sănătății globale, al mediului, al diferitelor activități social-economice. *Sănătatea individuală* reprezintă modul de viață, comportamentul și atitudinea față de sănătatea proprie sau a grupului, familiei etc. Aici apare o noțiune și mai complexă decât sănătatea – calitatea vieții. Sigur că sănătatea este un atribut important al calității vieții [1, p.99].

În ultimul timp, cercetătorii acordă o mare atenție problemei studierii și aprecierii calității vieții. Putem vorbi despre calitatea vieții omului, cetățeanului, a familiei, a bolnavului (de diferit profil clinic), de calitatea vieții unui colectiv, unei colectivități, sau chiar a unei țări. Aici apar un șir de criterii a calității vieții începând de la respectarea drepturilor omului, cât și accesibilităților sociale și economice. Evident ca pentru aprecierea calității vieții unui bolnav, a unui om cu dificultăți de sănătate, cu infirmitate, cu dezabilități, sunt argumentate criteriul specific: mișcarea, statutul loco-motorului, orientarea în spațiu și în timp, cogniție, statutul algic, pornind de la ideea că, în cazul cancerului [7, p.19]. Pentru aprecierea calității vieții bolnavului oncologic, savanții remarcă șase metode esențiale: sarcina Karnovski, ce constă din zece întrebări și se îndeplinește de către medic; scara analogică liniară de autoapreciere, ce constă din 25 întrebări, la care răspunde bolnavul; indexul „calitatea vieții”; chestionarul referitor la situațiile problematice – 142 de întrebări și patru capitole; scara adaptării psihosomatice la maladie – 45 de întrebări și șapte capitole, la care răspund și medicul, și bolnavul; scara pentru depresie și agitație – 14 întrebări și două subscări. Alți autori sunt adepți ai indexului obiectiv și veridic al calității vieții [8, p.18].

Alți savanți consideră, că indexul trebuie să fie alcătuit din cinci component, întrebări și anume: *implicarea în activitatea de muncă, activitatea în viața de toate zilele, percepția sănătății sale, susținerea din partea familiei și a*

prietenilor, concepția vieții. Desigur, indexul calității vieții se poate schimba în funcție de starea și dispoziția bolnavului [10, p.13].

În clinicele din Italiei, se practică *indexul oncologic funcțional al calității vieții*, care permite aprecierea a 22 de factori [10, p.14]. În funcție de *indexul Karnovski*, se iau în considerație aspectele psihologice, sociale și familiale. Ancheta constă din 22 de întrebări, răspunsurile pot fi date după un sistem de șapte grade și, pe parcursul cercetării, bolnavul poate să-și aprecieze de sine stătător starea. Adept al ideii că bolnavii trebuie să-și evalueze ei însăși calitatea vieții este și C.Prezaut (1984), care consideră că medicul trebuie să țină cont de starea generală a bolnavului, activitatea lui, senzațiile obiective, necesitatea de spitalizare, cantitatea analgeticelor prescrise și administrate [10, p.22].

Unii cercetători au cercetat gradul bunăstării psihosociale și statutul inițial satisfăcător la bolnavii de cancer cu ajutorul chestionarului standardizat, ce constă din 12 componente: zece întrebări referitoare la bunăstarea psihosocială și două – pentru aprecierea globală a calității vieții. Cercetarea s-a desfășurat în câteva etape. Și în acest caz, bolnavii și-au apreciat de sine stătător nivelul bunăstării psihosociale și al calității vieții [10, p.21]. Potrivit altor savanți, aprecierea calității vieții la bolnavii oncoginecologici este variată. Metodele și modurile de cercetare sunt diverse, dar, totodată, exacte și informative. [10, p.8]. Atât literatura de specialitate, cât și cele relatate mai sus, experiența profesională, de viață denotă că viața este esența existenței noastre, i-ar sănătatea este valoarea supremă a omului și Națiunii, a Omenirii pentru păstrarea devenirii și dezvoltării civilizațiilor...

Referințe bibliografice

1. Mereuță Ion. Filosofia patologiei și dezvoltării societății noastre. Chișinău 2003. 176 p.
2. Organizația Mondială a Sănătății (OMS), 1986.
3. Morizama I. Metode tradiționale de măsurare, de apreciere a nivelului sănătății unei populații, efectuate cu ajutorul indicilor morbidității, mortalității și activității unităților medicale, au fost tratate în diferite lucrări, 1968.
4. Centrul național de statistică medicală. Îndrumar informativ special pentru modelarea matematică a nivelului sănătății populației. US Public Service, 1965.
5. Krall J.C., Chiang R. Cohen. Indicii sănătății care se bazează pe teoria probabilității de transferare dintr-o stare în alta, 1973.
6. Grossman M. Din acest punct de vedere, investițiile în sănătate sunt corecte și justificate. 1972.
7. Breitbart W., Portenaz R., Strang P. et al., 1990.

8. Clark A., Lfallowfield. Quality of life measurements in patients with malignant disease: a review. Journal of the Royal Society of Medicine, 1986, 79, p.165-169.
9. Colb S.. The morphology of the bipolar cells amacrine cells and ganglion cells in the retina of the turtle *Pseudemys scripta elegans*. In: Philosophical Transactions of the Royal Society of London, 1982, Vol. 298, p.355-93.
10. Kaasa S. et al. Oncology. Ed. 1-6. Vol. 5. 1988. 164 p.
11. Simenschy Th. Dictionarul întelepciunii. București: Ed. Saeculum Vizual, 2008. 911 p.

ПЛАЦЕБО-ЭФФЕКТ КАК ПРОБЛЕМА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СУБЪЕКТИВНЫХ И ОБЪЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ

Виктория Березина, кандидат философских наук, старший преподаватель, Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев, Украина
berezina.kf@gmail.com

THE PLACEBO EFFECT AS THE PROBLEM OF THE INTERACTION OF OBJECTIVE AND SUBJECTIVE FACTORS IN TREATMENT

Usually in science, the placebo effect is equivalent to the absence of treatment, to the influence of subjective factors. It is an essential part of testing the effectiveness of «real» drugs and techniques. The article highlights an alternative scientific view of placebo as a subjective factor, but which causes objective changes. In this sense, a placebo effect is a fundamental element of any treatment.

Эффект плацебо – пример чистейшего влияния сознания на организм. Плацебо ассоциируют преимущественно с таблетками «пустышками» из сахарной пудры, мнимой хирургической операцией, имитацией иглоукалывания, либо же контактом с терапевтом, а иногда даже с самим ожиданием такого контакта, что позволяет пациенту предвидеть улучшение самочувствие. По Мерману, плацебо – это «смысловая реакция», поскольку активным ингредиентом является смысл – значение, которое придается и окутывает любую терапию, фиктивную или реальную [2, с.22]. Плацебо можно рассматривать как осязаемый символ того, что нечто совершается в помощь больному. Он запускает сеть мощных личных и культурных ожиданий, что пациенту станет лучше [3, с.172].

Каждый врач знает о влиянии сознания и пользуется этим знанием. «Если мы начнем уделять плацебо должное внимание, то с большой вероятностью обнаружим, что это мощный терапевтический инструмент, составляющий неотъемлемую часть повседневной клинической практики» [3, с.171]. Буквально оно означает «понравлюсь» и связано с идеей удовольствия или утешения в страдании, чего так жаждет тот, кто принимает такое лечение. З. Фрейд напоминает, что в древности считалось необходимым, чтобы перед посещением врача больной пребывал в состоянии «ожидания с верой». З. Фрейд объясняет это таким образом: «Хотим мы того или нет, но на успешность лечения, которое проводит врач, влияет определенный фактор, который зависит от психической готовности пациента» [Цит. за: 5, с.108]. Часто цитируют слова А.К. Шапиро (1960) о том, что история медицинского лечения может быть описана как история плацебо-эффекта, поскольку до недавних пор все средства лечения и были плацебо [3, с.171].

Отрицать влияние мыслей и верований значит противоречить здравому смыслу. Когда ученые отрицают это, они снижают доверие к науке, а то и вызывают сознательное пренебрежение ею. Через одностороннюю сосредоточенность на материальном в научной медицине фактор сознания пытаются исключить как что-то ненадежное и субъективное. На этом основании в клинических исследованиях лекарственных средств применяются такие схемы экспериментов, в которых реальное влияние медикаментов сравнивают с действием плацебо (с 1953 года практически не встречается исследования эффективности лекарств, в которых отсутствует ситуация плацебо). Соответственно плацебо приравнивается к ничто, утверждается, что таблетки или лечебные процедуры плацебо бесполезны. Вера в плацебо высмеивается как иррационализм, с которым надо бороться: «это непостижимая и ничего не значащая «помеха», которую лучше отбросить» [3, с.171]. В конце-концов, некоторые ученые даже провозгласили смерть плацебо. Речь идет, в первую очередь, о статье «Бессильно ли плацебо? Анализ клинических исследований, указывающих на недостаток воздействия плацебо» (2001) [1, с.19, 38]. Но как показали критики исследования, в этом мета-анализе не было учтено, что есть области, в которых плацебо действует, и есть области, в которых оно не действует.

Таким образом, наука долгое время игнорировала тот очевидный факт, что пациенты, принимающие плацебо, реагируют иначе, чем те, на кого не оказывают никакого внимания. Эффект плацебо скорее показывает, сколь многого ученые не знают. Под плацебо имеется в виду «терапевтическая процедура или отдельный компонент терапевтической процедуры, в отношении которых нет никаких объективных свидетельств его специфического воздействия на симптом, подлежащий излечению» [3, с.169]. Отвержение фактора плацебо в двадцатом столетии проявилось в том, что в большинстве исследований его интерпретировали как «спонтанное выздоровление» и никогда не считали результатом влияния психики. Это своеобразное слепое пятно традиционной медицины. Похоже, альтернативная медицина его восполнила, используя влияние сознания на здоровье как панацею. Подчас она показывает неоспоримую эффективность.

По словам Дж. Марчант, представление о целительной силе мыслей и верований присвоили все желающие – от любителей выдавать желаемое за действительное до циничных торгашей. Научные данные либо игнорируются, либо чудовищно искажаются. Литература о самопомощи, веб-сайты и блоги проталкивают непомерно преувеличенные заявления: разрядка эмоционального конфликта лечит рак (Райк Хамер, основоположник «Новой немецкой медицины» – GNM); сознание управляет ДНК (клеточный биолог Брюс Липтон в своем бестселлере «Биология веры» [«The Biology of Belief»]); заболевания не поражают организм с гармоничными мыслями (Ронда Берн в феноменальной, разошедшейся многомиллионным тиражом книге «Тайна» [«The Secret»]) [2, с.5-6]. Б. Долинская пишет: «Целые толпы людей врача или специалиста, имеющего лицензию, обращаются к якобы чудодейственным методикам. Иногда состояние их здоровья ухудшается до такой степени, что к традиционной терапии обращаться уже поздно. В то же время, многое указывает на то, что сама надежда и вера пациента в помощь традиционной медицины увеличивает шансы на успешное излечение» [1, с.16].

Исследования плацебо как научного феномена имеют уже некоторую базу накопленных экспериментальных данных. Ученые пытаются выяснить механизмы, благодаря которым плацебо действует («почему действует то, что не действует»), иными словами, каким образом пробуждение веры и надежды вызывает позитивные биохимические

мические изменения и позволяет победить болезнь. Эффект плацебо заслуживает внимания как важный компонент процесса выздоровления, поскольку трансформирует «волю к жизни» в физическую реальность. За последние десятилетия уже удалось идентифицировать некоторые механизмы, в частности, плацебо объясняют с помощью теории условного рефлекса и активизации позитивных ожиданий, а также регрессии к среднему значению [1].

Ученые развенчали несколько мифов в отношении плацебо. Долгое время считалось, что плацебо физиологически инертно и действует только на психологические симптомы и что его эффект совсем невелик. Но есть доказательства, что это не так. Во многих, если не во всех, лечебных процедурах эффективность применения плацебо составляет около 55%. Такой постоянно высокий показатель эффективности плацебо наводит на мысль, что существует общий, лежащий в основе этого, механизм или процесс, который отвечает за взаимосвязь сознания и тела и лечение, вне зависимости от проблемы, симптомов или вида заболевания [4, с.7]. Обратной стороной плацебо есть ноцебо. Это эффект негативного влияния определенных верований и убеждений на болезнь и выздоровление. В ходе клинических испытаний средств от многих заболеваний было выявлено, что большинство побочных эффектов связано не с самими препаратами, а с эффектом ноцебо. Если опасность, тревога и негативная суггестия способны вызвать боль и тошноту, то понятно, что ощущение безопасности и вера в скорое улучшение произведут обратный эффект [2, с.27].

Плацебо в отличие, например, от гипноза представляет более общую автоматическую взаимосвязь сознания и тела [4, с.7-8]. Согласно гипотезе Э.Л. Росси, активация вегетативной нервной системы является основой плацебо. Отсюда понятны ограничения применения плацебо. Дж. Марчант называет два основных. Во-первых, любые эффекты, порожденные верой в лечение, ограничены теми природными инструментами, которыми располагает организм. Плацебо облегчит дыхание больному муковисцидозом, но не восполнит нехватку необходимого легким белка, как невозможно отрастить новую ногу на месте ампутированной. При диабете I типа плацебо не может возместить недостающий инсулин. Во-вторых, после ряда исследований плацебо становится ясно, что те эффекты, которые

проистекают из ожидания, ограничены симптоматикой – тем, что мы осознаем как боль, зуд, приступы диареи, а также когнитивные функции – сон и действие таких веществ, как кофеин и алкоголь. Похоже, что эффекты плацебо проявляются особенно сильно при некоторых психических расстройствах – депрессии, тревоге и аддикции [2, с.18].

Неспецифические факторы терапии иногда могут играть решающую роль в излечении. Скорее всего, один и тот же человек может откликнуться на плацебо в одном эмоциональном состоянии и не откликнуться в другом. Побуждения и смысл симптома, которые человек привносит в определенную ситуацию, его мотивация, имеют гораздо больший вес, чем свойства личности. Эти идеи были подтверждены лабораторно, с помощью исследования со строго контролируемыми переменными. Шапиро (Shapiro, 1971) называет людей, не реагирующих на плацебо, “ригидными и стереотипными”, а также лишенными психологического склада ума. [4, с.13] По мнению Э.Л. Росси, эффект плацебо появляется в результате взаимосвязи между надеждой, творческими процессами разума и эмоциональной физиологией тела. Индивиды, хорошо реагирующие на применение плацебо, склонны к приукрашиванию или тщательному обдумыванию свойств даваемого препарата, придавая ему большую силу, исходя при этом из своего богатого личного репертуара. И наоборот, они могут свести на нет или ослабить эффект от принятия какого бы то ни было препарата в результате своего отрицательного отношения.

Исследования плацебо открывают новую перспективу на понимание психофизической проблемы и обеспечения целостного подхода к пациенту. Происходят глубокие перемены в подходе к значению плацебо. Волшебное «лекарство» является всего лишь символом, который через психику воздействует на тело и запускает некие могущественные механизмы самоисцеления: “плацебо есть доктор, который живет в нас самих”, «вера творит чудеса». Наука уже не так бессильна, как раньше, в объяснении этих явлений. Появляется все больше доказательств, что положительный подход и эмоции играют огромную роль в биохимических процессах тела и являются основой здоровья и эффекта плацебо.

Литература

1. Долинская Барбара. Плацебо. Почему действует то, что не действует? Пер. с польск. Катаджины Анны Бонк. Харьков: «Гуманитарный Центр», 2015. 148 с.

2. Марчант Джо. Сила самовнушения: как наш разум влияет на тело. Наука и вымысел. Пер. с англ. А.К. Смирнова. Санкт-Петербург: «Азбука-Аттикус», 2016. 352 с.
3. Рамос Д. Исследование плацебо. В кн: Денис Жименос Рамос. Душа тела. Юнгианский подход к психосоматике. Москва: «Добросвет», «Городец», 2016, с.169-176.
4. Rossi, Ernest Lawrence. The Psychobiology of Mind-Body Healing. New Concepts of Therapeutic Hypnosis. New York: W. W. Norton, 1983, p.3-19.
5. Шерток Л. Возвращаясь к проблеме внушения. В кн: Бессознательное. Природа. Функции. Методы исследования. Том 4. / Под. ред. А.С. Прангишвили, А.Е. Шерозия, Ф.В. Бассина. Тбилиси: Мецниереба, 1985, с.106-115.

REFLECȚII BIOETICE ASUPRA FENOMENULUI DE DOPAJ ȘI ETICA SPORTULUI

Victoria Federiuc, magistru în bioetică, asist. univ.

Artiom Jucov, dr. în șt. med., conf. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

victoria.federiuc@usmf.md artiom.jucov@usmf.md

BIOETHICAL REFLECTIONS ON THE DOPING PHENOMENA AND SPORTS ETHICS

In professional sport, doping is the use of prohibited drugs that improve the physical performance of athletes. Historically speaking, the origins of doping in sports have their roots since the ancient times, and the opinions of the public and of the athletes have varied greatly from country to country over the years. The general tendency among sports authorities and organizations over the last few decades has been to strictly regulate the consumption of doping substances in sports. The reasons for the ban are in particular the health risks of drugs that improve performance, equal opportunities for athletes and the benefits of sport without doping for the entire society. Public debates associated with the use of substances with a recent doping effect have entered the focus of bioethics, which could become an effective lever in guiding moral decisions in sport.

„Tot ceea ce cunosc, cu cea mai mare siguranță, despre moralitate și menirea omului îi datorez sportului”

Albert Camus

În sportul de performanță, dopajul reprezintă utilizarea de droguri interzise care îmbunătățesc performanța athletică a sportivilor. Istoric vorbind, originile dopajului în sport își au rădăcinile încă de la apariția sportului în antichitate, iar opiniile publicului și ale sportivilor au variat foarte mult de la o țară la alta de-a lungul anilor. Tendința generală în rândul autorităților și organizațiilor sportive în ultimele câteva decenii a fost de a reglementa strict consumul de substanțe dopante în sport. Motivele interdicției sunt în special riscurile pentru sănătate ale medicamentelor care îmbunătățesc performanța, egalitatea de șanse pentru sportivi și beneficiile sportului fără dopaj pentru societate. Dezbaterile publice asociate utilizării substanțelor cu efect de doping recent au intrat în vizorul bioeticii, care ar putea deveni o pârghie eficientă în ghidarea deciziilor morale în sport.

Unele surse indică că folosirea unor substanțe sau alimente cu efect de doping se practicau încă din perioada antică în timpul Jocurilor Olimpice [1]. Cu toate acestea, pentru prima dată măsurile anti-doping și adoptarea unei liste de substanțe interzise a fost pusă în aplicare după moartea ciclistului Knut Jensen la Jocurile Olimpice din 1960. Prima listă de substanțe interzise a fost aprobată de Comisia Medicală a Comitetului Olimpic Internațional (CIO) în 1968, iar în 1999 a fost înființată Agenția Mondială Anti-Doping (WADA), a cărei misiune este promovarea și coordonarea la nivel internațional a luptei împotriva dopajului. Documentul fundamental care servește drept instrument pentru atingerea acestui scop este Codul mondial anti-doping, adoptat pentru prima oară în 2003 [2]. În conformitate cu acesta, o substanță sau o metodă este inclusă în lista interzisă dacă îndeplinește cel puțin două dintre cele trei criterii: posibilitatea de a îmbunătăți sau dovadă că a îmbunătățit performanțele sportive; dovada unui risc potențial sau actual pentru sănătate și folosirea acesteia contravine spiritul sportului.

Conform prevederilor Codului Mondial Anti-Doping „Programele privind prevenirea dopajului în sport trebuie să se axeze pe valori și să fie destinate sportivilor și personalului asistent al sportivilor...”. Același cod, în Art.18 prevede faptul că „Principiul fundamental în ceea ce privește programele de informare și educare pentru un sport fără dopaj...este acela de a păstra spiritul sportului neatins de fenomenul nociv al dopajului” [2].

Spiritul sportului este definit și ca „sărbătoare a spiritului, corpului și minții umane”. În codul WADA se menționează încapsularea a numeroase valori, printre care: etică, fairplay și onestitate; sănătate; excelență în per-

formanță. Acest criteriu a fost adesea criticat, deoarece este considerat prea subiectiv și cu siguranță nu concret sau bazat pe fapte, ceea ce face dificilă justificarea. Cu toate acestea, criteriul spiritului de sport face bine pentru a păstra etosul original al sportului, pentru a asigura menținerea cursei concurenței.

Deci care este rolul eticii în lumea sportului? Care sunt valorile fundamentale ale sportului? Etica derivă de la grecescul "etos" – principiu, bază, fundație – ce subînțelege un set de arhetipuri, modele și valori care formează caracterul fiecărei persoane și se traduc, prin acțiune, în modul lor de a fi. Etica este astfel setul de norme de comportament și moduri de viață prin care ființele umane tind să realizeze valoarea bunului.

Etica, ca sistem de valori, ne ajută să fim conștienți de faptul că nu putem trăi oricum, că în viață nu este permis totul și că comportamentul nostru are consecințe asupra celorlalți și asupra societății pe care o ajutăm să o creăm. Aceeași viziune ar trebui aplicată practicării activităților fizice și sportive ale educației fizice în școli, care implică activități sportive multiple, care susține pluralitatea și multidimensionalitatea acestor practici și a conținutului – care este obiectul de studiu. Acest conținut se extinde dincolo de dezvoltarea calităților fizice și abilităților motorii și sportive și îndrumă profesorii (antrenorii) în ceea ce privește nevoia de a dezvolta alte aspecte care au legătură mai mare cu individul în ansamblul său, cum ar fi educația pentru sănătate și educația pentru valori. În acest sens, activitățile fizice și sportive, datorită capitalului singular pe care îl posedă, pot și ar trebui să fie utilizate și în vederea dezvoltării eticii ca sistem de valori legate de fenomenul sportiv și educațional.

Așadar conceptul de „spirit al sportului” este unul larg și este caracterizat prin un șir de valori: fair-play, onestitate, sănătate, excelență în performanță, caracter și educație, plăcere și bucurie, spirit de echipă, devotament și angajare, respect față de legi și regulamente, respect pentru propria persoană și pentru ceilalți participanți, curaj, comunitate și solidaritate și bineînțeles sport fără dopaj [3].

Deoarece dopajul devine tot mai mult o problemă în sporturile de elită, o atenție din ce în ce mai mare le revine problemelor asociate fenomenului de doping. Măsurile antidoping și de prevenire a dopajului care se axează în primul rând educația pedagogică în rândul tinerilor rămân a fi încă puțin eficiente. Filosofia sportului abordează pe larg problema dopajului prin prisma discursului etic, care se pare că nu este suficient integrat în

programele anti-doping. Acest studiu propune o retrospectivă a aspectelor morale asociate practicării sportului de performanță din perspectiva etică și bioetică.

Substanțele sau metodele care maschează efectul substanțelor interzise sunt de asemenea interzise. Deși ar putea părea o sarcină ușoară de a face distincția între substanțele care permit o concurență loială sau neloială, deliberările referitoare la lista interzisă sunt dificile și provoacă controverse.

Unele substanțe enumerate în Lista inhibitorie nu îmbunătățesc deloc performanța. În acest caz, medicamentele recreaționale nu îndeplinesc acest criteriu. Cannabis se află pe listă încă din 2004, când WADA a adoptat-o, deși nu s-a dovedit niciodată că îmbunătățește performanța. În schimb, cofeina stimuloare nu este interzisă – deși poate îmbunătăți în mod clar performanța. Există, de asemenea, multe dezbateri asupra criteriilor care stau la baza aprecierii unei metode sau substanță drept stimuloare a performanței. Educația noastră, factorul genetic, materialele folosite, cum ar fi echipamentul sau îmbrăcămintea specializată, sunt factori care contribuie la îmbunătățirea performanței, dar nu sunt incluse pe lista interzisă [4].

”Fără o listă interzisă, sportul ar gravita în jurul inovației medicamentelor și a substanțelor dopante, și nu pe atleți” afirmă Pascal Borry, bioetician și membru al comitetului de etică al WADA.

Trebuie remarcat faptul că o substanță trebuie să îndeplinească numai două dintre cele trei criterii, pentru a fi interzisă. Aceasta înseamnă că, dacă un medicament dăunează sănătății și spiritului sportului, atunci acesta va fi inclus pe listă. Lista interzisă, se întreabă Borry P. Și James R. într-un articol publicat pe blogul universității din Leuven, merge prea departe prin interzicerea unei astfel de varietăți de substanțe, dintre care multe nu îmbunătățesc capacitățile atletice? Pe de o parte, testele efectuate pentru aceste substanțe sunt costisitoare și durează în timp, iar unii experți propun introducerea acestui prim criteriu obligatoriu, pentru a justifica interzicerea unei substanțe. Dopajul prin definiție este practica creșterii performanței, prin administrarea unor substanțe chimice stimuloare care dau o forță provizorie. Cu toate acestea, există un argument împotriva introducerii primului criteriu obligatoriu. Aceasta ar însemna că substanțele care sunt doar suspecte, dar a căror efect de doping nu a fost încă demonstrat, nu vor putea fi adăugate pe listă. Iar demonstrarea efectului real al acestor substanțe poate fi făcută doar în baza unor studii clinice riscante [5].

Conform unor experți dopajul este pur și simplu un mijloc de a adapta corpul sportivului la presiunile fizice ale sportului – argumentând că dopa-

jul este de fapt opus riscului pentru sănătate. În plus, multe substanțe din listă nu au fost cercetate corespunzător pentru a demonstra un risc pentru sănătate, deoarece cercetarea lor clinică este limitată sau neetică, motiv pentru care substanțele din lista interzisă (care îndeplinesc al doilea criteriu) trebuie să aibă doar potențialul de a provoca daune. În cele din urmă, sportul de elită este un risc în sine. Majoritatea sportivilor își riscă viața în fiecare zi, prin depășirea limitelor, așa că pare nelocal faptul că nu există legi care să reglementeze standardele unor performanțe, cum ar fi viteza sau distanța maximă care poate fi parcursă de un atlet, dacă dopajul reprezintă un risc pentru sănătate. Cu toate acestea, criteriul de risc pentru sănătate a fost pus în aplicare dintr-un motiv. WADA dorește să asigure sănătatea și bunăstarea indivizilor care practică sportul – ceea ce afectează întreaga societate. În condițiile în care sportivii de elită sunt cei care stabilesc etalonul performanțelor pentru sportivii amatori, aceștia ar trebui să fie conștienți de aspectele legate de sănătate. În plus, prin faptul că WADA urmărește îmbunătățirea sănătății sportivilor în și din afara concurenței, acest lucru reduce povara sistemului de sănătate. Dacă toți sportivii s-ar dopa, o mare parte dintre ei ar avea nevoie de tratamente spitalicești sau ar ceda în timpul competițiilor. Criteriul de sănătate al WADA asigură faptul că atleții nu se deprind prea mult prin dopajul riscant. Acest lucru este benefic pentru toți – atleții, publicul larg și părțile interesate [5].

Referințe bibliografice

1. Panayiotis J. Papagelopoulos, Andreas F. Mavrogenis, Panayotis N. Soucacos. Doping in Ancient and Modern Olympic Games. In: *Orthopedics*, 2004, Vol.27, No.12, p.1226-1231. <https://doi.org/10.3928/0147-7447-20041201-05>.
2. World Anti-Doping Code. World Anti-Doping Agency. 2015. In: <https://www.wada-ama.org/en/resources/the-code/world-anti-doping-code> (accesat: 16.04.2019).
3. Olympic Charter. International Olympic Committee. Lausanne, 2019, In: https://stillmed.olympic.org/media/Document%20Library/OlympicOrg/General/EN-Olympic-Charter.pdf#_ga=2.69550036.511554479.1570047222-1758078217.1570047222 (accesat: 02.10.2019).
4. 2020 Prohibited list. The world anti-doping code international standard. World Anti-Doping Agency. In: https://www.wada-ama.org/sites/default/files/wada_2020_english_prohibited_list_0.pdf (accesat: 02.10.2019).
5. Borry Pascal, James Rosemary. An end to doping: how do we make sports fair for everyone? In: <https://kuleuvenblogt.be/2016/07/28/an-end-to-doping-how-do-we-make-sports-fair-for-everyone/> (accesat: 02.10.2019).

MOMENTE ESENȚIALE ÎN PREVENIREA CONFLICTELOR DIN CADRUL RELAȚIILOR MEDIC STOMATOLOG – PACIENT

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

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

Chișinău, R. Moldova

ala.ojovan@usmf.md

ESSENTIAL MOMENTS IN PREVENTING CONFLICTS IN THE STOMATOLOGIST – PATIENT RELATIONSHIPS

Conflict prevention, reducing their persistence or annihilation, is an essential topic in the field of contemporary stomatological care. On this subject, an important role is the interdisciplinary approach, but, on leading place, the bioethical and medical behavior aspects are placed. The doctor-patient relations represent the basic framework of the approach of conflict states in stomatology.

În pofida creșterii nivelului de acordare a asistenței stomatologice, a introducerii tehnologiilor moderne, a echipamentelor stomatologice sofisticate, numărul situațiilor de conflict în practica dentară este în continuă creștere. Intensificarea conflictelor în stomatologie se datorează faptului că medicina se subordonează relațiilor de piață, dar conștiința pacienților și a lucrătorilor medicali nu este încă pregătită pentru aceasta. În acest sens, un număr tot mai impunător de conflicte etice și juridice sunt prezente în activitatea cotidiană a medicului stomatolog. În activitățile stomatologice, abordarea comercială este cea mai pronunțată. Relația dintre medic și pacient este tot mai insistent reglementată de lege, dar esența acestei reglementări este departe de a fi întotdeauna cunoscută și înțeleasă de pacienți și lucrătorii medicali.

Un subiect important ce a constituit, concomitent, și un obiectiv în cadrul realizării proiectului instituțional de cercetare științifică fundamentală: „Promovarea și implementarea practică a Bioeticii medicale în Republica Moldova” pe perioada anilor 2015-2018, apoi prelungit până în 2019, în care a fost inclus și compartimentul „Stomatologie”, l-a constituit studiul diferitor relații ce se constituie și se întrețin în procesul actului medical. Un segment aparte, în acest sens, revine faptului identificării, analizei și prevenirii diverselor forme de conflicte – manifestări frecvent întâlnite

în activitatea medicală din statele fostului spațiu sovietic și socialist care reprezintă un scop nu numai al cadrului medico-managerial, sociologic, ci și cel al bioeticii medicale. Relevanța proiectului s-a axat pe identificarea și aplicarea mecanismelor bioetice în spațiul autohton pe fundalul unei deficiențe de cunoștințe bioetice și existenței unei crize de etică aplicativă în administrarea actului medical. Domeniul stomatologic, de rând cu celelalte antrenate în asistența medicală din R.Moldova, a demonstrat mari și presante probleme de cunoștințe, chiar cele mai elementare de etică medicală, bioetică, deontologie și legislație în sănătate. De aici și manifestarea unor fapte, situații negative „ordinare” ori de mare rezonanță, ce denotă existența carențelor în activitatea medicală, dar mai ales, pe segmentul relațiilor dintre medic și pacient, între medici, între medici și personalul auxiliar.

Analiza literaturii indică o creștere a cazurilor, în care pacienții apelează la sistemul judiciar și la autoritățile regionale de protecție a consumatorilor, cu cereri de compensare pentru prejudiciul cauzat de realizarea necorespunzătoare a asistenței medicale. În plus, există o tendință de apariție a unei noi categorii – cea a pacienților „curioși” pentru care conflictul este o sursă de venit financiar. Aici, dimpotrivă, putem vorbi despre un grad ridicat de „conștientizare” a datelor de către pacienți, pe care îl folosesc pentru a face profit, speculând erorile medicale.

În practica medicală starea de conflict permanent migrează de la sfera relațiilor de afaceri, la cea a persoanei. Prin urmare, motivele care provoacă o situație de conflict pot fi caracteristicile personale ale medicului și pacientului: anxietatea, temperamentul accentuat, suspiciunea, principalitatea excesivă ș.a.

Medicii pot comite erori de diagnostic, de tratament sau de etică. În scopul reducerii erorilor medicale lucrătorul medical și farmaceutic trebuie să acționeze cu prudență, vigilență și entuziasm moderat, să dea dovadă de scrupulozitate științifică. Nu sunt tolerate erorile de ordin etic, deoarece conflictele de acest gen sunt dificil de aplanat.

Starea de conflict, potențială ori deja prezentă, în actul medical stomatologic din punct de vedere teoretic se caracterizează prin două categorii de componente: *prima*, se referă la acele conflicte ce sunt plauzibile mereu și constant, oricând și oriunde în serviciul stomatologic, mai cu seamă în cel autohton; *a doua*, categorie reprezintă factorii „speciali”, eventuali, ce pot genera ori cataliza starea de conflict.

Dacă ne referim la *prima categorie*, ar fi necesar și important de a

remarca și caracteriza câteva subiecte, care ar permite identificarea, analiza și, în fine, prevenirea stărilor de conflict.

Pe primul loc se plasează acceptarea și semnarea consimțământului informat, adică a acordului benevol al pacientului pentru manipulații stomatologice după informarea lui într-un limbaj înțeles despre starea sănătății orale, afecțiunile depistate, metodele de diagnostic și tratament, consecințe. În relația medic-pacient este important modul de informare a pacientului. Pacientul trebuie informat temeinic și clar despre:

I. Starea de sănătate orală:

- date despre starea de sănătate buco-dentară;
- diagnosticul stomatologic prezumptiv și definitiv;
- intervențiile și strategia terapeutică propusă;
- riscurile potențiale;
- alternative de evoluție cu și fără tratament;
- prognosticul, evoluția afecțiunii;
- complicațiile posibile;
- iscurile nerespectării recomandărilor medicale.

II. Informații despre statutul profesional al personalului care oferă servicii stomatologice.

III. Informații despre dreptul la o a doua opinie medicală.

IV. Informații asupra costurilor estimate a tratamentului dat.

Medicul stomatolog trebuie să respecte dreptul pacientului de a fi informat în ceea ce privește anumite riscuri în administrarea unor tratamente sau în existența unor posibile alternative. Pacientul trebuie să știe că consimțământul său este liber, că are dreptul să fie informat și de a participa la deciziile privitor la propria sa persoană.

În al doilea rând, conflictele pot fi asociate și cu atitudinea nepăsătoare față de documentație (istoricul medical, fișe, diferite formulare ș.a.): orice înscris în documentația medicală sau absența acesteia permite analiza conduitei medicale nu numai din punct de vedere profesional, ci și din punct de vedere al eticii medicale. În primul rând, aceasta se referă la formularul de consimțământ informat. Informația despre etapele actului medical, despre informarea pacientului, respectarea sau nerespectarea recomandărilor de către pacient trebuie să fie consemnată corect și minuțios în documentația medicală.

Medicul trebuie să fie conștient de faptul că documentele medicale completate de el, depozitate în fonduri, în perspectivă pot fi cercetate cu lux de

amănunte în diferite cazuri: probleme de malpraxis; investigații juridice; analize ale specialiștilor ce evaluează calitatea asistenței medicale în diverse contexte – administrative, de management al calității, etc.; studii istorico-medicale; extragerea datelor pentru statistici; sondaje sociologice ș.a. O importanță la fel de valabilă au diferite acte date la mână: rețete, recomandări, extrase, îndreptări.

În al treilea rând, respectarea de către medic a confidențialității în cazul informațiilor referitoare la pacienți, obținute în cadrul activității sale profesionale este obligatorie și cade sub incidența normelor și acțiunilor administrativ-profesionale de ramură; codurilor de bioetică, etică și deontologie medicală, reglementărilor juridice. Pacienții se bucură de dreptul la viața privată, așa că nici un detaliu nu trebuie făcut public. Respectarea confidențialității și secretului profesional este un fapt indiscutabil, cu excepția situațiilor când pacientul reprezintă pericol pentru sine și pentru sănătatea publică sau mediul social, atunci când legea cere în mod expres furnizarea unor informații unor factori de decizie abilitați. Preceptul confidențialității se menține și după încetarea sau finalizarea tratamentului, chiar și după decesul persoanei tratate.

În al patrulea rând, plata pentru tratament destul de frecvent constituie un motiv obiectiv al conflictului: subînțelegere atunci când se informează pacientul despre costurile anumitor manipulări sau lipsa de încredere în medic cu privire la costul real al serviciilor stomatologice. Această situație are la bază o cauză preponderent psihologică: actul medical este în timp relativ mai scurt, rezultatele sunt evident mai vizibile, costul serviciilor sunt achitate într-o repriză (de cele mai multe ori) sau în două-trei, în comparație cu tratamentul la specialiștii altor domenii din medicină, când tratamentul durează luni sau chiar ani, iar costurile pot fi la fel ori chiar mult mai mari, dar fiind achitate fragmentat pe parcursul unor lungi perioade de timp.

În spațiile postsocialiste/postsovietice subiectul plății pentru tratament a fost și este discutat în mod divers și contradictoriu. Asistența stomatologică costă scump în toată lumea, dar în cadrul moștenit din cel postsovietic a devenit, în privința taxelor, un compromis între costurile reale în raport cu capacitatea redusă de plată a populației, ajungându-se ca medicul să cedeze mult din cost la compartimentul lucrului său de specialist calificat în medicină. Concomitent medicii nu sunt în drept să intervină sub un anumit mod asupra pacientului pentru a acorda plăți suplimentare decât

cele prevăzute în regulamente. Este semnificativă o remarcă a medicului stomatolog și, concomitent, a cunoscutului cercetător român Liviu Mureșanu; „Toată lumea este de acord că sănătatea este scumpă, că actul medical este costisitor. Întrebarea este cât din acest cost ajunge la medic, la cel care prestează actul medical. Răspunsul este clar: foarte puțin. Când salarizarea medicilor se stabilește centralizat...remunerarea este derizorie iar statutul material al medicului este absolut penibil dacă punem în balanță importanța prestației medicale pentru societate. Motivații și scuze există, dar nu fac decât să probeze incapacitatea birocraților de a evalua corect ierarhia valorilor și a distribui în mod echitabil fondurile gestionate centralizat. Prin tradiție medicii nu sunt o categorie socială revendicativă și de multe ori suplinesc insatisfacțiile materiale printr-o mulțumire spirituală generată de împlinirea datoriei. Situația materială bună este însă o condiție pentru calitate și pentru independență. Persistența mentalității că actul medical nu necesită onorariu, că medicul trebuie să profeseze în virtutea jurământului hipocratic, este o atitudine păguboasă pentru societate. Medicului trebuie să i se recunoască meritele, autoritățile publice trebuie să construiască un cadru în care remunerarea medicului să fie în acord cu valoarea prestației și să se realizeze real, fără căi dezonorante, subterane” [1, p.81].

În al cincilea rând trebuie să existe disponibilitatea de a răspunde la solicitarea pacientului, de a acorda asistența solicitată, inclusiv cea de urgență. Nu se recomandă amânarea programării la medic de mai multe ori. Provoacă nemulțămiri din partea pacientului abandonarea, deseori neprevăzută, a pacientului (plecarea la congres, conferință, odihnă, tratament, ceremonii, etc.) dacă tratamentul nu este finisat sau încă necesită supraveghere. Deseori se ajunge până la plângeri ori scandaluri de proporții. Respectarea drepturilor pacienților se realizează în concordanță cu condițiile accesibilității la serviciile medicale: asistență medicală liberă în orice timp sau motivație; libertatea de a alege serviciile și instituția; dreptul de a fi informat ș.a. Dar, în același timp, în stomatologie nu toate serviciile se înscriu la rubrica urgențelor și necondiționalităților, majoritate fiind contra cost și cu o programare riguroasă. Uneori solicitarea pacientului este una fantezistă, păguboasă pentru propria persoană; alteori se solicită intervenții fără necesitate la moment, pacientul fiind sub acțiunea propriilor convingeri sau al sfaturilor din partea altor persoane.

În al șaselea rând, posibilitatea prezenței unor calități în faptul corespunderii profilului profesional-moral al medicului stomatolog după cum

il anticipează pacientul: 1) responsabilitate față de actele și deciziile sale; 2) independență profesională; 3) competență; 4) disponibilitate; 5) optimism; 6) bunăvoință; 7) manifestarea empatiei; 8) simțul umorului; 9) abilitatea de a transmite pacientului esența problemei sale și de a arăta opțiunile pentru rezolvarea ei; 10) justiție, dreptate în actul medical (exercițiul profesional echitabil, fără discriminare).

În cazul alcătuirii și înmânării actelor medicale de către medic o mare parte din pacienți acordă acestor formulare o importanță deosebită, căutând să urmărească o legătură directă dintre claritatea și calitatea conținutului, datele pe înțelesul său, etc. și caracteristica persoanei medicului, profesionismul lui.

Subiectul independenței profesionale a medicului este perceput în câteva dimensiuni: gradul de independența statutară față de administrație sau factor de decizie în domeniu (în formă oficială sau neoficială); independența economică, dacă activează în clinică privată ca angajat ori patron; independența în exercitarea profesionalismului medical, adică când medicul posedă un înalt nivel de pregătire profesională și are o autoritate, faimă în această privință; nu apelează la ajutorul altor colegi ci, din contra la el apelează alții după consultații; poate întreprinde acțiuni de caritate care la alții nu sunt ori prea rar se întâlnesc; sunt oameni ai cuvântului promis, nu sunt cei ce „se eschivează” ori „evitabili”, etc.

Independența profesională continuă și este strâns legată cu competența. Sensul competenței în medicină include mai multe componente, strâns corelate între ele: capacitatea de comunicare eficientă cu pacientul, adaptată vârstei, nivelului de educație și de înțelegere; calitatea de a influența și convinge și prin aceasta a spori gradul de încredere; ne evitarea subiectelor sensibile (cost, durere, durată și volum de aplicații, finalități, riscuri ș.a.); cunoașterea sau străduința de a cunoaște problemele pacienților; evitarea atitudinilor critic, etc. „Competența este rezultatul unei pregătiri specifice obținute într-o universitate competentă. Puține profesii necesită însușirea unui volum așa de mare de noțiuni teoretice ca profesia medicală. Și acestea nu sunt suficiente dacă pe baza lor nu se însușesc și deprinderi practice, uneori pretențioase, și o bogată experiență cazuistică. Competența nu este o hârtie șampilată, o adeverință. Competența este o stare și o atitudine complexă care se dobândește cu efort, cu sacrificii de către persoane care beneficiază de anumite calități. Formațiunea medicală presupune un anumit nivel intelectual, o anumită structură sufletească și dispoziție. O per-

soană fără chemare, fără a fi dispusă la efort intelectual și uneori fizic nu are ce căuta într-o asemenea profesie” [2, p.79].

Așa calități ca: bunăvoința empatia, optimismul și chiar simțul umorului constituie alte părți componente ce formează silueta profesionistă și moral-spirituală a medicului stomatolog. Am putea vorbi la nesfârșit despre acestea, dar un lucru rămâne cert – respectivele calități au fost probate de-a lungul timpului în istoria stomatologiei științifice, naționale și universale.

O capacitate indispensabilă activității în postură de medic este cea de transmite esența problemei pe înțelesul pacientului. Specialiștii remarcă faptul că în majoritatea cazurilor cu litigiu judiciar „problema de la care degenerază situația este lipsa de comunicare medic-pacient, vina principală purtând-o medicul care nu știe să explice pacientului posibilitățile tehnice reale și limitele tratamentului lăsând pacientul cu impresia că rezultatul va fi cel scontat de le la nivelul imaginar” [3, p.153]. De cele mai multe ori, de exemplu, pacienții optează pentru atingerea unui aspect estetic, apoi pentru ameliorarea stării de sănătate și atingerea unei bune funcționalități a aparatului oro-maxilar.

Un rol aparte, destul de actual, îl are capacitatea medicului de a promova imparțialitatea, justețea sau dreptatea, nediscriminarea. Medicul de acest tip spiritual va dialoga și trata fără diferență dacă pacientul este bogat sau sărac, dacă are poziție înaltă în societate sau e un angajat fără calificare specială, dacă este reprezentantul unei etnii, vorbește o oarecare limbă, etc. Medicul în nici un caz nu va utiliza expresii stigmatizante, glume proaste, categorisiri având drept subiect vârsta, sexul, religia, calitățile intelectuale, înfățișarea fizică, slăbiciunile, comportamentele deviante.

Ce de *a doua categorie de componente* ce caracterizează starea de conflict în actul medical stomatologic include o serie de factori numiți drept „speciali” sau cei care se pot include în mod eventual, ca apoi să genereze ori să catalizeze conflictul.

1. Prezența persistentă a stresului profesional la medicul stomatolog. „La medicul stomatolog stresul poate fi generat de responsabilitatea profesională, dificultățile de investigație, diagnostic, tratament, eșecul unor tratamente, sentimentul de nesiguranță, condiții improprii de muncă...Categoricia medicilor stomatologi este considerată ca una dintre cele stresante din domeniul medical...factori stresanți în stomatologie sunt: rutina, regimul de muncă plictisitor, presiunea, pacienții stresanți, problemele financiare,

supervizarea etc. Perfecționismul și incertitudinea stomatologiei văzută ca și carieră, de asemenea pot predispuce la stres” [4, p.159].

2. Manifestarea unei diferențe accentuate între tipul psihologic al medicului și cel al pacientului. Specialiștii descriu amănunțit aceste caracteristici și, în baza acestora, nu e greu de a prevedea o situație potențială de conflict [5, p.163-164].

3. Declanșarea conflictului de către pacient în baza unor preferințe bazate pe informații elementare, uneori eronate despre tratamentul dorit. Uneori un conflict deschis poate apărea din cauza caracterului conflictual accentuat al pacientului. Acesta poate transforma în conflict orice element al actului medical. O atenție deosebită trebuie acordată pacienților cu anumite afecțiuni psihice ce pot declanșa conflicte.

4. O altă situație potențială de a genera conflict este determinată de neîncrederea accentuată a pacientului în medicul stomatolog sau în întreaga breaslă de așa specialiști. Acești pacienți sunt suspicioși, se concentrează pe orice detaliu, considerat de către ei drept păgubos, cer frecvent explicații inutile ș.a.m.d.

5. Complanța la tratament, de asemenea poate constitui subiectul unui conflict. Neîndeplinirea unor prescripții pot degenera în probleme de sănătate, iar de aici și punerea pe seama medicului a problemelor create de același pacient, ori, în altă variantă, primirea drept obidă a observațiilor făcute de medic.

6. Categoria de pacienți vârstnici poate constitui o altă sursă de conflicte. La vârsta înaintată se diminuează atenția, scade memoria și funcțiile aparatului locomotor, se accentuează emoțiile, etc.

Specialiștii prezintă o serie de subiecte cu referire la această categorie socială vulnerabilă: managementul îngrijirii orale; bariere în îngrijirea stomatologică; tratamentul pacienților cu demență ș.a. [6, p.231-243].

7. O situație deosebită când pe fundalul unui conflict, deja existent, poate apărea altul, se constată în cazul prezenței unei atmosfere conflictuale de durată dintre medicul stomatolog și asistentul medical. Pacientul observă o atare atmosferă și poate reacționa corespunzător.

8. Motivul cu cea mai mare capacitate de declanșare al unui conflict în asistența medicală stomatologică se atestă în cazurile de malpraxis. Situațiile pot derula în procese de judecată în care se aduc acuze nu numai la eroarea păguboasă comisă, ci și la componentele etice/bioetice ale comportamentului stomatologului.

Concluzii:

1. Comunicarea între medic și pacient implică un nivel adecvat de conștientizare și nivelul de informare a acestuia din urmă.
2. Nivelul profesional al relațiilor medic stomatolog – pacient este construit pe relații sociale multidimensionale.
3. Interacțiunea socială medic și pacient capătă sens psihologic semnificativ.
4. Este important ca pacientul să aibă sentimentul prezenței sale constante în deciziile medicului – stomatolog.
5. Prevenirea conflictelor este mai necesară decât rezolvarea constructivă a acestora.

Referințe bibliografice

1. Mureșanu Liviu. Aspecte sociale ale practicii odontologice. Cluj-Napoca: Ed. Med. Univ. „Iuliu Hațieganu”, 2004, p.81.
2. *Ibidem*, p.79.
3. Moga Radu-Andrei, Mureșanu Liviu. Linii ajutoare în studiul aspectelor sociale ale practicii odontologice. Cluj-Napoca: Ed. Med. Univ. „Iuliu Hațieganu”, 2011, p.153.
4. Iorgulescu Gabriela, Iamandescu Ion Bradu. Medicina dentară comportamentală. București: Ed. Medicală, 2013, p.159.
5. *Ibidem*, p.163-164.
6. Iorgulescu Gabriela. Elemente de științe comportamentale și neuroștiințe în medicina dentară. București: Ed. Medicală, 2017, p.231-243.

ПОВСЕДНЕВНЫЙ ЖИЗНЕННЫЙ ОПЫТ ПАЦИЕНТА КАК ОСНОВА СОВРЕМЕННОЙ МОДЕЛИ ЗДОРОВЬЯ

Светлана Пустовит, д. филос. н., профессор
Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика, Киев, Украина
pustovit-sv@ukr.net

PATIENT'S EVERYDAY LIFE EXPERIENCES AS THE BASIS OF MODERN HEALTH MODEL

Life experience is the primary and most specific way of a person being in the world Today medical services indicates a crisis in medicine as a social

institution. It becomes impossible to distinguish a real disease from its simulated double of an “imaginary medical diagnosis”, which is often part of medical policy and ideology, rather than a manifestation of a structured social body. Everyday experience, knowledge, experience of the patient about himself, not only as a finite physical being, but as a person endowed with creative capabilities, having individual and social dimensions, play a large role in the formation of modern health ideas, are the basis of the health model, having huge heuristic, therapeutic, prognostic potentials.

Жизненный опыт – это первичный и наиболее конкретный способ бытия человека в мире. Опыт – это истина в своем самопроявлении, он означает событие и встречу в мире. В то время как научные познания и исследования представляют собой вторичный продукт бытия человека в мире, некоторое опосредование первичного опыта [1]. То, о чем забыли – истина, как естественных, так и гуманитарных наук, связана с вненаучным, неметодологическим опытом повседневного общения, исторической жизни, использования прецедентов, моральных традиций, искусства и пр.

Сегодня мы видим качественное изменение взаимоотношений между историей и повседневностью, публичной и частной сферами, политическим и социальным, социальными институтами и социальной реальностью. И если до середины 20 века частное, повседневное оказывались лишь обратной, теневой стороной политического, то постепенно оно становится центром противодействия государственным структурам, стратегией, противостоящей рационализированным научным практикам, защитой от гипермедикализации и гиперрационализации.

Сегодняшняя ситуация в сфере оказания медицинских услуг свидетельствует о кризисе медицины и как социальной институции и как государственного учреждения. Сегодня в сферу медицинских услуг стягивается практически все социальное – весь социум, а медицина сама подрывает свои собственные же основы, навязывая обществу новый гипермедикализированный стиль жизни: гиперопеку и контроль за родами, умиранием, смертью, инвалидностью, хроническими болезнями, старостью, - с одной стороны, и другими повседневными практиками – трудовой деятельностью, досугом, сном, занятием спортом, сексуальностью, социальными коммуникациями и пр. - с другой. Бесконечные требования, предъявляемые к меди-

цине – быть более гуманистической, более пациент-центрированной, более адекватной и справедливой в распределении своих ресурсов, все более удовлетворяющей рост потребления в сфере медицинских услуг, более успешной и безопасной, все более гарантирующей профилактику и здоровье и пр., – подрывают теоретические и методологические основы медицины как социального института, изначально ориентированного на определенный сектор социального тела, на больных, пациентов, людей с характеристиками, подпадающих под описание медицинских диагнозов [2].

Медицинские технологии бросают вызов не только философской этике, антропологии, философии науки, но и учению о бытии. «Онтологический вызов» заключается в переосмыслении сути, содержания основных философских понятий, исходя из наличия новой технологизированной, медиализированной реальности, представленной не только социальными институтами, но и конституирующей человеческую личность, входящей во внутреннюю картину здоровья и болезни, его мировоззренческую основу, самоопределение, самоидентификацию.

В традиционных моделях здоровья, основанных на представлениях о здоровье как физиологической норме, *Homo patient*, человек-пациент, человек-объект медицинских интервенций выстраивает свою картину мира, в которой он – пассивное, виктимное начало, окруженное сонмом симулякров, генерируемых медицинскими технологиями. В этой модели воображаемое и реальное становится все труднее распознать. Реальную болезнь становится невозможным отличить от ее симулированного двойника «воображаемого медицинского диагноза», который часто есть частью медицинской политики и идеологии, а не проявлением структурированного социального тела [2].

Для того, чтобы не попасть в плен воображаемого практикующие врачи подчеркивают необходимость выхода за пределы узко понимаемой рациональности, как причинно-следственных закономерностей, соответствующих научным парадигмам, к новым ее измерениям: коммуникативным, этическим, герменевтическим, игровым, синергетическим. Сегодня сквозь призму новых представлений о научной рациональности переосмысливаются такие традиционные вопросы как: парадоксы клинического мышления и установления правильного диагноза; ограниченность парадигмы научной доказательной

медицины, основанной на статистических закономерностях и понятии нормы; эвристических ошибок, обусловленных особенностями восприятия, оценивания и интерпретации врачами задач, методов, содержания и объектов медицинской деятельности и др. Так, в своей книге «Законы медицины: нотатки на полях невизначенной науки» врач-онколог С. Мукерджи подчеркивает, что в медицине каждое диагностическое задание можно описать как игру с возможными сценариями. Врач делает ставку на то, что симптомы пациента можно пояснить определенными нарушениями – например, сердечной недостаточностью или ревматоидным артритом, а потом начинает собирать «доказательства» «за» или «против» данного допущения [3]. Имеют значения все доказательства до последнего, самого незначительного: анамнез больного, интуиция врача, результаты осмотра, опыт, сплетни, слухи, подозрения, поведение. Все это повышает или снижает вероятность постановки правильного диагноза [3, С. 38-39]. На основе своего богатого клинического опыта автор формулирует три закона медицины: 1. Глубокая интуиция более важна, чем легкомысленно проведенный анализ; 2. «Нормы» учат врачей правилам, а «исключения» – законам; 3. На каждый безупречный медицинский эксперимент приходится безупречная человеческая ошибка.

Жизненный и практический опыт врача и пациента, его близких, аптекарей, к которым он обращается за советом, коллег на работе, просто людей на улице, делящихся своим опытом, лично окрашенные представления и переживания пациента о самом себе, своих болезнях и здоровье, снах и страхах, хороших и плохих событиях личной жизни, внутренняя картина болезни, уникальные эксперименты и духовные практики, имеющие место в жизни пациента – это и многое другое является обоснованной альтернативой имеющихся когнитивно-дискурсивных научных подходов к пониманию здоровья и болезни.

Повседневный опыт, знание, переживания, представления пациента о самом себе не только как конечном физическом существе, но как о личности, наделенной творческими возможностями, имеющей индивидуальные и социальные, обыденные и экзистенциальные, медицинские и немедицинские измерения, играют большую роль в формировании современной парадигмы здоровья, имеющей огромный эвристический, диагностический, терапевтический, прогностический потенциалы.

Литература

1. Богачев А. Досвід та сенс. Київ: Дух і літера, 2011. 336 с.
2. Бодрийяр Ж. В тени молчаливого большинства, или Конец социального. Екатеринбург, 2000. 340 с.
3. Мукерджи С. Законы медицины. Полевые нотатки з невизначеної науки. Харків.: Віват, 2017. 96 с.

ASPECTE BIOETICE ALE AMELIORĂRII MEDICAMENTOASE A CAPACITĂȚILOR COGNITIVE UMANE

Victoria Federiuc, magistru în bioetică, asist.univ.

Irina Cornilov, studentă

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

victoria.federiuc@usmf.md

BIOETHICAL ASPECTS OF DRUG ENHANCEMENT OF HUMAN COGNITIVE CAPACITIES

Human cognitive enhancement can be defined as amplification or extension of the brain's basic capabilities by improving or expanding internal or external information processing systems. Various methods are known to improve cognitive abilities that could be applied in the near future, such as education, exposure to rich environments and good health, mental training, drug use, transcranial magnetic stimulation, genome manipulations, prenatal improvement and perinatal, the use of different external devices and software systems, the method – the brain-computer interface and the collective intelligence. At the same time, these methods highlight a number of bioethical problems, which arise from overlapping with notions such as authenticity, high standard of living and the role of medicine in our lives. Current and anticipated methods of improving cognitive abilities also create challenges for public policies and legislative regulations. The present study is an analysis of the bioethical aspects raised by the use of drugs in cognitive enhancement.

Ameliorarea cognitivă umană poate fi definită ca amplificarea sau extinderea capacităților de bază ale creierului prin îmbunătățirea sau lărgirea sistemelor de prelucrare a informațiilor interne sau externe. Sunt cunoscute diferite metode de ameliorare a capacităților cognitive care ar putea fi apli-

cate în viitorul apropiat, cum ar fi educație, expunere la ambianțe bogate și starea de sănătate bună, training mental, utilizarea medicamentelor, stimularea magnetică transcraniană, manipulații asupra genomului, ameliorarea prenatală și perinatală, utilizarea diferitor dispozitive externe și sisteme software, metoda- interfața creier-calculator și inteligența colectivă. Totodată, aceste metode pun în evidență o serie de probleme bioetice, care apar din suprapunerea cu noțiuni cum ar fi autenticitate, standard înalt al vieții și rolul medicinei în viața noastră. Metodele actuale și cele anticipate de îmbunătățire a capacităților cognitive creează, de asemenea, provocări pentru politicile publice și reglementările legislative. Studiul de față reprezintă o analiză a aspectelor bioetice pe care le ridică utilizarea medicamentelor în ameliorarea cognitivă.

Medicamentele stimulante precum nicotină și cofeina sunt de mult folosite pentru a îmbunătăți capacitățile cognitive. În cazul nicotinei are loc o interacțiune complexă cu atenția și memoria [1], pe când cofeina reduce oboseala [2]. În ultimii ani, a fost dezvoltată o gamă largă de medicamente care au impact asupra cogniției [3].

În 1917, Lashley a observat că stricnina facilitează procesele de învățare la șobolani [4]. De atunci au fost descoperite câteva grupe de medicamente pentru memorie care îmbunătățesc diferite aspecte ale memoriei de lungă durată, cum ar fi stimulantele, nutrienții, hormonii, agoniști colinergici, grupul piracetamului, ampakinele și amelioratori de consolidare [5].

Dieta și suplimentele alimentare pot afecta procesele cognitive. Pentru a menține o funcționare optimală creierul are nevoie continuă de furnizare de glucoză – principala sursă de energie. Creșterea în disponibilitate de glucoză, fie că e vorba de consumul de zaharuri sau de eliberarea hormonului adrenergic noradrenalină, îmbunătățește memoria, efectele fiind mai pronunțate în cazul sarcinilor solicitante. Creatina, un nutrient care îmbunătățește accesul la energie, de asemenea, îmbunătățește performanța cognitivă și reduce oboseala mentală. Mâncarea, pe lângă faptul că este o sursă de energie, poate contribui la îmbunătățirea proceselor cognitive prin furnizarea de aminoacizi necesari pentru producerea neurotransmițătorilor, lucru foarte important mai ales în perioade de stres sau concentrare neîntreruptă [6].

Stimulentele ameliorează memoria prin creșterea activării neuronale sau prin eliberarea de neuromodulatori, facilitând astfel schimbările sinaptice care stau la baza procesului de învățare. Cele mai vechi medicamente

de ameliorare erau niște stimulente și nutrienți nespecifici. În antichitate, de exemplu, apa cu miere (hidromel) era folosită în scopuri de dopaj .

Progresele în înțelegerea științifică a memoriei a permis dezvoltarea medicamentelor cu funcții mai specifice, cum sunt medicamentele care stimulează sistemul colinergic, care menține atenția și codificarea memoriei. La ora actuală, există un interes îndreptat spre intervenirea în procesele codificării permanente a sinapselor, un proces care a fost elucidat la scară largă în ultimii ani și care va fi o țintă promițătoare pentru industria de dezvoltare a medicamentelor. Se vrea dezvoltarea unor medicamente care nu doar vor ajuta creierul să rețină informație mai rapid, ci și vor facilita reținerea selectivă a informației învățate. Câteva substanțe experimentale s-au dovedit a fi bune la capitolul îmbunătățirii performanței la unele teste specifice de memorie. Nu se cunoaște încă, dacă aceste medicamente contribuie la învățarea eficientă în situații din viața de zi cu zi, deși progresul înregistrat asupra ameliorării memoriei prin mijloace farmacologice poate deschide ușa unei posibilități reale în acest sens.

Agenții farmacologici pot fi folositori nu doar pentru a îmbunătăți reținerea memoriei, ci și pentru a dezvăța fobii și adicții [7]. Eventual, combinația de diferite medicamente administrate în perioade diferite ar putea însemna mai mult control asupra proceselor de învățare, poate chiar selecția în mod deliberat a unor amintiri specifice care se vor reținute sau uitate.

Chiar și ierburile sau mirodeniile tradiționale, obișnuite, nereglementate precum salvia, pot îmbunătăți memoria și dispoziția datorită unor efecte chimice [8]. Deși au un impact mai redus decât cunoscuții inhibitori de colinesterază, astfel de efecte ne vorbesc despre faptul că încercările de a controla accesul la substanțe care ameliorează cogniția vor deveni problematice. Chiar și guma de mestecat pare să afecteze memoria, posibil accentuând excitația sau nivelul de zahăr [9].

Memoria de lucru poate fi modificată cu ajutorul unei varietăți de medicamente. Medicamentele care stimulează sistemul de eliberare a dopaminei deja au efecte demonstrabile, la fel ca și medicamentele colinergice (posibil prin îmbunătățirea codificării) [10]. Modafinilul s-a dovedit a ameliora memoria de lucru atât în cadrul testărilor cu subiecți sănătoși, în mod special la sarcini dificile, cât și în cazul subiecților cu o performanță scăzută. Aceleași descoperiri cu privire la îmbunătățiri semnificative în rândul celor cu performanță scăzută au fost înregistrate în cazul medicamentelor

dopaminergice, ceea ce înseamnă că toți amelioratorii cognitivi urmează același șablon) [11]. Modafinilul îmbunătățește reținerea secvențelor digitale în ordine obișnuită și inversă, memoria de recunoaștere a schemelor vizuale, planificarea spațială și timpul/latența de reacție asupra diferitor sarcini legate de memoria de lucru. Modul în care acest medicament acționează nu este cunoscut încă, dar o parte din explicație este că modafinilul sporește inhibarea răspunsului adaptativ, ajutând subiecții să evalueze problema mai bine înainte de a răspunde la aceasta, îmbunătățind, deci, precizia performanței. Efectele memoriei de lucru pot astfel deveni parte dintr-un proces mai larg de ameliorare generală a funcției executive.

Modafinilul a fost inițial dezvoltat drept tratament pentru narcolepsie. Poate fi folosit pentru a diminua performanța slabă în urma lipsei de somn și are, aparent, puține efecte adverse și un risc scăzut de creare a dependenței [12]. Medicamentul a sporit atenția și a îmbunătățit memoria de lucru în cazul medicilor și a aviatorilor. Recurgerea la un pui de somn s-a dovedit a fi mult mai eficientă în a menține performanța decât în cazul administrării modafinilului sau amfetaminei pe o perioadă lungă (48 ore) de timp în care subiecții sunt lipsiți de somn, și inversul e valabil în cazul perioadelor scurte (24 ore) de nesomn. Un pui de somn urmat de administrarea unei doze de modafinil poate spori eficiența mai mult decât dacă s-ar recurge la doar una dintre aceste soluții [13]. Aceste rezultate, împreună cu studiile efectuate pe hormoni precum melatonina, hormoni care pot controla ritmurile somnului [14], sugerează că medicamentele pot permite ajustarea stării de vigilență în scopul îmbunătățirii performanței unei sarcini realizate în circumstanțe solicitante sau atunci când ciclurile de somn au fost perturbate.

Există, de asemenea, medicamente care influențează felul în care cortexul cerebral se reorganizează ca răspuns la traumă sau antrenament. Agoniștii noradrenergici, cum e amfetamina, contribuie la o restabilire mai rapidă a funcției în urma unei leziuni cerebrale dacă se combină cu antrenarea și ajută la învățarea unei limbi artificiale [15]. O alternativă la creșterea farmacologică a neuromodulației este stimularea electrică a centrelor neuromodulatorii, care, în mod obișnuit, controlează plasticitatea prin atenție și recompensă. În cazul experimentelor făcute pe maimuțe, aceasta a dus la o reorganizare corticală mai rapidă [16]. Utilizarea medicamentelor cu efecte stimulative ridică mai multe întrebări bioetice, care urmează a fi abordate în continuare.

În context medical, ameliorarea stârnește probleme evidente legate de siguranță. Principiile eticii medicală contemporană recomandă evaluarea riscului medical pe baza comparației dintre riscul tratamentului și beneficiul unei morbidități reduse în urma tratamentului de succes, de aceea asumarea riscului e valabilă în cazul în care amelioratorii nu reduc riscul de morbiditate și a căror utilitate pentru pacient este, pe deplin, ne terapeutică, destul de subiectivă și dependentă de context. Un asemenea tipar ar putea fi folosit și în cazul amelioratorilor cognitivi medicali, în care pacienții să poată decide dacă beneficiile depășesc potențialele riscuri, în baza recomandărilor specialiștilor medicali și pe propriile estimări cu privire la modul în care intervenția poate afecta scopurile personale sau modul de viață. Riscurile întrebunțării cronice a medicației de ameliorare cognitivă includ posibilitatea apariției, atât a efectelor secundare medicale, cât și a celor legate direct de funcția propriu-zisă a medicamentului. Este puțin probabilă posibilitatea cuantificării prealabile a acestor potențiale riscuri a întrebunțării de lungă durată, deci există o limită a informației pe care un utilizator o poate obține de la experții medicali. Nici experții medicali nu sunt în stare să decidă dacă în cazul vreunui pacient beneficiile depășesc riscurile.

O preocupare comună cu privire la amelioratorii din sfera biomedicală este că aceștia nu se încadrează în scopurile medicinei. Dezbateră cu privire la posibilitatea de a trasa o linie dintre terapie și ameliorare (și dacă da, atunci până unde) este una complexă. Totuși, este clar că medicina cuprinde multe tratamente care nu au intenția de a vindeca, preveni, ameliora boli, cum ar fi, operațiile plastice și medicație contraceptivă, dar care sunt, totuși, acceptate. Există și multe forme de ameliorare care nu se potrivesc în tiparele medicale, cum ar fi dieta sau tehnicile psihologice, dar care, totuși, produc efecte medicale. Chiar dacă s-ar conveni asupra creării unei limite dintre terapie și ameliorare, ar fi neclar dacă acestea ar conține vreo semnificație normativă.

O îngrijorare este că recurgerea la „reparatori“ medicali și tehnologici va înlocui eforturile de confruntare a problemelor sociale și personale profunde. Această îngrijorare a apărut, în mod special, în legătură cu Retilinel și alte medicamente create pentru a trata tulburarea hiperactivă cu deficit de atenție (ADHD). Aceste medicamente pot funcționa ca amelioratori cognitivi în cazul administrării acestora de subiecți sănătoși, dar întrebunțarea lor pe scară largă în rândurile populației americane cu vârstă școlară a

stârnit dezbateri aprinse. Principalul argument invocat este faptul că aceste medicamente sunt deseori folosite pentru a masca eșecurile sistemului educațional prin a calma băieții zgomotoși mai degrabă decât prin a dezvolta metode de învățare care să se preteze unei game largi de stiluri și necesități individuale de învățare [17].

O altă problemă apare în cazul utilizării ameliorării cognitive la minori și persoane incompetente.

Copiii mici nu sunt în stare să ofere un consimțământ informat asupra intervențiilor medicale. Același lucru e valabil și pentru indivizi cu dizabilitate mentală severă. Cine ar trebui să decidă în locul subiecților incompetenți cu privire la întrebuițarea amelioratorilor? Pe ce teme trebuie făcute aceste decizii? Există vreo obligație de a ajuta subiecții incompetenți să devină agenți capabili de un raționament autonom? Ar putea exista și păreri dacă nu cumva (din moment ce e posibil din punct de vedere tehnologic) și animalele (cum ar fi maimuțele) ar trebui ameliorate cognitiv pentru a le permite să viețuiască la un nivel cât mai apropiat de cel uman [17].

O altă întrebare este în cazul în care amelioratorii nu sporesc capacitatea ființei existente ci mai degrabă cauzează apariția unei noi persoane înzestrată cu capacități mai avansate decât oricare altă persoană care s-ar fi putut naște. Iată ce se întâmplă la selecția embrionară [18]: la ora actuală, diagnosticul genetic de preimplantare este folosit, în mare parte, pentru a selecta embrioni ce conțin boli genetice, și, ocazional, în scopul selectării sexului. În viitor, însă, s-ar putea să se ajungă la testarea varietăților genelor pentru a corela caracteristicile dorite, inclusiv, cele legate de comportamentul cognitiv. Ingineria genetică ar putea fi, de asemenea, folosită pentru a îndepărta sau însera genele într-un zigot sau într-un embrion timpuriu. În unele cazuri, s-ar putea să fie neclar dacă rezultatul obținut are valoarea unui individ nou sau este același individ cu o modificare genetică.

Savulescu abordează principiul binefacerii procreative (eng. *the principle of procreative beneficence*) – care poate fi invocat în analiza problemelor legate de ameliorarea cognitivă. Se cunoaște faptul că atunci când părinților sunt puși în fața alegerii, ei sunt obligați să aleagă – din toți posibii copii pe care i-ar putea avea în urma unei fecundări in vitro, de exemplu, pe cel, care conform judecății lor, are cele mai bune șanse de a avea o viață bună [19].

Criticii ameliorărilor genetice declară că apariția „bebelușilor proiectați” va corupe părinții, care își vor trata copiii drept niște produse predispușe evaluării bazate pe calitatea controlului mai degrabă decât ființe iubite

și acceptate necondiționat. Este oare societatea gata să sacrifice pe altarul consumerismului chiar și aceste valori profunde înrădăcinate în relațiile tradiționale dintre copiii și părinți? Merită oare căutarea perfecțiunii sacrificiul valorilor culturale și morale [20]? Nu există, cu toate acestea, dovezi clare a ipotezei care spune că părinții care recurg la opțiunile de ameliorare în procreare ar fi incapabili să manifeste dragoste și acceptare față de copiii lor. Când pentru prima dată a apărut fertilizarea in vitro, criticii au prezis cam aceleași pagube psihologice care, din fericire, nu s-au materializat.

Unii susținători ai persoanelor cu dizabilități și-au exprimat îngrijorarea spunând că ameliorarea genetică ar putea transmite un mesaj negativ cu privire la atitudinea față de persoanele cu dizabilități, care s-ar putea trezi cu un val sporit de discriminare.

De asemenea, se poate identifica și problema autenticității, cu multiplele sale elemente. O idee e că excelența atinsă în mod firesc are o valoare mult mai mare decât un talent cumpărat. Dacă capacitățile cognitive sunt de vânzare, sub formă de pilule, sau formă externă, vor fi acestea mai puțin valoroase și admirabile? Într-o oarecare măsură, va fi autenticitatea acestora periclitată? În acest context, cineva ar putea spune că dacă excelența este atinsă, în mare parte, doar cu mult efort, atunci modelările genetice și alegerile părinților joacă un rol mai puțin important în determinarea succesului. Dar dacă totuși ar exista scurtături pe drumul spre excelență, atunci anume accesul la aceste scurtături ar fi factorul determinant al succesului sau eșecului.

În multe cazuri, totuși, accesul rapid spre excelență este tolerat. Societatea nu condamnă atleții care folosesc încălțăminte de protecție (și de spori-re a performanței) din moment ce aceasta îi ajută să se concentreze asupra talentului lor în sport mai degrabă decât pe fabricarea tălpilor groase pentru încălțăminte. În multe școli primare nu se încurajează întrebuițarea calculatoarelor la orele de matematică deoarece scopul este ca elevii să înțeleagă bazele aritmeticii. Calculatoarele sunt permise și foarte necesare în clasele mai mari. La acea etapă elevii stăpânesc deja cunoștințele de bază, iar scopul deja este de a înțelege subiecte mai complexe. Aceste exemple arată că ameliorarea cognitivă menită să lărgască și să completeze talentele unui individ ar putea promova autenticitatea prin eliminarea sarcinilor irelevante, repetitive și plictisitoare, permițând astfel, concentrarea pe provocări mai complexe care se pretează mai bine scopurilor și intereselor aceluși individ.

O altă latură a problemei autenticității este măsura în care „alegerile libere“ sunt manipulate prin agenții de publicitate sau strâns legate de tiparele de modă cărora trebuie să te conformezi ca să ai parte de acceptare socială. Dacă amelioratorii ar fi adăugați la lista de lucruri pe care un consumator modern ar trebui să le posede, înseamnă oare acest lucru că trurile și mințile oamenilor devin, într-un mod mai direct, sclave ale stimulilor externi, deci „neautentici“ mai mult decât e cazul la ora actuală? Unii critici văd amelioratorii ca o formă a expresiei a mentalității tehnocrată, care amenință integritatea spirituală, distruge fibra moralității individuale, micșorează aspirațiile, slăbește afecțiunea și atașamentele, adoarme năzuințele spirituale, diminuează demnitatea și duce probabil la consumerism banal și omogenizare și la minunata lume nouă.

Cu toate acestea, și în acest caz, amelioratorii cognitivi au potențialul de a juca un rol pozitiv. La ora actuală, amelioratorii cognitivi amplifică capacitățile necesare unei funcționări autonome și unei gândiri independente. Aceștia ajută o persoană să trăiască o viață mai autentică prin faptul că permite persoanei să-și bazeze alegerile pe convingeri mult mai bine analizate, cu privire la circumstanțe, stilul personal, idealuri și opțiunile disponibile.

Îngrijorarea cu privire la „hipercontrol“ (eng. *hyperagency*) este, oarecum, opusă îngrijorării cu privire la autenticitate. Aici, problema e, că pe măsură ce ființele umane devin tot mai capabile să-și controleze viața și pe ele însele, acestea devin și mai responsabile de rezultatele obținute și mai puțin constrânse de limitele tradiționale.

Obiecția „îl joacă pe Dumnezeu“ afirmă că înțelepciunea umană nu este suficientă pentru a gestiona această libertate. Dacă e sau nu hipercontrolul o problemă, depinde atât de analiza implicațiilor etice ale controlului sporit (cum ar fi povara responsabilității pentru evenimentele necontrolate din trecut, și potențialul unei autonomii crescute) cât și de problema psihologică și sociologică a modului în care oamenii ar reacționa, în realitate, la gradele sporite de libertate, putere și responsabilitate. Gazzaniga afirmă că frica de hipercontrol este deplasată și că societatea, ca un întreg, întotdeauna revine la întrebuintărea rezonabilă a cunoștințelor noi. La fel cum majoritatea oamenilor nu beau tot alcoolul de pe rafturi..., așa și societatea va absorbi noile medicamente cognitive conform filozofiei și sensului de sine al fiecăruia [21].

O altă versiune a argumentului de a intra în pielea lui Dumnezeu susține că uneori e mai bine să accepți ceea ce ți-e dat, decât să tot încerci să per-

fecționezi lucrurile cu ajutorul abilităților umane [22]. Afirmăția precum că societatea trebuie să rămână la status quo-ul acesteia, se bazează pe sensibilitatea religioasă, ideea că oamenii riscă să-L ofenseze pe Dumnezeu dacă îndrăznesc să-și depășească mandatul aici pe pământ.

Un studiu recent a analizat măsura în care opunerea la ameliorarea cognitivă rezultă din mentalitatea status quo, definită ca o preferință irațională și neadecvată doar din simplu motiv că strică ordinea firească a lucrurilor. Atunci când această mentalitate este înlăturată, prin aplicarea metodei numite de autor „testul reversibil“, multe dintre obiecțiile aduse la adresa amelioratorilor se dovedesc a fi neconvingătoare [23].

În unele campusuri universitare în țările occidentale deja e ceva obișnuit ca studenții să ia Ritalin în timp ce se pregătesc pentru examene (pe lângă cofeina, gustările cu glucoză și băuturile energizante). Înseamnă asta o trișare asemeni celei cu dopajul de la jocurile olimpice? Ar trebui studenții să fie încurajați să recurgă la amelioratori ai performanței (presupunând că sunt siguri și eficienți) din același motiv pentru care sunt încurajați să ia notițe și să înceapă să revizuiască materialul mai devreme?

Dacă o acțiune este percepută drept trișare depinde de regulile setate ale jocului. Preluarea mingii cu mâinile este considerată trișare în golf și în fotbalul european, dar nu și în handbal sau fotbalul american. Dacă școala e privita ca o competiție a notelor, atunci amelioratorii, neîndoielnic, ar fi considerați trișare dacă nu toți studenții ar dispune de accesul la aceștia sau dacă ar fi împotriva regulilor oficiale. Dacă școala ar avea doar funcție socială, atunci prezența amelioratorilor ar fi irelevantă. Dar dacă școala e percepută ca fiind în mare parte un loc de acumulare de informație și învățare, atunci amelioratorii cognitivi ar putea avea un rol legitim și folositor.

În termeni economici, un bun pozițional este un bun a cărui valoare este determinat de accesul altora la acesta. Dacă amelioratorii cognitivi ar fi doar bunuri poziționale, atunci căutarea acestora ar fi o pierdere de timp, efort și bani. Bostrom afirmă că oamenii ar putea fi absorbiți de „cursa înarmării“ cognitive, cheltuind resurse semnificative doar pentru a ține pasul cu lumea [17].

Există și îngrijorări și cu privire la faptul că amelioratorii cognitivi ar putea să intensifice inegalitatea socială prin a oferi și mai multe avantaje elitelor. Analiza acestei îngrijorări trebuie să ia în considerare dacă viitorii amelioratori cognitivi vor fi scumpi (asemeni instituțiilor de învățământ foarte bune) sau ieftini (asemeni cafeinei) [17]. Ar trebui să se țină cont și

de faptul că există nu doar o singură dimensiune a inegalității. De pildă, pe lângă diferența dintre bogați și săraci, există, de asemenea, o diferență dintre cei înzestrați cu abilități cognitive și cei cu deficiențe cognitive. Un posibil scenariu e că această diferență se va reduce deoarece va fi mai ușor pentru cei de la capătul slab al performanței să întreprindă amelioratori și mai greu pentru cei de la capătul puternic, a căror creiere deja vor funcționa la standardele biologice optime.

Referințe bibliografice

1. Rusted J. M., Trawley S., Heath J., Kettle G. & Walker H. Nicotine improves memory for delayed intentions. In: *Psychopharmacology*, 2005, Vol. 182 (3), p.355-365.
2. Tiegies Z., Richard Ridderinkhof K., Snel J., & Kok A. Caffeine strengthens action monitoring: Evidence from the error-related negativity. *Brain Research. In: Cognitive Brain Research*, 2004, Vol. 21 (1), p.87-93.
3. Farah M. J., Illes J., Cook-Deegan R., Gardner H., Kandel E., King P., et al. Neurocognitive enhancement: What can we do and what should we do? In: *Nature Reviews Neuroscience*, 2004, Vol. 5 (5), p.421-425.
4. Lashley, K. S. The effects of strychnine and caffeine upon rate of learning. In: *Psychobiology*, 1917, Vol. 1, p.141-169.
5. Nicolai S., Scutar C., Cekman I., Carlig V. *Farmacologie*. Chisinau: Centrul Ed.-Poligr. „Medicina”, 2003, p.142-152.
6. Rogers P. A healthy body, a healthy mind: Long-term impact of diet on mood and cognitive function. In: *Proceedings of the Nutrition Society*, 2001, 60 (1), p.135-143.
7. Ressler K.J., Rothbaum B.O., Tannenbau L., Anderson P., Graap K., Zimand E., et al. Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy – Use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. In: *Archives of General Psychiatry*, 2004, Vol. 61 (11), p.1136-1144.
8. Kennedy D.O., Pace S., Haskell C., Okello E.J., Milne A. & Scholey A.B. Effects of cholinesterase inhibiting sage (*Salvia Officinalis*) on mood, anxiety and performance on a psychological stressor battery. In: *Neuropsychopharmacology*, 2004, Vol. 31 (4), p.845-852.
9. Wilkinson L., Scholey A. & Wesnes K. Chewing gum selectively improves aspects of memory in healthy volunteers. In: *Appetite*, 2006, Vol. 38 (3), p.235-236.
10. Barch D.M. Pharmacological manipulation of human working memory. In: *Psychopharmacology*, 2004, Vol. 174 (1), p.26-135.
11. Muller U., Steffenhagen N., Regenthal R. & Bublak P. Effects of modafinil on working memory processes in humans. In: *Psychopharmacology*, 2004, Vol. 177 (1-2), p.161-169.
12. Myrick H., Malcolm R., Taylor B. & LaRowe S. Modafinil: Preclinical, clinical, and postmarketing surveillance – A review of abuse liability issues. In: *Annals of Clinical Psychiatry*, 2004, Vol. 16 (2), p.101-109.

13. Batejat D.M. & Lagarde D.P. Naps and modafinil as countermeasures for the effects of sleep deprivation on cognitive performance. In: Aviation Space and Environmental Medicine, 1999, Vol. 70 (5), p.493-498.
14. Cardinali D.P., Brusco L.I., Lloret S.P. & Furio A.M. Melatonin in sleep disorders and jetlag. In: Neuroendocrinology Letters, 2002, Vol. 23, p.9-13.
15. Gladstone D.J. & Black S.E. Enhancing recovery after stroke with noradrenergic pharmacotherapy: A new frontier? In: Canadian Journal of Neurological Sciences, 2000, Vol. 27 (2), p.97-105.
16. Bao S.W., Chan W.T. & Merzenich, M. M. Cortical remodelling induced by activity of ventral tegmental dopamine neurons. In: Nature, 2001, Vol. 412 (6842), p.79-83.
17. Bostrom Nick, Anders Sandberg. Cognitive Enhancement: Methods, Ethics, Regulatory Challenges. In: Science and Engineering Ethics, 2009, Vol.15, p.311-341.
18. Glover, J. What sort of people should there be? New York: Penguin, 1984. 189 p.
19. Savulescu J. Procreative beneficence: Why we should select the best children. In: Bioethics, 2001, Vol. 15 (5-6), p.413-426.
20. Kass L. Life, liberty, and defense of dignity: The challenge for bioethics. New York: Encounter Books, 2002. 297 p.
21. Gazzaniga M.S. The ethical brain. New York: Dana Press, 2005. 240 p.
22. Sandel, M. J. The case against perfection: What's wrong with designer children, bionic athletes, and genetic engineering. In: The Atlantic Monthly, 2004, Vol. 293 (4), p.51-62.
23. Bostrom, N. & Ord T. The reversal test: Eliminating status quo bias in bioethics. In: Ethics, 2006, Vol. 116 (4), p.656-680.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: НАУЧНО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ

Игорь Арсени, доктор права, преподаватель
Комратский государственный университет, Комрат, Р. Молдова
igorarseni1987@gmail.com

TRANSPLANTATION AS A VARIETY OF MEDICAL AID: SCIENTIFIC AND LEGAL ASPECT

In this article, the author reveals the legal nature of transplantation as a legal and not a medical phenomenon. The current legislation lacks a unified approach to understanding the nature of transplantation. The author concluded that transplantation is a type of medical care, including the provision of

medical services and the implementation of medical work aimed at restoring the recipient's health by transplanting organs or tissues of the donor.

Легальное определение трансплантации отражено в положениях ст. 2 Закона РМ «О трансплантации органов и тканей» № 42 от 06.03.2008г. в соответствии с которой, трансплантация – медицинская деятельность с целью восстановления функции человеческого организма путем пересадки органов, тканей и клеток от донора получателю. Трансплантация может производиться от одного лица другому (аллогенная) или собственными клетками, тканями и органами (аутогенная) [2]. Безусловно, данное определение представляется неполным, однако оно позволяет выделять в качестве главной составляющей трансплантации исключительно пересадку отдельных органов или тканей от одного человека (донора) другому, нуждающемуся в них.

Д.П. Кобяков в своем определении представляет трансплантацию как особый комплекс мероприятий, включая медицинскую операцию, в результате которых больной орган человеческого организма заменяется здоровым, взятым из того же или другого организма [15, с.32]. С указанной точки зрения, трансплантация всегда сопровождается сложными по техническому исполнению процедурами медицинского вмешательства и потому является одной из самых высокотехнологичных и многопрофильных областей современной медицинской науки.

Сегодня существует острая необходимость установления природы трансплантации именно как правового, а не медицинского явления. Следует отметить, что в действующем законодательстве отсутствует единый подход к пониманию сущности трансплантации. В одних нормативно-правовых актах она понимается как разновидность специализированной медицинской помощи [3], в других – как метод ее оказания [4]. Большое количество подзаконных и ведомственных нормативно-правовых актов, однако ни в одном из них не предлагается определения, достаточного для раскрытия содержания данного понятия, а потому в правовой науке до сих пор нет единства в понимании сущности медицинской помощи. Так или иначе, законодатель раскрывает понятие трансплантации через дефиницию «медицинская помощь». Вместе с тем, как отмечают А.Б. Литовка и П.И. Литовка, само понятие медицинской помощи не дается ни в одном законодательном акте, хотя неоднократно в них упоминается [16, с.83].

Одни ученые считают, что медицинская помощь является профессионально-нравственной, но не правовой категорией, и потому, подчиняющейся основным законам медицины и сложившимся в обществе нравственным представлениям [7, с.16]. Другие раскрывают содержание понятия «медицинская помощь» через категорию медицинской услуги. Следует отметить, что подобный подход находит свое подтверждение в некоторых международных договорах. Так, например, в ст. 1 Соглашения «Об оказании медицинской помощи гражданам государств – участников Содружества Независимых Государств» от 27.03.1997 г. медицинская помощь определяется именно как комплекс медицинских услуг. Представляется, что для определения верной юридической природы такого явления, как трансплантация органов и тканей человека, необходимо обратиться к исследованию понятия «услуга» применительно к данной области отношений, а также установить его соотношение с понятиями «медицинская помощь», «медицинская деятельность».

В современной литературе, принято проводить характеристику услуг через отграничение их от работ. Поскольку работы, также представляют собой действия исполнителя по заданию заказчик, и в связи с этим предлагается использовать критерий результата. Налоговый кодекс РМ №1163 от 24.04.1997г. [19] в частности, придерживается именно такого критерия. Однако, на наш взгляд, использование определений Налогового кодекса РМ для целей гражданского законодательства не представляется возможным. На наш взгляд, отделение услуг в Часть 3 Главы XI ГК РМ от работ, было вызвано стремлением законодателя защитить интересы заказчика (как заведомо слабой стороны в договоре), путем предоставления определенных прав [1, р.151] Необходимость в такой защите продиктована тем, что в отличие от договора подряда, при отсутствии о вещественного результата, сложно объективно определить качество оказанной услуги [9, с.72].

Помимо вышеуказанного признака, услуги от прочих объектов гражданских прав, отличают следующие свойства: свойство осуществимости услуги; от объектов материального мира (вещей), услугу позволяет отличать свойство, неосвязаемости; услугам присуще свойство трудности обособления, неотделимости от источника; синхронность оказания и получения; свойство несохраняемости услуг;

свойство неформализованности, непостоянства качества услуги и сложности его определения.

На наш взгляд, понятие медицинской деятельности значительно шире, чем понятие «медицинская услуга», так как деятельность включает в себя всю совокупность подготовительных, организационных и производственных мероприятий, связанных с выполнением организациями здравоохранения своих профессиональных функций. Так, В.С. Абдуллина справедливо замечает, что вовсе не каждый вид медицинской деятельности может быть охвачен понятием «медицинская услуга» или понятием «медицинская помощь». В частности, патологоанатомическое вскрытие не относится к медицинской помощи, также как и не считается медицинской.

Следует отметить, что в науке гражданского права сформировалось устойчивое мнение о разграничении работы и услуги на основании наличия либо отсутствия определенного о вещественного результата, материального объекта. Как отмечает В.А. Яковлев, термин «услуга» носит двойственный характер как процесса труда (одной из форм труда) и как результата конкретного труда, его полезного эффекта. Однако в отношении медицинских услуг, особенно в сфере трансплантологии, проблематично говорить о безусловном наличии полезного эффекта. Полезный эффект от пересадки органа реципиенту в силу особенностей его организма может не только не наступить, но и обернуться ухудшением здоровья и даже смертью [27, с.16].

Лечение методом трансплантации предполагает длительную реабилитационную стадию, поэтому его эффективность может также зависеть от соблюдения пациентом указаний врача в послеоперационный период либо от деятельности фармацевтических служб, поставляющих лекарственные средства. Таким образом, ошибочно определять содержание понятия «медицинская услуга» с точки зрения полученного от нее результата.

В первую очередь, следует обратиться к нормативным правовым актам. В Гражданском кодексе РФ определения медицинской услуги нет. Следует обратить внимание, что законодательные акты, регулирующие сферу оказания медицинских услуг, не содержат словосочетания «медицинская услуга», они оперируют понятием «медицинская помощь» или «медицинская деятельность» (например, Закон РФ «О

регулировании предпринимательской деятельности путем лицензирования №451 от 30.07.2001г.») [5].

Однако, впервые на законодательном уровне, понятие медицинской услуги был в Законе Республики Молдова «О правах и ответственности пациента» №263 от 27.10.2005 г. [6] Согласно ст. 1 названного закона *медицинские услуги* – комплекс мероприятий, направленных на удовлетворение потребностей населения в охране и восстановлении здоровья, осуществляемых с использованием профессиональных медицинских и фармацевтических знаний. *По нашему мнению, понятие медицинской услуги, данное в вышеуказанном законе, не раскрывается в достаточной степени, что создает неправильные толкования и интерпретации в цивилистической науке, а также невозможности единообразного применения судебными инстанциями, норм, обеспечивающих охрану прав пациентов.* Следует отметить, что в научной литературе также даются различные определения медицинской услуги: Э.М. Алсынбаева отметила, что понятие медицинской деятельности включает в себя медицинскую помощь, а последняя шире понятия медицинской услуги [8, с.18]. Медицинская услуга – это действие или деятельность, направленные на удовлетворение потребности человека в диагностической, лечебно- профилактической помощи или реабилитации в целях сохранения и укрепления здоровья человека или изменения его психофизического состояния [10, с.7].

Под медицинской услугой, следует понимать, осуществляемые медицинским персоналом от имени медицинской организации при наличии специального разрешения профилактические, диагностические, лечебные, восстановительно-реабилитационные мероприятия или их комплекс, имеющие определенную стоимость, направленные на улучшение состояния здоровья пациента [18, с.6]; <...> действия или деятельность в сфере здравоохранения, оказываемые гражданину [23, с.26]. В целом приведенные определения используют существенные признаки медицинской услуги: профессиональная деятельность, направленность на поддержание и улучшение состояния здоровья. В литературе, как и в нормативных актах, наряду с термином «медицинская услуга» встречается и понятие «медицинской помощи».

Так, например, под медицинской помощью понимается: «социально и доктринно обусловленный комплекс организационных,

тактических, реабилитационных, деонтологических действий, обеспечивающих в оптимально короткий срок, полный или частичный переход от состояния болезни к преморбидному состоянию физического, душевного и социального благополучия человека в системе его жизнедеятельности» [11, с.14].

Медицинская помощь – деятельность медицинского учреждения (медицинского работника), по оказанию услуг, в целях сохранения, укрепления, предупреждения, лечения либо восстановления физического и психического здоровья человека, регулирования, управления и конструирования жизнедеятельности человеческого организма с использованием всех дозволенных методов и технологий [86-90].

Медицинская помощь – это комплекс взаимосвязанных и взаимообусловленных мероприятий, направленных на диагностику, профилактику, лечение заболеваний человека, а также предотвращение нежелательной беременности, осуществляемых специально подготовленным для этих целей лицом (врач, фельдшер, медицинская сестра и т.д.) [17, с.51], направленная на диагностику, профилактику, лечение заболеваний, реабилитацию, помощь при определенных состояниях (беременность, роды), путем воздействия на здоровье человека (в виде нарушения целостности человеческого организма или иного вмешательства в биологические процессы его функционирования).

Например, С.И. Помазкова отождествляет два понятия «медицинская помощь» и «медицинская услуга» [20, с.35-38]. Сидорова В.Н., напротив, противопоставляет указанные понятия [22, с.25-27], относя к медицинским услугам только возмездные услуги. А.В. Тихомиров указывает, что медицинская помощь является более широким понятием, поскольку медицинская помощь может оказываться и вне медицинской услуги. Это характерно для экстренных ситуаций («нештатные обстоятельства») [25, с.161-178]. «Не является медицинская помощь медицинской услугой, как и экономическим отношением вообще. Прежде всего, в медицине осуществляются не только услуги, но и работы. Кроме того, медицинская помощь оказывается не только в договорном порядке в форме услуги или работы, но и в форме действий в чужом интересе без поручения – в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно» [24, с.42]. Этой же позиции придерживается и Ю.В. Данилочкина [12, с.8].

Такой подход не противоречит определению медицинской помощи, данному в Законе Республики Молдова «О правах и ответственности пациента» № 263 от 27.10.2005г. [6].

С риском причинения вреда жизни и здоровью человека, связано понятие безопасности услуги. Под безопасностью услуги Л.А. Шашкова предлагает понимать такое состояние, при котором отсутствует риск либо недопустимый риск во время оказания услуги [26, с.9-10]. Как видно из приведенного определения, требования безопасности к услугам предъявляются лишь в процессе их оказания. Поэтому безопасность медицинской услуги можно определить следующим образом: Безопасность медицинской услуги – отсутствие недопустимого риска, связанного с вероятностью причинения вреда жизни и здоровью, имуществу потребителя медицинской услуги (пациента) в процессе ее оказания. Здесь представляется важным подчеркнуть, что под безопасностью следует понимать отсутствие недопустимого риска, поскольку при оказании медицинских услуг всегда присутствует риск, но обоснованный. То есть, если в процессе или после оказания медицинской услуги, была устранена имеющаяся опасность для жизни и здоровья потребителя услуги, состояние пациента не ухудшилось, у него не возникло нового заболевания в связи с проведенным медицинским вмешательством, то можно говорить о безопасной услуге.

Исходя из того, что «удовлетворенность пациента качеством медицинской услуги – это соответствие ожиданий больного по улучшению состояния здоровья и прогноза его заболевания реальным возможностям конкретного учреждения использовать современные достижения медицинской науки» [14, с.71]. Таким образом, можно сделать вывод, что оценка качества медицинской услуги всегда является субъективной. Отсюда вытекает такое свойство медицинской услуги, как неформализованность качества и сложность его определения (пятый признак).

Медицинским услугам свойственна такая ситуация: потребитель услуги ожидает наступления определенного эффекта (выздоровления), но исполнитель не может гарантировать такого результата, так как в процессе оказания медицинской услуги может наступить желаемый эффект, а может и не наступить. Более того, потребитель-не-специалист и не сможет определить, насколько качественно была

оказана ему услуга. Поэтому, ачество медицинской услуги можно определить, насколько соответствуют предпринимаемые меры воздействия (медицинская услуга) имеющейся патологии (болезни). При этом медицинская организация обычно гарантирует только то качество услуги, которое она в состоянии обеспечить. В то же время пациент, обращаясь к исполнителю, желает получить медицинскую услугу максимально возможного уровня качества. В этом смысле, уже изначально в отношения между пациентом и исполнителем заложена конфликтная ситуация [21, с.25].

Кроме того, некоторые ученые совершенно справедливо обращают внимание на то, что в рамках осуществления медицинской деятельности и оказания помощи пациентам могут быть оказаны не только медицинские услуги, но и выполнены действия медицинского характера, имеющие овеществленный результат, т. е. медицинские работы. К ним, в частности, можно отнести работы по изготовлению искусственных имплантатов, заменяющих поврежденную часть органа или ткани (клапаны сердца, кровотоки), и пр. При этом лечение пациента осуществляется в результате совокупности отдельных медицинских работ и услуг и иных мероприятий. Такой комплекс мероприятий, направленных на излечение пациента, осуществляется именно в рамках оказания медицинской помощи. Понятие «медицинская помощь», являясь более широким по отношению к понятиям «медицинская работа» и «медицинская услуга», само входит в содержание медицинской деятельности.

Таким образом, следует признать, что трансплантация выступает разновидностью медицинской помощи, включающей в себя оказание медицинских услуг и выполнение медицинских работ, направленных на восстановление здоровья реципиента путем пересадки ему органов или тканей донора.

Библиография

1. Chibac Gh., Băieșu A., Rotari Al. și al. Drept civil. Contracte și succesiuni. Ediția a III-a, revăzută și completată. Chișinău: Cartier, 2010, p.159.
2. Закон Республики Молдова «О трансплантации органов и тканей» № 42 от 06.03.2008. În: Monitorul Oficial №81 от 25.04.2008.
3. Закон Республики Молдова «Об охране здоровья» № 411 от 28.03.1995. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova №34 от 22.06.1995.
4. Закон Республики Молдова «О правах и ответственности пациента»

- №263 от 27.10.2005. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova №176-1881 от 30.06.2005.
5. Закон РМ «О регулировании предпринимательской деятельности путем лицензирования» №451 от 30.07.2001. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova №26-28 от 18.02. 2005.
 6. Закон Республики Молдова «О правах и ответственности пациента» №263 от 27.10.2005. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova №176-1881 от 30.06.2005.
 7. Абдуллина В.С. Гражданско-правовая ответственность за нарушения в сфере оказания медицинских услуг: некоторые вопросы теории и практики. Дис. канд. юрид. наук: 12.00.03. М, 2007, с.16.
 8. Алсынбаева Э.М. Гражданско-правовое регулирование оказания медицинских услуг по трансплантации органов и тканей человека. Автореф. дисс. к.ю.н. М., 2013, с.18.
 9. Арсланов К.М. Договор возмездного оказания услуг в системе гражданско-правовых договоров. В: Вестник экономики, права и социологии, 2007, № 1, с.72.
 10. Васильева Е.Е. Договор возмездного оказания медицинских услуг по законодательству Российской Федерации. Автореф. дисс. к.ю.н. Томск, 2004, с.7.
 11. Галкин Р.А., Тявкин В.П. Экспертиза качества лечения хирургических больных. В: Здравоохранение Российской Федерации, 1993, № 3, с.14.
 12. Данилочкина Ю.В. Правовое регулирование предпринимательской деятельности на рынке медицинских услуг. Автореф. дисс. канд. юрид. наук: 12.00.03. Волгоград, 2003, с.8.
 13. Каменева З.В. Понятие и содержание права граждан на медицинскую помощь. В: Адвокат, 2004, № 7, с.86-90.
 14. Каменева З.В. К вопросу качества медицинской помощи. В: Адвокат. 2011, № 10, с.71.
 15. Кобяков Д.П. Правовые проблемы трансплантологии. Дис. канд. юрид. наук: 12.00.02, 12.00.06. М., 2000, с.32.
 16. Литовка А.Б, Литовка П.И. Медицинское право – комплексная отрасль национального права России: становление, перспективы развития. В: Правоведение, 2000, № 1, с.83.
 17. Мохов А.А., Мохова И.Н. Еще раз к вопросу о врачебной ошибке как медицинском и социально-правовом феномене. В: Юрист, 2004, № 2, с.51.
 18. Нагорная С.В. Договор об оказании медицинских услуг. Автореф. дисс. к.ю.н. Белгород, 2004, с.6.
 19. Налоговый кодекс Республики Молдова №1163 от 24.04.1997. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova № 62/522 от 18.09. 1997.
 20. Помазкова С.И. О значении соотношения понятий «медицинская

помощь» и «медицинская услуга» для реализации права граждан на охрану здоровья. В: Юридический мир, 2012, № 1, с.35-38.

21. Ситдикова Л.Б. Правовые критерии оценки качества медицинских услуг. В: Медицинское право, 2010, № 4, с.25.
22. Сидорова В.Н. Соотношение понятий «медицинская помощь», «медицинская услуга» и «медицинская работа» как проблема гражданского законодательства. В: Медицинское право, 2012, № 4, с. 5-27.
23. Сироткина А.А. Договор оказания медицинских услуг: особенности правового регулирования. Автореф. дисс. к.ю.н. М., 2004, с.26.
24. Тихомиров А.В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг. М.: «Статут», 2001, с.42.
25. Тихомиров А.В. Медицинская услуга: правовые аспекты. В: Здравоохранение, 1999, № 8, с.161-178
26. Шашкова Л.А. Права потребителей и их защита в Российской Федерации гражданско-правовыми средствами: Дисс. к.ю.н. Ульяновск, 2004, с.9-10.
27. Яковлев В.А. Услуги: вопросы теории и методологии. Краснодар, 1973, с.16.

КОНСОРЦИУМ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ И НЕТВОРКИНГА В СФЕРЕ БИОЭТИКИ В НОРВЕГИИ, МОЛДОВЕ, УКРАИНЕ И БЕЛАРУСИ

Анна Губенко, PhD, доцент

Сумский государственный университет, Сумы, Украина

Глава ОО «Биоэтика»

hanna.hubenko@gmail.com

Виктория Федерюк, магистр биоэтики, препод.

Государственный университет медицины и фармации имени Николая

Тестемицану, Кишинэу, Р. Молдова

victoria.federiu@usmf.md

CONSORTIUM FOR EDUCATION AND NETWORKING IN THE FIELD OF BIOETHICS IN NORWAY, MOLDOVA, UKRAINE AND BELARUS

Hanna Hubenko`sinterview with Yulia Fedoryukrecorded after Eurasia 2019 project preparation. YuliaFedoryuk is one of the active initiators of networking and association the group of universities: the University of Oslo (NO-UiO), the Center for Medical Ethics (Norway), State Medical and Phar-

maceutical University “Nicolae Testemitanu” (MD-USMF “N.Testemitanu”) (Moldova), Sumy State University(UA-SSU) (Ukraine), Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education (UA-NMAPO) (Ukraine), International Sakharov Environmental Institute of Belarusian State University (BY-ISEI BSU) (Belarus). Created “Bioethics and Human Development – an ethics consortium for education and networking in Norway, Moldova, Ukraine, and Belarus (BaHD)” project was a result of this initiative. Despite offund rejecting- the project participants are grateful for this participation and “inclusion”. The main ideaof the interview was tocoverthe project initiative, and catalyzed the established bioethical community for further partnership.

Интервью Губенко Анны с Федорюк Викторией было записано после подготовки проекта Евразия 2019. Юлия Федорюкявляется одной из активных инициаторов нетворкинга и объединения таких университетов –Университет Осло (NO-UiO), Центр медицинской этики (Норвегия), ГУМФ им. Николае Тестемициану (Молдова), СумГУ (Украина), НМАПО им.П.Л. Шупика (Украина), МГЭИ им. А.Д. Сахарова (Беларусь). В результате такой инициативы был оформлен проект «Bioethicsand Human Development – an ethics consortium for education and network kingin Norway, Moldova, Ukraine, and Belarus (BaHD)». И не смотря на то, что он не получил финансирования – участники проекта благодарны за такое участие и «включение». Идея интервью – это осветить зарождение инициативы проекта, а также не оставиваться, катализировать сложное биоэтическое сообщество для дальнейшего партнерства.

Г.А. Виктория, расскажите о проекте Евразия 2019: как пришла идея участия, создания рабочей группы, темы?

Ф.В. Идея такого проекта появилась уже в 2016 году, когда я встретилаво время конференции, посвященной новым тенденциям и методологиям преподавания биоэтики с профессором Яном Хельге Солбеком (Центр Медицинской Этики Института здоровья и общества в Осло). Я была впечатлена подходами профессораСолбека, и мне пришла идея попытаться внедрить эти методы в университетах Восточной Европы. Норвежское агентство по международному сотрудничеству и повышению качества высшего образования (DIKU) разработало специальную программу для этих стран –Программа Евразия. Я подумала, что проект по внедрению современной методологии будет интересным и полезным не только для Университета

медицины и фармации им. Николая Тестемицану, но и для коллег из Украины и Беларуси, с которыми нас связывает плодотворное сотрудничество вот уже более 20 лет.

Г.А. Что было самым сложным в заявке Евразия 2019 или, может быть, то, что вам показалось нелогичным?

Ф.В. Подача проектного предложения от консорциума институций всегда обременительна – это предполагает командную работу, основанную на интенсивном процессе коммуникации, который в нашем случае проходил в мультикультурной среде. То, как воспринимаются и внедряются определенные концепции в восточноевропейской культуре, сильно отличаются от западной. Условия деятельности, потребности и ресурсы у нас разные. Это самая сложная часть, с которой, на мой взгляд, мы хорошо справились. Я не могу сказать, что было что-то нелогичным, я бы скорее назвала это мало известным. Это, вероятно, характерно не только для академического и научного сообщества в Молдове, но также и для Восточной Европы в целом. Мы проходим этап перехода к системе, основанной на принципах, отличных от тех, к которым привыкли. Например, новая система основана на принципах усиления влияния результатов научно-исследовательской и инновационной деятельности на общество в целом, что предполагает применение новых методов, таких как: повышение синергии между областями исследований и потребностями государства, межотраслевую координацию, активизирование международного сотрудничества в междисциплинарных и трансграничных сетях, укрепление сотрудничества между частно-государственными сферами и т. д.

Г.А. Какой личный приоритет/задачи был/и у заявки Евразия 2019? Для меня, например, очень важным приоритетом есть внедрение курса биоэтики вне медицинской сферы как тренировочный механизм критического мышления, как в сфере образования, так и на открытых площадках. Все это дает возможность изучать лексику биоэтики вне академической среды. Мы устанавливаем рабочий язык для обсуждения этических дилемм, как в самых сложных экспериментальных работах, так и в обыденной жизни, посещая музеи, театры и кино. Также биоэтические темы не будут казаться такими отчужденными в обыденности, если их можно будет «вчувствовать» и осознать, осмыслить.

Ф.В. Для меня приоритеты – это развитие профессиональных знаний и навыков – как преподавателя, так и молодого исследователя. Я хотела бы иметь возможность получить доступ к тренингам по методам преподавания биоэтики и других гуманитарных наук, особенно для врачей, которые обычно не хотят изучать эти дисциплины в процессе профессиональной подготовки. Они осознают потребность в таком знании намного позже, только когда сталкиваются с ежедневными моральными дилеммами в профессиональной деятельности. Итак, я думаю, что пока они не осознают это, задача преподавателя – заинтересовать. Во-вторых, то, что касается научных навыков – я хотела бы узнать новые, передовые методы исследования в области биоэтики, которые применяются в других исследовательских центрах. Это даст мне возможность участвовать в будущем в европейских исследовательских проектах, которые предусмотрены рамочной программой Горизонт-2020, а также развитие науки за счет доступа к государственным исследовательским программам – для эффективного участия в решении насущных проблем нашего общества.

Г.А. Скажите, почему проектная заявка не получила финансирования? Можно ли использовать опыт этого отказа для улучшения заявки на следующую подачу, будете ли вы использовать такой вариант?

Ф.В. Напрограмму «Евразия 2019» было подано 19 заявок, из которых только было профинансировано. Таким образом, конкуренция была достаточно высокой. Конечно, есть смысл для улучшения предлагаемого проекта, и я думаю, что мы продолжим работать над этим, чтобы принять участие с улучшенной версии в следующем конкурсе проектов. Курс биоэтики должен развиваться и внедряться не только в медицинских учебных заведениях, но и на всех уровнях образования и профессиональной подготовки. Культура и знания в области биоэтики являются основой устойчивого и безопасного развития человеческой цивилизации.

Г.А. Не могли бы вы описать как вы, на ваш взгляд, сильные и слабые стороны проекта «Bioethics and Human Development – an ethics consortium for education and networking in Norway, Moldova, Ukraine, and Belarus (BaHD)»?

Ф.В. Я считаю, что сильными сторонами нашего приложения является созданная команда – каждый член консорциума представляет ведущие институты в области биоэтики на национальном, реги-

ональном и международном уровнях. Наш главный партнер – Центр медицинской этики в Норвегии – это учреждение с более чем 30 исследователями и преподавателями, имеющими большой опыт в области образования, а также в различных областях исследований. Слабым местом является то, что мы не разработали достаточно образовательный аспект в соответствии с ожиданиями экспертного комитета DIKU.

Г.А. *Будь у вас неограниченные ресурсы (время, деньги, технология, люди), каким проектом бы занялись?*

Ф.В. Работая в медицинском учебном заведении, я буду продолжать работать над проектами институционального развития – расширением исследовательских и преподавательских возможностей, разработкой учебной программы курса по биоэтике. Но меня также интересуют другие темы исследований в области биоэтики, такие как влияние фармацевтической системы на здоровье, изучение социальных явлений, таких как курение и употребление наркотиков, *humanenhancement*, а также феномен допинга у спортсменов.

Спасибо за интервью, Виктория. Я уверена, что наш консорциум и усилия еще получают позитивную отдачу и поддержку!

Ссылки

1. The Norwegian Agency for International Cooperation and Quality Enhancement in Higher Education (Diku). In: <https://diku.no/en>

HISTORICAL EXPERIENCE OF LACK OF COMPETENCE OF MORAL JUDGMENT IN MEDICAL RESEARCHES

Borys I. Ostapenko, PhD, associate professor, philosophy department
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
ostabor@hotmail.com

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ ДЕФИЦИТА КОМПЕТЕНЦИИ ПРАВСТВЕННОГО СУЖДЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Оценка исторического опыта медицинских исследований выявляет повторяющийся характер неэтичного поведения медицинских исследователей

дователей что отражает системную проблему некомпетентности в профессиональном нравственном суждении.

Assessment of historical experience of medical researches reveals recurrent failures in professional moral judgement raising concern of systematic nature of research misconduct. Some most ethically dubious known cases of the research misconduct comprise Tuskegee study in the United States, lasted from 1932 to 1972, the mustard gas experiments during 1940th in Britain, Australia, Canada and the US on their own soldiers, numerous Nazi human experiments (twin experiments; sterilization and artificial insemination experiments; bone, muscle and nerve transplantation experiments; freezing experiments; sulfanilamide experiments; sea water experiments; poisons experiments; incendiary bomb experiments; high altitude experiments), Willowbrook hepatitis studies on retarded children during 1950th -70th in the US, studies on X-Ray irradiation on human spermatogenesis on prisoners in the US from 1963 to 1973. It is also essential to mention crimes against humanity conducted by Japanese medical doctors during Second World War, especially well documented and horrifyingly notorious Unit 731.

While different in many regards these cases have some common bases for research misconduct and medical inhumane practices to occur. Foremost it is radical eugenic vision of own social group grandeur and dehumanizing diminishing of the specific `others` groups. This eugenic vision has intrinsic motivation of asserting own group superiority and gain on behave of the `others` groups. Powerful drive to assert own group interests motivates to plot `scientifically` appealing social theory of superior rights of the own group and `proved` inferiority, deficiency of the `others`. Furthermore, dehumanizing of the `others` came very handy to justify motivation and practice to gain on behave of the `others`. Also there is common strong desire to belong to the privileged group and a fear to fall into deprived group of the `others`. To support `natural` superiority of own group over the groups of the `others` the theory of social Darwinism appealed strongly to the public mind. Build on this eugenic vision ideology transforms into policy and become a political strategy and social and medical practice. Inhumane social and medical practises supported by xenophobic law and criminal medical practises soon follow. Then, medical professional approach to different social groups with very different moral judgement, one is humane toward privileged group and another inhumane toward deprived

group of the 'others'. Raising concern about the inhumane policies and practices get eugenic explanation, historical 'justification' and scientific 'prove'. These informational manipulations obtain excuse, silence critique and satisfy general public to fall asleep both personal and social conscience. Next is development of specific social policies and medical regulations to implement eugenic ideology into social engineering practices. Analysis of inhumane medical practices reveals failure to adhere to scientific chastity and medical ethics integrity thus demonstrating general incompetence of moral judgement.

Specific failures to conduct medical ethics humane standards manifest violation of human rights, exclusion of specific groups from otherwise obligatory medical regulations of protecting human subjects of medical research, lack of informed consent, lack of respect for patient autonomy, lack of legal responsibility of medical personal for wellbeing of the patients. There are also other documented misconducts of inhumane medical research: fabrication and falsification of scientific data, reference to or plagiarism of the other false scientific researches, non-compliance to research design, contravention of inclusion and exclusion criteria, ignorance of adverse events, unresolved conflicts of interests. Dehumanization, utilitarianism and relativism speak through these medical research misconducts.

Assessment of historical experience of medical researches and recurrent failure in professional moral judgement highlights essential demands to develop competence of professional and social moral judgement within medical professional and the whole general public to secure future humane standing of scientific medical researches and to protect the whole society wellbeing.

Bibliography

1. Appleyard W.J. Person centered medicine an ethical imperative for health systems. In: Materials of VII International Congress on Bioethics. Kiev, 2019, p.81.
2. Appleyard W.J. The ethical bases of person centred medical education. In: Materials of VII International Congress on Bioethics. Kiev, 2019, p.124.
3. Gliantsev S.P. Doctor of philosophy, biology and medicine Johann Paul Kremer – Nazi physician and war criminal. In: Materials of VII International Congress on Bioethics. Kiev, 2019, p.144.
4. Egorenkov A.I., Social-psychological aspects of the phenomenon of criminal medicine of Nazi Germany. In: Materials of VII International Congress on Bioethics. Kiev, 2019, p.140.

5. Melnov S.B. Genetic research: paradoxes of open problems. In: Materials of VII International Congress on Bioethics. Kiev, 2019, p.56.
6. Miller S.M. Legacies of the Nuremberg Code problems. In: Materials of VII International Congress on Bioethics. In: Kiev, 2019, p.140.
7. Miller S.M. "The cancer ward": an ethical analysis of Solzhenitsyn's writing. In: Materials of VII International Congress on Bioethics. Kiev, 2019, p.80.
8. Ostapenko B.I., The concept of the competency of moral judgment. In: Materials of VII International Congress on Bioethics. Kiev, 2019, p.27.
9. Sviriduk O.B., Egorenkov A.I., Paschenko V.V. Historical, scientific and social risk factors of the anti-human actions of the Japanese scientists-researchers during the Second World War. Conclusions for the contemporaneity. In: Materials of VII International Congress on Bioethics. Kiev, 2019, p.142.
10. Taraniuk G.P. Foundations and implications of German Nazi medicine. In: Materials of VII International Congress on Bioethics. Kiev, 2019, p.144.
11. Trachtenberg I.M. The traditions of spirituality and morality of the past in bioethics nowadays. In: Materials of VII International Congress on Bioethics. Kiev, 2019, p.33.

SECURITATEA INFORMAȚIONALĂ ȘI BIOETICA

Alina Rotari, master în filosofie, Chișinău, R. Moldova
rotari_alina@yahoo.com

INFORMATION SECURITY AND BIOETICS

Depending on the technologies used and the evolution in time of the concerns that concern it, the information security can be approached from the perspective of a greater or lesser number of generations. The present analysis represents some benchmarks along the lines of security and bioethics information. With the desire to raise awareness of the important interconnection between security and bioethics information, we consider it absolutely necessary to deal with the problems given in the socio-human sciences as a priority.

Fenomenul securității informaționale și bioeticii înregistrează în ultimele decenii o expansiune generală. Aceasta deoarece informația, fiind considerată a treia formă de manifestare a existenței umane, la confluența dintre milenii, a devenit cea mai apreciată comoară a omenirii. Cu mult temei, s-a făcut afirmația de către japonezi că fericiții stăpâni ai informației de la sfârșitul secolului XX vor fi și stăpânii lumii [2]. Nu energiile con-

trolate de om, oricât de puternice ar fi ele sau efectele lor, nu aurul și alte averi materiale, sub orice formă ar exista acestea, ci informația va fi semnul puterii.

În sprijinul acestor informații vin preocupările privind protecția și securitatea informațiilor, care datează de mii de ani. Cu riscul de a intra în contradicție cu unele periodizări anterioare, putem afirma că semnalele oferite de diferite popoare de-a lungul timpului ne conduc la concluzia că fenomenul globalizării sistemelor de protecție și securitate a informațiilor începe în urmă cu peste zece mii de ani. Ne referim la primul protocol de securitate a informațiilor, realizat de mesopotamieni, devenit ulterior, la o altă scară, standard internațional [3].

Acum, la începutul mileniului trei, prea multe nu s-au schimbat pe planul operațiunilor de protejare și securizare a informațiilor, ci doar tehnicile și mediile de lucru, firesc, sunt altele. Până și tradiționalul sistem bazat pe un calculator central a devenit desuet, vorbindu-se în orice colț al planetei despre Internet, Intranet, Extranet, despre includerea în structura lor a calculatoarelor personale (PDA), a diverselor generații de telefonie și multe altele, inclusiv despre rețeaua rețelelor, ceea ce dă noi dimensiuni spațiului cybernetic [1]. Pe planul globalizării, o tendință este evidentă, a preocupărilor comune, public-privat, pentru securizarea spațiului cibernetic global, îndeosebi după 11 septembrie 2001. Dependența de informație este tot mai mare, chiar periculoasă. Sunt state care depind total de informațiile oferite de componentele spațiului cibernetic național. Blocarea acestuia timp de câteva ore poate să conducă la instaurarea haosului în țara respectivă, afectând, în bună măsură, și securitatea sistemului informațional global planetar [4].

Oricum, calculatoarele, pe zi ce trece, devin o parte tot mai intimă a vieții noastre, a tuturor. Despre aspectele securității sistemelor informaționale, pe plan mondial, s-au scris o mulțime de cărți, s-au ținut conferințe sau seminarii internaționale, dar s-a făcut încă puțin pentru transpunerea lor în practică. Mulți cred că n-au nevoie de ea sau consideră că necazurile se pot ține doar de alții. Soluția problemei, însă, nu este de natură tehnică, atât timp cât cu mijloace tehnice reduse ca performanță se pot efectua pagube imense. În mod asemănător, trebuie pusă și problema securității, ea fiind ușor de realizat cu mijloace accesibile. Securitatea sistemelor informaționale fiind, în primul rând, o problemă umană, nu tehnică, se impune a fi tratată ca atare. Trebuie să înțelegem faptul că securitatea sistemelor informaționale, drept

componentă de bază a existenței umane în zilele noastre, trebuie să se dezvolte în interconexiune directă cu bioetica, realizându-se un real parteneriat reciproc avantajos.

Referințe bibliografice

1. Gregory P., G. Securitatea informațiilor în firmă. Trad. Nicolae Ionescu Cruțan. București: Ed. Rentrop & Straton, 2005.
2. King C.M., Dalton C.E., Osmanoglu T.E. Security Arhitecture: Design, Deployment and Operations. Berkely: Osborne/McGraw-Hill, 2001.
3. Mitnick K., Simon W. Arta de a storce informații. București: Ed. Teora, 2005.
4. Oprea D. Particularități ale securității sistemelor informatice bazate pe partajarea resurselor. În: Tribuna Economică, 1995, nr.13.

UNELE ASPECTE ALE FORMARII CULTURII BIOETICE LA CADRELE MEDICALE

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

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

Chișinău, R. Moldova

anatolie.esanu@usmf.md

SOME ASPECTS OF FORMATION OF BIOETHICAL CULTURE IN MEDICAL FRAMEWORK

In this thesis the author formulates a definition of the bioethical culture, stresses the importance of its formation and evolution in the medical professionals and the modalities of implementing the bioethical culture in the medical practice.

Bioetica din perspectiva unui nou tip de gândire, fiind abordată drept o știință interdisciplinară independentă există aproximativ de 50 de ani, însă problema formării culturii bioetice atât la nivel societal, cât și la cel individual, rămâne de actualitate. În accepțiunea noastră, *cultura bioetică reprezintă o parte indispensabilă a culturii general umane, un sistem de relații sociale, valori morale, de norme și moduri de interacțiune a omului cu biosfera ce vizează stabilirea unei interrelații armonice de coexistență a societății umane cu mediului ambiental, un mecanism coadaptiv integrator al omului și a viului realizat în baza principiilor etico-morale universale*.

Cultura bioetică mai poate fi postulată drept gradul de percepție de către individul uman a corelației om-natura vie din perspectiva principiilor etico-morale, aprecierea condiției sale în spațiul biosferic, atitudinii sale morale în raport cu lumea vie. Ea mai poate fi interpretată drept o conștientizare social-filosofică a misiunii principale a bioeticii- prezervarea vieții pe Terra și a sănătății umanității.

Actualmente, modelul profesional-moral al medicinei din RM se postuiază la etapa de tranziție de la etica tradițională a paternalismului medical la acceptarea și implementarea modelelor occidentale de medicație. În acest context apare întrebarea: oare normele bioetice nu reprezintă decât o aparență a moralei, în realitate ele fiind niște reguli organizațional-medicale tipice în spiritul reducționismului normativ? Reprezentarea simplistă a eticii medicale (a bioeticii) drept o totalitate de norme, un standard comportamental aprioric, constituie, în opinia noastră, o abordare profund eronată. Devine evident faptul, că tradițiile de continuitate și statutul bioeticii drept o nouă știință a carității, axează societatea, și în primul rând cadrele medicale la rezolvarea problemelor complexe de prezervare și dezvoltare a vieții. Acest fapt ne permite să presupunem că bioetica se manifestă nu atât la nivelul normelor și principiilor gândirii profesional-medicale, cât la nivelul luării deciziilor responsabile, a practicii medicale bioetic conștientizată și asumată.

Problema indicatorilor nivelului de formare a culturii bioetice devine extrem de actulală, întrucât ea trebuie să reflecte nivelul instruirii fundamentale și profesionale și concomitent să scoată în evidență nivelul dezvoltării calităților moral-responsabile a personalității medicului specialist. Progresul științei și practicii medicale actualizează problema transformărilor calitative în axiosfera instruirii medicale, axate pe căutarea unor modele adecvate a instruirii și educației bioetice. În opinia șefului de catedră de Bioetică a UNESCO A. Carmi, creșterea omniprezentă a tensiunii în relația medic-pacient e cauzată anume de faptul nivelului scăzut și al insuficienței educației bioetice. Astfel, carențele sistemului de educare a culturii bioetice la toate nivelele instruirii medicale pot să contribuie la degradarea profesiei de medic sub aspect etic.

Espectanțele avansate ale societății în raport cu evoluția sistemului de sănătate publică și prezervarea tipurilor și modelelor umaniste de medicație trebuie să fie legitimate de o cultură bioetică adecvată a cadrelor medicale. Scopul includerii motivelor umaniste a bioeticii în contextul educației

medicale constă în faptul de a forma și a fortifica la cadrele medicale una din calitățile de bază a autocontrolului etic-conștiința. În acest caz, viziunea bioetică a cadrului medical se manifestă ca un mecanism spiritual discret, ca o reflecție asupra propriei stări a conștiinței. Din această perspectivă, cultura bioetică evidențiază noi criterii de apreciere a caracterului activității umane, indică pe cât e posibilă responsabilitatea pentru fapte și consecințele lor într-o lume în continuă evoluție.

La baza profesiei medicale se află un întreg complex de principii, norme și criterii, care pot inițial fi prezente la om, dar, într-o mare măsură trebuie totuși să fie formate în anii de studii într-o instituție de instruire medicală. În determinarea criteriilor culturii bioetice este important să ne conducem de principiile de bază ale bioeticii, deoarece ele reprezintă într-o formă integrată procesul de formare ale modalităților responsabile de gândire și comportament profesional, pe care trebuie să le posede cadrul medical. Pot fi remarcăți următorii indicatori ai culturii bioetice:

- vocație personalizată în raport cu profesia aleasă, exprimată printr-o motivație accentuată spre o direcționare creatoare a muncii sale, atingerii măiestriei profesionale;
- educarea și autoeducarea calităților și capacităților umaniste, caritabile, culturii comunicării, maturității civice și profesionale, altruismului, renunțării de sine, combinarea deschiderii profesionale și a comportamentului democratic;
- cunoașterea particularităților și modalităților reglementării activității profesionale a cadrului medical în baza Codului de etică medicală și efortul de a se conduce de aceste norme în activitatea sa;
- respectarea doctrinei consimțământului informat, oferirea oricărui suport pacientului, iscusința de a stabili interacțiunea terapeutică la diverse nivele, capacitatea de a acționa rapid în situații critice;
- conștientizarea importanței sociale a profesiei medicale și a responsabilității morale față de societate, respect față de persoana pacientului, colegi și cei din preajmă, necesitatea în autoanaliză și autoapreciere, capacitate spre autocontrol și abordare critică;
- atașament față de valorile social-importante ale culturii spirituale și ale moralei, aderența spre creșterea nivelului cultural, autoinstruire și independența căutărilor creatoare.

Așadar, cultura bioetică a cadrului medical urmează să fie înțeleasă ca o condiție și modalitate de realizare a imperativelor obiective ale mora-

lei general-umane și profesionale, a normelor și valorilor ei, și totodată ca o măsură de implicare a medicului în activitatea etico-socială și curativă. Legitimarea activității medicale în condițiile actuale trebuie să fie determinată de o cultură bioetică bine orientată prin formarea unui cadru medical responsabil.

NBIC-КОНВЕРГЕНЦИЯ КАК НОВЫЙ ЭТАП НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ПРОГРЕССА

Николай Чащин, канд. биол. наук, директор Центра
Петр Смалько, канд. биол. наук, заместитель директора Центра
ГУ «Научный центр медико-биотехнических проблем НАН Украины»,
Киев, Украина
biomed04@ukr.net

NBIC-CONVERGENCE AS A NEW STAGE OF SCIENTIFIC AND TECHNICAL PROGRESS

NBIC-convergence leads to the transformation of our ideas about such fundamental concepts as man, nature, life and others. It represents a radically new stage of scientific and technological progress, and further development of NBIC-technologies can be the beginning of a new period in human evolution.

В настоящее время развитие науки и техники определяется ускорющимся прогрессом в таких областях как информационные технологии, биотехнологии, нанотехнологии и когнитивная наука. Эти технологии развиваются не в изоляции, а активно взаимодействуют друг с другом. Такое явление взаимовлияния получило название *NBIC-конвергенции* (по первым буквам областей: *N*- нано; *B*- био; *I*- инфо; *C*- когно). Принимая во внимание междисциплинарный характер современной науки, а также описанные выше взаимосвязи между *NBIC*-технологиями, можно говорить, что такая конвергенция в перспективе должна привести к их слиянию в единую научно-технологическую область знания. Такая область будет включать в предмет своего изучения все уровни организации материи: от молекулярной природы вещества (нано), до природы жизни (био), природы разума (когно) и процессов информационного обмена (инфо).

Явление *NBIC*-конвергенции в значительной степени является

мировоззренческой проблемой, существенным образом затрагивающей ряд этических, социальных и культурно значимых проблем философской антропологии. В частности, это касается пересмотра традиционных представлений о таких фундаментальных понятиях как человек, природа, жизнь и ряд других. Развитие био- и нанотехнологий ведет к стиранию граней между живым и неживым. Создание функциональных систем непрерывно усложняющейся конструкции – от простых механических наноустройств до живых существ – означает, что принципиальной разницы между живым и неживым нет, есть лишь системы, в разной степени обладающие характеристиками, традиционно ассоциирующимися с жизнью. Уже сейчас живые существа создаются «искусственно» – с помощью геной инженерии и синтетической биологии. По мнению экспертов, вскоре с помощью нанотехнологий из отдельных элементов молекулярных размеров станет возможным воспроизводить сложные живые организмы.

Можно говорить о том, что развивающийся на наших глазах феномен NBIC-конвергенции представляет собой радикально новый этап научно-технического прогресса, а развитие NBIC-технологий может стать началом новой ступени эволюции человека. Первые шаги такой направленной эволюции можно наблюдать уже сейчас (появление трансгенных растений и животных, пренатальная диагностика генетических заболеваний, геновая терапия и пр.). По мере расширения возможностей будут появляться и новые результаты: от генетически модифицированных организмов – к молекулярным машинам на основе вирусов, затем – к искусственно созданным биологическим системам, созданию сложных химерных организмов и, в конце концов, к биологическому изменению человека.

Как изменится культура и другие аспекты жизни человека и общества в процессе подобных преобразований, сказать сложно. На это могут серьезно повлиять изменения морально-этических норм, которые будут происходить в результате развития современных технологий. Это неизбежно будет означать трансформацию наших представлений о рождении и смерти, живом и неживом, разуме и искусственном интеллекте и т.д. Ученые считают, что NBIC-технологии способны привести к революционным преобразованиям во всех сферах жизнедеятельности человека, и в первую очередь – в медицине. В то же время результаты использования этих технологий

могут быть непредсказуемыми и нести определенные риски для человека, общества и окружающей среды.

INCURSIUNI TEORETICE PRIVIND ORIGINEA COMUNICĂRII MEDICALE

Silvia Nastasiu, dr., lect. univ.

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

Chișinău, R. Moldova

silvia.nastasiu@usmf.md

THEORETICAL INCURSIONS ON THE ORIGIN OF MEDICAL COMMUNICATION

Today the process of communication in medicine is attracting more and more investigations due to the fact that health is conceived as the promotional factor in the successful activity of the modern man. Communication competence in medicine is an integral part of the process of acquiring technical, professional skills in training young professionals in the medical field, training in addition to the knowledge of the essential elements of the human communication process and fundamental information on the origin of medical communication.

În ultimii 25 de ani comunicarea în domeniul medical evoluează substanțial datorită faptului că în această perioadă se dezvoltă precipitat însăși comunicarea umană ca știință inter- și transdisciplinară, devenind nucleul relațiilor interpersonale.

Comunicarea în medicină devine o prioritate în domeniul asistenței medicale și promovării sănătății, având în vizor problemele existente, axându-se pe identificarea, examinarea și rezolvarea problemelor de sănătate și de promovare a sănătății publice.

În medicină comunicarea este înțeleasă ca un proces social esențial atât în acordarea serviciilor de sănătate, cât și în promovarea sănătății publice. Informațiile privind sănătatea reprezintă cea mai importantă resursă în domeniul medical, deoarece este esențială în ghidarea sau influențarea schimbării comportamentelor, în prescrierea tratamentelor și deciziilor strategice în derularea actului medical de calitate.

Informațiile privind sănătatea reprezintă recunoașterea semnelor de

avertizare necesare pentru detectarea riscurilor iminente de sănătate și a comportamentelor directe în materie de sănătate, menite să evite aceste riscuri. Cei ce furnizează servicii medicale (medicii, asistentele medicale etc.) și consumatorii acestora (pacienții) utilizează competențele lor de a comunica eficient pentru a genera, a accesa și a schimba informații relevante privind sănătatea și boala, pentru a diagnostica corect și a prescrie tratamentul adecvat, pentru a se adapta la condițiile de sănătate în schimbare și pentru a coordona activitățile de conservare a sănătății. Procesul de comunicare permite, de asemenea, specialiștilor din medicină să dezvolte mesaje persuasive pentru a oferi publicului țintă informații relevante privind boala și sănătatea, pentru a influența cunoștințele, atitudinile și comportamentele în materie de sănătate.

Există două diviziuni interdependente majore de cercetare în domeniul comunicării în domeniul medical: 1) „livrare de sănătate”, unde cercetătorii din domeniul sănătății examinează modul în care comunicarea influențează acordarea asistenței medicale de calitate; 2) „promovarea sănătății” – cercetătorii în domeniul sănătății studiază utilizarea persuasivă a mesajelor de comunicare și a mass-mediei pentru a promova sănătatea publică.

Comunicarea în domeniul sănătății este un domeniu de cercetare extrem de larg, dar în investigația noastră este important, mai ales, studiul literaturii din acest domeniu, fenomen ce a marcat profund etica profesională și deontologia profesiei medicale.

Astfel, după cum am remarcat și în studiul monografic „Dezvoltarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient: abordare psihopedagogică” [1], N. Vatamanu și G. Brătiescu, în lucrarea *O istorie a medicinei*, menționează faptul că profesia de medic a fost supusă restricțiilor încă de pe vremea lui Octavian August, când era foarte importantă calitatea tratamentului și comportamentul față de bolnav. În acest sens, consemnau autorii citați, Hipocrate mărturisea: „Medicul nu trebuie să fie numai prin titlul său, dar și prin fapte” [1, p.9]. Anume în acea perioadă, afirmă Gh. Baciu, Socrate „eprinsese de la un medic trac să trateze corpul, dar și sufletul, care trebuie vindecat prin vorbe frumoase care fac să se nască înțelepciunea” [ibidem, p. 9]. Astfel, medicii în primele perioade creștine, tratau sufletul celui care suferea, prin pelerinaj la locașurile sfinte, rugăciune și post. De cele mai multe ori, acești medici nu aveau studii speciale și acordau ajutorul medical tradițional, preluat de la strămoși.

În SUA, după cel de-al II-lea război mondial, sănătatea a fost accep-

tată ca o valoare a umanității, devenind o importantă problemă a societății americane. Astfel, medicina se dezvoltă cu rapiditate, formându-se un sistem bine organizat de asistență medicală, orientat spre furnizarea adecvată a diverselor servicii de sănătate.

Comunicarea medicală, inițial, nu a fost acceptată ca un domeniu important în acordarea serviciilor de sănătate. Comunicarea medicală se reducea doar la niște comunicate de presă care ofereau informații despre unele boli contagioase și despre metodele de prevenție ale acestora.

La începutul anilor optzeci ai secolului trecut, o emisiune populară *Zegeens A* din Olanda abordează problema mesajelor de comunicare în domeniul sănătății; totuși, în acel moment, se considera că televiziunea nu este o modalitate relevantă de a pune în discuție așa tip de probleme, cum ar fi comunicarea și sănătatea omului. *Zegeens A* devine cea mai populară emisiune de divertisment din anii '80, dar nu a purtat niciodată un mesaj de sănătate intenționat conceput și elocvent interconectat [3].

Primele experimente în domeniul dat le fac programele de televiziune *E & E*, care inițiază o dezbatere televizată despre normele și valorile comunicării olandeze în domeniul sănătății. Emisiunea respectivă este prima care introduce termenul prosocial – „ceea ce este social de dorit, caracteristic unei societăți și presupune că se referă la interacțiunea membrilor unei acelei societăți” [4,2013,p.10], în așa mod, sănătatea omului devine o strategie prosocială, iar comunicarea medicală, respectiv, devine o comunicare socială. Ulterior, obiectivele comunicării sociale de sănătate au drept reper documente politice, formulate și formalizate de guvernele naționale și, indirect, de organizațiile internaționale, cum ar fi Organizația Mondială a Sănătății, și devin parte a comunicării profesionale.

Cercetătorii G. L. Kreps et al. (1998), în lucrarea *The history and development of the field of health communication*, ne relatează că disciplina de comunicare are o istorie mai îndelungată de adoptare a teoriilor și metodelor din științele sociale, iar trecerea la adoptarea contextului de sănătate, ca subiect de studiu, a fost o tendință naturală. Mai mult decât atât, cercetătorii din aceste științe sociale au început să examineze aspectele comunicării, cu predilecție în îngrijirea sănătății (Bandura, 1969; Feldman 1966; Kosa, Antonovsky și Zola, 1969; McGuire 1969, 1984; Tichenor, Donohue și Olien, 1970; Zola, 1966), care, mai apoi, au și încurajat cercetătorii de comunicare să le urmeze exemplul. Literatura sociologică medicală (Freeman, 1963; Mechanic, 1968; Jaco, 1972) a avut o importantă influență în

dezvoltarea comunicării în domeniul sănătății. Autorii citați mai sus vorbesc despre apariția lucrării *Doctor-Patient Communication*, semnată de Korsch și Negrete (1972), care a fost publicată în prestigioasa revistă *International Scientific American* și care a făcut ca, în domeniul sănătății, comunicarea să devină o problemă importantă academică și pe care cercetătorii de comunicare au încercat, tot mai frecvent, să o abordeze.

Câteva dintre cele mai importante lucrări despre comunicarea medic-pacient, ne relatează autorii citați, sunt: Birds (1955) *Talking With Patients*, Vorhauss (1957) *The Changing Doctor-Patient Relationship*, Bowers (1960) *Interpersonal Relations in the Hospital*, Verwoerdts (1966) *Communication With the Fatally Ill*, Browne și Freelings (1967) *The Doctor-Patient Relationship*, Ley și Spelmans (1967) *Communicating With Patients*, Blums (1972) *Reading Between the Lines: Doctor-Patient Communication*, Starrs (1982) *The social transformation of American medicine*, mai apoi apar lucrările semnate de: Kreps și Thornton (1984) *Health Communication: Theory and Practice*; Sharfs (1984) *Succinct text for medical students and practicing physicians*, *The Physicians Guide to Better Communication*, and Northouse and Northouses (1985). Aceste texte au fost urmate de o succesiune rapidă de lucrări importante de comunicare în domeniul sănătății. Odată cu dezvoltarea literaturii de comunicare în această sferă a apărut și necesitatea introducerii cursurilor de comunicare în domeniul educației medicale. Unele dintre cele mai vechi cursuri de comunicare, în medicină, din SUA, consemnează autorii citați, au fost organizate în cadrul Departamentelor de comunicare de la universitățile mari de cercetare, precum Universitatea din Minnesota (predat de Don Cassata), Universitatea de Stat din Pennsylvania (predat de Gerald M. Phillips) și Universitatea din California de Sud (predat de Gary Kreps). Mai multe școli medicale au început, de asemenea, să ofere cursuri de comunicare, în sănătate, concentrându-se pe abilitățile de intervievare a medicilor de la Universitatea din Illinois (predate de Barbara Sharf), Universitatea din Illinois de Sud (predate de Susan Ackerman-Ross) și Universitatea din Calgary (predate de Suzanne Kurtz) [5, p.1-15]. Aceste cursuri au fost printre primele, ce au stat la temelia dezvoltării disciplinei de comunicare medicală în școlile medicale din America, dar și din întreaga lume.

Abordarea științifică și praxilologică a comunicării medicale în Republica Moldova începe odată cu fondarea Universității de Stat de Medicină și Farmacie în baza Institutului de Medicină nr. 1 din Sankt-Petersburg,

evacuat în timpul celui de-al Doilea Război Mondial în Kislovodsk, care ulterior a fost transferat la Chișinău, împreună cu studenții și întregul cadru profesoral sub numele de Institutul de Stat de Medicină. Institutul și-a început activitatea la 20 octombrie 1945, având o singură Facultate, cea de Medicină Generală, care întrunea 32 de catedre, în cadrul cărora își făceau studiile cca 1000 de studenți.

Un promotor al valorilor naționale și al comunicării medicale în limba română a fost Nicolae Testemițanu, în biografia căruia regăsim că își trage obârșia din satul Ochiul Alb, raionul Drochia, dintr-o familie de țărani mijlocași – harnici și gospodari, moștenind valoroasele calități umane: perseverență, responsabilitate, abnegație, altruism, onestitate și mărinimie, dar și nemărginita dragoste de neam, țară și de limba strămoșească, devenind în timp un „simbol, care a concentrat în sine durerea și înțelepciunea, vrea și amărăciunea, speranța și suspinul, zâmbetul și plânsul celor mulți și apăsați” [6].

Nicolae Testemițanu face parte din „promoția de aur” a Universității de Medicină și Farmacie din Republica Moldova, fiind prima promoție de cadre medicale, dar și de renumiți savanți autohtoni, care au stat la temelie dezvoltării medicinei moldave.

După absolvirea școlii primare din satul natal, a învățat un an (1940) la gimnaziul din satul vecin – Baraboi, raionul Dondușeni, ulterior – la liceul teoretic „Ion Creangă” din orașul Bălți. Din anul 1945 și-a continuat studiile în clasa a IX-a la școala medie nr.1 din același oraș (astăzi liceul „Mihai Eminescu”). Absolvind cu succes cursul deplin al școlii menționate, a decis să-și continue studiile la Institutul de Stat de Medicină din Chișinău.

În timpul studenției și-a manifestat calitățile sale intelectuale – asiduu, perseverent, responsabil și talentat, înbinând armonios studiile medicale (bursă nominală de stat) cu activitatea obștească – era șeful grupei academice în care studia, fiind ulterior ales lider al organizațiilor de tineret și sindicale din Institut.

Activitatea profesională o începe în calitate de medic-ordinator la spitalul din orașelul Râșcani, apoi în 1954 este numit asistent la Catedra de chirurgie generală a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău, conducând concomitent Secția medico-sanitară a Ministerului de Interne al RSSM.

Din anul 1955 este numit medic-șef al Spitalului Clinic Republican, dând dovadă de profesionalism, aptitudini manageriale excepționale, în scurt timp aici deschide noi secții specializate. Dispunând de forțe inepu-

izabile în activitatea cotidiană, fondează concomitent revista „Ocrotirea Sănătății”, unde este și redactor șef.

În anul 1958 susține teza de doctor în științe medicale, iar în 1959, la vârsta de doar 32 ani, este numit în funcția de director (rector) al Institutului de Stat de Medicină din Chișinău, manifestând și în această postură calități manageriale de excepție – deschide noi facultăți, construiește noi spații pentru studii, cămine studențești, laboratoare, o bază pentru odihnă și sport pe litoralul Mării Negre, pune bazele serviciului traumatologic – ortopedic, are permanent în vizor dezvoltarea științei medicale, încurajând și promovând cât mai mulți tineri talentați.

Treptat, în acești patru ani, introduce limba română ca limbă de predare pentru medicinistii autohtoni, de aceea a și recomandat la studii doctorale în diverse centre științifice din fosta Uniune Sovietică aproximativ 250 de tineri medici talentați (băștinași), care ulterior au revenit la Alma Mater cu o pregătire excelentă. Erau anii așa zisului „dezgheț hrușciovist”, când oamenii cu inițiativă și talent puteau să se afirmă pe deplin [7, p.12].

În anul 1962, Nicolae Testemițanu este numit în funcția de Ministru al Ocrotirii Sănătății al RSSM, concomitent era și șeful Catedrei de traumatologie, ortopedie și chirurgie de campanie. Anume în această funcție s-au manifestat plenar virtuțile sale organizatorice în domeniul sănătății publice. În acea perioadă au fost construite mai multe instituții medicale de rang republican – Spitalul Republican de Traumatologie și Ortopedie, Polyclinica Stomatologică, Dispensarul Republican de Dermatovenerologie.

Fiind ministru, el a elaborat strategii orientate spre asigurarea populației republicii cu cadre medicale, spre consolidarea bazei tehnico-materiale a sănătății, spre perfecționarea și ancorarea formelor și metodelor de organizare a asistenței medicale populației din mediul rural. A adus medicul aproape de țărani – a construit centre de sănătate și spitale la sate. Problema care l-a frământat toată viața a fost starea deplorabilă a țăranului. Scopul său suprem era asigurarea sănătății oamenilor și a pământului. În bună parte a reușit, fiind unicul ministru din republicile unionale de atunci, care a reușit să ducă o luptă eficientă împotriva abuzului de folosire a pesticidelor în agricultură, reușind să înainteze și să obțină aprobarea unei hotărâri de guvern în această privință. Prin tot ce făcea, prin comportarea ireproșabilă a sa de militant pentru propășire și dreptate, prin eforturile sale enorme de a atrage atenția autorităților de atunci asupra omului simplu, devenise foarte popular în țară.

O altă problemă ce îl preocupa era utilizarea limbii române în instituțiile statului. În acele vremuri, în Constituție era stipulat că limba de stat este limba rusă, dar și „moldovenească”, însă în toate organizațiile de stat (la toate nivelurile!) și la toate manifestările oficiale, chiar și în stradă, se vorbea numai în limba rusă. Testemițanu a îndrăznit să utilizeze „limba moldovenească” în actele oficiale elaborate în cadrul Ministerului Sănătății. „Aceasta a fost ca o explozie, mai ales pentru contingentul rus, care era majoritar prin toate ministerele, dar și mărul discordiei între colegii de pe atunci. La Institutul de Medicină s-au găsit oameni meschini, care l-au învinuit de naționalism și că „se uită peste Prut”. La aceste învinuiri, Comitetul Central a organizat o comisie care urma să examineze calomniile adversarilor săi. Primul secretar al CC de atunci, Ivan Bodiul, nu era dispus să-l elibereze din funcția de ministru, dar au sosit de la Moscova doi demnitari ai Ministerului Sănătății și Comitetului Central din URSS (Danilov și Baltiiski), care au insistat ca Nicolae Testemițanu să fie eliberat din postul de ministru, deoarece „a dispus introducerea în învățământ „limba moldovenească” la Institutul de Medicină și a încredințat predarea cursurilor unor lectori fără experiență, moldoveni: «e rău că prelegerile sunt ținute de persoane necalificate, dar e și mai rău, că la Dvs se folosesc manualele românești: nomenclatura lor e mică, ei (românii – n.a.) utilizează, în principiu, traduceri ale manualelor din Franța, RFG, din alte state. Profesorii în vârstă susțin că prin asta mutilăm studenții» [8, p.29-30].

Mircea Snegur, primul președinte al R. Moldova, descrie acest eveniment astfel: «Mulți dintre acei care au fost ajutați și călăuziți de Nicolae Testemițanu s-au dovedit a fi oameni meschini, invidioși și nerecunoscători (...), însă chiar fiind destituit din post, el nu s-a lăsat învins, căci Nicolae Testemițanu făcea parte din acei stejari ai lui Ștefan cel Mare, care, pe timp de vijelie, devin mai tari și mai viguroși» [9].

A lăsat moștenire generațiilor ulterioare peste 220 de lucrări științifice, inclusiv 15 monografii, lucrări metodice consacrate managementului în sănătate publică și istoriei medicinei. „Domniei Sale îi datorăm crearea sistemului modern de medicină primară, integrat funcțional cu medicina specializată” (<http://usmf.md/despre-universitate/in-vizita-la-usmf/anul-nicolae-testemitanu/biografie/>).

Nicolae Testemițanu rămâne în memoria tuturor ca un pedagog experimentat, devotat cauzei și idealurilor tinerelor generații. „Astăzi, ilustrul medic-savant, patriot și ctitor al Sistemului de sănătate a devenit un simbol

al medicinei naționale și va rămâne pentru eternitate ca unul dintre cei mai talentați și iubiți fii ai poporului, personalitate notorie și irepetabilă a intelectualității înzestrat cu capacități excepționale de muncă, gândire, onestitate și dragoste față de popor și glia strămoșilor” [11].

Universitatea de Medicină și Farmacie continuă și azi valorile general-umane și profesionale, promovate în domeniul profesional medical de reputatul N. Testemițanu și considerăm că, în bună parte, păstrarea și dezvoltarea comunicării interpersonale medic-pacient, în limba română, aportul medicilor cultivați în acest sens, se datorează lui.

Și în prezent, la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” se acordă o deosebită importanță formării și dezvoltării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, care este armonios completată de competențele tehnice, profesionale. Astfel, de mai bine de un deceniu s-au introdus în educația medicală universitară cursuri de comunicare medicală integrate la diverse niveluri de instruire – Comunicare și comportament în medicină, Științele comportamentului, Psihologia comunicării, Psihologia comportamentului, Comunicare și îngrijirea pacientului, Psihologie medicală, Bioetică, Limba română și terminologie medicală, Limbi moderne etc., lipsind unul specific, așa cum îl abordăm noi – comunicarea interpersonală medic-pacient.

Actualmente, problemei actului de comunicare medicală îi sunt consacrate studii complexe, deoarece comunicarea în domeniul sănătății este o sferă de cercetare extrem de largă, examinând numeroasele nivele și canale de comunicare într-o gamă largă de contexte sociale.

Referințe bibliografice

1. Nastasiu, S. Dezvoltarea competenței de comunicare medic-pacient: abordare psihopedagogică. Studiu monografic. Chișinău: USMF „Nicolae Testemițanu”, CEP: Medicina, 2019 196 p.
2. Baci, Gh., File din trecutul medicinei basarabene, Chișinău: s.n., 2015. 157 p.
3. Bouman, M. , The Turtle and the Peacock: collaboration for prosocial change: the entertainment – education strategy on television. 1999. In: <http://www.dart-europe.eu/full.php?id=875594> (accesat: 15.05.2018).
4. Dumitrașcu, D.L. Comunicare medicală. Curs pentru studenții la medicină. Cluj-Napoca: Ed. Medicală universitară „Iuliu Hațieganu”, 2013. 78 p.
5. Kreps, G.L. et al. (*The history and development of the field of health communication*. În: JACKSON, L. D., DUFFY, B. K. (Eds.). *Health Communication Research: Guide to Developments and Directions*. Westport, CT: Greenwood Press. pp. 1-15 In: http://www.russcomm.ru/eng/rca_biblio/k/kreps.shtml.

6. www.testemitanu.info (accesat: 25.06.2018).
7. Stici, I. Nicolae Testemițanu – viguros stejar al neamului, Chișinău, Î.S.F.E.-Tipografia Centrală, 2004. 648 p.
8. Ețco, C. Nicolae Testemițanu – nume devenit simbol: 90 de ani de la naștere, Chișinău: Epigraf, 2017. 544 p.
9. <https://www.timpul.md/articol/nicolae-testemitanu-si-promotia-de-aur-25534.html> (accesat: 25.06.2018).
10. <http://usmf.md/despre-universitate/in-vizita-la-usmf/anul-nicolae-testemitanu/biografie/> (accesat: 25.06.2018).
11. <http://medicinasociala.usmf.md/wp-content/blogs.dir/72/files/sites/72/2017/05/nota-de-argumentare.pdf> (accesat: 25.06.2018).

ETICA TEHNOLOGIEI IMPLANTURILOR ORTOPEDICE: CONSIDERENTE ASUPRA CONCEPTULUI DE HIBRIDIZARE A CORPULUI UMAN

Victoria Federiuc, magistru în bioetică, asist. univ.

Anastasia Nicu, studentă, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova
victoria.federiuc@usmf.md

ETHICS OF THE TECHNOLOGY OF ORTHOPEDIC IMPLANTS: CONSIDERATIONS ON THE CONCEPT OF HYBRIDIZATION OF THE HUMAN BODY

The ethics of implant technology is one of the cutting-edge technologies addressed currently by bioethics. This article intends to contribute to the ethical discourse of orthopedic implant technology, by addressing the ethical issues imposed by the new types of implants applied in orthopedic surgery. These are mechanisms designed to attach muscles to tendons and bones, in order to improve postoperative joint function. This technology presents significant engineering challenges, including designing materials and devices, determining implant evaluation values, validating the procedure and reducing risks. The present study will focus on one of the problems of bioethics regarding implants, namely the question „In what way does the hybridization of the human body or the combination of mechanical and biological components, affect the self-awareness and cultural identity of individuals?”

Etica tehnologiei implanturilor este una dintre cele mai actuale teme

din domeniul bioeticii. Noile implanturi aplicate în chirurgia ortopedică reprezintă mecanisme concepute de a atașa mușchii la tendoane și oase, cu scopul de a îmbunătăți funcția articulară postoperatorie. Această tehnologie prezintă provocări semnificative în domeniul ingineriei, inclusiv proiectarea materialelor și a dispozitivelor, determinarea valorilor de evaluare a implantului, validarea procedurii și reducerea riscurilor. Studiul de față se va concentra pe una dintre problemele bioeticii cu privire la implanturi și anume la întrebarea „În ce mod hibridizarea corpului uman sau combinarea componentelor mecanice și biologice, va afecta conștiința proprie și identitatea culturală a indivizilor?”

În baza credințelor culturale și filosofice ale individului, utilizarea unor proteze mecanice și a implanturilor, ar putea altera identitatea acestuia sau starea lui de confort. În acest articol se va examina conceptul de identitate și de sine prin prisma dualismului cartezian, etica lui John Lock și relația dintre tehnologie și identitate. Termenul de „hibridizare” este folosit pentru a defini implantarea unei componente artificiale într-un organism pur biologic. Ideile generate în urma acestei analize, vor fi aplicate noilor implanturi, pentru a înțelege modul în care această tehnologie ar putea afecta identitatea pacientului.

Filosoful francez, Rene Descartes (sec.XVII), cunoscut pentru lucrarea sa „Meditații metafizice” este autorul teoriei despre dualismul cartezian, conform căreia universul conține două tipuri distincte de substanțe: substanța fizică și substanța mentală. Substanța fizică (*res extensa*) este definită ca o substanță extinsă și de neconceput cuprinsă de materie, în timp ce substanța mentală (*res cogitans*) este un lucru neintendent și gânditor [1]. Descartes considera că sufletul și trupul există ca forțe opuse și independente, deși pot interacționa una cu alta. Descartes explică faptul că, conceptul de sine ca substanță pur gânditoare nu este mai dificil decât conceptul de corp material extins. De exemplu, indivizii pot fabrica din ceară obiecte de forme diferite, fără a modifica materialul din care sunt confecționate (ceara). În mod identic, o substanță pur gânditoare este descrisă ca fiind ceva care poate prelua diverse gânduri, îndoieli, dorințe și credințe. Diferența cheie este că substanța pur gânditoare și substanța fizică sunt separate și distincte unele de altele, ceea ce înseamnă că mintea și corpul trebuie să existe ca entități opuse și independente.

Criticii lui Descartes au invocat două probleme principale ale teoriei dualismului: (1) cum putem percepe durerea și senzațiile dacă mintea și

corpul sunt entități separate și (2) dacă substanțele psihică și fizică sunt separate și nu interacționează între ele, de unde știm că ambele există? Prima problemă, cunoscută drept interacționism, poate fi abordată prin înțelegerea faptului că organismul este un sistem închis [2]. Aceasta înseamnă că lucrurile fizice acționează asupra lucrurilor fizice, în timp ce lucrurile mentale acționează doar asupra celor mentale. De exemplu, dorința de a mișca mâna nu are nici o legătură cu acțiunea fizică. Iar impulsurile transmise prin neuroni, de la creier către mușchi, cu stimularea acestuia, este o acțiune fizică pură [2]. În mod similar, gândurile unei persoane nu pot duce decât la alte gânduri, făcând să fie separate acțiunile ei fizice de dorințele mintale. Cea de-a doua problemă a dualismului este abordată folosind argumentul de concepere a lui Descartes. El susține că, dacă este posibil să concepem mintea ca fiind separată de corp, ea trebuie să fie separată. Cu toate acestea, după cum a menționat criticul Antoine Arnauld, doar pentru că nu putem concepe ceva, nu înseamnă că nu există sau că nu este adevărat [2]. Separarea sufletului și a trupului a presupus că sufletul este nemuritor, stabilind credințe religioase actuale și astăzi.

Spre deosebire de Descartes, care se concentra pe problema metafizică a identității umane, John Locke, un politician și filozof din secolul al XVII-lea, a abordat conceptul de identitate umană din perspectiva epistemologică. Întrebările epistemologice privind identitatea umană abordează modul în care percepem ceva ca o identitate continuă. John Locke nu este de acord cu conceptul în care identitatea aparține unei substanțe materiale sau spirituale [3]. Dacă acesta ar fi adevărat, sufletul s-ar putea deplasa de la un corp la altul și mai multe persoane ar putea fi aceeași persoană. În plus, dacă conceptul de identitate ar aparține unei substanțe, identitatea indivizilor rămâne aceeași în diferite stări de conștiință. Cu alte cuvinte, am fi aceeași persoană care visează pe măsură ce suntem în stare de veghe. Locke oferă o teorie mai pragmatică conceptului de identitate, care permite individului să decidă când persistă sau nu ideea inițială a unui obiect. De exemplu, atunci când la mașină este înlocuită o piesă, ideea originală a mașinii persistă, în ciuda schimbării interne. Percepția identității unui obiect este axată pe procesul de organizare a ideii. Percipientul privește ideea generală a mașinii vechi pentru a concluziona că ideea mașinii vechi persistă, deci identitatea mașinii rămâne aceeași. Această analiză este aplicată în mod similar identității umane, unde identitatea umană este direct atribuită memoriei și experienței. Locke a motivat că identitatea persoanei nu este o caracteris-

tică înnăscută, dar este definită de conștiință, ceea ce duce la distincția unei ființe de alte ființe. Teoria sa afirmă că identitatea persoanei este modelată de experiențele și reflecțiile cu care se confruntă în lume [4]. De asemenea, teoria lui Locke descrie o persoană ca o ființă gânditoare și inteligentă care se poate considera ea însăși același obiect gânditor în timpuri și locuri diferite [3]. Experiențele unei persoane sunt păstrate în memoria lor. Toate amintirile pot forma idei pe care un individ le organizează în minte pentru a forma o singură identitate. Cu toate acestea, dacă un individ își pierde memoria, nu are aceeași identitate, deoarece toate experiențele și amintirile din trecut care și-au format identitatea sunt acum pierdute. Prin urmare, atât timp cât o tehnologie nu influențează memoria pacientului, identitatea lui va rămâne intactă.

În timp ce noile implanturi au ca scop principal restabilirea funcției articulare, ele au și potențialul de îmbunătățire a funcției articulației, prin optimizarea formei sau funcției umane care nu răspunde nevoilor medicale autentice. Noile implanturi, dacă sunt utilizate cu scop de îmbunătățire, au implicații etice diferite față de cele utilizate pentru tratament. Relația dintre tehnologia de ameliorare, corp și identitate merită analizată pentru a înțelege impactul pe care l-ar avea aceste tehnologii asupra identității umane, în cazul în care aceste implanturi ar face parte din categoria tehnologiilor de ameliorare. Vom aborda acest subiect prezentând două aspecte, unul din perspectiva conservatoare a lui Leon Kass și altul a lui David DeGrazia, filosof al moralei specializat în bioetică. Leon Kass susține că societatea nu respectă corpul sau viața corporală. El recunoaște tehnologia de ameliorare, chirurgia plastică și estetică, tehnologia chirurgicală și dispozitivele implantabile drept tehnologii de prelungire a vieții umane în condițiile în care societatea neglijează dependența umană de corp [5]. Ființele umane depind de corp pentru a gândi, comunica și acționa. Kass susține că conștientizarea noastră despre corp ne învață vulnerabilitate și elimină orice noțiune de autonomie individuală [5]. Putem descrie un eveniment spunând: „mingea m-a lovit la braț” sau „mingea m-a lovit”. Ambele expresii sunt acceptabile în descrierea situației, dar prima afirmație separă corpul de individ, în timp ce ultima descrie corpul și individul ca un tot întreg. Această confuzie în limbaj îi determină pe indivizi să ignore toate relațiile dintre corp și identitate și să se concentreze asupra preocupărilor mai importante din viața lor de zi cu zi. Kass sugerează că corpul realizează acțiuni în „spațiul trăit al individului, care aparține într-un fel și dă naștere

la sentimentul de sine [al individului]" [5, p.25]. Kass susține că tehnologia de îmbunătățire a performanței face ca un individ să fie „mai puțin uman”. El consideră că un act este considerat uman doar dacă este realizat prin alegerea conștientă și prin „disciplinarea corpului și a darurilor sale naturale în vederea atingerii unui scop” [6, p.146]. De exemplu, un sportiv își setează un anumit obiectiv și lucrează pentru atingerea aceluși obiectiv cu ajutorul voinței. Tehnologia de ameliorare îl face pe sportiv să se bazeze pe o forță exterioară pentru a reuși în obiectivele sale. În general, Kass consideră că trebuie să existe limite morale ale practicilor medicale, care sunt exclusiv orientate spre restaurare sau remodelare a unor defecte. El este împotriva oricărei intervenții biomedicale cu scop de îmbunătățire, deoarece consideră că aceasta alterează identitatea. „A avea o identitate” este echivalentă cu „a avea limite și defecte”. Căutarea unei modalități de a depăși aceste limite și defecte doar prin voința proprie, este sursa identității unei persoane. Utilizarea tehnologiei pentru a îmbunătăți și depăși aceste limite poate degrada individualitatea și întruchiparea umană.

David DeGrazia descrie o analiză diferită față de relația dintre identitatea și tehnologia de îmbunătățire. El afirmă că identitatea este împărțită în două componente: identitatea numerică și narativă. Identitatea numerică se referă la esența unei entități, în care identitatea a ceva rămâne aceeași de-a lungul timpului și permite unei entități să existe cu schimbare [7]. Identitatea narativă este modul în care individul definește și percepe sinele său. DeGrazia susține că analiza identității cu tehnologia de îmbunătățire este concentrată mai ales pe abordarea psihologică a identității, unde continuitatea conștiinței și experienței formează identitatea. Aceasta este în esență teoria lui Locke, în care conștiința și memoria dictează integritatea identității unei persoane. DeGrazia susține că ar trebui să privim identitatea și dintr-o abordare biologică. Abordarea biologică afirmă pur și simplu că existența continuă nu necesită continuitate psihologică, ci doar biologică. Cu alte cuvinte, atâta timp cât suntem biologic în viață, identitatea și existența noastră sunt intacte. Prin evaluarea abordărilor atât biologice cât și psihologice, DeGrazia concluzionează că tehnologia de îmbunătățire afectează doar identitatea narativă, care se schimbă cu timpul și prin experiență, fără a afecta identitatea numerică.

Utilizarea implanturilor ortopedice actuale în intervențiile chirurgicale totale de înlocuire a genunchiului și a șoldului este un exemplu elocvent al modului în care societatea a acceptat din punct de vedere moral implan-

turile, fără a considera că organismul și identitatea de sine sunt compromise. În plus, noile implanturi sunt concentrate pe o zonă a corpului care, conform teoriei lui Descartes, nu afectează identitatea individului. Pe baza teoriei lui Locke, un individ este același om dacă își amintește experiențele din trecut. Noile implanturi nu vor afecta memoria pacienților, astfel încât pacientul își va putea aminti experiențele, amintirile și ideile din trecut, care îi formează identitatea. Mai mult ca atât, noile implanturi vor fi proiectate astfel încât să fie biocompatibile și cu un efect fizic limitat asupra țesutului adiacent, astfel încât pacientul să nu-și piardă cunoștința în timp. Se încearcă de a proiecta aceste implanturi, pentru a reduce la minim disconfortul post-chirurgical și de a îmbunătăți funcția articulară a pacientului.

Noile implanturi au două aplicații potențiale: de a restabili capacitatea fizică sau de a îmbunătăți mișcarea fizică. Ambele aplicații au principii etice diferite. Restabilirea capacităților fizice îi permite pacientului să ducă o viață independentă, prin creșterea abilităților de a-și efectua de sinestătător activitățile zilnice. Spre exemplu, implantul de genunchi pus unui pacient cu gonartroză, îi va permite să realizeze acele activități pe care le făcea înainte de apariția patologiei (urcarea scărilor, ridicarea de pe scaun). Din aceste considerente Kass este de acord că implanturile au o contribuție pozitivă asupra identității persoanei. Cu toate acestea, el se opune utilizării acestor tehnologii de către persoanele sănătoase, care pledează pentru îmbunătățirea funcției fizice. El susține că implanturile vor crea o capacitate artificială, degradând demnitatea acțiunii umane naturale și modificându-i identitatea.

Un posibil contraargument ar putea aborda definirea acțiunii umane naturale. În cazul unui atlet, spre exemplu, este oare întreprinsă o acțiune umană naturală atunci când alergătorul folosește încălțăminte tip crampoane în timpul antrenamentului sau a unei curse? Sau este considerată o acțiune umană naturală – consultația unui nutriționist și adoptarea celei mai optime diete pentru un sportiv? Sunt oare, echipamentele sportive costisitoare, suplimentele alimentare și dieta, factori externi care ar ajuta un sportiv să își atingă obiectivul? Diferența dintre acestea este că implanturile sunt ireversibile. După ce au fost implantate chirurgical, implanturile sunt menite să rămână pe termen lung. Ingerarea suplimentelor sportive sau utilizarea echipamentelor nu este permanentă. Are mai puțin impact asupra vieții de zi cu zi a persoanelor, în timp ce scripetele mecanice sunt o intervenție mai invazivă. DeGrazia ar susține că aceste noi implanturi nu vor schimba identitatea unei persoane, deoarece identitatea numerică a pacientului va rămâne aceeași. Gândurile, experiențele din trecut, dorin-

țele, credințele și trăsăturile de caracter ale pacienților vor rămâne continue după implantare. Percepția de sine a pacientului sau identitatea narativă se va schimba din cauza abilităților sale recent dobândite, dar esența generală a ființei nu se va modifica. Se poate susține că, identitatea unei persoane va fi consolidată cu abilități noi. Unele persoane ar solicita un implant la genunchi doar din motiv ca să devină un alpinist sau un atlet mai bun. Capacitatea de a efectua o acțiune care aduce un sens vieții cuiva va consolida identitatea acesteia.

Obiectivul acestei lucrări a fost de a aborda problema bioetică ale noilor clase de implanturi prin prisma impactului asupra sinelui pe care le-ar putea avea aceste tehnologii. Totuși rămân neabordate și alte probleme cum ar fi riscurile și beneficiile implanturilor în contextul cercetărilor clinice, problema justiției sociale a distribuției tehnologiei. În timp ce costul inițial al implanturilor va fi mare, costul implanturilor scade de obicei în timp, permițând tuturor pacienților să beneficieze de această nouă tehnologie. Impactul asupra sinelui este redus, deoarece nu influențează conștiința sau experiențele anterioare ale unei persoane.

În concluzie, susținem faptul că implanturile ar putea consolida identitatea, permițând pacientului să facă activități care ar fi fost imposibile fără implant. Discuțiile etice viitoare ar trebui să se concentreze asupra modului în care etica acestor implanturi se schimbă atunci când le considerăm folosite ca tehnologie de ameliorare și analiza problemei din perspectiva diferitelor teorii ale identității personale.

Referințe bibliografice

1. Dicker Georges. *Descartes: An Analytical and Historical Introduction*. New York: Oxford University Press, 1993.
2. Southwell Gareth. *A Beginner's Guide to Descartes's Meditations*. Malden, MA: Blackwell Pub., 2008.
3. Cope Kevin Lee. *John Locke Revisited*. New York: Twayne, 1999.
4. Nimbalkar N. John Locke and Personal Identity. In: *Mens Sana Monographs*, 2011, Vol. 9, No 1, p.268-275.
5. Kass Leon R. *Thinking about the Body*. In: *The Hastings Center Report*, 1985, Vol. 15, No 1, p.20-30.
6. Byrnes, W. Malcolm. Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness, by the President's Council on Bioethics. In: *The National Catholic Bioethics Quarterly*, 2005, Vol 5, No 1, p.205-207.
7. DeGrazia David. Enhancement Technologies and Human Identity. In: *Journal of Medicine and Philosophy*, 2005, Vol. 30, p.261-283.

8. Hansson S. O. Implant ethics. In: *Journal of medical ethics*, 2005, 31(9), p.519-525.
9. Dualismul lui Descartes. În: https://www.academia.edu/21261617/Dualismul_lui_Descartes. (accesat: 30.09.2019).
10. Dilemă etică Portretul robot al omului nou. Cei cu dizabilități vor fi fără implan-turi? În: https://adevarul.ro/tech/stiinta/dilemA-etica-portretul-robot-omu-lui-nou-cei-dizabilitati-vor-implanturia-1_533fe98d0d133766a88597ac/index.html (accesat: 29.09.2019).
11. Mardula Katherine L., **Balasubramanian Ravi**, Allan Christopher H.. Implanted Passive Engineering Mechanism Improves Hand Function After Tendon Transfer Surgery. In: *Hand*, 2014. In: <http://web.engr.oregonstate.edu/~balasubr/pub/Balasubramanian-Hand-2015-Online.pdf> (accesat: 30.09.2019).
12. Guidance Document for Testing Orthopedic Implants with Modified Metallic Surfaces Apposing Bone Or Bone Cement. Food and Drug Administration, 08 Mar. 2014. In: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/guidance-document-testing-orthopedic-implants-modified-metallic-surfaces-apposing-bone-or-bone> (accesat la 29.09.2019).
13. Hargrove L.J. Robotic Leg Control with EMG Decoding in an Amputee with Nerve Transfers. In: *New England Journal of Medicine* 369, 2013, p. 1237- 1242.
14. Kielstein R. and S. Hans-Martin. From Wooden Limbs to Biomaterial Organs: The Ethics of Organ Replacement and Artificial Organs. In: *Artificial Organs*, Vol. 19, no. 5, 1995, p. 475-480.
15. Spinelli M. Combined Wear Behavior and Long-Term Implant-Bone Fixation of Total Knee Replacement: A Novel In Vitro Set-up. In: *Artificial Organs* 34, 2010, no. 5.

CRITERII BIOETICE VIZÎND IMUNIZAREA FEMEILOR ÎN TIMPUL SARCINII ÎN MAREA BRITANIE

Ana Berlinschi, studentă

Conducător științific: Vitalie Ojovanu, dr. hab. filos., conf. univ., Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova
anapantea10@gmail.com

BIOETHICAL CRITERIAS REGARDING THE IMMUNIZATION OF WOMEN DURING PREGNANCY IN THE UNITED KINGDOM

Nowadays, maternal immunization also raises ethical questions. Innovations in vaccine science have given us an incredible opportunity to improve both maternal and fetal health during pregnancy. Although a growing number of

countries,including the UK are adopting maternal vaccine programs against diseases like influenza and pertrusis,there is a little discussion of the ethical criterias of maternal vaccine programs.

Imunizarea femeilor însărcinate este o strategie promițătoare a sistemului de sănătate publică,al cărei scop este de a reduce morbiditatea și mortalitatea atât a mamelor,cât și a feților. Stabilirea siguranței și eficacității vaccinurilor des se bazează pe studii ce presupun înscrierea în cercetări a mii de participanți la studiu. Pe parcursul istoriei,înscrierea femeilor însărcinate în studii de cercetare clinică a întâmpinat multe bariere bazate pe risc și lipsă de experiență.

Rolul imunizării rezidă în aceea că aceasta,în sarcină poate oferi protecție împotriva bolilor infecțioase mamei, fătului ei în curs de dezvoltare și chiar nou-născutului. Acest lucru se realizează prin creșterea nivelului de anticorpi la mamă împotriva infecțiilor particulare, astfel încât nivelurile ridicate și de protecție a anticorpului sunt transferate prin placentă către făt și sunt reținute de sugar în timpul maturării sistemului imunitar.

Fătul sau sugarul nu pot consimți la participarea la cercetare, astfel o problemă etică este la cât de mult risc este acceptabil de a impune fătul sau sugarul. Este important ca beneficiile unei cercetări să fie proporționale cu beneficiile mamei și a copilului.

Filosoful englez Marcel Verweij, originar din Netherlands, profesor la Universitatea Wageningen a făcut o primă analiză generală vizând etica imunizării materne și concluzionând că vaccinarea în timpul sarcinii este etic adecvată, dacă poate proteja mama sau copilul împotriva unui risc concret de infecție periculoasă.

Din cauza importanței majore a includerii femeilor însărcinate în cercetările biomedicale,s-au solidificat patru principii care ghidează etica cercetării pentru sarcină și acestea sunt următoarele:

1. Femeile însărcinate merită sa fie informate cu o bază de dovezi privind prevenirea și tratamentul bolilor infecțioase în sarcină, acesta fiind drept aprobat de justiție. Justificarea fundamentală a acestui principiu se bazează pe recunoașterea faptului că femeile însărcinate echivalent tuturor celorlalte ființe umane au aceleași egalități morale,astfel încât interesele și nevoile lor merită să fie tratate în mod egal. Acest principiu a fost reafirmat în mai multe contexte internaționale,toate ducând la aceiași idee:„Echitatea impune ca cercetarea să nu fie concentrată în mod disproportionat pe nevoile de sănătate ale unei clase limitate de oameni...Din moment ce

informațiile despre gestionarea bolilor sânt considerate un beneficiu pentru întreaga societate, este nedrept să fie lipsiți intenționat grupuri specifice de acest beneficiu, aici încadrând și femeile însărcinate... ” CIOMS(Consiliul Organizațiilor Internaționale de Științe Medicale) .

2. Femeile însărcinate nu ar trebui clasificate drept „populație vulnerabilă” folosită în scopurile cercetării subiecților umani. Până de curând, femeile însărcinate au fost clasificate drept „populație vulnerabilă” folosită în scopurile reglementărilor și orientărilor cercetării. S-a ajuns la această idee din cauza că femeile însărcinate nu sunt în măsură să ofere consimțământ valabil... „Femeile însărcinate nu trebuie considerate vulnerabile doar pentru că sunt însărcinate.

3. Este etic permisă efectuarea de cercetări asupra gravidelor care întâlnesc standarde specifice de risc(în cazul cărora vaccinul joacă un rol primordial pentru ameliorarea stării). Ca orice cercetare care implică subiecți umani, cercetarea cu gravide trebuie să îndeplinească toate protecțiile standarde de cercetare: riscul trebuie să fie cel mai mic și consimțământul informat corespunzător, acestea fiind obținute înainte de efectuarea cercetării.

4. Justiția impune ca femeile însărcinate să aibă acces echitabil la cercetările care oferă perspectiva beneficiului direct.

Astfel, testarea și administrarea vaccinurilor sunt guvernate de o paradigmă etică și legală care presupune evaluarea balanței dominante între risc și beneficiu – și în care ultimul preia autoritatea decizională în efectuarea unei cercetări. Când se vorbește despre vaccinarea maternă în cadrul acestei paradigme risc-beneficiu, calculul etic este complicat de doi factori. Unul este că și mama și fătul / sugarul este implicat. Al doilea, că sarcina este tranzitorie și femeile însărcinate constituie doar o parte din populația sensibilă la boală. Astfel, autorii concluzionează că femeia gravidă este imunizată numai în cazul când riscul vaccinului atât pentru mamă cât și făt este minim.

Cercetările vizând efectuarea imunizării în timpul sarcinii sunt dificile, căci presupun absența datelor de referință privind rezultatele materne și neonatale care sunt frecvent întâlnite în sarcină, schimbări imprevizibile în epidemiologia bolii și credințele culturale. Se propune ca măsură de creștere a ratei de imunizare a femeilor însărcinate organizarea anumitor lecții care pun accent pe înțelegerea efectelor vaccinurilor, precum și instruirea viitoarelor mame de a accepta vaccinarea în sarcină.

UNELE ASPECTE BIOETICE ALE FERTILIZĂRII IN VITRO

Christian Braga, student

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

SOME BIOETHICAL ISSUES OF IN VITRO FERTILISATION

In vitro fertilization has raised a broad spectrum of bioethical issues, which question our social values and morals. The ethical concerns include the status of the embryo and the sanctity of life as some of most important topics.

Fertilizarea in vitro reprezintă un tip de tehnică a reproducerii umane asistate medical. Esența tehnicii constă în contopirea spermatozoidului cu ovulul în condiții de laborator, cu introducerea și implantarea ulterioară a embrionului în uter. Odată apărută această tehnică a iscat un șir de probleme bioetice, care sunt analizate și dezbătute constant.

O problemă ostensibilă a fertilizării in vitro este numărul insolit de nașteri multiple (gemeni, tripleți etc.). Aceasta se datorează tehnicilor folosite la începutul implementării FIV. Astfel, femeii i se implantau patru embrioni pentru a crește șansele unei sarcini reușite, cu trecerea timpului tehnologia s-a perfecționat, fiind necesari doar doi embrioni pentru implantare cu păstrarea aceleiași rate a unei sarcini reușite. În zilele noastre a fost elaborată tehnica utilizării unui singur embrion, însă cu costul diminuării ratei succesului. Totuși, multe femei vor alege tehnica ce implică utilizarea mai multor embrioni, datorită șanselor mai mari de succes și dat fiind faptul că deseori sunt necesare două cicluri de transfer a unui embrion, fapt ce generează plăți adiționale. În așa mod ne confruntăm cu un potențial risc mai mare pentru sănătatea femeii în timpul nașterilor multiple, acestea fiind mai puțin dezirabile în comparație cu nașterea unui singur făt.

Fertilizarea in vitro a adus cu sine încă un șir de probleme etice dintre care putem menționa: crioconservarea ovarelor, ovulelor, spermatozoidilor și embrionilor; setea nesăbuită de profit a companiilor ce prestează genul dat de servicii; diagnosticul genetic efectuat înainte de implantare cu selecția anumitor particularități, de exemplu sexul copilului, de către potențialii părinți; embrionii „nedoriți”; dorința de a avea copil a cuplurilor de același sex, persoanelor singure și necăsătorite etc.

În altă ordine de idei, problema utilizării FIV pentru satisfacerea dorin-

ței de a avea copil a cuplurilor de același sex se impune în mod stringent în societatea contemporană. Actualitatea temei este dată de ascensiunea mișcării LGBT și lupta lor pentru drepturi egale, inclusiv dreptul la familie. Deocamdată soluția funcțională pare a fi reglementarea juridică de către organele statului a tehnicii FIV cu stabilirea unui cadru de rigid de indicații și potențiali beneficiari.

O voce răsunătoare în cadrul acestor polemici a fost cea a instituțiilor religioase. Deși reprezentanții diferitelor culte adoptaseră varii poziții, diatriba marcantă a fost adusă de Biserica Romano Catolică. În 1987 ea și-a declarat opoziția față de fertilizare in vitro invocând trei argumente: încălcarea principiului „sanctității vieții” prin distrugerea embrionilor neutilizați; posibilitatea fertilizării in vitro de către un donor străin, altul decât soțul, astfel plasând reproducerea în afara contextului mariajului; ruina legăturii dintre procreare și actul conjugal.

În concluzie, problemele bioetice ale fertilizării in vitro rămân încă a fi deschise, neidentificându-se o soluție universal valabilă.

IMPLICAREA PRINCIPILOR BIOETICE ÎN PREVENIREA MALADIILOR INFECȚIOASE

Irina Lozneanu, studentă

Conducător științific: Ludmila Rubanovici, dr. în filos., lect. univ., Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

INVOLVEMENT OF BIOETHICAL PRINCIPLES IN PREVENTION OF INFECTIOUS DISEASES

A significant global increase in the number of patients with infectious diseases, including helmentiasis, contribute to increased vulnerability in society. It is very important to understand and determine the potential medical and nonmedical factors in infectious diseases, which can influence the efficiency of the medical assistance in the context of observing the bioethical imperatives.

Maladiile infecțioase determină un contingent de populație vulnerabilă. Un loc special reprezintă infecțiile parazitare ce constituie o amenințare pentru sănătatea populației, estimându-se la circa o treime din populația

lumii, fiind cauza apariției unor maladii, mai mult sau mai puțin grave, precum flebitele, trombozele și chiar șocul anafilactic. Organizația Mondială al Sănătății (O.M.S) raportează că mai mult de 1 mlrd. de oameni din întreaga lume sunt infestați cu diverse specii de paraziți intestinali, iar helmintiazele sunt cauza evoluției unor stări patologice grave, uneori chiar letale. Helmintiazele cunosc o largă răspândire și în țara noastră, afectând cu precădere sănătatea copiilor. Studiul asupra morbidității bolilor infecțioase arată că helmintiazele se plasează printre „topul” maladiilor, cedând îmbolnăvirilor de gripă și alte infecții acute ale cailor respiratorii superioare, iar odată cu intensificarea în ultimii ani a legăturilor internaționale și a migrației populației, se creează pericolul importării bolile parazitare din alte țări. Identificarea și monitorizarea pacienților potențial infestați cu paraziți a devenit o condiție necesară în practica medicinei preventive.

Deși profilaxia bolilor infecțioase și a infestațiilor cu helminți în instituțiile pentru copii și adolescenți este bazată pe realizarea unui complex de măsuri speciale profilactice și antiepidemice, numărul acestora nu este în scădere. Pentru a preveni apariția bolilor infecțioase în instituțiile pentru copii se realizează următoarele măsuri: 1) toți copiii din nou primiți în instituția data sunt supuși unui control medical profund pe baza căruia părinții prezintă adevăruri medicale despre starea de sănătate eliberate de policlinica de circumscripție; 2) efectuarea de către medicii-pediatri a controlului medical periodic al copiilor în funcție de vârstă, analiza și aprecierea datelor acumulate, depistarea copiilor bolnavi; 3) sporirea rezistenței organismului copilului la diferite boli infecțioase prin: crearea condițiilor optimale ale mediului de activitate din instituții; organizarea corectă a regimului zilei și a diferitelor activități; 4) alimentația echilibrată; folosirea pe larg a tuturor mijloacelor și formelor de educație fizică, sport și de călire a organismului; 5) crearea imunității specifice la copii și adolescenți prin efectuarea vaccinărilor profilactice; 6) respectarea în instituțiile preșcolare a izolării de grup și individuale; 7) separarea tuturor obiectelor de uz personal ale fiecărui copil; 8) interzicerea frecventării instituției date de către acei copii, care au fost la domiciliu în contact cu un bolnav de boli infecțioase, etc.

Problema educației pentru sănătate și cea a calității serviciilor medicale de prevenire a infestațiilor cu helminți acordate populației capătă o actualitate deosebită în medicina contemporană autohtonă. Calitatea serviciilor medicale pentru pacienții cu aceste maladii infecțioase prevede o abordare complexă, inclusiv și prin implementarea cunoștințelor bioetice

în practica medicală de prevenție. Medicul infecționist trebuie să acționeze întotdeauna după conștiința sa și în interesul maxim al bolnavului în acord cu principiile bioeticii. Astfel, fiecărui pacient să i se respecte: autonomia, dreptul la o protecție corespunzătoare a sănătății lui, asigurată prin măsuri preventive de îngrijire a sănătății; informarea despre serviciile de sănătate și modalitatea optimă de utilizare a acestora; de a fi înștiințat complet despre starea de sănătate, procedurile medicale propuse, despre riscurile potențiale și beneficiile pe care le presupune fiecare procedura, asupra alternativelor, diagnosticului, prognosticului și progresiei tratamentului; iar informația oferită va fi comunicată pacientului într-un mod corespunzător capacității sale de înțelegere. Toate acțiunile medicului trebuie supuse în conformitate cu procedurile etice, cu voință și consimțământ conștientizat de pacient sau reprezentantul legal al acestuia; toate informațiile despre starea de sănătate a pacientului, diagnosticul, prognosticul și tratamentul precum și alte informații de natură personală vor fi prestate confidențial. Medicul nu trebuie să intervină în viața particulară a pacientului doar cu acordul acestuia sau dacă intervenția poate fi justificată ca necesară diagnosticului, tratamentului sau îngrijirii pacientului. Intervențiile medicale se efectuează numai în prezenta acelor persoane care sunt necesare și dacă pacientul nu a solicitat altfel. Pacienții infectați au dreptul la intimitate. Accesul la serviciile medicale trebuie să fie ușor înțelese pentru toți, fără discriminări și în conformitate cu resursele financiare, umane și materiale disponibile.

Putem conchide că este foarte important ca sistemul medical preventiv din țara noastră atunci când elaborează noi paradigme pentru perfectarea acestuia: 1) să se bazeze pe o concepție adecvată despre om și mediul în care acesta există; 2) să diminueze expunerea la factorii de risc și contribuie la schimbarea comportamentului de risc pentru sănătate al populației; 3) să pună accent pe depistarea precoce a bolilor contagioase, ceea ce ar favoriza reducerea numărului de zile de spitalizare și a medicației cazurilor severe, precum și la scăderea costului medical; 4) să stabilească programe de sănătate pentru comunitate prin creșterea gradului de informare a populației în legătură cu infecțiile parazitare și nu numai, reducând astfel indicii de transmitere a infecțiilor contagioase; etc. Bioetica, ca drept studiu sistemic-complex a comportamentului și activității umane, printre multiplele sale scopuri, unul dintre ele, are de a evidenția sectorului nominalizat al intervențiilor publice necesitatea de eforturi comunitare întru prevenirea maladiilor infecțioase și promovarea sănătății.

PROBLEME ETICE IN RELAȚIA MEDIC-PACIENT ONCOLOGIC

Irina Roabeș, studentă

Coordonator științific: Anatolie Eșanu, conf. univ., Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova
irinaroabes@mail.ru

ETHICAL ISSUES IN RELATIONSHIP OF DOCTOR AND CANCER PATIENT

Cancer is the current global problem of humanity, because of the steady increase of morbidity and mortality in the past decades. The role of communication in the doctor and oncological patient relationship, is become more important, and in many respects due to the patient's access to a huge amount of information about their disease and treatment options.

O problemă importantă în rândurile pacienților oncologici, cât și a medicilor oncologi, ține de informarea și comunicarea adevărului despre boala sa și a pronosticului, diagnosticul în sine constituind o traumă. A spune pacientului că el are cancer, este ca și cum l-am lua dintr-o existență „normală” și l-am duce într-o alta „bolnavă”, cu o etichetă social greu de purtat, respective ea pare o presiune enormă – mentală și fizică – asupra bolnavului în primul rând. Concomitent cu cele menționate, medicul oncolog este și el presat de responsabilitatea de a comunica pacientului cu cancer toate informațiile de care acesta are nevoie într-un mod cât mai eficient, atent și empatic. Reacția unui pacient diagnosticat cu cancer poate fi diferită de la o extremă la alta (prin resemnare, prin furie sau frică, tristețe sau șoc până la sinucid), reflectându-se asupra capacității de decizie, ceea ce face necesar ca medical să-și cunoască bolnavul atât de bine încât în cazul dezvăluirii diagnosticului să poată analiza riscurile și consecințele de unde și survine problema de a îi comunica sau nu.

Informarea și comunicarea adevărului cu privire la boala pacientului este în strânsă legătură cu decizia medicală. Cine decide în cazul unui pacient căruia nu i s-a comunicat adevărul despre condiția în care se află? Până la ce punct bolnavul poate să cunoască starea sa și în consecință, în ce măsură, trebuie să intervină în decizia medicală referitoare la tratamentul său? Prin urmare, cine decide? Medicul singur? Pacientul singur? Este vorba despre o decizie luată împreună? Care este așa dar natura relației

medic-pacient? Comunicarea adevărului bolnavului este în practica medicală, însă, un proces mai complex ce determină astfel și evoluția relației medic-pacient care se desfășoară în variante diferite: diagnosticul și prognosticul sunt ținute în secret de către medic, pentru a proteja bolnavul de frica morții și a suferinței, dar și pentru a se proteja pe el însuși; adevărul cu privire la diagnostic și prognostic poate fi spus de către medicul-tehnician, direct, fără nici o precauție, fără a pregăti bolnavul să primească aceste noutăți care, pot avea efect negativ asupra evoluției condiției lui de sănătate; posibilitatea de a respecta pacientul în acceptarea progresivă a bolii pentru că medicul este preocupat de percepția și de opinia pacientului său.

Totuși, până la urmă, o comunicare eficientă este baza unei relații medic-pacient de succes când pacientul participă în luarea deciziei ce privește investigațiile, metodele de tratament relevate prin intermediul consimțământului informat care vine să amelioreze frica și anxietatea pacientului, după ce acesta a primit toate informațiile de la medicul său, ceea ce face ca nivelul de încredere al pacientului să crească, astfel permițându-ne o reușită a actului medical. Relația medic-pacient este individuală ajustată în funcție de fiecare pacient, pentru că acesta să poată, după un anumit timp, să asimileze și să înțeleagă condiția în care se află, să urmeze tratamentele propuse și să participe la luarea deciziei. Această alianță are scopul de a ajuta în lupta împotriva bolii, apoi de a accepta moartea modificând perspectivele terapeutice și de tratament.

În definitiv, putem spune că informarea pacientului și comunicarea cu acesta este fundamentul indispensabil al consimțământului, care definește și caracterizează, în vremurile noastre, relația medic-pacient.

ASPECTE BIOETICE ȘI PSIHOLOGICE ÎN REABILITAREA PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI MENTALE

Gheorghe Savin, student

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
gicusavin9@gmail.com

THE BIOETHICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH MENTAL DISABILITIES

The rehabilitation of mental disabilities is one of the most important subject in medicine and social modern life. From this point of view, the bioethical

side of medical act such as the rehabilitation of patients with these pathologies represents an actual necessity. This fact has potential to be demonstrated in practical medical activity as well as in elaboration of perspective strategies .

Astăzi sănătatea mentală constituie o importantă și multiaspectuală problemă atât la nivel global,cât și la cel național.Situația social-economică a țării lasă mult de dorit atât timp cât este neglijată acordarea de servicii calitative pacienților cu deficiențe mentale. Astfel, maladiile mentale contribuie la apariția vagabondajului, șomajului, săvârșirea infracțiunilor, creșterea cazurilor de suicid și al persoanelor dependente de substanțe psihotrope sau alcool. Însă cel mai grav lucru, ce trezește o deosebită neliniște, este creșterea ponderii retardului mental în rândul copiilor și adolescenților, precum și al persoanelor bolnave de schizofrenie, epilepsie și diferite tipuri de psihoze.

Serviciul reabilitării medicale a persoanelor cu dizabilități cauzate de tulburări mentale și de comportament trebuie să devină o prioritate în cadrul politicii naționale de prevenire, tratament, adaptare și integrare socială a acestor subiecți.Respectiv, pentru combaterea unor atare efecte este necesar, înainte de toate, de a elabora strategii de integrare a persoanelor cu dizabilități, bazându-se pe cooperarea dintre toate instituțiile responsabile de protecția socială,juridică,educația specială și asistență medicală corespunzătoare. E necesar ca atare strategii să includăurmătoarele acțiuni: utilizarea optimă a preparatelor psihotrope menite să reducă simptomele bolii și să evite recidivele; însușirea unor deprinderi de existență independentă și dexteritate socială; susținerea psihologică a pacienților și familiilor lor; asigurarea cu locuri de muncă a persoanelor cu dizabilitate; crearea unor alternative de trai pentru bolnavi cu suferințe mentale; elaborarea unor acțiuni complexe de perfecționare atât în cadrul instituțiilor de profil medical și social, cât și în cele unde permanent se află pacienți cu tulburări mentale; instituirea unor programe de pregătire și instruire a personalului.Pe lângă acestea trebuie sa fie prevăzute și strategii la nivel de societate cum ar fi: stimularea consumatorilor de servicii psihiatrice; crearea opiniei pozitive a societății vizavi de persoanele cu tulburări mentale, evitarea discriminării și stigmatului față de aceste persoane și față de personalul care îngrijește de ele.

Acțiunile întreprinse, cele cotidiene, ce se includ în realizarea actului medical de reabilitare, cât și componenteledin cadrul unei strategii menite să se aplice într-un plan național, trebuie să fie strâns corelate cu principiile

bioetice, urmărindu-se prin aceasta optimizarea tratamentului propriu-zis și respectarea drepturilor și integrității persoanelor al acestui contingent de suferinzi vulnerabili.

IMPLICAREA REPERILOR BIOETICE ÎN MEDICAȚIA TUBERCULOZEI

Silvia Topală, studentă

Conducător științific: Ludmila Rubanovici, dr. în filos., lect. univ.,
Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

INVOLVEMENT OF BIOETHICAL PRINCIPLES IN MEDICATION OF TUBERCULOSIS

Bioethics plays an important role in addressing and establishing the TB treatment tactic, based on respecting moral values and fundamental principles, which refers to the quality of life, health, freedom, dignity and integrity of the suffering patient. The most important elements in the effective prevention and control of tuberculosis are the interventions adapted to facilitate the early diagnosis, the completion of the treatment and to support the clinical approach of the cases, and the involvement of the bioethical issues in this context would enhance the quality of life.

Tuberculoza (TBC) este o boală contagioasă gravă care, deși se tratează, poate fi letală. Numărul de cazuri noi de TBC scade ușor de la an la an (cu aproximativ 5 % pe an), dar în acest ritm boala nu va fi eradicată în viitorul apropiat. Factorii care îngreunează înlăturarea cauzelor acestor maladii contagioase, sunt reprezentați de existența unor focare de TBC în societate, concentrate în rândul grupurilor celor mai vulnerabile, cum ar fi persoanele fără adăpost, consumatorii de droguri, alcoolicii și unele populații migrante, care pot prezenta un risc crescut de expunere, trăiesc în condiții precare, nu au acces la serviciile medicale, nu recunosc simptomele bolii, sau se confruntă cu dificultăți atunci când urmează tratamentul.

Condițiile sociale care predispun membrii societății la tuberculoză, tipul de tratament îndelungat, dificultatea fizică prin care trece individul, provocată de această maladie, precum și procesul de izolare a bolnavului de viața de zi cu zi, lasă o amprentă asupra modului de percepere a realității infec-

tatului pentru o perioada lungă de timp. Izolarea, deznădejdea, suferința, neliniște, frică, prejudecăți, riscul de a pierde locul de muncă sau neputința de a întreține familia, etc. sunt stări pe care suferinzii de TBC le suportă, iar uneori amână internarea până când tratarea devine puțin probabilă. Prin urmare, acești bolnavi au mare nevoie de sprijin moral individual, iar pentru societate e necesar un instrument de propagandă antituberculoză, **de educație** ce ar schimba comportamentele cu risc pentru sănătate.

Autoritățile de sănătate publică trebuie să fie conștiente de faptul că, persoanele care prezintă simptome nu vor solicita neapărat asistență medicală și nu vor urma întotdeauna tratamentul după ce au fost diagnosticate. Pentru depășirea acestor dificultăți sunt necesare măsuri specifice: diagnosticarea timpurie, finalizarea tratamentului și sprijinirea abordării clinice a cazurilor, opțiuni specifice pentru prevenirea și controlul TBC în cadrul grupurilor vulnerabile, reducând astfel transmiterea acestei maladii infecțioase.

În contextul reglementării și coordonării calității serviciului medical acordat pacienților cu TBC e necesar de a implementa principiile fundamentale ale bioeticii: garantarea autonomiei pacientului, non-dăunării (non-nocere), binefacerii, justiției, precum și respectarea dreptului social și individual al fiecărui cetățean. Dreptul social ar trebui să fie realizat de către stat și de alte organisme publice în mod obligatoriu, prin garantarea accesului, echității, continuității asistenței medicale, iar dreptul individual să prevadă respectarea demnității umane, inviolabilitatea vieții personale, accesul la informația despre sănătatea proprie, garantarea și respectarea confidențialității, dreptul bolnavului de a alege tratamentele alternative etc. **Implicarea principiilor bioetice în medicația TBC este indispensabilă în abordarea pacienților, care sunt diferiți după vârstă, rasă, grupului politic social sau religios. De asemenea, abordarea bioetică vizavi de subiectul expus, reprezintă un interes vădit pentru determinarea valorilor morale și soluționarea dilemelor medicale ce pot apărea.**

UNELE ASPECTE BIOETICE A STUDIILOR CLINICE PEDIATRICE

Doina Ciobanu, studentă

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

SOME BIOETHICAL ISSUES OF PAEDIATRIC CLINICAL TRIALS

Clinical trials provide reliable evidence of treatment effects by rigorous controlled testing of interventions on human subjects. Prescribing in children is often based on extrapolation from trials in adults due to the lack of paediatric data. Nevertheless, based on data on the safety and efficacy of adult therapy, when prescribed in children, treatment can have unpredictable and tragic effects.

Studiile clinice reprezintă experimente sau observații efectuate în scopul cercetărilor clinice. Astfel de studii de cercetare biomedicală sunt concepute pentru a răspunde la întrebări specifice despre intervențiile biomedicale sau comportamentale, inclusiv tratamente noi. Acestea oferă dovezi sigure ale efectelor tratamentului prin testarea riguroasă și controlată a intervențiilor pe subiecții umani. Studiile pediatrice sunt mai dificile de efectuat decât studiile pe adulți din cauza gradului de finanțare, a unicității copiilor și a problemelor etice speciale. Există o dilemă în găsirea unui echilibru între principiul nondăunării, și cel al binefacerii (administrarea medicamentelor în baza datelor extrapolate de la adulți; rezultatele obținute vor compensa sau nu riscurile potențiale la care sunt supuși copiii participanți?).

În studiile clinice cu implicarea copiilor sunt respectate aceleași principii etice ca și pentru adulți, însă există provocări etice suplimentare, deoarece copiii nu au capacitatea de a înțelege riscurile la care sunt supuși și depind de adulți în luarea deciziilor pentru ei. Consimțământul informat pentru participarea la studiile pediatrice este mai complex decât în cazul adulților, deoarece acesta se ia de la părinți sau tutore. Deși consimțământul părinților sau tutorei reprezintă o cerință legală, autonomia copiilor de asemenea trebuie respectată, iar cercetătorii au obligația să îi includă și pe ei în luarea deciziilor. Astfel, conform articolului VI, secțiunea 2, pct. 64, *Studii clinice pe persoane minore a Comitetul Național de Expertiză Etică a Studiului Clinic*, un studiu clinic pe minori nu poate fi efectuat decât dacă: 1) s-a obținut consimțământul în cunoștință de cauză a reprezentantului legal al copiilor; 2) minorul a primit informațiile în funcție de capacitatea sa de înțelegere din partea personalului medical, referitor la riscuri și beneficii; 3) dorința minorului, capabil să-și formuleze o opinie proprie, trebuie luată în calcul; 4) minorul care a atins vârsta de 10 ani va avea în mod obligatoriu dreptul la opinie dacă este în favoarea sănătății lui; 5) a fost conceput încât să reducă la minimum durerea, disconfortul, teama și orice alt risc previzibil legat de boală și de nivelul de dezvoltare. În cadrul

cercetărilor științifice nu se aplică constrângeri, stimulente financiare, iar beneficiul minorului prevalează intereselor științei și societății. Conform datelor statistice aproximativ 27% din populația lumii sunt copii, iar studiile pediatrie constituie doar 16,7% din numărul total de studii înregistrate pe portalul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS). Datele despre siguranța și eficacitatea multor medicamente utilizate la copii sunt surprinzător de rare. Deși, reglementările și inițiativele actuale îmbunătățesc cantitatea și calitatea studiilor clinice pe copii, există totuși unele deficiențe de respectare a principiilor morale ale bioeticii.

ASPECTE BIOETICE ȘI CLINICE ALE MORȚII CEREBRALE

Malvina Reaboi, studentă

Conducător științific: Victoria Federiuc, lect. univ., Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova
malvina_reaboi@mail.ru

BIOETHICAL AND CLINICAL ASPECTS OF BRAIN DEATH

Brain death is established in the context in which brain damage is so severe that it leads to the definitive and irreversible cessation of all brain functions. The validity of the concept of brain death, the bioethical and clinical aspects, which it raised not only remain non-static, but also increased in intensity. The current study concludes that (1) contemporary neuroscientific findings seem to challenge the validity of determining brain death by neurological criteria, (2) the concept and determination of brain death continued to grow philosophical and religious controversy, (3) the determination of brain death according to neurological criteria must meet in itself, transparency, trust, moral and bioethical integrity, as well as true scientific criteria.

Moartea cerebrală se constată în contextul în care leziunile pe creier sunt atât de grave în cât conduc la încetarea definitivă și ireversibilă a tuturor funcțiilor creierului. Validitatea conceptului de moarte cerebrală, aspectele bioetice și clinice, pe care le-a ridicat nu numai că rămân nestatornice, dar au crescut și ca intensitate.

Scopul studiului de față este oferirea unei imagini de ansamblu asupra literaturii și cercetărilor despre moartea cerebrală, cu accent pe perspective bioetice și clinice.

Rațiunea filosofică, studiul problemelor etice în medicină, cât și cercetările biomedicale, comportamentale confirmă angajamentul de a defini moartea cerebrală după criteriile neurologice. Însă obligațiunea bioetică de azi, în primul rând este să nu fie indiferentă în fața provocărilor biomedicale, ci mai degrabă ar trebui să sublinieze statornic sfințenia fenomenului extraordinar al vieții și respectul pentru fiecare persoană, fiind conștientă că persoana umană nu este o entitate auto-suficientă și autonomă, ci o creație care există ca un microcosmos. Ghidurile de practică clinică subliniază universal că determinarea morții cerebrale este examenul clinic care confirmă: 1. Inconștiența sau nonresponsivitatea. 2. Absența reflexelor motorii. 3. Absența respirației spontane (apnee). 4. Ireversibilitatea constatărilor neurologice, prin excluderea altor condiții reversibile coexistente. Reducerea sau încetarea acută a perfuziei creierului și a fluxului sanguin este ultimul eveniment fiziopatologic comun în dezvoltarea manifestărilor clinice de moarte cerebrală. În urma studiilor clinice (Walker 1978), la autopsie 10% din pacienți în moarte cerebrală aveau creierul normal, examenul histopatologic a identificat modificări minim ischemice sau absența acestora, în diferite regiuni ale telencefalului la aproximativ 40 % din pacienți în moarte cerebrală. Cercetările au confirmat că tăcerea electrică neuronală nu a indicat neapărat ireversibilă ischemia neuronală Dreier (2018). Descoperirile date nu ar indica potențialul reversibil al morții cerebrale? Moartea, ca despărțire a sufletului de trup, nu justifică nici de cum ideea considerării trupului ca un „simplu obiect”, care poate fi folosit după bunul plac al unor persoane terță. Nonresponsivitatea comportamentală nu echivalează cu inconștiență, apoi fundamentul filosofic al definiției bazat pe pierderea capacității de conștiință în moartea cerebrală este incongruent cu dovezi empirice.

Studiul trasează următoarele concluzii: 1. Descoperirile neuroștiințifice contemporane par să conteste validitatea determinării morții cerebrale prin criteriile neurologice. 2. Conceptul și determinarea morții cerebrale continuă să creeze controverse filosofice și religioase. 3. Determinarea morții cerebrale după criteriile neurologice trebuie să întrunească în sine, transparența, încredere, integritate morală și bioetică, la fel și criteriile științifice veritabile.

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

ACTUALITATEA INSTRUMENTARULUI FILOSOFIEI
PRIVIND ÎNȚELEGEREA PROVOCĂRILOR SOCIETALE

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

*THE ACTUALITY OF THE PHILOSOPHICAL INSTRUMENTALITY
TO UNDERSTANDING SOCIETAL PROVOCATION*

In this paper the issues is focuses on role of the philosophical instrumentality to understanding the nature of the societal provocation in the two decades of the XXI century. The author's view means link the necessity to understand that philosophical instrumentality facilitate to put in evidence the presence of the societal provocation in all of the things and how level is there communication. As far as trough philosophical instrumentality its try to sensibilization social actors about renewing and accepting the complexity in all actions, including communication between the things.

Primele decenii ale sec. XXI reliefează nu doar o continuare, dar și o aprofundare a provocărilor moștenite de la sec. XX. Provocări aprofundarea cărora se atestă ascensiunii oportunităților nemaîntâlnite în istoria civilizațiilor se datorează ale Erei Informaționale. Concomitent acestea influențează realitățile atât pe orizontală, cât și pe verticală și rămân dificil de interpretat și valorificat. Se constată o diversitate distinctă în proliferarea surselor care le alimentează și o insuficientă prezenței a mecanismelor reglatorii ce ar facilita înțelegerea impactului provocărilor asupra tuturor domeniilor de activitate. De asemenea că, domeniile de activitate la rândul

lor influențează considerabil desigur comportamentul uman și cel comunitar, dar și pe cel envioremental. Și în consecință se declanșează procese periculoase care se răsfrâng peste toate palierele, catalizând spargerea frontierelor în și dintre entități. În acest sens se evidențiază o stringentă nevoie de redimensionarea demersului și acceptarea aspectelor filosofice ale acestuia care reflectă și asigură sustenabilitatea interconexiunii, interdependenței, interacțiunii, dar și comunicării în /și dintre lucruri [1, 2]. Cu remarcă că înțelegerea și acceptarea rostului filosofiei în redimensionarea demersului se regăsesc în de la activitățile acțiunilor, dintre acțiuni până la abordarea în complex valorificându-i instrumentarul și facilitându-și identificarea și sustenabilitatea problematizărilor în toate domeniile [2, 3].

În acest context studiul vine să susțină necesitatea revenirii la filosofie și instrumentarului ei în dificilul drum al căutărilor de căi viabile pentru înțelegerea naturii provocărilor în și dintre acțiunile societale și enviorementale. Este vorba de reflexivitatea instrumentarului filosofiei care evidențiază caracterul provocărilor, deoarece acestea continuând a fi înțelese fragmentar bulversează deopotrivă efectele, consecințele rezultatelor spectaculoase ale acțiunilor ce se întreprind și ulterior influențează deopotrivă toate palierele atât în societal și cât și în cel envioremental. Subînțelese nu arareori aducătoare de soluții pe potrivă problemelor cu care se confruntă lumea contemporană acestea nu sunt lipsite de inadvertențe. Cu toate acestea respectivă considerăm că poate fi depășită cu ajutorul instrumentarului filosofiei. De ce ? Deoarece instrumentarul înglobează de la metodele generale, particulare, inter și multidisciplinare, reperele axiologice până interacțiunea, interdependența și intercomunicarea dintre acțiuni și lucruri ce asigură inerența resetării. Și nu oricum ci pe potrivă provocărilor și în raport cu nevoile și necesitățile ce explică caracterul acțiunilor.

De asemenea, reflexivitatea instrumentarului asupra soluțiilor identificate pentru problemele stringente facilitează înțelegerea deschiderilor de noi orizonturi și impulsionează cunoașterea lor. Astfel, instrumentarea deschiderilor demonstrează că în realitate acestea sunt mai mult devastatoare chiar dacă se consideră aducătoare de beneficii condiției umane, mediului societal și enviorementul. Discutăm de faptul că în acțiunile ce se întreprind se identifică discrepanțe majore care afectează relația enviorement – om – societate. Ca urmare, crasele ineficiente din acțiunile menite prin activitățile desfășurate nu ameliorează situația, ci dimpotrivă. Se constată că activitățile acțiunilor ce se desfășoară comunică insuficient între ele și

sunt facil de deviat de la pilonii valorici ce le asigură constituirea și menținerea unui raport de congruență dintre ele. Or, congruența necondiționat impune respectarea reperelor valorice la toate nivelurile în și dintre actorii sociali, dar și dintre societate și enviorement. Drept exemplu, criza financiar-bancară declanșată în 2008, pornind din SUA s-a rostogolit peste toate societățile, ieșirea din care experții internaționali continuă să susțină că lucrurile se vor schimba fundamental, inclusiv structura socială [4]. În timp se reliefează că cel mai mare tribut s-a rostogolit peste societățile în curs de dezvoltare deoarece activitățile acțiunilor factorului intern n-au fost la fel de concludente ca cele din societățile prospere.

Dezvoltând subiectul în continuare insistăm pe înțelegerea rostului încetățenirii instrumentarului filosofiei în cunoașterea naturii provocărilor și aspecte prin care se influențează tabloul lumii contemporane. În această ordine de idei, invocarea instrumentarului filosofiei înseamnă o tentativă de a sensibiliza comunitatea academică și opinia publică asupra ponderii provocărilor și necesitatea abordării în complex a acțiunilor pe toate palierele realității. De ce? Deoarece oportunitățile societății bazate pe cunoaștere din cadrul Ereii Informaționale oferă posibilități, dar și responsabilități în valorificarea acestora. Responsabilități care raportate la problemele stringente cu care se confruntă nu doar societatea ci și *terra* denotă că acțiunile s-au întreprins și în mare continuă să fie fragmentariste și insuficient de complexe. Drept exemplu, înțelegerile adoptate la nivel de șefi de stat de-a lungul timpului, începând cu Tratatul de la Rio-de-Janeiro(1992) [5] atât de necesare pentru revigorarea mediului envioremental și social s-au spart de interesele de grup, corporative etc, chiar dacă oficial se invocă alte cauze. Astfel, instrumentarul filosofiei reflectă că acțiunile gen dezvoltarea durabilă menite să conducă la salvagardarea mediului social și envioremental sunt mai degrabă forme fără conținut. Sau un conținut care ușor se demontează deoarece reperatele sunt mai degrabă divergente decât congruente. Or, conținutul devine unul sustenabil și aduce valoare acțiunilor doar atunci activitățile care se întreprind comunică atât pe interiorul acțiunii, cât și pe exterior acesteia cu celelalte. Cu atât mai mult cu cât oportunitățile sparg frontierele, inclusiv la capitolul comunicării la nivel de acțiuni pe diferite paliere fie societal, fie envioremental [6].

Concomitent provocările bulversează realitatea și contrar așteptărilor speranțele privind soluțiile identificate de fapt declanșează procese în societate și enviorement cu un alt nivel de relaționare. Deoarece actualmente

relaționările dintre procesele declanșate, datorită oportunităților Erei Informaționale se extind atrăgând în orbita lor și pe cele deja manifeste atât pe orizontală, cât și pe verticală. Vorbim de oportunități care modifică relaționările dintre procese facilitându-le cunoașterea prin observație pe orizontală în timp ce pe verticală aceasta se confruntă cu elemente mai puțin cunoscute și dificil de prognozat. Cu atât mai mult cu cât, modificările redimensionează semnificația relaționării pe orizontală și verticală în și dintre procese, canalizând multiple necunoscute în aprofundările ce se prefigurează și întârzierile privind elaborarea și implementarea mecanismelor regulatorii. Elaborări în care pilonii valorici se completează cu supape sinergice responsabile de reorganizarea, regenerarea și resetarea mecanismelor pe potriva provocărilor. Astfel, eficiența mecanismelor regulatorii devine proporțională valorificării rezultatelor și continuitatea în cele obținute ulterior drept inovații. Pe termen lung înțelegerea deschiderilor de noi orizonturi și disponibilitatea de ale încetățeni atât în raport cu nevoile și necesitățile mediului social, dar și cu cele ale mediului ambientalului. Cu remarcă că, procesele în calitate de axiome se regăsesc în acțiunile care se întreprind prin inerența activităților și contribuie la diminuarea insuficiențelor.

Sine dubio, valorificarea instrumentului filosofiei privind caracterul acțiunilor care modifică societatea este mai mult decât necesar. Cu atât mai mult cu cât, și acțiunile grației deschiderilor EI și catalizate de provocările acesteia în mare sunt acumulative, dar și producătoare de multiple insuficiențe prin activitățile desfășurate sau deja încheiate [7, p.7-74]. Se evidențiază că aria de desfășurare a acțiunilor în circumstanțele provocărilor actuale tot mai mult se îndreaptă spre cele cu caracter planetar, sporind deopotrivă și insuficiențele, Insuficiențe care depășesc și cadrul acțiunii propriu-zise, și se transformă în fenomene severe cu costuri incomensurabile și în societate, și mediul. De ce? Deoarece deschiderile de noi orizonturi și oportunități pe potrivă continue a fi fructificate în activitățile acțiunilor realizate mai mult pe segmentarism, minimalizându-se condiția complexității. Astfel, în fața pericolului devastator pe care îl aduce segmentarismul reflexivitatea filosofiei vine cu accederea spre abordări complexe în activitățile acțiunilor și identificarea oportunităților care să conducă la încetățenirea unui comportament pe potrivă a actorilor sociali, în special în raport cu mediul. Studiul conturează că, depășirea abordării insulare a caracterului complex îl diminuează pe cel segmentar și crasele neînțelegeri ceea ce aduce un consens pe potrivă profunzimii nu doar a rezulta-

telor obținute, dar și asupra consumatorilor înșiși printre care se numără și autorii rezultatelor excepționale . Altfel spus, are loc perpetuarea înțelegerii valorificatoare privind conștientizarea redimensionărilor ce se produc la nivel de obiect – subiect, dar și în relația subiect-subiect; societate-ambiente.

Desigur în cromatica tabloului invocată instrumentarea redimensionării acțiunilor privind lucrurile și obiectelor este mai mult decât necesară și fundamentează importanța abordării în complex în acțiunile ce se întreprind. Cu atât mai mult cu cât, are loc nu doar spargerea obișnuitelor frontiere, ci toate palierele sociale și ambientale, schimbându-le. În această ordine de idei, înțelegerea complexității prin schimbările ce se produc pe toate palierele sociale și ambientale temerar se monitorizează parcursul provocărilor și accesarea lor în componenta *reînnoirilor*. Concomitent, complexitatea evidențiază că intensificarea interdependențelor, interacțiunilor și intercomunicărilor la rândul lor asigură complexitate acțiunii prin comunicare, relaționare, dintre părți în construcția întregului societate-ambiente. Astfel, angajarea reperelor a facilitat nu doar încetățenirea complexității acțiunilor sub asediul provocărilor, dar s-au dovedit a fi necesare pentru toate domeniile de activitate. De ce? Deoarece epistemic reperele înșiși sunt sub incidența reflexivității filosofiei domeniile căreia grație oportunităților societății bazate pe cunoaștere și deschiderilor Erei Informaționale acestea s-au *reînnoit*. *Șireînnoite* domeniile filosofiei se întorc în viața societății, înfruntând-ui condițiile în care s-au proliferat mai multe inadvertențe cu riscuri locale și globale susținute de accesul la informația mediatică și științifică, la produse forma cărora de departe nu se raportează la conținut independent de nivel de educație, pregătire profesională sau stare socială [7, p.7-74].

În loc de corolar reperele reintegrarea fundamentelor cunoașterii, contemporanitatea și acribia filosofiei fundamentează necesitatea complexității în acțiuni și reliefează că schimbările prin intermediul provocărilor ce se produc în societate vin mai degrabă în susținerea *reînnoirilor*. *Reînnoiri* care cu ajutorul rezultatelor teoretico-științifice și instrumentarul mecanismelor care le-au provocat le completează cu aspecte inițial considerate minore, dar se valorifică în acțiunile comunitare. Cu atât mai mult cu cât, arealul investigațional la care se recurge în vederea reliefării problemei identificate cuprinde de la sistemul informațional și comunicațional, descentralizarea axiologică, accesul nelimitat la informația științifică și mediatică până

la deschiderile de noi orizonturi cărora reflexivitatea filosofiei le asigură comunicarea dintre ele. Comunicare care sub incidența deschiderilor de orizonturi în sec. XXI consemnează și *reînnoirea* contribuției filosofiei la dezvoltarea societății, adică reanimare ei în viața cetății. Reanimare în care orizonturile deschiderilor cristalizează probabilitatea de a fi cunoscute și descifrează caracterul conectărilor concomitent cu limitele celui/celor ce tind să le cunoască, inclusiv la nivel societal. Cu atât mai mult cu cât, timpul acordat cunoașterii triadei cauze-efect-consecințe este unul net insuficient nu doar în raport cu pregătirea societății, omului, dar și infinit pentru sursele care alimentează orizonturile deschiderilor. Astfel, în căutările de soluții pe potrivă problemei filosofiei *reînnoirilor* în societate propusă spre examinare se apelează și la experiențele domeniilor adiacente cu ajutorul cărora se încearcă o întregire a elaborării și definirii și a paradigmei inter și multidisciplinare, dar și a acțiunilor ce se întreprind în comunitate. Acțiuni înțelegerea cărora ulterior facilitează sistematizările și sensibilizarea imanenței complexității ceea, și nu doar în studierea problemelor din domeniile filosofiei sau științei, ci și din toate celelalte domenii de activitate, inclusiv în raportul dintre societate și enviorenmentul.

Referințe bibliografice

1. Habermas J. *Discursul filosofic al modernității*. București: Editura All Educational, 2000. 368 p.
2. Salavăstru C. *Critica raționalității discursive: o interpretare problematologică a discursului filosofic*. – Iași: Editura Polirom, 2001. 216p.
3. Balahur P. *Problematologie și comunicare*. Iași: Editura “Performantica”, 2006. 270 p.
4. Taylor Ch. *Societatea în era pluralității*. Project Syndicate/Institute for Human Sciences, 2010. In: www.project-syndicate.org
5. Dușu M. *Tratat de dreptul mediului*. București: Editura C.H. Beck, 2007. 1109 p.
6. Weber M. *Teorie și metodă în științele culturii*. Iași: Editura Polirom, 2001. 184 p.
7. Pascaru A. *Prospectări epistemice privind societatea bazată pe cunoaștere*. În: *Integrarea tradițiilor filosofiei în societatea bazată pe cunoaștere*. Chișinău: Tipogr .Artpoligraf, 2019. 457 p.

SEMNIIFICAȚIILE „REVOLUȚIEI ETICE” DIN SOCIETATEA POSTMODERNĂ

Valeriu Capcelea, dr. hab. în filos., conf. univ.

director Filiala Nord a Academiei de Științe a Moldovei, Bălți, R. Moldova
vcapcelea@mail.ru

THE MEANINGS OF THE „ETHICAL REVOLUTION” OF THE POST-MODERN SOCIETY

The article addresses the issue of post-modern ethics in relation to traditional ethics. The author tries to demonstrate that new types of ethics have recently emerged – bioethics, techno ethics, global ethics, informational ethics, etc. it does not in any case represent an „ethical revolution” and the denial of the role of traditional ethics, which maybe use full in contemporary conditions. On the contrary, this means that ethics begins to exercise its prospective function, that post-modern ethic sis based on norms, principles and values developed within anthropocentric ethics.

În sec. al XXI-lea din cauza modului consumist și individualist de viață, oamenii nu mai doresc reguli juste și echilibrate, nu mai acceptă obligații care reclamă renunțarea la ceva. Astăzi ne confruntăm cu o viață socială absolvită de grijile morale: „este” nu mai e direcționat de „trebuie”. Eticianul român Alin Cristea consideră că aceasta afirmație trebuie interpretată moderat, completând-o prin trimitere la cartea filosofului francez Gilles Lipovetsky *Amurgul datoriei. Etica nedureroasă a noilor timpuri democratice*, în care el susține că nu se poate aplica societății post-moderne eticheta de „societate a permisivității generalizate”. De asemenea, el crede că ar putea fi denumită mai corect „epoca minimalismului”, în care spiritul rigorist nu dispare, ci nu mai este socialmente preponderent și consideră că logica post-moralistă este tendința dominantă a culturii etice din societatea post-modernă, dar nu singura. Ea nu exclude fenomene antinomice, precum acțiunile de caritate sau umanitare, acțiuni îndreptate împotriva avortului sau pornografiei. Cultura post-moralistă nu înseamnă și cultura post-morală, ci o etică fără devotament, în descendența accepțiunii lui G. Lipovetsky [apud: 4].

În aceste condiții, este evident faptul că dezvoltarea unei noi etici conformă cu timpurile de astăzi își are punctul de plecare în criza morală care și-a făcut apariția în ultimul secol, prin incertitudinile ce au rezultat în soci-

etatea industrială, iar mai târziu și în cea postindustrială. Trebuie să subliniem că criza morală a lumii post-moderne are aspecte teoretice și practice ample, forme de manifestare concludentă în relațiile sociale și interumane. Un aspect practic ale cărui consecințe sunt imprevizibile este diferența spectaculoasă dintre acțiune și rezultate, ceea ce a determinat o respingere a sferei de aplicare a regulilor morale. Relativizarea acestor reguli devine prevalentă, în condițiile fragmentării gestiunilor și activităților, dar în privința rezultatelor nimeni nu poate garanta și nici nu se pot face aprecieri.

Analizele și evaluările conceptuale ale noilor realități din lumea post-modernă au generat un nou concept de morală, ce corespunde dezvoltării societății umane într-o nouă etapă istorică. În unele lucrări științifice, raportările post-moderne etice sunt denumite chiar ca „revoluții etice”. În această ordine de idei, etica antropocentrică este denigrată și ridiculizată, fiind considerată una din constrângerile moderne care este sortită să fie aruncată la coșul de gunoi al istoriei, adică ceva fără de care lumea se poate astăzi descurca. Dintr-o altă perspectivă, se consideră că în societatea post-modernă se va afirma o nouă modalitate de afirmare a moralei, ce va conduce la abandonarea modurilor tradiționale de a înțelege problemele ei.

În opinia eticianului rus Abdusalam Guseinov, problema teoretică fundamentală a *eticii tradiționale* consta în identificarea frontierelor și conținutului activității libere, individuale și responsabile a omului cu scopul de a-i conferi un caracter perfect și virtuos îndreptat spre obținerea binelui comun [16, c.10]. Rolul ei se reduce la identificarea compromisului între contradicțiile apărute în rezultatul interacțiunilor indivizilor, între om și societate, între om și natura vie și cea moartă, între componentele sociale, biologice și personale ale psihicului uman.

Din această cauză, etica post-modernă se concentrează pe respingerea abordărilor de tip modernist și regândirea lor într-o altă manieră, care oferă o perspectivă mai exhaustivă în receptarea fenomenelor de masificare socială, de mercantilizare a socialului și de formare a noilor sfere de gândire și de acțiune în viață. *Etica clasică* se referă la interacțiunile dintre indivizi ca membri ai colectivității umane pornind de la discursul „ceea ce este” ca, ulterior, pe acest fundal să schițeze lumea ideală a „ceea ce trebuie să fie”. Însă, în condițiile societății bazate pe cunoaștere, „moravurile sociale depind astăzi nu numai de etosul indivizilor, dar, mai ales, de organizarea sistemică a societății în unele sau altele aspecte ale funcționării ei. Prețul social al omului este determinat nu numai de facultățile morale personale,

dar, mai ales, de însemnătatea morală a afacerii în care el muncește. Astfel, morala devine instituționalizată, se transformă în sfere aplicative unde competența etică este determinată, în mare măsură, de competența profesională în domeniile speciale ale activității umane [16, p.13].

În discursul etic post-modern, filosoful român Henrieta Șerban, observă coexistența individualismului hedonist cu redimensionarea și revigorarea preocupării pentru celălalt. *Pe de o parte*, obsesia calității și a excelenței guvernează nu doar profesia, ci, mai mult, atât relațiile personale, cât și cele de familie. *Pe de altă parte*, neindividualismul înfloarește. Persoana se vrea cât mai eficient protejată prin lege în multitudinea de drepturi de a dispune de sine. Pe acest fundal, acest discurs evidențiază legitimarea socială a *eutanasiei* eliberatoare (dar nu și a sinuciderii), a *schimbării sexului*, a *comercializării de organe* [13, p.71].

Prin urmare, se produc rezultate periculoase în planul raportului individ-societate generând o relativizare a sferei individuale, opusă acestora, dar constrânsă de predeterminări conceptuale. Este, fără îndoială un paradox al vieții post-moderne. „În efortul de a scăpa de singurătate și de nepuțință, suntem gata să scăpăm de eul nostru individual, fie prin supunerea față de noi forme de activitate, fie prin recunoașterea impusă a modelelor acceptate”, spune filosoful american Alexander Wolfe [15, p.33]. Individul nu poate trăi doar în limita orizontului interior. Are nevoie de mai mult, iar acest „mai mult” înseamnă socializare care presupune recunoaștere și admiterea identității. În lumea post-modernă nu putem spune că a te integra social este un lucru facil, însă lipsa acestei modalități de recunoaștere a eului propriu creează excluziune sau marginalizare, formula finală de manifestare este pierderea libertății. La baza societății post-moderne stau transformările care au survenit în planul cunoașterii umane, al reorientării acțiunilor individuale către relativizare și fragmentare. Aceasta a creat o nesiguranță în societatea umană condusă după reguli raționalist-pozitive. Existența unor răspunderi morale pe baza unui cod simbolic recunoscut universal a generat practici individuale acceptate. A. Wolfe subliniază, referindu-se la moralitate: „e o practică negociată între cei cu care se învață și sunt capabili de dezvoltare pe de o parte și o cultură capabilă de schimbare pe de altă” [15, p.36].

O concluzie rezumativă pe care o putem sublinia despre conceptul de moralitate în lumea post-modernă, este incapacitatea rațiunii de a rezolva problemele umanului. „Rațiunea nu poate ajuta eul moral fără a prima

eul de ceea ce-l face moral, impulsul neîntemeiat, irațional, indiscutabil, impardonabil și incalculabil de a se îndrepta către alții de a mângâia, de a fi pentru, de a trăi pentru fie ce-o fi”. În acest sens, Zigmund Bauman, referindu-se la morală subliniază: „Moralitatea poate fi raționalizată doar cu prețul renunțării și autodăruirilor. Din această renunțare întemeiată pe rațiune, eul este dezarmat moral, incapabil, lipsit de dorința de a înfrunta multitudinea de prevalări morale și vacarmul de prescripții etice. La capătul îndepărtatului drum al rațiunii așteaptă nihilismul moral care, în esență înseamnă nu refuzul codului etic obligatoriu și erorile teoriei relativiste, ci pierderea capacității de a fi moral” [1, p. 44].

Efectul cel mai important pe care l-a determinat proiectul moral al rațiunii triumfătoare universale este raportul dintre rațiune și conștiință, acesta fiind ultimul impuls al responsabilității morale. Conștiința, ca ultim liman, al umanului, nu poate fi supusă niciunui fel de constrângere și niciunui fel de subordonare față de o autoritate sau alta. În lumea modernă, conștiința are un standard de acceptare scăzut, nu este luată în considerare, este exclusă din context și are drept compensare gândirea rațională. Lumea post-modernă respinge, fără îndoială, preeminențele și exhaustivitatea rațională, considerând conștiința morală o garanție în rezolvarea problemelor concrete, iar responsabilizarea morală conștientă este cel mai important deziderat.

Astfel, etica are misiunea de a furniza un răspuns complex și adecvat la problemele cu care se confruntă societatea post-modernă: conflictele sociale și economice, crizele economice, politice și organizaționale care periclitează și pun în pericol progresul de mai departe a umanității. În aceste condiții, dimensiunea morală a personalității, a tuturor oamenilor implicați în procesul de schimbare și transformare socială, capacitatea lor de a se solidariza, de a se baza pe normele, principiile și valorile morale general-umane preferențiale, pe interesul comun, care poate să garanteze posibilitatea de dezvoltare ascendentă a societății, să soluționeze cu succes problemele majore cu care se confruntă societatea în mileniul trei. Prin urmare, astăzi este necesar de a conștientiza necesitatea de a supune în mod frecvent progresul cunoașterii științifice și forța în ascensiune a tehnicii unor judecăți permanente și sistematice de valoare morală.

Astăzi impactul tehnicii asupra dezvoltării sociale dă naștere unui șir întreg de probleme care nu sunt o consecință nemijlocită a acțiunilor ei, dar pot să producă, în același timp, urmări sociale de amploare care se resimt la

nivelul mentalităților individuale și colective, la nivelul politic și economic. Ele presupun, în mod obligatoriu, anumite schimbări radicale ale valorilor sociale cu care se ocupă *tehnoetica* [a se vedea: 2, 12]. Referindu-se la problema privind provocările tehnologiei contemporane filosoful german Hans Jonas, răspunde cu o etică bine întemeiată, pentru că, se pare că ar fi necesar, să se opună gândirii antropocentrice [apud: 14, p. 48]. Această etică a viitorului nu este gândită, de altfel, ca un proiect al unei etici normative generale. În opinia lui, ea nu trebuie să înlocuiască în niciun caz „toate eticele anterioare”. Mai mult decât atât, ea trebuie să completeze „etica de până acum” cu noi probleme specifice ale acțiunilor din cadrul civilizației tehnologice, trebuie să fie „o etică de prevenire” pentru a evita „răul extrem” ca urmare a supraîncărcării biosferei, respectiv o sinucidere a speciei umanității.

În contextul globalizării a apărut de curând un concept numit etica globală care analizează și caută soluții etice la provocările lumii contemporane (schimbările climatice, sărăcia, terorismul, drepturile și libertățile omului, imigrația, resursele limitate, discriminarea, comerțul internațional, turismul medical, relațiile etico-politice dintre state, etc.). Astfel, orizontul etic este extins de la un cadru regional (continental) la nivel mondial, în cadrul unui proces care implică valori universale, norme și concepții etice care aparțin unui câmp preexistent, dar oferă și o nouă înțelegere a lucrurilor din perspectiva responsabilității, solidarității, drepturilor și a obligațiilor. Din punct de vedere al conținutului, etica poate fi considerată globală atunci când justificările, valorile, principiile și normele pe care le cuprinde au o semnificație morală și acoperire la nivel mondial. Etica globală este preocupată mai mult de comunități, decât de persoane fizice, eficiența fiind astfel mai mare. În opinia noastră, etica globală, bazată pe principii și valori larg acceptate, funcționează dacă aplicarea ei se realizează în domenii majore, cu acoperire globală: etica mediului pentru problemele generate de poluare; etica drepturilor, etica politică, etica afacerilor ca răspuns la globalizarea economiei și a pieței financiare, etica mass-media în contextul dezvoltării tehnologiei informațiilor și în mod deosebit a internetului. etica medicală și bioetica ca răspuns la dilemele generate de noile descoperiri ale științei și biotehnologiei. *Bioetica*, în viziunea filosofului autohton Vitalie Ojovanu, în sens larg, poate fi interpretată drept etica vieții în general, iar fiind privită sub acest aspect, ea depășește cadrul eticii profesionale medicale și se apropie mai mult de etica ecologică, pentru că, unindu-și forțele,

ele pot să elaboreze aspectul etico-filosofic al problemelor viitorului omenirii și a tot ce e viu pe Pământ [a se vedea: 10]. Astfel, se poate constata că etica globală, înțeleasă astfel, este conectată ca etică normativă și în domeniul eticii aplicate.

Despre necesitatea elaborării unui *Cod de norme etice și morale* ce ar schimba caracterul globalizării s-a referit Papa Ioan Paul al II-lea în adresarea către *Academia Pontificală de Științe Sociale* în 2001: „Globalizarea din punct de vedere aprioric nu este nici bună, nici rea. Ea va fi așa cum va fi făurită de oameni. Nici un sistem nu poate să se finalizeze prin sine însuși, și, din această cauză, trebuie să insistăm ca globalizarea ca și alte sisteme, să fie pusă în serviciul omenirii. Ea trebuie să slujească solidarității și binelui comun [6, p.158]. În opinia lui, „valorile morale general-umane există în toată multitudinea formelor sale culturale, dar ele trebuie găsite și evidențiate în calitate de forță conducătoare a dezvoltării și progresului general” [6, p.159].

O nouă dimensiune a eticii post-moderne o constituie *etică și schimbările climatice globale* [a se vedea: 5, 11, 7, 8, 3]. În opinia filosofului american, Stephen M. Gardiner, problema schimbărilor climatice este, din punct de vedere teoretic, o provocare, atât în sine, cât și în virtutea problemelor globale ale umanității. Iar Dale Jamieson, sugerează ideea că abordarea cu succes a schimbărilor climatice va necesita o schimbare a paradigmei fundamentale a eticii și cercetarea acestui fenomen din punct de vedere interdisciplinar.

O analiză succintă a lucrărilor cu privire la *dimensiunea etică a schimbărilor climatice și a încălzirii globale* ne arată că, *pe de o parte*, nu există suficiente studii care ar examina relațiile existente între schimbările climatice globale și moralitate, iar *pe de altă parte*, ne demonstrează că filosofii nu au reușit să-și focalizeze atenția asupra acestor probleme. În opinia specialiștilor în domeniu, schimbările climatice reprezintă o problemă ce ține și de etică (morală), care necesită o schimbare a paradigmei nu doar în domeniul economic, dar, mai ales, în cadrul eticii globale.

Deoarece în mileniul al treilea societatea se transformă cu ritmuri sporite care sunt asigurate de tehnologiile informaționale și cunoașterea teoretică, care au devenit sursa principală pentru inovarea societății, etica, în aceste condiții, trebuie să-și asume noi funcții. La funcțiile ei tradiționale – *cognitivă, normativă, persuasivă și educațională*, care au menirea de a sistematiza experiența morală a umanității, trebuie să se adauge o nouă func-

ție – cea *prospectivă*. În opinia eticianului român, Sorin Maxim, conceptul de etică prospectivă se referă „la o nouă dimensiune a discursului teoretic moral de a nu se mulțumi doar cu reflecția asupra realității ci de a se apleca și asupra înțelegerii și descrierii unei lumi care nu este încă, dar care ar putea fi, întrucât nu contrazice tendințelor și legităților dezvoltării sociale actuale” [9, p.22-23]. După el, importanța acestei noi funcții constă în capacitatea discursului etic de a anticipa o realitate socială viitoare, cu lucruri bune sau rele, cu schimbări mai mult sau mai puțin semnificative la nivelul comportamentului moral individual sau de grup [9, p.23].

Prin urmare, trebuie să ne îngrijim din timp ce consecințe va produce globalizarea, ce impact asupra oamenilor și comunităților umane vor avea noile tehnologii informaționale, cum va putea fi administrat ritmul excesiv și rapid al schimbărilor și transformărilor sociale, cum pot fi pregătiți oamenii să reziste în fața unei realități unde „normalitatea” este dată chiar de schimbare, stabilitatea reprezentând doar „accidentul”. La aceste întrebări etica prospectivă trebuie să găsească răspunsuri, pentru a pregăti umanitatea să reziste în fața pericolelor sau sfidărilor viitorului, care ce apar în urma utilizării tehnicii și tehnologiilor contemporane.

În concluzie, putem afirma cu certitudine că nu poate fi vorba despre o „revoluție etică” în societatea post-modernă, despre faptul că etica tradițională poate fi aruncată la coșul de gunoi al istoriei, ci despre o dezvoltare a funcției prescriptive a eticii în general, care pe baza realizărilor eticii tradiționale, abordează cele mai stringente probleme cu care se confruntă omenirea, care a condus la apariția unui șir întreg discipline etice netradiționale – bioetica, tehnocetica, etica Pământului, etica globală, etica schimbărilor climatice, etica informațională etc.

Referințe bibliografice

1. Bauman Z. Etica postmodernă. Trad. de Dina Lică. Timișoara: Editura Amacord, 2000. 310 p.
2. Bechmann G. Ethische Grenzer der Technikodertechnische Grenzer der Ethik? In: Geschichte und Gegenwart. Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte, Gesellschaftsanalyse und politischen Bildung 1993, nr.12, p.213-225.
3. Capcelea Valeriu. Dimensiunea etică a schimbărilor climatice. În: „Știința în nordul republicii Moldova: realizări, probleme, perspective, conferință națională (2015, Bălți). Conferința națională cu participare internațională „Știința în nordul Republicii Moldova: realizări, probleme, perspective” 25-26 septembrie 2015, Bălți. Col. red. V.Capcelea. Bălți: Tipogr. „Indigou Color”, 2015, p.165-167.
4. Cristea A. Etica postmodernă. Paradoxuri. Antinomii. Echivocuri. În: www.revistaperspective.ro. (accesat: 19.09.2019).

5. Gardiner Stephen M. Ethics and Global Climate Change. In: Ethics, 2004, Vol.114, No.3, p.555-600.
6. Giovanni Paulo II. Globalizzazione ed etica sociale. In: Aggiornamenti Sociali, 2001, No 6/52, p.153-160.
7. Jamieson Dale. Global Responsibilities: Ethics, Public Health and Global Environmental Change. In: Indiana Journal of Global Legal Studies, 1998, nr.5, p.99-119.
8. Jamieson Dale. Climate Change and Global Environmental Justice. In: Changing the Atmosphere: Expert Knowledge and Global Environmental Governance. Ed. P.Edwards and C.Miller, 2001, p.287-307.
9. Maxim S.-T. Peripatetică. Iași: Ed. PIM, 2010. 202 p.
10. Ojovanu Vitalie. Axiologia și medicina: dimensiuni teoretico-metodologice. Monografie. Chișinău: UASM, 2012. 304 p.
11. Page Ed. Intergenerational Justice and Climate Change. In: Political Studies, 1999, p.53-66.
12. Ropohl G. Ethik und Technikbewertung. In: Gesellschaftsmacht Technik. Vorlesungen zur Technikgenese als sozialer Prozess. Frankfurt am Main: G.A.B.F. 1994.
13. Șerban H.A. Tipologia discursului postmodern. În: Analele Universității din Craiova. Seria Filosofie, 2008, nr. 1/21, p.55-79.
14. Wagner A. Valorile de viitor ale societății vestice din perspectiva lui Hans Jonas și a elementelor culturii „rușinii” și a vinei”. Cluj-Napoca: Universitatea Babeș-Bolyai, 2012. 20 p.
15. Wolfe A. Whosekeepers? Social Science and Moral Obligation. Berkeley: University of California Press, 1989. 371 p.
16. Гусейнов А.А. Этика и мораль в современном обществе. In: iph.ras.ru/upl-file/root/biblio/em/em1/2.pdf (accesat: 12.09.2019).

MIRCEA ELIADE – PROMOTEUR DE L'ANTHROPOLOGIE DES PROFONDEURS

Petre Dumitrescu, doctor, Profesor Emerit,
Facultatea de Filosofie și Științe Social-Politice
Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, România
petrepc@yahoo.com

MIRCEA ELIADE – PROMOTER OF ANTHROPOLOGY OF THE DEPTHS

We start from the idea that the archaic ontology is, ultimately, in M. Eliade's vision, similar to that of the human structure. This opens the prospect of proving that the Romanian thinker lays the foundations of an anthropology

of the depths, which provides the optimal framework for understanding the eternal substance of man.

Possédant «un goût prononcé pour de vastes synthèses», selon la caractérisation de son ami Emile Cioran, M. Eliade a voulu démontrer, en qualité autant de savant que d'écrivain, que les structures de l'expérience religieuse révèlent les structures fondamentales de la manière d'existence généralement humaine. L'expérience religieuse comme expérience «totale» qui engage l'homme complet, révèle à l'homme la modalité d'être au mode; toute religion, par sa portée vers transcendant, vers le sacré, vers l'être se présente aussi comme ontologie et instaure un régime ontologique spécifique.

Mais les structures profondes du réel, le sacré, l'être ou l'absolu ou quel que soit son nom, ne nous sont pas accessibles par concepts ou langage; le mystère, soutient M. Eliade, est «irécognoscible» pour notre pensée basée sur la logique abstraite et les classifications en genres et espèces. Il reste à l'homme moderne soit de se résigner devant le mystère, soit d'apprendre à le reconnaître sous la forme de ses infinis camouflages, dans les apparences, dans le profane, dans le non-être. D'ailleurs, le mystère prend la forme d'une véritable *coincidentia oppositorum*, de la fusion de l'être avec le non-être, du sacré avec le profane, de l'absolu avec le relatif, etc.

Au centre de l'oeuvre de M. Eliade il y a le souci de remettre à l'homme contemporain des messages culturels inconnus ou faussement compris par la révélation des situations existentielles de l'homme archaïque, par la découverte de l'univers imaginaire, mythique et symbolique de celui-ci, mais surtout sa préoccupation de surprendre les traits communs de l'homme archaïque et de l'homme moderne, les valeurs centrales, les dimensions quasi-permanentes de l'humanité.

En étudiant et en systématisant la vaste documentation concernant les soi-disant peuples «primitifs», M. Eliade arrive à l'étonnante et fascinante constatation que leurs gestes, leurs manifestations et leurs faits ne se déroulent pas au hasard, mais ils sont ordonnés dans un système cohérent, logique, ayant un sens et en même temps une signification profonde, ce qui le conduit à les englober dans le terme générique de «culture».

Cette culture traditionnelle, archaïque, originare doit être comprise dans sa substance propre et pas du tout par analogie à la culture moderne, parce que c'est cette dernière qui a valorisé la première. Au contraire, la culture moderne peut être mieux comprise par rapport à celle archaïque. Le sens est donc descendant: «au retour aux origines» semble être le secret d'une compréhension adéquate.

Partageant l'idée de l'incommensurabilité des cadres de pensée, Eliade considère que celui qui entreprend une étude de la spiritualité archaïque doit laisser de côté les convictions, les préjugés, les idées et même les sentiments qui ne lui servent à rien et se transposer sincèrement dans cette atmosphère des sociétés prémodernes ou traditionnelle.

Par le concept d'ontologie archaïque, M. Eliade suggère qu'il faut comprendre cette réalité fondamentale, absolue et ultime, sans laquelle les choses de la pensée des gens qui ont vécu dans les sociétés traditionnelles ne deviennent pas réelles, ne sont pas ce qu'elles sont. Pour comprendre son spécifique il faut se retourner dans le temps et faire des recherches dans l'univers mental de l'homme archaïque, univers conservé dans les mythes, les symboles et les pratiques rituelles envisagés par divers documents religieux. Leur étude profonde et objective dévoile une conception cohérente et rigoureuse sur le monde, la vie et l'être humaine qui a été élaborée à partir des niveaux les plus archaïques de culture. L'homme des sociétés prémodernes était avant tout préoccupé du problème de l'existence, de la vie dans laquelle il était inséré, au-delà de laquelle il avait l'intuition d'une réalité absolue, d'une matrice primordiale, d'où provenaient et où rentraient toutes les formes vivantes.

La mentalité archaïque qui est engendrée sous l'influence de cette ontologie fonctionne selon des normes et lois spécifiques qui mettent l'accent sur «l'impersonnel» sur «l'archétype», sur «la catégorie» sur «l'exemplaire». Pour l'homme archaïque le sens n'existe que dans ce qui peut être homologué aux principes métaphysiques et qui a un modèle et participe à une réalité ultime.

Le comportement de l'homme archaïque est totalement marqué par les idées de réalité, de valeur et de transcendance et tout ce qui en avait un certain rapport était considéré sacré. Pour l'homme des sociétés traditionnelles „un objet ou un acte ne devient réel que dans la mesure où il imite ou répète un archétype. Ainsi, la réalité s'acquiert exclusivement par répétition ou participation; tout ce qui n'a pas un modèle exemplaire est dénué de sens, c'est-à-dire „manque de réalité. Les hommes auraient donc la tendance de devenir archétypaux et paradigmatiques. Cette tendance peut paraître paradoxale, dans ce sens que l'homme des cultures traditionnelles ne se reconnaît comme réel que dans la mesure où il cesse d'être lui-même (pour un observateur moderne) et se contente d'imiter et de répéter les gestes d'un autre. En d'autres termes, il ne se reconnaît comme **réel**, c'est-à-dire

véritablement lui-même, que dans la mesure où il cesse précisément de l'être" [1]. Ainsi la réalité s'obtient toujours par «la répétition» d'un archétype, d'un acte primordial qui a eu lieu «au début», «dans ce temps», c'est-à-dire il s'agit toujours d'une «répétition» de la Création.

L'ontologie archaïque devient ainsi l'expression de l'expérience globale du sacré dans l'humanité archaïque et nous aide à comprendre et à ne mépriser ni même le comportement le plus absurde de l'homme archaïque qui fait un effort désespéré pour ne pas perdre le contact avec l'être et de garder toujours ses liaisons avec les valeurs sacrées. Son existence précaire et profane reçoit du sens seulement par rapport aux idées de réalité, vérité, **signification**, idées reprises et élaborées plus tard par la pensée systématique.

Dans la mentalité archaïque qui suppose un modèle transcendant, toutes les actions humaines sont efficaces, utiles, bénéfiques, parce qu'elles sont réelles et exemplaires; répétant un archétype, elles sont légalisées, entrent dans la normalité de la vie et reçoivent un statut ontologique bien déterminé. Ainsi l'ontologie archaïque n'est-elle pas seulement une ontologie pragmatique qui prouve que l'homme archaïque se voulait bien ancré dans la réalité, mais elle s'avère être en même temps une sotériologie, intégrant l'homme dans le réel, le sauvegardant de sa disparition et dissipation dans l'amorphe dans le chaos.

L'intégration dans le réel signifie aussi l'intégration dans un Cosmos que l'homme archaïque perçoit comme vivant, complet, harmonieux, réalisant une liaison entre le macrocosme et le microcosme, le corps humain étant considéré un miroir du Cosmos. Cette homologie cosmique et biologique ne s'est pas déroulée à partir de l'homme vers la nature, mais plutôt inversement: l'homme a intériorisé le Cosmos, il s'est organisé lui-même selon le modèle cosmique.

Mircea Eliade met l'accent sur le côté existentiel de l'ontologie archaïque dès que l'homme archaïque devient conscient de sa position dans le Cosmos. L'homme a gagné la conscience de soi au moment où il s'est ouvert au monde, basée sur un système de correspondances, homologies et rapports entre tous les ordres existents, exprimée par images et symboles. «Le comportement magico-religieux de l'humanité archaïque prouve que l'homme a possédé une conscience existentielle vis-à-vis du Cosmos et de soi-même. Là où Frazer voyait seulement «une superstition», il y avait en fait, implicitement une métaphysique même si elle s'exprimait plutôt au moyen des symboles que par l'utilisation des concepts; une métaphysique – c'est à dire

une conception globale et cohérente sur la Réalité, et non pas une série d'actes instinctifs gouvernés par la même réaction fondamentale de l'animal humain devant la Nature» [2].

L'ontologie archaïque est donc, avant tout, vie, manière de sentir, intuition, comportement, attitude; on n'y retrouve pas des termes comme: **être, non-être, réel, devenir, illusoire**, mais il y a le **fait** vécu, senti et exprimé par symbole, mythe et rite. Les concepts apparaissent seulement dans les philosophies fondées sur la méthode de la logique rationnelle et contiennent la quintessence de tout ce qu'on a expérimenté. De cette manière l'ontologie archaïque est présystématique et exprimée par un langage préréfléchi, mais qui prépare la pensée systématique ultérieure. Aussi s'exprime-t-elle plutôt en termes naturels, plus accessibles à l'homme archaïque, en termes concrets, physiques quoique dans le subsidiaire il y ait des symboles et des signes avec un contenu et une signification plus profonde. Voilà pourquoi pour un oeil inavisé la mentalité archaïque semble pleine des superstitions, d'illusions ou même d'absurdités.

Celui qui se laisse trompé par l'aspect extérieur de ce type de langage risque de ne rien comprendre ou de parvenir à toutes autres significations qui n'ont rien de commun avec la pensée archaïque; celle-ci dispose des manières d'expression tout à fait différentes, d'un style de pensée distincte, orientée moins vers la théorie, mais plutôt vers la contemplation et la révélation: «Qu'on ne se laisse pas trompé par l'aspect extérieur de ces langages, en prenant la terminologie mythique dans le sens concret, profane («modern») des paroles. «La femme» dans un texte mythique ou rituel, n'est jamais «la femme»: elle envoie au principe cosmologique qu'elle incorpore. De même, l'androgynie divine, rencontrée dans tant de mythes et croyances, a une valeur théorique, métaphysique. La véritable intention de la formule est d'exprimer – en termes biologiques – la coexistence des contraires, des principes cosmologiques au sein de la divinité» [3].

La structure de l'ontologie archaïque, c'est-à-dire la structure de ses symboles et de tous ses constituants est finalement la structure humaine, l'homme archaïque étant un *homo symbolicus*, ayant la capacité, la faculté de symboliser, d'enrichir et de mettre en valeur les expériences vécues.

Ouvrant de nouvelles perspectives sur un panthéon collectif de gestes rituels, situations mythiques et héros, Eliade a configuré une carte de «l'anthropologie des profondeurs» [4], se situant à la tête de ceux qui entreprennent la rémythologisation des civilisations modernes, imposée par les

carences de l'hypertrophie de l'idéal positiviste et rationaliste et par la crise que celui-ci avait générée.

Par l'étude du contenu de l'ontologie archaïque, M. Eliade a souligné l'importance des valeurs dans la vie de l'homme comme être créateur de valeurs et produit par celles-ci. La création de valeurs peut avoir une double mission: d'une part, sotériologique, étant une solution de survivance, une réplique à «la terreur de l'histoire» et, d'autre part, une thérapeutique qui détermine la guérison de l'esprit créateur de complexes comme celui de l'eurocentrisme ou celui de petites cultures. Dans un monde où l'on discute de plus en plus au sujet de l'intégration, de l'interculturalité et de multiculturalité, les idées de M. Eliade concernant la place et le rôle de la création des valeurs dans la vie de l'homme sont d'une actualité incontestable.

Références bibliographiques

1. Eliade Mircea. Le mythe de l'éternel retour. Paris: Gallimard, 1969, p.48.
2. Eliade Mircea. Imagini și simboluri. București: Humanitas, 1994, p.218.
3. Eliade Mircea. Tratat de istorie a religiilor. București: Humanitas, 1992, p.384.
4. Durand Gilbert. Eliade ou l'antropologie profonde, Cahier de l'Herne, no. 33, Paris, 1978.

CRIZA VALORILOR – PARTICULARITATE IMANENTĂ A CONTEMPORANEITĂȚII

Lidia Troianowski, dr. în filozofie.
Institutul de Istorie, Chișinău, R. Moldova
troianowski_lidia@yahoo.fr

THE CRISIS OF VALUES AN IMMANENT PARTICULARITY OF CONTEMPORANEITY

The article explore the problem of crisis of values as an intrinsic manifestation of the processes and phenomes of the contemporary world. Is emphasized the bilateral relationship between the crisis of values and the societal crisis and the fact what the latter being an undoubted expression of the individual's crisis. In addition, are elucidated leading moments in the changes of accents in the process of reconsideration of the values.

Devansarea sistemului totalitar-socialist, căpătarea independenței, adoptarea unor politici integraționiste, se pare, că acest parcurs de dezvoltare

tare și această nouă situație în care se pomenește cultura națională nu e aptă să ne absolve de multitudinea de probleme acumulate de-a lungul anilor. Mai mult chiar, atestăm o profundă criză valorică la toate nivele și dimensiunile vieții umane. Pe fondul proceselor și evenimentelor care periclitează viața în întreaga ei manifestare în Republica Moldova, în ultimele trei decenii se creează impresia lipsei prezenței totale de legi /proiecte ce ar viza parcursul de dezvoltare social, politic și mai ales economic. Criza la toate nivelele nu numai că nu poate fi depășită, chiar mai mult se acutizează, și aceasta în pofida ajutorului financiar sistematic, al tehnologiilor politice occidentale și proiectele metodelor de reformare economică și socială. Malformațiile acestui progres caricatural pe care îl înregistrăm în Republica Moldova după Independență deconspiră nu atât necompetența metodelor sau a politicilor recomandate, sau adoptate din Occident parcursului de dezvoltare, cât problema rezidă în modul cum acestea sunt implementate.

Criza valorilor și deprecierea tradițiilor culturale, consemnăm, nu reprezintă un fenomen în premieră. O retrospectivă concentrată asupra istoriei, culturii și spiritualității naționale vine să ne etaleze mai multe etape despre care cu certitudine putem afirma o situație de criză a valorilor tradițional-identitare: ocupația turcească, anexarea la Imperiul Rus, RSSM în componența URSS, globalizarea și politicile integraționiste. Criza valorilor tradițional-identitare reprezintă mai întâi de toate criza societății, care în niciun fel nu pot să nu fie raportate la viața și orientarea personalității, ultima manifestă prin imaginea de sine, concepția de viață, sistemul propriu de valori, idealul de viață și dominantele motivațional- afective. Disjunctiile pe care le semnalăm azi în latura raportului individ-societate o dată în plus vine să demonstreze că evoluția societății, istoria ei are la baza structurii individul-totalitatea de indivizi-masele, astfel *grosso modo* criza societății înseamnă și criza individului. În scopul proiectării unei imagini credibile a celor susținute mai sus, subliniem transformările cu care se confruntă Republica Moldova în ultimele decenii, ca: mizeria morală și materială, migrația, incompetența de a dirija și controla procesele economice, sociale și politice, stratificarea societății, modificări vădite la nivelul structurii muncii, deprecierea valorilor și tradițiilor, acceptarea și asimilarea necondiționată a modelelor și standardelor occidentale, impasibilitatea față de valorile naționale sub impactul politicilor de uniformizare și omogenizare; lipsa de aspirații, idealuri la nivel de personalitate și strategii de dezvoltare durabilă la nivel de stat.

Epoca de tranziție pe care o parcurgem consemnăm este manifestă prin criza atât a societății, cât și a valorilor. Pornind de la ideea că anume valorile reprezintă criteriul de măsură al transformărilor a societății și culturii, or nu putem vorbi despre revoluția culturii în afara societății și invers, susținem acest lucru pe temeiul că anume omul reprezintă elementul care manifestă deschidere, sau nu, în raport cu anumite valori. Criza valorilor alimentată de inaptitudinea creatoare a culturii proprii perioadei postsovietice pe care o traversează cultura națională permite să evidențiem următoarele schimbări de accente în procesul de reconsiderare valențială [1]:

- mutații în sistemul valoric elucidat prin:
 1. acceptarea sau contestarea de valori negate anterior (migrația, credințe religioase, diferențe pe cens de avere, șomajul, prioritatea interesului personal asupra celui colectiv ,prevalarea materialului asupra spiritualului);
 2. inversiunea valorică manifestă pentru corelații diametrale(proprietate privată- proprietatea întregului popor, monopartidism – pluripartidism);
- conflictul principial (divergențe între valorile vechi și cele noi);
- pluralismul valoric;
- critica valorilor vechi (impuse, în special cele de ordin ideologic, politic și religios);
- nihilismul valoric și acceptarea, asimilarea necondiționată a valorilor noi extinse până la snobism;
- paseismul(intenții selectiv -aleatorii de revenire la unele valori din trecut);
- lărgirea abuzivă a sferei de aplicare (extinderea mecanismelor economiei de piață conduce ca totul să se transforme în marfă, prostituția, corupția ,cunoștințele, cariera).

Fiecare epocă sau etapă istorică vine cu interpretări și atitudini diferite față de valori pe care le definim ca noțiuni ce elucidează caracterul cultural, social sau personal al fenomenelor , faptelor sau realității, or „reflecția despre valori este o constantă a spiritului filosofic”, care „devine centrală în momentele cruciale ale istoriei” [2]. În mare, clasificările poartă caracter dialectic sau convențional, adică nu poartă caracter rigid, un lucru este cert, pentru o personalitate prioritare rămân cele care imprimă sens vieții și activității. Atestăm clasificări în raport: cu sferile de activitate socială, în acest caz valorile sunt clasificate în trei grupe(spirituale, materiale și social-politice);cu

subiectul(individuale, de grup și general umane). Susținem acest lucru din considerentul că interesul față de problema naturii valorii, adică de axiologie, constituie un subiect constant începând cu Antichitatea. Bazele axiologiei au fost fundamentate încă în secolul XIX. Prin aportul unor personalități renumite ale culturii universale ca F. Nietzsche, Windelband, M.Weber, N.Hartman, H.Lotze, H. Rickert, R.Perry, M.Scheler, W.Dilthey, domeniul axiologiei cunoaște o ascendență eminentă, astfel realizările la capitolul teorii ale valorii pot fi distribuite în trei categorii: teorii relaționiste (P.Andrei, M.Florian), teorii obiectiviste (H.Rickert, W.Petty, J.Locke, M.Scheler), teorii subiectiviste (N. Hartman, W.Wundt, B. Russell) [3].

Un aport deosebit în cercetarea domeniului axiologiei revine tribulațiilor lui T.Vianu și L. Blaga care prin tribulațiile alături de cercetarea domeniului etalat ocupă locul binemeritat alături de R.Inglehart, M.Weber, N.Hartmann, R.Perry și W.Dilthey. Meritul celor doi gânditori rezidă în faptul că prin opera lor contribuie la afirmarea filosofiei moderne a valorilor, a clasificării valorilor și explicării argumentate a unor momente ce vizează morfologia axiologică, subiecte care n-au constituit temă de inspirație pentru înaintașii lor.

Rămâne ineluctabil aportul alături de problema valorilor realizat de R.Inglehart pe care sociologul o realizează din perspectiva dinamicii tehnologice și economice a societății, iar transformările culturii, procesele de democratizare și modernizare fiind testate în contextul relației bipolare 1. *survival/self-expression* (suprevețuire și autoexprimare; 2. *traditional/secular-rationalauthority* (tradiție vs autoritate sculară-rațională) [4]. Printre particularitățile care configurează deosebirea de la un tip de societate la alta, R.Inglehart (*Modernizarea și postmodernizarea*) elucidează că societățile postmaterialiste pun preț pe valorile legate de tendințele de autoexprimare, toleranță, comunicare și dialog, individualism, securitatea ecologică, demnitate, fericire, pace, interes nevoalat față de valorile materiale. Spre deosebire de acestea, în societățile materialiste mai impetuoase devin valorile legate de securitatea personală și cea socială, asigurarea materială, lupta împotriva majorării prețurilor, stabilitatea economică și contracararea criminalității, etc. R.Inglehart insistă argumentat că trecerea la valorile postmaterialiste este un proces care în egală măsură vizează și popoarele din Europa de Est, aceleora din ex-spațiul lagărului socialist, adică și Republica Moldova.

Hotarul de trecere de la valorile materialiste la cele *post-*, tot el, îl atestă

propriu pentru anii după sfârșitul celui de-al Doilea Război Mondial. Adoptarea în cotidian a valorilor chemate să le submineze pe cele tradiționale, consemnează R.Inglehart, conduce la polarizarea societății, între materialişti, care pun preț pe securitatea economică, etnică și fizică și post-materialişti, care consideră prioritare valorile securitatea o acceptă ca pe un dat. Ultimele trei decenii sunt nominalizare de către Inglehard materiale iar epoca insiguranței, în care coexistă cele două tipuri de valori, anume în aceasta și rezidă transformarea culturală a imaginii lumii. Cu toate acestea, schimbările atestate în zona valențială rămân doar o singură componentă a caracterului complex de transformări manifeste ale lumii din epoca insiguranței.

Integritatea și securitatea culturii naționale a valorilor tradiționale azi nu numai că este amenințată, dar și afectată de implozia culturii consumului și sateliții care o secundează: concurența, individualismul, minciuna, violența, egoismul [5]. Dovadă indubitabilă a faptului că cultul consumului se reliefează ca stimulator și catalizator al transformărilor valorice și depreciării celor tradiționale rezidă în faptul că azi atestăm modificări la nivelul ierarhiei axiologice, adică valorile materiale ca dominante ale cotidianului individului și vieții sociale substituie primordialitatea celor spirituale [6]. Dintre cele două tipuri de consumerism – clasic și postmodernist – pentru cultura națională particular rămâne a fi primul, esența căruia este exprimată prin deviza *Keeping up with the Joneses (a trăi ca toți, a trăi nu mai rău decât alții)*. Cel de-al doilea tip – postmodernist, generat de producția postfordiană, care creează posibilități pentru substituirea cultului canonic (propriu pentru genul de consumerism clasic) cu cel al diferențelor (individualismului). Componenta majoră a modului de viață a omului contemporan, care își organizează atitudinea de viață după sloganul “exist, deci cumpăr, cumpăr, deci exist”, consumerismul se reliefează ca o *formă modernă de sclavie* a omului. Sclav al consumerismului, individul este absolvit de libertate și fericire, deoarece, „făcându-se pe sine sclav al banilor, lăcomiei, consumului și simțurilor sale” [7], el se depreciază moral și spiritual. În această conjunctură de circumstanțe el este apreciat nu după capacitățile morale și intelectuale, ci din perspectiva potențialului de a cumpăra și consuma. Fixarea realistă a particularităților modului de viață a *Homoconsumens* determină să consemnăm histrionismul, egoismul, dorința de a acumula cât mai mult reprezintă nu altceva decât intervențiile orientate ale sclavului de a-și păstra benevol această formă de înrobire. Cercetările realizate la

acest subiect permit ca consumerismul să fie catalogat ca un catalizator al unui șir de afecțiuni de gen socio-psihologic: tulburări obsesive, compulsive, narcisismul, hedonismul, depresiile și anxietatea [8]. Rămâne ineluctabil faptul că dorințele și sentimentele false trăite de consumator conduc la înlocuirea sentimentului național, cu *libertatea de consum*, care apare ca o valoare fundamentală a omului societății de consum.

Conjunctura culturală contemporană pune în evidență conflictul valențial al celor două sisteme – tradițional și contemporan, situație care este determinată în special de următoarele circumstanțe: prima – fluxul informațional, tehnogen îl plasează pe *homoglobalis* într-o stare de incertitudine, de rătăcire în incapacitatea de a face față standardelor, stereotipurilor valorice oferite cu insistență de cultura media: secunda – același individ, în ipostaza sa permanentă de consumator al întregii diversități de mărfuri plătite cu aceeași generozitate nonșalantă de către cultura de masă, devine din ce în ce mai relaxat, degajat, adică se străduie să nu dezamăgească lozinca culturii consumeriste: *Totul pentru om , totul pentru binele omului*. Cât privește tradiționalul manifest prin valorile testate de-a lungul veacurilor, care au servit omului fundament pentru dezvoltarea moral-spirituală și social-politică, călăuzindu-l în stabilirea idealurilor și făurirea succeselor, azi constatăm că nu posedă potențialul necesar pentru a proteja de ambiguitatea și incapacitatea de a se manifesta cu siguranță și încredere într-o lume aptă să îmbine aceste două tipuri de valori, evitând peremptoriu disensiunea dintre ele. Conflictul valoric se reliefează nu ca contradicțiile dintre nou și vechi, ci în exclusivitate ca discordie dintre tradițional și modern. Această situație în egală măsură creează obstacole în fața valorilor moderne de a fi înglobate, dar și în a celor tradiționale de a nu fi marginalizate.

Un detaliu relevant, dacă acum jumătate de secol statul posedă un arsenal impunător de mecanisme și mijloace menite a facilita controlul sferei culturale (se înțelege că în limitele propriului teritoriu), atunci azi, în epoca globalizării, pluralismului, multiculturalismului, imperialismului și diversității culturale, instrumentele de control clasice nu sunt nici valabile, nici aplicabile. Evenimentele se precipită astfel, încât aserțiunile lui T. Eagleton devin o realitate iminentă a dinamicii socioculturale: "...cultura a fost aceea ce în trecut a dat statului național fundament propriu; cultura va deveni aceea care-l va distruge" [9].

Cele două tipuri de culturi – tradițională și tehnogenă, se prezintă frapant diferențiate anume prin sistemele de valori și modele conceptuale,

moment care în mod natural creează cu generozitate impedimente pentru o interacțiune echitabilă și colaborare bilateral-avantajoasă, deoarece în contextul celei tehnogene vectorul activității este orientat spre exterior, având în calitate de scop final transformarea lumii, pe când, dimpotrivă, cultura tradițională își orientează interesele în interior, adică asupra orizontului spiritual-social al omului, ultimul -parte componentă a lumii și naturii. Notabil să consemnăm că prin conceptul de cultură tehnogenă subînțelegem cultura proprie societății informaționale, sau a societății celui de-al Treilea Val. Autorul concepției celui de-al Treilea Val E. Toffler [10] demonstrează că societatea informațională o devansează pe cea industrială (al Doilea Val), iar ultima pe cea tradițională/agrară (Primul Val). Constatăm că tipul de cultură tehnogenă este particulară pentru societatea postindustrială, informațională.

Investigațiile în câmpul valențial al culturii tehogene permite să evidențiem următoarele dominante valorice imanente acesteia:

- autonomia personalității, individualismul;
- omul ca instrument de activitate transformatoare a propriei personalități, a societății și lumii;
- perceperea naturii ca un spațiu organizat în conformitate cu anume legități, care poate fi controlată de om;
- valorile științifice declarate prioritare;
- credința în Dumnezeu substituită prin credința în tehnică.

Deplasarea de la structurile totalitate și contracararea valorilor epocii comuniste către modelele europene și occidentale au determinat nu numai procese de reapreciere, revizuire a valorilor, principiilor, modelelor și aspirațiilor, dar la un anumit moment au creat un anumit haos la nivel de mentalitate a cetățeanului de rând. Nu putem nega în acest sens că elemente ale modelelor vechi calomniate cu sârg și cele noi acceptate/asimilate necondiționat rămân a fi nu numai o realitate a vieții și cotidianului, dar și un fel de *sabie a lui Damocles*, care cu persistență amenință valorile, tradițiile și identitatea națională. În această perioadă de convulsii ideatice și valorice când încercăm să ne reorientăm către modele normative noi și spontan să le implementăm fără a medita asupra consecințelor, e timpul oportun să ne îngrijim de securitatea a tot ce ne deosebește din punct de vedere cultural-identitar de celelalte popoare, dacă nu dorim să ne adoptăm benevol statutul de mancurți, or: „Tăria spirituală a unui neam se măsoară după gradul în care e în stare să imprime altora perspectiva lui proprie a existenței, e în

stare să dezagrege pe a altora, s-o dezarticuleze, să-i pună în evidență lipsurile și, cu voie sau fără nevoie, să facă pe străin să încline spre chipul lui de a lua atitudine. Asta înseamnă cucerire spirituală!” [11].

Anume este momentul propice nu numai pentru reevaluări retrospective ale perioadei totalitariste, dar și a unei atitudini critice față de prezent, fără idealizarea standardelor străine și, nu în ultimul rând, a eforturilor conjugate în vederea elaborării unei idei naționale sau a unui model comun de dezvoltare apt să conjuge spiritele și aspirațiile națiunii în vederea unui viitor prosper.

Referințe bibliografice

1. Tribuna învățământului, 21 ianuarie 1997, nr.365, p.5.
2. Andrei P. Filosofia valorii. București: Polirom, 1998, p.7.
3. Rokeach M. Understanding Human Values. Individual and Societal. New York 12: The Free Press, 1979, p.295.
4. Инглхарт Р. Культурная эволюция: как изменяются человеческие мотивации и как это меняет мир. Москва: Мысль, 2018; Инглхарт Р., Вельцель К. Модернизация, культурные изменения и демократия: Последовательность человеческого развития. Москва: Новое издательство, 2011; Рональд И. Модернизация и постмодернизация. În: Новая постиндустриальная волна на Западе. Антология. Москва: Academia, 1999.
5. Rotilă V. Omul societății de consum. În așteptarea unei noi ideologii. Iași: Institutul European, 2011, p.37-42.
6. Иглтон Т. Идея культуры. Москва: Издательство Дом Высшей школы экономики, 2012, p.95.
7. Baudedrillard J. Societatea de consum. Mitori și structuri. București: Comunicare.ro, 2008; Ritzer G. Globalizarea nimicului. Cultura consumului și paradoxurile abundenței. București: Humanitas, 2010; Sartori G. Homo videns. București: Humanitas, 2006; Fukuyama F. Sfârșitul istoriei și ultimul om. București: Paideia, 1992; Маркузе Г. Одномерный человек. Исследование идеологии развитого индустриального общества. Москва: REFL-book, 1994; Ильин В.И. Потребление как дискурс. Москва; СПб: Интерсоцис, 2009.
8. Terheci M. Drepturile omului împotriva umanității. În: Sfarmă Piatră, 2001, nr.25.
9. Cornea C. Consumerismul – boala secolului XXI. În: <https://life.ro/consumerismul-boala-secolului-xxi/> (accesat: 21.11.2012).
10. Toffler A. Al Treilea Val. București: Politica, 1983.
11. Vulcănescu M. Dimensiunea românească a existenței. București: Editura Fundației Culturale Române, 1991, p.92.

PROBLEMA FILOSOFICĂ A RESPONSABILITĂȚII GLOBALE

Rarița Mihail, dr. în filos., conf. univ.

Universitatea *Dunărea de Jos* din Galați, România

rarita.mihail@ugal.ro

THE PHILOSOPHICAL PROBLEM OF GLOBAL RESPONSIBILITY

In the context of the world's unsustainable development and the distrust in the continuous progress of humanity, in this article we address the dilemma of global responsibility. Regarding global warming, for example, blaming everyone is not efficient, while blaming only some of us is not fair. Despite all this, we need to address this problem and take responsibility for it.

„Nevoia de filosofie apare în perioadele de tranziție, atunci când oamenii nu mai au încredere în stabilitatea lumii și în rolul pe care îl joacă în ea, și când problemele condițiilor generale ale vieții umane, care ca atare sunt contemporane apariției omului pe pământ, dobândesc o intensitate rară” [1].

Nevoia actuală de filosofie, urmând cuvintele lui Hannah Arendt, provine dintr-o destabilizare a lumii de o rară intensitate, ale cărei efecte se observă în nesustenabilitatea lumii și în scăderea încrederii în progresul continuu al omenirii. Un fapt este clar: am devenit nesustenabili. Ceea ce înseamnă, mai exact, că amprenta noastră ecologică globală depășește capacitățile și resursele singurei planete în care trăim.

Or, judecând după afirmațiile Cartei Pământului, constatăm că lumea întreagă, prezentă și viitoare, ne-a fost „încredințată”, este responsabilitatea noastră, trebuie să ținem cont de ea și ne este imputată. Și nu a fost încredințată câtorva, ci nouă tuturor. Omenirea este responsabilă de ceea ce se întâmplă în lume. Aceasta este afirmația fundamentală a noii etici universale. Ca atare, este vorba de o responsabilitate care depășește cu mult responsabilitățile personale, chiar și responsabilitățile politicienilor față de comunitatea cetățenilor pe care îi guvernează. Fie că este vorba de pericolul războiului nuclear sau de criza ecologică, *omenirea ca totalitate* se preocupă de problema respectivă; observăm astfel că pentru prima dată în istoria universală, vorbim de o situație în care oamenii, având în vedere pericolul comun, sunt obligați să-și asume în comun responsabilitatea morală. Această nouă situație contemporană a omenirii aduce în discuție necesitatea unei *macroetici*. Scopul unei asemenea etici – dincolo de responsabili-

tatea morală a individului față de aproapele său, dar și dincolo de responsabilitatea politicianului în sensul obișnuit al „rațiunii de stat” – este de a organiza la scară globală responsabilitatea omenirii pentru consecințele (și efectele secundare) care decurg din acțiunile sale colective [2].

Karl-Otto Apel subliniază acest lucru foarte clar: această „responsabilitate globală” depășește responsabilitatea morală individuală, de vreme ce se referă la întreaga omenire și la acțiunile sale colective, dar ea depășește și responsabilitatea statelor, de vreme ce este vorba de o guvernanță a problemelor globale ale umanității, fiecare guvern nefiind decât unul dintre interlocutorii competenți alături de mulți alții, cum ar fi marile corporații transnaționale, ONG-urile internaționale, organismele publice internaționale, mass-media internațională, precum și partenerii sociali ai fiecărei națiuni și, în cele din urmă, și popoarele, de vreme ce majoritatea problemelor globale trec prin miile de rutine ale vieții cotidiene și miile de prejudecăți ale oamenilor. Prin urmare, este nevoie de o „etică globală” (sau „macroetică”, cum o numește Apel) care să poată fi împărtășită pe scară largă, de manieră transnațională și transculturală, bazându-se pe imperativele morale universale și definind responsabilitățile pentru toți actorii, în cadrul unei guvernante multilaterale a lumii.

Problema care se pune este de a ști, însă, dacă această „responsabilitate” globală sau universală înseamnă altceva decât o promisiune pioasă sau un fel de ideal pentru a motiva angajamentul politic față de cauza cosmopolitismului, caz în care nu ar mai fi vorba de o responsabilitate, ci de o datorie morală. Problema centrală pusă în acest articol este următoarea: există posibilitatea trecerii de la responsabilitățile locale, individuale și contextuale ale fiecăruia dintre noi la responsabilitatea lumii întregi, responsabilitate totală și absolută? Odată afirmată propoziția: „omenirea este responsabilă pentru tot ceea ce se întâmplă în lume”, există vreo cale de „a-și asuma” această responsabilitate specifică, de a face ceva mai mult decât bunele intenții? Putem declara în mod rezonabil că „toți împreună” suntem responsabili pentru „tot”?

În primul rând, trebuie să respingem interpretarea nefericită a responsabilității globale care ar dori să se adreseze individului în locul colectivului. Individului i s-ar recomanda cu insistență „să nu participe la organizarea unei responsabilități solidare, ci să-și asume responsabilitatea pentru consecințele incalculabile ale activităților politice, tehnice și economice care se dezvoltă în societatea industrială modernă”; care nu ar fi desigur decât o

„caricatură a unei macroetici a responsabilității”, ne spune Karl-Otto Apel [3]. Dimpotrivă, se va pune problema înțelegerii acestei responsabilități globale ca o responsabilitate colectivă, socială, și niciodată personală. Dar asta nu rezolvă problema coerenței sale interne. Se pare, la prima vedere, că această responsabilitate globală a „tuturor” pentru tot ceea ce se întâmplă în lume nu are nicio șansă să devină operațională, opozabilă diferiților actori: „toți” înseamnă mult prea multă lume și deoarece nu este nici eu, nici tu, această expresie riscă să devină repede „nimeni”. „Totul”, adică prea multe lucruri de luat în considerare, și cum nicio colectivitate nu poate lua totul asupra sa, nici să dea seama de tot, nu vedem cum am putea participa la această responsabilitate globală. Pe scurt, un concept al responsabilității care acoperă „toată lumea” în ambele sensuri ale termenilor, care acoperă lumea întreagă și care revine obligatoriu tuturor, are puține șanse de a fi practicabil ca atare. Dar dacă o responsabilitate totală a tuturor pentru întreaga lume se izbește imediat de obiecția ineficienței sale, problema este mai gravă decât se crede, căci o *responsabilitate nu are dreptul de a fi irealizabilă*.

În domeniul etic, numeroase concepte și imperative operează în maniera a ceea ce Kant numea un „ideal regulator”, altfel spus ceva a cărui realizare perfectă este imposibilă, dar care servește ca o busolă, ca un ghid pentru acțiunea prezentă, în vederea apropierii continue de acest ideal, existând astfel posibilitatea de a progresa din punct de vedere moral. Raționalitatea etică presupune faptul că oamenii trebuie să urmărească anumite obiective care nu sunt realizabile ca atare, dar aceasta nu constituie o absurditate, contrar raționalității instrumentale pentru care ceea ce nu se poate realiza efectiv nu poate fi impus: nu mi se poate cere rațional să merg pe lună cu bicicleta. Căci raționamentul moral nu presupune un succes complet și definitiv, ci un progres constant spre ideal. Cu alte cuvinte, este imperativul rațiunii, al păcii perpetue, al fraternității etc. Știm că, în realitate, nu vom reuși niciodată, dar acesta nu este un pretext pentru a nu ne strădui în acest sens, deoarece avem o datorie în această direcție și, cel puțin, putem aborda vizibil progresul spre aceste idealuri.

Din această perspectivă, abordăm și maxima kantiană: „Dacă vrei, atunci poți!”, ceea ce nu înseamnă că este suficient să trebuiască pentru a putea orice, ci că datoria obligă la acțiune pentru realizarea conținutului datoriei, fără a mai căuta orice pretext al imposibilității empirice pentru a se sustrage astfel respectului din obligație („Dacă trebuie, atunci fă-o și

nu încerca să evaluezi că nu vei reuși și cum să găsești o scuză pentru a-ți neglija datoria!”). De exemplu, datoria universală: „Nu trebuie să existe război” [4] nu-și pierde din validitate atunci când au loc războaie și nici nu ar înceta să fie o datorie valabilă chiar dacă cineva ar putea ști cu certitudine (lucru de-altfel imposibil) că vor exista întotdeauna războaie. Cu toate acestea, trebuie să lucrăm pentru pace prin toate mijloacele legitime disponibile. Ceea ce distinge un principiu moral de o propoziție de adevăr este că atunci când realitatea nu corespunde cu ceea ce ordonă principiul moral, realitatea trebuie schimbată; în timp ce atunci când realitatea nu corespunde cu propoziția de adevăr, propoziția trebuie schimbată.

Dar ceea ce este foarte clar atunci când vine vorba de obligații, devine discutabil când vorbim de responsabilități. Responsabilitatea are întotdeauna legătură cu *puterea* de a ne asuma pentru ce anume să fim responsabili. Este de fapt un concept esențial între datorie și putere, de vreme ce un agent responsabil are obligații de îndeplinit, dar el nu poate fi responsabil decât dacă le poate efectiv îndeplini. Or, problematica puterii plasează agentul responsabil în contextul în care se situează realizarea îndatoririlor sale, lanțurile cauzale, consecințele apropiate și îndepărtate, elementele perturbatoare și opozante sau, dimpotrivă, facilitatoare și antrenante etc. Responsabilitatea impune ca obligația morală (misiunea încredințată subiectului responsabil) să țină cont de situație și de riscurile de a acționa și de a încerca să controleze cât mai bine posibil „cursul lucrurilor” pentru ca „totul să meargă bine”, ceea ce implică previziune, anticipare, precauție, strategie. Ce face iresponsabilul? Se pune într-o situație în care nu mai poate să-și asume ceea ce i-a fost încredințat, de care este responsabil, întrucât nu are putere asupra cursului evenimentelor și este vulnerabil, fără răspuns față de eventualitatea prejudiciului pe care l-ar putea cauza. Exemplul tipic este al șoferului beat care nu-și mai controlează vehiculul.

Rezultă de aici că este o iresponsabilitate *apriori* ca cineva să-și asume o responsabilitate care nu poate fi asumată, pentru că nu are puterea de a îndeplini misiunea sau de a repara daunele. Dacă, prin urmare, se poate demonstra că o presupusă responsabilitate pentru ceva anume nu poate reveni subiectului desemnat pentru a îndeplini sarcina din lipsa puterii efective de a îndeplini misiunea, asumându-și consecințele asupra cursului viitor al evenimentelor, atunci această responsabilitate nu există. Nu este decât un cuvânt în van, *fără niciun rost*.

Problema filosofică, care stă în spatele tuturor ezitărilor actuale cu pri-

vire la necesitatea schimbării modului nostru de dezvoltare nesustenabilă, este contradicția internă a ideii legată de responsabilitatea noastră globală. Da, într-adevăr, noi suntem responsabili cu toții pentru întreaga lume. Dar, din păcate, această datorie în era responsabilității suferă de o lipsă intrinsecă de reprezentabilitate, patologie comună oricărei „datorii a omenirii față de ea însăși”. Cu alte cuvinte, întreaga omenire nu poate fi responsabilă pentru că nu este un subiect ca atare, ci o inerție care nu poate fi convocată și mobilizată ca voință. Întreaga omenire nu poate acționa „ca un singur om”, deși are efecte sistematice comune de care suferă toți oamenii. Doar un subiect voluntar, înzestrat cu o identitate care îl transformă în autor, poate fi responsabil și, prin urmare, poate să acționeze pentru întreg. Dar niciun subiect voluntar (individual sau colectiv) nu poate fi nicidecum responsabil întrucât el nu este decât o parte a întregului, un membru, și nu i se poate imputa, fără a i se face o nedreptate, ceea ce se întâmplă întregului și nici nu i se poate încredința misiunea de a se ocupa de tot, întrucât acest lucru depășește, prin definiție, atât puterea cât și legitimitatea sa.

Aceasta este *dilema responsabilității globale*: ne acordăm în mod necesar o responsabilitate pe care nu ne-o putem asuma întrucât fie „subiectul” responsabil lipsește la apel, fie lipsește puterea asupra „obiectului” responsabilității. Pentru a fi „globală”, această responsabilitate este nelimitată, ea își pierde deci toată puterea de răspuns eficient din partea subiecților limitați la probleme specifice. Pentru a fi o „responsabilitate”, trebuie ca ea să fie limitată, atribuită unor subiecți care pot fi trași la răspundere și să fie opozabilă acestora. Astfel se pierde prin definiție caracterul său global. Cum ar putea altfel ca toată lumea să fie responsabilă de tot ce se întâmplă?

Să luăm, de exemplu, cazul încălzirii globale. Cine este responsabil? Această problemă nu este atribuită nimănui în special, ci tuturor oamenilor, în general. Cu siguranță, unii emit mai mult gaz de seră decât alții. Țările sărace, cu emisii reduse, pot cere în mod legitim țărilor bogate, cu emisii ridicate, să-și asume sarcina de a lua măsurile necesare. Dar, direct sau indirect, întreaga omenire este responsabilă și nu s-ar putea în niciun caz să se atribuie această sarcină juridică sau morală vreunui grup social fără a comite o nedreptate. *Imputarea tuturor nu este eficientă, iar imputarea unora în numele tuturor nu este corectă.* Cu toate acestea, trebuie să ne ocupăm de această problemă, să ne asumăm responsabilitatea pentru ea. Această omenire, care nu poate fi chemată pentru a fi însărcinată cu misiunea de a se ocroti pe sine însăși, trebuie totuși convocată. Aceasta este dilema responsabilității globale.

Această dilemă este foarte actuală, de vreme ce se află în centrul conflictelor internaționale, fiind dezbătută cu regularitate la conferințele internaționale despre problemele planetare comune, și unde fiecare țară, recunoscând în același timp necesitatea de a rezolva problemele de interes pentru toată lumea, joacă în general jocul pasagerului clandestin (*free rider*), încercând să-i facă pe alții să suporte costul eforturilor, profitând în același timp de implicarea în formarea inițiativei comune. Dar această dilemă evocă, de asemenea, o problemă foarte veche, aceea de a imputa (sau nu) efectele indirecte nedorite ale acțiunilor noastre. Această *dilemă a imputării* a fost cunoscută în Evul mediu, prin Augustin, apoi prin Abélard, sub numele de *Dolus Indirectus*. Sfântul Thomas d'Aquino o numește teoria „dublului efect” [5], iar Paul Ricoeur o rezumă astfel: „Dilema este următoarea: pe de o parte, justificarea prin simpla intenție bună înseamnă eliminarea din sfera responsabilității a efectelor secundare ale momentului, pe care alegem să le ignorăm; preceptul „a închide ochii la consecințe” se transformă apoi în rea-credință, aceea de a „se spăla pe mâini” în privința consecințelor. Pe de altă parte, având grijă de *toate* consecințele, inclusiv cele mai contrare intenției inițiale, are ca rezultat faptul că agentul uman este responsabil de orice, fără discriminare, în același timp nespunând nimic prin care să-și *asume* responsabilitatea [6].

Prin urmare, trebuie să ne asumăm responsabilitatea pentru toate consecințele acțiunilor noastre, cu riscul de a fi considerați vinovați de toate nedreptățile lumii, chiar dacă nu am „făcut nimic rău”? Sau ar trebui să ne limităm responsabilitatea la ceea ce facem în mod intenționat, sustrăgându-ne de la responsabilitatea pentru efectele colaterale ale acțiunilor noastre pentru că „nu este vina noastră”, cu riscul de a deveni nevinovați la toate nedreptățile iefine ale lumii? Dacă îmi asum efectele colaterale ale acțiunilor mele, atunci responsabilitatea mea devine „nelimitată”, nu mai pot suporta sarcina: iată-mă deci fără putere în fața propriei mele responsabilități infinite. Or, am văzut că este iresponsabil să ne angajăm într-o responsabilitate care nu poate fi asumată. *Dorind să fiu responsabil pentru tot, devin iresponsabil*. Dacă, dimpotrivă, vreau să-mi asum doar actele mele intenționate, inclusiv efectele propuse și prevăzute, atunci responsabilitatea mea este prea „limitată”, pentru a înțelege doar ceea ce este exclusiv în puterea mea: nu fac decât să întorc spatele la tot ceea ce are legătura cu participarea mea în lume fără să vreau să o fac, iar puritatea bunelor mele intenții se potrivește doar cu nedreptățile lumii pe care refuz să le văd, de unde și reaua mea credință. Dorind să fiu responsabil, devin din nou iresponsabil.

În concluzie, considerăm că trebuie să găsim o cale de a transforma o responsabilitate globală în sine nelimitată, deci neopozabilă agenților sociali, într-o responsabilitate limitată, recunoscută instituțional, deci opozabilă agenților sociali.

Referințe bibliografice

1. Arendt Hannah. Responsabilité et jugement. Paris: Payot, 2005, p.47.
2. Apel Karl-Otto. Discussion et responsabilité 1: L'éthique après Kant. Paris: Éditions du Cerf, 1996, p.15.
3. Apel Karl-Otto, *Op. cit.*, p.95.
4. Kant Immanuel. Spre pacea eternă. București: Gramar, 2015.
5. Toma din Aquino. Summa theologica. Iași: Polirom, 2009.
6. Ricœur Paul. Le Juste. Paris: Esprit, 1995, p.66.

ELEMENTE CONSTITUTIVE ALE CADRULUI SPIRITUAL AL OMULUI ÎN OPERA LUI CONSTANTIN NOICA

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

Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, R. Moldova

svcoanda@gmail.com

CONSTITUTIVE ELEMENTS OF THE SPIRITUAL FRAMEWORK OF MAN IN THE WORK OF CONSTANTIN NOICA

This article analyzes the most important elements of the spiritual framework of the human personality that is emphasized in the works of Constantin Noica (1909-1987): the belief that the world is „ontologically oriented” – oriented towards being, towards good; culture as a system of values; philosophy represented as a saving activity for man; the mother tongue as an expression of the identity of man; the symbiosis of intellectual and moral values, the ire primacy over material values. It is concluded that these elements determine the specificity of man's presence in the world, his auto affirmation and becoming, the continuity between generations and cultures, our human future.

Una din secțiunile Conferinței noastre este intitulată: Cadrul spiritual și asigurarea calității vieții, bunăstării și siguranței omului. Desigur, medicina poate asigura realizarea acestor rigori. Dar și filosofia, care mai este numită

și medicina sufletului, și cultura în ansamblu, are contribuții merituose în acest domeniu. Sugestive în acest aspect sunt concepțiile filosofice ale lui Constantin Noica, de la nașterea căruia anul acesta se împlinesc 110 ani.

Personalitate proeminentă a culturii românești, C.Noica a fost profund interesat de cadrul spiritual și asigurarea calității vieții, bunăstării și siguranței omului prin promovarea virtuților. El a realizat lucrări filosofice de mare profunzime într-o perioadă marcată de teroarea regimului comunist, care marginaliza intelectualitatea și creația liberă. Însă, în pofda acestor circumstanțe vitrege, C.Noica nu și-a pierdut speranța, păstrându-și optimismul și încrederea în supremația valorilor spiritului.

Prin scrierile sale, C.Noica avea intenția să-l introducă pe cititor în „bunătatea timpului nostru”, după cum menționa el în lucrarea „*Simple introduceri la bunătatea timpului nostru*”, adică să demonstreze, să convingă că „timpul nostru” și tot ce l-a făcut posibil, l-a făcut să fie așa cum este, nu trebuie să fie doar hulit, criticat, înțeles doar prin prisma propriilor fobii, ci, prin realizările obținute în toate domeniile. Aceste realizări sunt o mărturie a încrederii că, atât cultura europeană, cât și cultura românească a înregistrat și înregistrează reușite, redresare, noi remedii ce ne conving că totul până și urmă, este sau poate deveni bun [1, p.8].

Încrederea, optimismul lui C.Noica e fundamentat pe teza *Devenirii întru ființă* – teză centrală a filosofiei acestui gânditor, teză care semnifică recunoașterea anume că lumea este „ontologic orientată” – orientată spre ființă, spre bine, adică are „oroare de rău”. *Devenirea întru ființă* este o mișcare către împlinire, căutarea ființei, mișcarea spre ființă care se face înlăuntrul ființei, în cerc; el desemnează nu simpla revenire la punctul de plecare, ci o mișcare spre o sporită ființă. *Devenirea întru ființă* este devenirea în care realitatea și idealitatea se întâlnesc și tind să coincidă. C.Noica invocă des teza lui Blaise Pascal „Nu m-ai căuta dacă nu m-ai fi găsit” pentru a exprima ideea căutării întru ființă. Ființa este tot timpul prezentă, dar devenirea întru ființă este mișcarea nemărginită, nelimitată [2, p.100]. Ființa nu este, ea se face și se preface – este concluzia la care ajunge C.Noica. Ființa se va afirma îndeosebi prin Om, prin ridicarea Omului la cultură și la creația de cultură.

Cultura – element constitutiv principal al cadrului spiritual al omului este viață a spiritului, creație nouă, dar care nu desființează vechiul ci e păstrare a ce s-a dobândit, tradiția și inovația fiind caracteristici complementare ale culturii. Culturile, menționa Noica, „reprezintă pentru oricine

sisteme de valori, nicidecum simple acumulări și folosiri de bunuri. Mai mult încă, sistemele de valori sau subsistemele lor (științe pentru valoarea adevărului, limbi pentru logosul ca rostire, arte pentru valoarea frumosului, ansambluri tehnice pentru valoarea creației practice) tind, într-o cultură împlinită, să capete autonomie” [3, p.97].

C.Noica apreciază cultura europeană, în cadrul căreia s-a dezvoltat și cultura românească, ca fiind o cultură de sinteză. Ea îmbină în sine trei factori: filosofia greacă, dreptul roman și religia creștină, fapt ce o determină atât în sens de cunoaștere, cât și de acțiune. Reieșind din aceste convingeri, C.Noica, în lucrarea „*Modelul cultural european*”, definește cultura europeană ca „model deplin al culturii”, „arhetipul oricăror altor culturi”, „conștiința de sine a oricărei alte culturi depline”. Trăsătura esențială a modelului cultural european este unitatea sintetică, susceptibilă de a promova constant noul, de a fi deschisă către alte culturi, de a da prioritate valorilor spiritului.

Printre cele mai principale cauze ale afirmării și extinderii acestui model cultural-valoric sunt și performanțele economice ale capitalismului, bazat pe proprietatea privată și piața liberă, precum și pe dezvoltarea științei; de asemenea – performanțele politice ale democrației, fundamentată pe pluralismul politic, pe libertatea de expresie și asociere, precum și pe întregul ansamblu de drepturi și libertăți „ale omului și cetățeanului”.

Concluzia lui C.Noica este că cultura europeană nu e o cultură ordinară, ci arhetipul oricărei alte culturi, înțelesă ca manifestare deplină a umanului. Cultura europeană conține în sine sursele depășirii momentelor de criză – prin transfigurarea lor spirituală. Civilizația va fi în pericol atât timp cât realizările economice nu vor fi puse în slujba forțelor creatoare ale omului, atât timp cât preocupările de ordin material vor părea mult mai importante decât cele ale spiritului. Trebuie să renunțăm la contrapunerea acestor două tipuri de valori și să le gândim în întreteserea lor în spirit: – în planul cunoașterii spre lumea transcendențială; – în planul credinței spre lumea transcendenței.

Modelului cultural-valoric european îi corespunde și un model antropologic, și anume – cetățeanul, caracterizat prin a fi liber, responsabil, deschis cunoașterii și comunicării, capabil să-și asume anumite riscuri și inițiative în diferite domenii de activitate.

Cultura românească se înscrie în parametrii menționați ai culturii europene. În lucrarea „*Pagini despre sufletul românesc*”, C.Noica accentua că

deși cultura noastră se numește „o cultură minoră”, aceasta nu înseamnă inferioritate calitativă: “Cultura noastră populară, deși minoră, are realizări calitativ comparabile cu cele ale culturilor mari. Și știm că avem în această cultură populară o continuitate pe care nu o au cele mari” [4, p.95]. Cultura minoră este de aceeași calitate spirituală cu cea majoră, pentru că e purtătoarea unei matrice stilistice – „pecetea adâncă a neamului românesc” [5, p.7]. Dezvoltarea culturii românești se va manifesta în „continua noastră umanizare întru sublimul uman” – scop suprem comun pentru întreaga cultură europeană.

Un element constitutiv important al cadrului spiritual al omului este și Filosofia. C.Noica afirma că filosofia reprezintă o activitate salvatoare pentru om, pentru națiune, pentru umanitate. „Cine nu filosofează este, mai mult decât oricând, o ironie a istoriei”, menționa marele nostru înaintaș. Soluția globală, în cadrul haosului contemporan, a crizei istorice, e redescoperirea filosofiei, care e capabilă să găsească unitatea transcendentului cu transcendentul, a devenirii cu ființa, ceea ce C.Noica numește „devenire întru ființă”.

În „*Jurnal filosofic*” C.Noica definește filosofia ca „aventura universalului când devine particular”. Filosoful este cel ce gândește de sinestătător și se ridică prin rațiunea sa la o conștiință filosofică, conștiință care postulează ea însăși o ordine și dă noi înțelesuri tuturor faptelor ce constituie obiect de cunoaștere și, în acest fel, le „raționalizează”, interpretează întregul, propune interpretarea sa asupra lumii, asupra experienței umane și a culturii.

În importante lucrări ale sale, precum ar fi „*Mathesis sau bucuriile simple*”, „*Concepte deschise în istoria filosofiei la Descartes, Leibniz și Kant*”, „*Jurnal filosofic*” etc., Constantin Noica manifestă un profund interes față de filosofie, față de numeroși filosofi. În special îi menționează pe Platon și Aristotel din antichitate și pe Kant și Hegel din modernitate. De asemenea, de înalta lui apreciere se bucură Descartes, Bacon și Leibniz. F.Bacon, R.Descartes, G.Leibniz și I.Kant sunt considerați de C.Noica „părinți ai filosofiei noastre”, adică ai filosofiei contemporane, deoarece ei „indicau metode pentru dezvoltarea științelor” și chiar „interveneau ei înșiși cât se poate de direct în mersul lor.” Pe Kant îl venera îndeosebi pentru credința impresionantă în puterea rațiunii, ceea ce constituie adevărata valoare a sistemului lui Kant, fie că se referă la știință, etică, artă sau religie. Trăsătura definitorie a acestor filosofi, menționată de Noica, este enciclopedismul și universalismul.

Limba maternă se afirmă ca element central al cadrului spiritual al personalității umane, fiind expresie a identității omului și contribuind decisiv la asigurarea specificului, particularităților culturii unui popor.

C.Noica face un adevărat elogiu limbii materne, menționând că limba unei comunități umane este locul unde se dezvăluie sufletul acestei comunități. Fiecare om trăiește în cadrul unei limbi, care îl precede în timp; de aceea „numai în cuvintele limbii tale se întâmplă să-ți amintești de lucruri pe care nu le-ai învățat niciodată. Căci orice cuvânt este o uitare și în aproape oricare s-au îngropat înțelesuri de care nu mai știi” [6, p.7]. Uitarea limbii materne este identică cu uitarea de sine, atenționa Noica, deoarece „vorbirea omului este și ființa lui”. Cuvântul dă o anumită orientare în lume celui care îl rostește, iar lumea sa se întinde până acolo unde ajung cuvintele lui. Cu cât cuvintele exprimă mai adecvat realitatea, cu atât orientarea individului în lume este mai prielnică pentru o ulterioară propășire. Iar o folosire nepotrivită a unui cuvânt, sau uitarea câte unui înțeles, poate surpa drumul omului în lume. Căci un cuvânt potrivit așează lumea cum trebuie, iar unul nepotrivit te poate îmbolnăvi, accentua Noica.

În pofida năzuințelor de uniformizare și unificare ce persistă în epoca noastră, cultura europeană, în linii mari, susține păstrarea specificului, particularităților culturii și limbii fiecărui popor: „statuile trebuie să rămână statui, persoana umană, persoană, și cuvântul propriu, cuvânt”, menționa Noica [7, p.8]. Din aceste considerente, e necesar ca filosoful să se aplece asupra limbii, să fie un arheolog al limbii, dând la iveală cu fiecare cuvânt o altă dimensiune a lumii. Convingerea lui era că „nu poți gândi și nu poți face filosofie mare în limba ta, folosind cuvintele altora”. Un hermeneut autentic a fost Eminescu, care a găsit „*Luceafărul*” în tainele limbii române; acum e necesar să apară un Eminescu al gândirii românești, scria Noica, căci nu poți gândi adevărat și așa cum nu s-a mai gândit niciodată, decât așezându-te în elementul cuvintelor tale. Acestui scop C.Noica i-a consacrat mai multe lucrări, în care prin cercetări profunde demonstrează că în limba română există un șir de termeni precum *Sinele și Sinea; Rost și Rostire; Întru; Fire și Ființă; Trecere, Petrecere, Vremuire; Infinit și Infinitire* ș.a. ce exprimă idei care nu au fost exprimate în alte limbi. Valorificând gândirea filosofică condensată în limba maternă, Noica, în așa mod, scoate la iveală substratul unei gândiri filosofice românești.

Simbioza valorilor intelectuale și a valorilor morale, primatul lor față de valorile materiale sunt, de asemenea, elemente esențiale ale cadrului spiritual al omului.

Această simbioză și acest primat sunt menționate de C.Noicaca fiind definitorii pentru *omul deplin* – caracterizat prin a fi liber, responsabil, deschis cunoașterii și comunicării, capabil să-și asume anumite riscuri și inițiative în diferite domenii de activitate. Cea mai înaltă trăsătură a omului este liberul arbitru, cu care a fost înzestrat, spre a-și alege singur chipul și respectarea principiului kantian: “Legea morala e în mine, cunoașterea cu atât mai mult”, considera filosoful roman. Omul deplin, ca exponent al culturii europene, trebuie să realizeze un continuum valoric și nu o ruptură sau o negare a unor valori existente și general acceptate. El trebuie să fie pregătit în așa fel încât să facă cea mai bună alegere și să se orienteze în contextele multiplicării sistemelor de valori din perspectivă interculturală.

Prin opera și activitatea sa, C.Noica ne avertizează asupra pericolului dezumanizării, a instaurării individualismului, nihilismului, totalitarismului. Dacă vrei să ordonezi lumea, menționa el, trebuie mai întâi să-ți ordonezi propria ființă. Dacă vrei să piară dezordinea exterioară, trebuie mai întâi să faci ordine în omul lăuntric care ești tu însuși. Individul nu trebuie să trăiască la întâmplare, rigoarea trebuie să pătrundă în intimitatea lui, în sufletul lui, în corpul lui, accentua el. Deoarece, prin spirit, ca atitudine logică, omul se poate șlefui în permanență, iar prin spiritualizare ca interiorizare neconținută a lumii din afară individul va tinde să ajungă o personalitate. Prin înăbușirea patimilor individuale și prin interiorizarea mediului culturii din care face parte, individul se sporește pe sine, spiritualizându-se. În lucrarea „*Mathesis sau bucuriile simple*”, C.Noica își exprimă convingerea că anume promovarea simplității, evitarea exceselor, a obsedării de bunurile materiale, centrarea pe adevăr, ordine și creație constituie *mathesis universalis* – știința universală a vieții. Doar plăcerile simple și virtuțile asigură fericirea – cea mai mare bucurie, fundamentată pe dragostea față de oameni.

Concluzie. Elemente importante ale cadrului spiritual al personalității umane sunt, în viziunea lui Constantin Noica, încrederea că lumea este orientată spre ființă, spre bine; cultura ca sistem de valori; filosofia reprezentată ca o activitate salvatoare pentru om; limba maternă ca expresie a identității omului; simbioza valorilor intelectuale și a valorilor morale, primatul lor față de valorile materiale. Anume aceste elemente determină specificul prezenței omului în lume, autoafirmarea și devenirea sa, continuitatea între generații și culturi, viitorul nostru uman.

Referințe bibliografice

1. Noica Constantin. Simple introduceri la bunătatea timpului nostru, București, 1992.
2. Noica Constantin. Devenire întru ființă, București, 1981.
3. Noica Constantin. Modelul cultural european, București, 1993.
4. Noica Constantin. Simple introduceri la bunătatea timpului nostru, București, 1992.
5. Noica Constantin. Pagini despre sufletul românesc, București, 1991.
6. Noica Constantin. Cuvânt împreună despre rostirea românească, București, 1987.
7. Noica Constantin. Ibidem.

CONCEPTUL DE PATRIOTISM ȘI PERSONALITĂȚI ISTORICE ÎN CRONOGRAFIA ROMÂNEASCĂ DIN SEC. XVI – MIJLOCUL SEC. XVIII

Dumitru Căldare, dr. hab. în filos., conf. univ.
Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, R. Moldova

THE CONCEPT OF PATRIOTISM AND HISTORICAL PERSONALITIES IN ROMANIAN CHRONOGRAPHY FROM THE 16TH CENTURY – THE MIDDLE OF THE 18TH CENTURY

By describing the great personalities of Moldova from the Middle Age, Grigore Ureche and Miron Costin have gained their place in the history as great patriots. The paper presents and comments some fragments of their works which best prove their patriotism over centuries.

Dezvoltarea societății la etapa actuală pune în mod imperios problema studierii profunde și multilaterale a gândirii filosofice a trecutului istoric al neamului românesc. În condițiile integrării și globalizării, oamenii au stringentă nevoie să cunoască în mod temeinic, obiectiv și multispectual realizările gândirii filosofice românești din trecutul istoric. Necesitatea studierii acestei probleme rezultă și din faptul că trecutul istoric ne procură multe învățăminte. De aceea pentru a înțelege filosofia românească trebuie să-i cunoașți CV-ul, și chiar dacă nu știi încotro se duce să știi cel puțin de unde vine [1].

În acest context examinăm operele lui Grigore Ureche și Miron Costin care

au rămas pentru totdeauna în istoria neamului și ca mari patrioți, o dovadă concludentă, în acest sens, fiind însăși letopisețul Țării Moldovei.

În concepția cronicarilor, personalitățile istorice, manifestând un patriotism adevărat, îndeplinesc un rol deosebit în dezvoltarea societății. Așa a fost Ștefan cel Mare, care, după aprecierea lui Grigore Ureche, pentru faptele lui vitejești și creștinești, pentru victoriile glorioase a devenit „sfânt” încă în timpul vieții. Și, deși Miron Costin este rezervat în privința aprecierii domniei lui Mihai Viteazul, totuși el recunoaște meritele incontestabile ale acestuia față de neamul românesc. Sunt elogiați și alți domnitori patrioți care, în opinia cărturarilor, au contribuit la dăinuirea în timp a Țărilor Române. Rolul personalităților de seamă în istorie sporește în cazul în care ele posedă și manifestă adevărate aptitudini intelectuale și stări sufletești, calități moral-creștine și patriotice.

Descriind puternica Romă antică, M. Costin afirmă că personalitatea remarcabilă a unui împărat sau rege determină întru totul forța și existența ei în lume. Anarhia „macină” esența și vitalitatea țării din interior. Și dacă la o anumită etapă Roma începuse să decadă, apoi, odată cu întronarea lui Traian, ea atinge culmile măreției militare. Sub împăratul Adrian, Roma a decăzut pentru totdeauna, fiind împresurată de năvălirile barbarilor. Deci, istoria are un caracter obiectiv și inevitabil, este un proces istorico-natural, aflându-se în permanentă schimbare și dezvoltare și nici o figură istorică, cât de proeminentă ar fi ea, nu e în stare să stăvilească sau să reorienteze cardinal mersul logic și firesc al istoriei, să întoarcă roata acesteia înapoi. Remarcăm că aceste raționamente pot fi completate cu generalizările marelui Hegel, care scria că „tot ce e rațional e real, tot ce e real e rațional”, – a fost real Imperiul Roman, dar au fost raționale și hoardele barbare care au înlăturat forța romană.

De notat ca Miron Costin aduce un elogiu împăratului Traian, cuceritorul Daciei străbune. Roma l-a făcut pe Traian nemuritor. Prin veșnica lui Columnă a arătat lumii că gloria voastră este veșnică, monarhi slăviți! De ce, oare, asemenea stăpânitori nu trăiesc veșnic”? [2]. După noi, acest elogiu are un sens dublu; în primul rând, vița nobilă a romanilor ne onorează și ne sporește demnitatea națională în lume, noi fiind urmași ai poporului-rege. În rândul al doilea, aspirația cărturarului că asemenea stăpânitori să trăiască veșnic, în mod inevitabil generează concluzia că dacă sunt stăpânitori, trebuie să fie și sclavi. Și oare misiunea noastră constă numai în a proslăvi supușenia și umilința? Oare noi suntem sortiți a fi numai sclavi?

Oare aceasta este adevărata virtute? Și cu atât mai mult, cronicarul ar dori ca asemenea stăpânituri să trăiască veșnic.

Astfel, putem afirma că patriotismul lui Grigore Ureche a influențat și asupra stilului cronicii sale, care este mai degrabă un stil sentimental, prin care a atribuit datelor și evenimentelor istorice o adevărată viață, retrăiri și stări sufletești autentice. Și acest fapt trebuie apreciat în mod realist, deoarece asemenea mod de cugetare devine determinant pentru evoluția în continuare a științei istoriografice din acea perioadă.

Descrierea luptelor victorioase cu dușmanii țării căpătau o semnificație deosebită, fiind un îndemn mobilizator spre reînvierea conștiinței naționale. Oastea Țării Moldovei a obținut victorii răsunătoare asupra turcilor, tătarilor, leșilor, ungarilor, muntenilor, dar și înfrângeri umilitoare și rușinoase: „*Mai apoi și turcii carii că vedea că ca o negură toată lumea acoperea, războaie minunate au făcut de multe ori i-au și biruit, mai apoi de o au și supus supt jugul lor, de multe ori i-au asudat, rocoșindu-se și nu fără multă moarte și pagubă în oameni, până o așaza*” [3]. Patriotismul lui Grigore Ureche se manifestă, în special, și în atitudinea lui hotărâtă împotriva turcilor, care exploatau cu cruzime Țara Moldovei. Prin ura sa față de Poarta Otomană, descrisă în *Letopiseț*, el spera să cultive aceleași convingeri și sentimente contemporanilor și urmașilor săi.

Descrierea trecutului glorios avea scopul să demonstreze că dușmanii țării pot fi învinși, că Moldova poate reveni la gloria ei de altădată. De aici și necesitatea ca contemporanii lui să se trezească din starea de amorțire, să se pătrundă de marea lor responsabilitate față de Patrie. Faptele eroice ale trecutului – această călăuză dominantă – aveau scopul de a-i îndemna pe toți moldovenii la luptă, de a le insufla optimism și curaj în propriile forțe, în necesitatea de a-și făuri destinul. Țara Moldovei ar putea să-și recapete suveranitatea și independența ocupând un loc destoinic în lume. Prin urmare, anume dragostea de pământul natal, patriotismul nețărmurit al lui Grigore Ureche îl face să depășească ambițiile de apartenență la marea boierime, precum și orgoliul personal și să-l prezinte pe Ioan-vodă cel Cumplit în două ipostaze. Prima ipostază: Ioan-vodă este zugrăvit ca un tiran fiind acuzat de numeroase fărâdelegi și crime monstruoase, în special față de biserică. Cronicarul este convins că răsplata divină sau pedeapsa divină nicidecum nu-l va ocoli. A doua ipostază (nu-i prea evidențiată), dar concretizată este patriotismul înflăcărat al lui Ioan-vodă cel Cumplit, faptele lui eroice săvârșite pentru independența Moldovei. Numai în trei ani de zile Ioan-vodă cel

Cumplit a obținut câteva victorii strălucite. Mai întâi, el zdrobește oastea leșească a lui Bogdan-vodă, cu care acesta spera să-și recapete scaunul domnesc. După aceasta urmează și bătălia cu oastea turcească și a muntenilor, care, de asemenea, este îngenuncheată (se urmărea scopul de a-l ridica domn pe Petru Șchiopul după mazilirea lui Ioan-vodă). În acțiunile militare ale lui Ioan-vodă predominau chibzuința și măiestria de strateg iscusit. El arde Țara Muntenească și-l înscăunează pe Vintilă-vodă, iar apoi arde unul după altul târgurile Brăila, Tighina și Cetatea Albă, învinge oastea tătărească și cea turcească în Bugeac. Din mai multe cauze obiective și subiective Ioan-vodă pierde bătălia decisivă cu turcii de la Cahul și-și pierde și viața. Accentuăm îndeosebi faptul că și trădarea mării boierimi l-a împiedicat pe Ioan-vodă cel Cumplit să izbăvească țara de jugul otoman.

În problema patriotismului lui Grigore Ureche și în rolul deosebit pe care l-a îndeplinit Ștefan cel Mare în istoria neamului românesc, susținem opinia lui P.P. Panaitescu, care afirmă că acest aspect este expus în spiritul ideilor scriitorilor din sec. al XVII-lea, care, fiind influențați de Renașterea, priveau istoria prin activitatea oamenilor mari și nu a maselor lăsate în umbră. Pentru Grigore Ureche, Ștefan era un model de urmat pentru învierea Moldovei. În sec. al XVII-lea Ureche socotea că lupta pentru independență a unui mic stat feudal ca Moldova nu este un îndemn suficient și de aceea el adaugă conceptul de glorie. Gr.Ureche aduce mărturii convingătoare care confirmă că întreaga Europă, toată creștinătatea europeană salută victoriile militare ale lui Ștefan cel Mare. După victoria de la Vaslui asupra turcilor „*mare bucurie au fostu tuturor domnilor și crailor de prinprejur de biruință ce au făcut Ștefan-vodă*” [4]. Și dimpotrivă, după înfrângerea suferită de moldovenii la Valea-Albă „*fu scîrbă mare a toată țara și tuturor domnilor și crailor di prinprejur, dacă auziră că au căzut moldovenii suptu mîna paginilor*” [5]. La moartea lui Ștefan-vodă „*atîta jale era, de plîngea toți ca după un părinte al său, că cunoștia toți că s-au scăpatu de mult bine și de multă aparatură*”. Grigore Ureche ne prezintă într-un mod original și portretul lui Ștefan cel Mare: „Fost-au acestu Ștefan-vodă om nu mare de statu, mănios și de grabu vărsătoriu de sînge nevinovat: de multe ori la ospete omorăea fără județu. Amintrilea era om întreg la fire, neleneșu, și lucrul său îl știa a-l acoperi și unde nu gîndiiai, acolo îl aflai. La lucruri de războaie meșter, unde era nevoie însuși să vîriia, ca văzându-l ai săi, să nu să îndărăp-teze și pentru aceia raru războiu de nu biruia. Și unde-l biruia alții, nu pierdea nădejdea, ca știindu-se căzut jos, să rădica deasupra biruitorilor” [6]. Și este indiscutabil faptul că numai un mare om politic și un mare conducător

militar ar fi putut obține atâta faimă ostășească ca Ștefan; În circumstanțele vitrege în care se afla Moldova, o țară mică, neapărată și neașezată, era nevoie de geniul lui Ștefan, ca să manifeste iscusința militară și diplomație, cedări și compromisuri rezonabile, vitejie, voință individuală și credință nestrămutată în forțele poporului. Toate acestea fiind îmbinate cu un adevărat creștinism, demonstrează că Gr.Ureche l-a înțeles pe Ștefan, a înțeles și epoca istorică respectivă, admitem că nu în măsura cuvenită, dar a înțeles-o și a redat-o în modul respectiv.

În perioada istorică, când a activat Grigore Ureche, boierimea a păstrat numai unele manifestări palide ale boierimii militare, patriotice, dornice de glorie și slavă din timpurile lui Ștefan cel Mare. E cunoscut faptul că după bătăliile victorioase domnitorii dăruiau moșii boierilor, dar și altor oșteni ce manifestau virtute militară și patriotism, făcându-le și alte feluri de recompense. Pe timpurile lui Miron Costin boierimea pierduse calitățile și virtuțile ei militare și patriotice de altădată, transformându-se într-o boierime de agricultori. În această nouă calitate a sa, boierimea exploata țărănimia în mod nemilos, având un singur scop – îmbogățirea, utilizând diferite mijloace perfide în vederea realizării acestuia. Unul din aceste mijloace, care poate fi calificat și ca antinațional, este acceptarea tacită de către boierimea moldovenească a ocupației turcești și chiar colaborarea cu ea în scopul menținerii în supunere a țărănimii.

Notăm că și Miron Costin a fost un mare patriot. Opera lui proslăvește neamul românesc și, drept confirmare, sunt și cuvintele cu care începe lucrarea *De neamul moldovenilor – „cînt țara-mi înlăcrămată și pe bieții locuitori ai țării Moldovei”* [7]. Altceva e că, în aprecierea formelor și metodelor privind manifestarea patriotismului, Miron Costin avea și alte viziuni decât Grigore Ureche. Cronicarul nu aproba existența unor posibilități social-economice reale în a doua jumătate a sec. al XVII-lea privind izbăvirea de ocupația turcească. Considerăm că, în mare măsură, această concluzie corespunde adevărului. La temelia acestor concluzii și viziuni ale lui Miron Costin se află un complex întreg de cauze obiective și subiective generate de vremurile cumplite. Țara Moldovei era distrusă și pustiită de războaiele dintre Polonia și Turcia, de cruntul jug al acesteia din urmă care generase o mizerie și o sărăcie totală, o instabilitate social-politică permanentă. În aceste condiții și se afirmă neîncrederea cronicarului în realitatea socială existentă, consolidând, în același timp, convingerea că numai Dumnezeu va putea salva Țara Moldovei. Miron Costin acceptă unele aspecte de nuanță realistă firească privind examinarea faptelor și fenomenelor istorice. Dum-

nezeu este atotputernic. El călăuzește și guvernează lumea – acesta este crezul cărturarului. În același timp, el admite că unele fapte istorice pot avea loc și în virtutea manifestării active a rațiunii umane, dar și în asemenea cazuri ele se află sub guvernarea divină.

Așadar, cea mai distinsă trăsătură a patriotismului lui M. Costin este scrierea *Letopisețului Țării Moldovei*, precum și a celorlalte opere ale sale, prin care și-a proslăvit Patria și poporul. Teza – gândul cronicarului „*A lăsa iarăși nescris, cu mare ocară, înfundat neamul acesta de o samă de scriitori, ieste inimii durere*”. Biruit-au gândul să mă apucu de această trudă, să scoț lumii la vedere felul neamului, din ce izvor și seminție sântu lăcuitorii țării noastre, Moldovei și Țării Munteneste și românii din țările ungurești ... că toți un neam și odată descălecați sântu” [8].

A doua trăsătură – deși M. Costin era reprezentant de vază al mării boierimi, totuși el s-a distanțat de aceasta în problema atitudinii față de Patrie, față de care nutrea o dragoste nemărginită. El a rămas fidel Patriei până în ultima clipă a vieții sale. A treia trăsătură; luptând și cu sabia, și cu pana, fiind și un diplomat erudit, el spera că Moldova va fi eliberată de ocupația turcească cu ajutorul Poloniei. În acest scop el întreținea o corespondență permanentă cu mari demnitari poloni, întreprindea acțiuni și măsuri hotărâte pentru salvarea Patriei sale. El îndeamnă suveranul Poloniei la fapte mari, scriind în *Cronica Țărilor Moldovei și Munteniei*, fie și ca norocul aceuia care domnește asupra milostivirii voastre, domnul meu cel milostiv, „să ne apere și pe noi de pieire prin voia Celui-de-Sus” [9].

Patriotismul lui M. Costin se manifestă și prin faptul că el se pronunță împotriva acelor domnitori care aduc în țară oști străine (turci, tătari, leși, nemți, etc.) pentru a cuceri scaunul domnesc. Ei consideră că asemenea fapte „nesocotite” aduc țării mari pagube și nenorociri.

Referințe bibliografice

1. Surdu Alexandru. Izvoare de filozofie românească. București, 2010, p.8-11.
2. Costin Miron. Opere. Chișinău: literatura artistică, 1989, p.271.
3. Letopisețul Țării Moldovei, p.27.
4. *Ibidem*, p.46.
5. *Ibidem*, p.48.
6. *Ibidem*, p.57.
7. Costin Miron. Op.cit., p. 267.
8. Costin Miron. Op.cit., p.291.
9. Costin Miron. Op.cit., p.210.

INTEGRITATEA ÎN CERCETARE – DIMENSIUNEA INTEGRALĂ A EXCELENȚEI ACADEMICE

Maria Aluas, PhD, Assoc. Professor Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy, Center for Bioethics, Babes-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania, Legal Advisor to the Order of Physicians, Alba County, Romania
maria.aluas@umfcluj.ro

Ioana Roxana Bordea, PhD, Assist. Prof. Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

INTEGRITY IN RESEARCH – THE INTEGRAL DIMENSION OF EXCELLENCE IN ACADEMIA

Topics of integrity in research are intensified in recent years as a result of denouncing numerous fraud cases in the field of science. The public found out, for the first time in history, about the existence of these behaviors and the consequences they produce, and rules were adopted for researchers.

Planurile noastre eșuează atunci când nu au un scop. Când cineva nu cunoaște portul destinației sale, niciun vânt nu este cel bun.

Lucius Annaeus Seneca

Introducere. Integritatea este o valoare elevată a existenței, atât din punct de vedere individual cât și social. Un comportament integru și onest este primordial în orice activitate de cercetare. În context științific, integritatea este angajamentul personal al cercetătorilor de a respecta regulile de bune practici științifice¹. Veracitatea și spiritul de deschidere, autodisciplina, autocritica și corectitudinea sunt indispensabile tuturor comportamentelor integre. Aceste elemente stau la baza oricărei activități științifice și sunt condițiile credibilității și a acceptării științei².

Date și fapte. Cu toate acestea, s-a vorbit despre cazuri suspecte, unde s-ar fi comis fraude în cercetare încă de la începuturile revoluției științei.

¹ S. Horbach, W. Halfman, *Promoting Virtue or Punishing Fraud: Mapping Contrasting Discourses on 'Scientific Integrity'*. Deliverable D2.2. PRINTEGER. Promoting Integrity as an Integral Dimension of Excellence in Research. Ref. Ares(2016)3721139 – 20/07/2016. Available at: <https://printeger.eu/documents-results/>, last accessed on March 11, 2019

² R. Dändliker, *Avant Propos at L'intégrité dans la recherche scientifique. Principes de base et procédures*, Swiss Academy of Art and Science, p. 7, 2008.

Spre exemplu, există suspiciuni cu privire la Gregor Mendel (1822-1884) care ar fi falsificat date preluate din lucrările predecesorilor săi, în domeniul geneticii, în anul 1866³. În anul 1951 un renumit psiholog, Cyril Burt (1883-1971)⁴, publica un articol în care argumenta cu date că IQ-ul este moștenit. Mai târziu s-a dovedit că aceste date nu existau. În anul 1971, un dermatolog celebru, William Summerlin (n. 1938)⁵, a colorat blana la șoareci pentru a aduce probe care să susțină operații reușite în tratamentul cancerului de piele. În anul 1990, James Abbs, profesor de neurologie de la Universitatea din Wisconsin a fost acuzat că a publicat materiale preluate dintr-o teză de doctorat pe care o coordona⁶. Mai târziu, în anul 1998 un chirurg britanic, Andrew Wakefield⁷, susținea că există corelație între vaccin și autism, iar anestezistul german, Joachim Boldt⁸, a fost acuzat, în anul 2010, că a falsificat 89 de articole din totalul de 102, pe care le publicase în domeniul cercetării pe coloizi. Acestea sunt doar câteva exemple de oameni prestigioși, implicați în cercetare, care au publicat date ce s-au dovedit, a fi fraudate.

Frauda este o denaturare explicită a faptelor prin cuvânt sau prin comportament, care are drept scop producerea unei înșelăciuni. Prin urmare, se impune efectuarea unei anchete, întrucât s-au produs prejudicii. Conform *Dicționarului juridic*⁹, frauda este denumirea generică dată faptei prin care o persoană încearcă să realizeze un profit material de pe urma încălcării legii (de exemplu, prin înșelăciune, delapidare, furt, fals etc.) sau a nesocotirii drepturilor altei persoane (de exemplu, fraudă în contract). În domeniul cercetării științifice se folosește, cel mai frecvent, denumirea de *abatere* (engl. *misconduct*) pentru a descrie o încălcare a procedurilor, a codurilor sau a standardelor de bună practică.

Cauzele care determină acest tip de comportamente sunt variate. Prin-

³ D. Hartl, D. J. Fairbanks, « Mud Sticks: On the Alleged Falsification of Mendel's Data », *Genetics*, 175(3), (2007).

⁴ O. Gillie, *Crucial data was faked by eminent psychologist*, 1976 London: Sunday Times.

⁵ J. Brody, *Inquiry at Cancer Center Finds Fraud in Research*. 1974, New York: The New York Times.

⁶ A. Shamoo, D. Resnik, *Responsible Conduct of Research*, 2003, Oxford University Press.

⁷ R. Sathyanarayana R, A. Chittaranjan, *The MMR vaccine and autism: Sensation, refutation, retraction, and fraud*. *Indian J Psychiatry*, 2011, 53(2): 95–96.

⁸ J. Wise, *Boldt: the great pretender*. *BMJ*, 2013,346:f1738

⁹ Dicționar juridic, Legea de la A la Z, <https://legeaz.net/dictionar-juridic/frauda>, [accesat iulie 2018], cf. M. Aluas, C. Vlad, „Considerații etice cu privire la nutriție în cazul pacienților cu risc cardiovascular”, In: C. Vlad (coord.), *Rolul nutriției în prevenirea bolilor cardiovasculare*, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2018, p. 355-366.

tre cele menționate cel mai des ar fi presiunea de a termina la termen, de a publica rezultate, de a publica doar rezultate pozitive; lipsa pregătirii adecvate a celor implicați în echipele de cercetare, dar și lipsa integrității și a conștiinței morale¹⁰.

Consecințele fraudelor în cercetare. Aceste fapte au consecințe nefaste și repercusiuni negative, precum¹¹: prejudicii cauzate științei în termeni de timp, energie și resurse pe care cercetătorii le risipesc, prin publicarea de rezultate fraudate. De fapt, cercetarea indică că acest prejudiciu poate persista încă timp îndelungat chiar după retractarea oficială a studiului, pentru că ceilalți tind să citeze lucrările discreditate, chiar după ce au fost retractate; prejudiciile suportate de persoane și de societate atunci când rezultatele fraudate sunt transformate în produse sau procedee care sunt comercializate, considerându-se a fi adevărate; deteriorarea relațiilor între cercetători, între administrație și corpul profesoral; pierderea încrederii publicului în oamenii de știință, o încredere care, garantează o bună parte a susținerii financiare a cercetării.

Adoptarea de norme de orientare. Adoptarea de reglementări care să apere adevărul, onestitatea și integritatea în cercetare a început doar cu câteva decenii în urmă. Primele documente în acest domeniu au fost elaborate la începutul anilor 1980, în Statele Unite ale Americii. Universitățile nord-americanău fost primele care au denunțat cazuri de fraude și au început să caute soluții pentru a asuma responsabilitatea proprie în a menține o linie integră în cercetare. Conform celor afirmate de Steneck¹², care, în anul 1994 a examinat reglementările din Statele Unite cu privire la fraude în cercetare și în știință, procesul de *autocontrol* al științei, obținut prin revizia editorială și a parilor (*peer-review*), este cel care a întârziat adoptarea de reguli și de proceduri care să vizeze evitarea abaterilor și a fraudelor în acest domeniu. Spre sfârșitul anilor 1980 majoritatea marilor universități și aproape jumătate dintre universitățile mai mici (din Statele Unite) au adoptat regulamente cu privire la evitarea fraudelor științifice, în momentul în care eforturile vizau să se impună pe cale legislativă procesele de cercetare a cazurilor de abateri (*misconduct*) și de fraude¹³.

¹⁰ P. Cossette. *Linconduite en recherche*. Presses Universitaires de Québec, Québec, 2007.

¹¹ Forum mondial de la science de l'OCDE, *Unofficial Report on Best Practices for Ensuring Scientific Integrity and Preventing Misconduct*, 2007, quatrième ébauche datée du 1er août 2007.

¹² N. Steneck, „Research Universities and Scientific Misconduct”, *Journal of Higher Education*, vol. 65, n^o 3 (1994), p. 310.

¹³ A se vedea Steneck, 1994, p. 315, in: C. B. Pascal, „The history and future of

La începutul anilor 1990, Statele Unite ale Americii au înființat o instituție, numită *Office of Research Integrity* (ORI), cu scopul de a supraveghea și de a evalua cazurile de abateri provenind din mediul științific. După anii 1990, numeroase țări au urmat exemplul Statelor Unite, mai ales Danemarca, Australia și Marea Britanie, implementând comisii sau alte organisme cu sarcina de a elabora reguli și proceduri privind respectarea integrității și combaterea fraudelor în cercetare¹⁴.

Cu toate acestea, în ciuda cadrului strategic sau al sistemelor instituționale de care dispun deja de o lungă perioadă de timp țările și instituțiile de cercetare, există critici cu privire la eficacitatea acestora, din mai multe motive. Unul dintre ele este cel referitor la presiunea exercitată asupra cercetătorilor de a produce rezultate. Guvernele favorizează parteneriate cu organisme de cercetare finanțate de Stat pentru a avea un randament economic mare al investițiilor în cercetare și în dezvoltare. Un studiu publicat în anul 1997¹⁵ arată că aproape trei sferturi de cereri de acordare de fonduri provin din instituțiile științifice publice și că numărul acestor instituții aproape s-a triplat în cursul a șase ani, perioadă de timp luată în analiză de studiu. Efectul acestor realități a dus la creșterea eroziunii integrității în cercetare. Fenomenul de a căuta autori consacrați, care vor primi bani sau alte avantaje în schimbul acceptării de a fi menționați ca autori, este una dintre metodele practicate¹⁶. Concurența dintre cercetători și importanța din ce în ce mai mare a numărului de publicații, numărul citărilor ca și criteriu pentru a avansa în profesie au intensificat stresul cu care se confruntă cercetătorii și care se manifestă, în primul rând, prin deteriorarea relațiilor dintre ei. Această concurență și competiția acerbă contribuie la practicarea de jocuri științifice strategice, la declinul schimbului gratuit și deschis de informații și de metode, la acțiuni care vizează sabotarea colegilor și la adoptarea de diferite strategii în procesele de revizuire a studiilor, la relații

the office of research integrity: Scientific misconduct and beyond”, dans *Science and Engineering Ethics*, volume 5, numéro 2 (1999), p. 183-198 (16).

¹⁴ A se vedea Fondation européenne de la science, *Stewards of Integrity: Institutional Approaches to Promote and Safeguard Good Research Practices in Europe*, 2008, Strasbourg, FES.

¹⁵ Narin F. K. Hamilton, D. Olivastro, «The Increasing linkage between US Technology Policy and Public Science», *Research Policy*, vol. 26 (1997), p. 317-330.

¹⁶ A se vedea D. Healy, *Let Them Eat Prozac*, Toronto, Lorimer, 2003; J. Thompson, „Academic Integrity and the Public Interest” în J. Turk (ed.), *Universities at Risk*, Toronto, Lorimer, 2008, pentru o analiză a factorilor care duc la eroziunea integrității universitare.

denaturate și la o conduită discutabilă în domeniul cercetării¹⁷. Indicatorii bibliometrici, precum numărul de citări și numărul de publicații, stau la baza evaluării randamentului instituțiilor de cercetare și, prin urmare, la obținerea de fonduri de către unii în defavoarea altora, care nu pot raporta un număr record de publicații.

Globalizarea științei este un alt motiv pentru care integritatea în cercetare rămâne o miză importantă. Producția de cunoștințe științifice este desfășurată într-un număr din ce în ce mai mare de țări, unde cercetătorii nu sunt sensibilizați cu privire la aceste teme și nu respectă normele de cercetare.

În ceea ce privește România, acest factor este relevant atunci când o echipă de cercetători colaborează cu alte echipe din țări unde regulile privind integritatea în cercetare sunt cunoscute și implementate, în țara noastră fiind doar, de curând, articulate¹⁸, și neexistând încă, la nivel național o instituție care să cerceteze cazurile de fraudă și să furnizeze orientări individuale tinerilor cercetători. Acest fapt are consecințe asupra autorilor români, care nu de puține ori se confruntă cu situația de a le fi respins un articol, fără nici o explicație, de a fi puși într-o situație de inferioritate sau marginalizați chiar dacă rezultatele lor sunt la același nivel cu a celorlalți din alte țări.

Interesul crescut pentru denunțarea fraudelor în domeniul cercetării decurge și din reacțiile publicului care apar ca urmare a scandalurilor care implică cercetători, reacții însoțite, deseori, de luări de poziție cu privire la reexaminarea funcției de autoreglare și autocontrola științei. Comitetul canadian de integritate în cercetare s-a format ca urmare a unui cazului lui Ranjit Chandra, care a fost acuzat de fraudă de către publicația *British Medical Journal*¹⁹.

Observații finale. În ciuda acestor luări de poziții și adoptări de reglementări, există încă multe de făcut pentru ca temele de integritate în cercetare să fie asimilate și să se evite existența altor exemple și cazuri de abateri și fraude similare celor prezentate în acest capitol.

¹⁷ M. Anderson et coll., „The Pervasive Effects of Competition on Scientists’ Work and Relationships”, *Science and Engineering Ethics*, 13 (2007), 437-461.

¹⁸ În 2018, Ministrul Educației Naționale, a aprobat un act normativ, ORDIN Nr. 3131/2018 din 30 ianuarie 2018 privind includerea în planurile de învățământ, pentru toate programele de studii universitare organizate în instituțiile de învățământ superior din sistemul național de învățământ, a cursurilor de etică și integritate academică, cf. <https://www.edu.ro/sites/default/files/ordin%203131-2018docx.pdf>, accesat la data de 1.09.2019.

¹⁹ Fondation européenne de la science, *Stewards of Integrity: Institutional Approaches to Promote and Safeguard Good Research Practices in Europe*, 2008, Strasbourg, FES.

Referințe bibliografice

1. Aluas M., Vlad C. Considerații etice cu privire la nutriție în cazul pacienților cu risc cardiovascular. In: C.Vlad (coord.) Rolul nutriției în prevenirea bolilor cardiovasculare. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2018, p.355-366.
2. Anderson M. et coll. The Pervasive Effects of Competition on Scientists' Work and Relationships. In: Science and Engineering Ethics, 2007, Nr.13, p.437-461.
3. Brody J. Inquiry at Cancer Center Finds Fraud in Research. New York: The New York Times, 1974.
4. Cossette P. L'inconduite en recherche. Québec: Presses Universitaires de Québec, 2007.
5. Dändliker R. Avant Propos at L'intégrité dans la recherche scientifique. Principes de base et procédures. In: Swiss Academy of Art and Science, 2008, p.7.
6. Fondation européenne de la science. Stewards of Integrity: Institutional Approaches to Promote and Safeguard Good Research Practices in Europe. Strasbourg: FES, 2008.
7. Forum mondial de la science de l'OCDE. Unofficial Report on Best Practices for Ensuring Scientific Integrity and Preventing Misconduct, 2007, quatrième ébauche datée du 1er août 2007.
8. Gillie O. Crucial data was faked by eminent psychologist. London: Sunday Times, 1976.
9. Hartl D., Fairbanks D. J. Mud Sticks: On the Alleged Falsification of Mendel's Data. In: Genetics, 2007, 175 (3).
10. Healy D. Let Them Eat Prozac. Toronto: Lorimer, 2003; Thompson J. Academic Integrity and the Public Interest. In: J. Turk (ed.) Universities at Risk. Toronto: Lorimer, 2008. pentru o analiză a factorilor care duc la eroziunea integrității universitare.
11. Horbach S., Halfman W. Promoting Virtue or Punishing Fraud: Mapping Contrasting Discourses on 'Scientific Integrity'. Deliverable D 2.2. PRINTEGER. Promoting Integrity as an Integral Dimension of Excellence in Research. Ref. Ares (2016) 3721139 – 20/07/2016. Available at: <https://printeger.eu/documents-results/>, last accessed on March 11, 2019.
12. Ministerul Educației Naționale. ORDIN Nr. 3131/2018 din 30 ianuarie 2018 privind includerea în planurile de învățământ, pentru toate programele de studii universitare organizate în instituțiile de învățământ superior din sistemul național de învățământ, a cursurilor de etică și integritate academică. În: <https://www.edu.ro/sites/default/files/ordin%203131-2018docx.pdf> (accesat: 1.09.2019).
13. Narin F. K., Hamilton, Olivastro D. The Increasing linkage between US Technology Policy and Public Science. In: Research Policy, 1997, vol. 26, p.317-330.
14. Pascal C.B. The history and future of the office of research integrity: Scientific misconduct and beyond. In: Science and Engineering Ethics, 1999, vol. 5, numéro 2, p. 183-198.

15. Sathyanarayana R., Chittaranjan R, A. The MMR vaccine and autism: Sensation, refutation, retraction, and fraud. In: Indian J Psychiatry, 2011, 53 (2), p. 95–96.
16. Shamoo A., Resnik D. Responsible Conduct of Research. Oxford: Oxford University Press, 2003.
17. Steneck N. Research Universities and Scientific Misconduct. In: Journal of Higher Education, 1994, vol. 65, n^o 3, p.310.
18. Wise J. Boldt: the great pretender. In: BMJ, 2013, vol. 346, f1738.

SPECIFICUL DEZVOLTĂRII ȘTIINȚEI ȘI TIPURILE DE RAȚIONALITATE ȘTIINȚIFICĂ

Ecaterina Lozovanu, dr. în filos., conf. univ.
Universitatea Tehnică a Moldovei, Chișinău, R. Moldova
ecaterina.lozovanu@gmail.com

THE SPECIFIC OF SCIENCE DEVELOPMENT AND THE TYPES OF SCIENTIFIC RATIONALITY

The research shows that the development stages play a special role in the dynamics of the scientific knowledge, related to the reform of research strategies, dictated by the changes of the philosophical foundations of science. These stages became known as scientific revolutions. Each stage corresponds to certain norms and ideals that ensure the creation of the scientific picture of the world – an essential element in the structure of the scientific conception. The discovery of the new types of objects that cannot find their in the existing scientific pictures, requires the change of the research methods and a new vision of reality. These lead to the radical reform of science and the establishment of new types of scientific rationality, which, at the contemporary stage, require the inclusion of axiological factors in the composition of explanatory theses.

În dezvoltarea științei sunt evidențiate perioade, în cadrul cărora s-au reformat toate componentele fundamentale ale acesteia, inclusiv s-au modificat tablourile științifice a lumii. Înlocuirea tablourilor științifice a lumii a fost însoțită de schimbarea radicală a structurilor normative ale cercetării și a fundamentelor filosofice ale științei. Aceste perioade sunt îndreptățite să le concepem ca revoluții globale, care au dus la schimbarea tipului de raționalitate științifică.

În istoria științelor naturii depistăm patru astfel de revoluții. *Prima* din

ele a fost revoluția din sec. XVII, care a marcat în sine constituirea științei clasice a naturii. Apariția ei a fost nemijlocit legată de formarea unui sistem deosebit de idealuri și norme de cercetare, în care, pe de o parte, erau exprimate obiectivele științei clasice, iar pe de altă parte – s-a înfăptuit concretizarea acestora cu evidența dominației științei mecanice în sistemul cunoștințelor științifice ale epocii date.

În știință clasică, începând cu sec. XVII, ca un fir roșu era trasată ideea, conform căreia obiectivitatea cunoștințelor științifice poate fi realizată numai atunci, când din descriere și explicare este exclus tot, ce se referă la subiectul și procedeele activității de cunoaștere. „Aceste procedee erau acceptate ca date veșnice și constante” [1]. Idealul științei era constituirea tabloului absolut adevărat al naturii. Atenția principală era acordată căutării principiilor ontologice evidente, clare, care reieșeau din experiență, în baza cărora puteau fi formate teoriile care explicau și preziceau faptele empirice.

În sec. XVII-XVIII aceste idealuri și norme de cercetare se integrau împreună cu un șir întreg de teze, care exprimau obiectivele înțelegerii mecaniciste a naturii. ”Explicarea era interpretată ca căutare a cauzelor mecanice și a substanțelor – purtătoare de forțe, care determinau fenomenele observate. În înțelegerea întemeierii se includea ideea reducției cunoștințelor despre natură la principiile fundamentale și reprezentările mecanicii” [2]. În corespundere cu aceste obiective se forma și se dezvolta tabloul mecanic al naturii, care se impunea concomitent și ca tablou al realității, aplicat la domeniul cunoștințelor fizice și ca tablou general științific al lumii.

În final, idealurile, normele și principiile ontologice ale științelor naturii din sec. XVII-XVIII se bazau pe sistemul specific al fundamentelor filosofice, în care rolul dominant îl aveau ideile mecaniciste. În calitate de componentă epistemologică a acestui sistem erau reprezentările despre cunoaștere ca observare și experimentare cu obiectele naturii, care dezvăluie tainele existenței sale, necunoscute rațiunii care cunoaște. Totodată însăși rațiunea avea statut independent. În formă ideală aceasta era interpretată ca ceva distinct de lucrurile, care din exterior le observă și le cercetează, nedeterminată de nici un fel de premise, în afară de însușirile și caracteristicile obiectelor cercetate. Acest sistem de idei epistemologice concordau cu reprezentările specifice despre obiectele cercetate. Ele erau concepute prioritar în calitate de sisteme mici, corespunzător acestui fapt era aplicată

„rețeaua de categorii”, care determina înțelegerea și cunoașterea naturii.

Schimbările esențiale în acest sistem de fundamente relativ integru și stabil ale științelor naturii s-au produs la sfârșitul sec. XVIII – prima jumătate a sec. XIX. Acestea pot fi apreciate ca cea de-a *doua* revoluție științifică globală, care a determinat trecerea la o nouă etapă a științelor naturii – știința disciplinar organizată. În această perioadă tabloul mecanic al lumii își pierde statutul general științific. În biologie, chimie și alte domenii de cunoștințe se formează tablourile specifice ale realității, care nu sunt reduse la cel mecanic.

Prima și a doua revoluție globală în științele naturii s-au manifestat ca procese de formare și dezvoltare a științei clasice și a stilului ei de gândire. A *treia* revoluție științifică globală a fost legată de transformarea acestui stil și constituirea unui nou tip, *neclasic al științelor naturii*. Aceasta cuprinde perioada de la sfârșitul sec. XIX până la mijlocul sec. XX. În această epocă are loc reacția deosebită în lanț a schimbărilor revoluționare în diferite domenii de cunoștințe: în fizică, în cosmologie, în chimie, în biologie. Apar cibernetica și teoria sistemelor, care au avut un rol important în dezvoltarea tabloului contemporan științific al lumii.

În procesul acestor transformări revoluționare s-au format idealuri și norme ale științei neclasice. Ele se caracterizează prin refuzul de la ontologismul liniar și înțelegerea adevărului relativ al teoriilor și tabloului naturii, elaborat la o anumită etapă de dezvoltare a științelor naturii. În opoziție cu idealul adevărului unic al teoriei, care „fotografiază” obiectele cercetate, se admite adevărul a câtorva descrieri teoretice concrete și distincte ale uneia și aceleiași realități, deoarece în fiecare din ele se poate conține momentul de adevăr al cunoștințelor.

Sunt conștientizate corelările dintre postulatele ontologice ale științei și caracteristicile metodei, cu ajutorul căreia sunt însușite obiectele. În legătură cu aceasta sunt acceptate așa modalități de explicare și descriere, care în formă evidentă conțin trimiteri la mijloacele și procedeele activității de cunoaștere. Modelul cel mai evident al unei astfel de abordări sunt idealurile și normele de explicare, de descriere și de demonstrare a cunoștințelor, care s-au afirmat în fizica cuantico-relativistă. Dacă în fizica clasică idealul explicării și descrierii presupunea caracteristicile obiectului „în sine”, fără a indica mijloacele ei de cercetare, atunci în fizica cuantico-relativistă în calitate de condiție necesară a obiectivității explicării și descrierii sunt înaintate cerințele fixării clare a specificului mijloacelor de observație, care inter-

acționează cu obiectul. Se modifică idealurile și normele de demonstrație și întemeiere a cunoștințelor. Spre deosebire de modelele clasice întemeierea teoriilor în fizica cuantico-relativistă presupunea explicarea bazei operaționale inclusă în sistemul de noțiuni (principiul observării), la fel și clarificarea legăturilor dintre teoriile noi și anterioare (principiul corespondenței).

Ideea modificării istorice a cunoștințelor științifice, a adevărului relativ, a principiilor ontologice elaborate în știință se raportează la noile reprezentări despre activitatea subiectului cunoașterii. Apare înțelegerea circumstanței, că răspunsurile naturii la întrebările noastre sunt determinate nu numai de structura însăși a naturii, dar și de modul nostru de înaintare a întrebărilor, care depinde de dezvoltarea istorică a metodelor și mijloacelor de cunoaștere. În aceste condiții se constituie o nouă înțelegere a categoriilor de *adevăr, obiectivitate, fapt, teorie, explicație* etc.

S-a modificat radical și „subsistemul ontologic” al fundamentelor filosofice ale științei. Dezvoltarea fizicii cuantico-relativiste, biologiei și ciberneticii a fost legată de includerea noilor sensuri în categoria de *parte și întreg, cauzalitate și necesitate, lucru, proces, stare* etc. În principiu, poate fi arătat, că această „rețea categorială” a introdus o nouă imagine a obiectului conceput ca sistem complex. Reprezentarea despre raportul părții și întregului aplicat la astfel de sisteme include ideile despre nereducerea stării întregului la suma stărilor părților ei.

Un rol important la descrierea dinamicii sistemului îl au categoriile de împlinire, posibilitate potențială și reală. ”Cauzalitatea nu poate fi redusă numai la formularea laplasiană – apare noțiunea de „cauzalitate probabilă”, care lărgeste sensul înțelesului tradițional al categoriei date. Un conținut nou este înscris în categoria de obiect: acesta este deja conceput nu ca lucru identic cu sine, dar ca proces, care reproduce unele stări stabile și schimbătoare în rândul altor caracteristici” [3].

Toate reformele descrise ale fundamentelor științei, care caracterizează revoluțiile globale în științele naturii, au fost legate nu numai de expansiunea lor asupra noilor domenii de obiecte și depistarea noilor tipuri de obiecte, dar și de schimbările locului și funcțiilor științei în societate.

Trecerea de la științele clasice ale naturii la neclasice a fost pregătită de schimbările structurii producerii spirituale în cultura europeană de la sfârșitul sec. XIX – începutul sec. XX., de criza obiectivelor conceptuale ale raționalității clasice, de formarea în diferite domenii ale culturii spirituale a noii înțelegeri a raționalității, când conștiința, care cunoaște și străpunge

realitatea, permanent se întâlnește cu situația cufundării sale în această realitate, concepând dependența sa de împrejurările sociale, care în multe privințe determină obiectivele cunoașterii, orientările ei valorice.

În a doua jumătate a sec. XX începutul sec. XXI se produc schimbări noi radicale ale fundamentelor științei. Aceste modificări pot fi caracterizate ca cea de-a *patra* revoluție globală științifică, în rezultatul căreia apare noua știință, *postneclasică*. Dacă știința clasică era orientată spre înțelegerea fragmentelor realității tot mai înguste, izolate, care erau interpretate în calitate de obiect al unei sau altei discipline științifice, atunci specificul științei de la sfârșitul sec. XX – începutul sec. XXI este determinat de programele de cercetare complexe, la care participă specialiști din diferite domenii de cunoștințe. Organizarea unor așa cercetări în multe privințe depinde de determinarea direcțiilor prioritare, de finanțarea lor, de pregătirea cadrelor etc.

Realizarea programelor complexe provoacă o situație specifică de unificare într-un sistem unic de activitate a cercetărilor teoretice și experimentale, a cunoștințelor aplicate și fundamentale, intensificarea legăturilor directe și indirecte dintre ele. În rezultatul acestora are loc intensificarea proceselor de interacțiune a principiilor și reprezentărilor tablourilor realității, care se formează în diferite științe. Tot mai des modificările acestor tablouri se produc nu sub influența factorilor interni disciplinari, cât sub influența „altorii paradigmale” a ideilor translate din alte științe. În acest proces se pierd treptat liniile de demarcație dintre tablourile realității, care determină viziunea asupra obiectului unei sau altei științe. Ele devin interdependente și se prezintă în calitate de fragmente ale tabloului integrat general științific a lumii.

Dezvoltarea științei postneclasice este influențată nu numai de succesele științelor fundamentale, dar și de rezultatele cercetărilor interdisciplinare aplicate. În legătură cu aceasta amintim, că ideile sinergeticii au provocat schimbări în sistemul de cercetare, care au dezvăluit efectele de trecere și formare a structurilor disipative.

În cercetările interdisciplinare știința, ca regulă, se întâlnește cu așa obiecte sistemice complexe, care în disciplinele separate deseori sunt cercetate numai fragmentar, de aceea efectele caracterului lor sistemic poate să nu fie depistate în abordările disciplinare înguste, dar sunt dezvăluite în sinteza obiectivelor fundamentale și aplicate în cercetările orientate problematic. În calitate de obiect al cercetărilor interdisciplinare contemporane tot mai des sunt incluse sisteme unice, care se caracterizează prin auto-

dezvoltare. Așa tipuri de obiecte treptat definesc și caracterul domeniilor de cercetare ale științelor principale fundamentale, determinând trăsăturile științei contemporane postneclasice.

Sistemele care se dezvoltă pe parcursul istoriei prezintă în sine un tip de obiecte complexe chiar și în comparație cu sistemele autoreglate. Ultimele se prezintă ca stare specifică a dinamicii obiectului istoric, ca treaptă stabilă a evoluției.” Însăși evoluția istorică se caracterizează prin trecerea de la un sistem relativ stabil la alt sistem, care are o nouă organizare a elementelor și se caracterizează prin autoreglare. Formarea fiecărui nou nivel al sistemului este însoțit de trecerea prin stările nestabile (punctele de bifurcație), în aceste momente acțiunile întâmplătoare nu prea mari pot duce la apariția noilor structuri. Activitatea de cercetare a acestor sisteme impune o strategie principal nouă”.

În științele naturii, primele științe fundamentale, care s-au ciocnit cu necesitatea de a lua în considerație specificul sistemelor în dezvoltare, au fost biologia, astronomia și științele despre Pământ. În ele s-a format tabloul realității, care includea ideea istoricismului și a reprezentărilor despre obiectele unice în dezvoltare. În ultimele decenii ale sec.XX în această direcție a pășit fizica. Reprezentările despre evoluția istorică a obiectelor fizice treptat sunt incluse în tabloul realității fizice, pe de o parte, prin dezvoltarea cosmologiei contemporane, pe de altă parte – datorită elaborării ideii termodinamicii proceselor neechilibre și a sinergeticii.

Anume ideile evoluției și istoricismului devin temelia acelei sinteze a tablourilor realității, elaborate de științele fundamentale, care le unifică într-un tablou unic de dezvoltare istorică a naturii și a omului.

Orientarea științei contemporane spre cercetarea sistemelor complexe în dezvoltare modifică esențial idealurile și normele activității de cercetare. Istoricitatea obiectului sistemic complex și variabilitatea comportamentului acestuia presupun aplicarea pe larg a modalităților specifice de descriere și predicție a stărilor acestuia.

Sunt modificate reprezentările despre strategiile cercetării empirice. Idealul reproducerii experienței aplicat la sistemele în dezvoltare trebuie înțeles într-un sens specific. Dacă aceste sisteme sunt tipologizate, adică dacă putem experimenta cu multiple modele, fiecare dintre care poate fi evidențiat în calitate de aceeași stare incipientă, atunci experiența va avea unul și același rezultat, evidențind direcțiile probabile de dezvoltare a sistemului.

Însă, în afară de sisteme în dezvoltare, care formează anumite clase de obiecte, există și sisteme unice în dezvoltare istorică. Experiența, bazată pe interacțiunile energetice și de forță cu un astfel de sistem, în principiu, nu va permite reproducerea lui în una și aceeași stare incipientă. Însuși actul de „pregătire” incipientă a acestei stări modifică sistemul, direcționându-l într-o albie nouă de dezvoltare, iar ireversibilitatea proceselor de dezvoltare nu permit iarăși să recreăm starea originală.

Printre sistemele în dezvoltare istorică ale științei contemporane un loc deosebit îl ocupă complexitățile naturale, în care în calitate de componentă este inclus însuși omul. Exemple de astfel de complexități pot fi obiectele medico-biologice, efectele ecologice, care includ biosfera în genere (ecologia globală), obiectele biotehnologiilor (în primul rând ingineria genetică), sistemele „om-mașină”.

La cercetarea unor astfel de obiecte, căutarea adevărului este legat de determinarea strategiei direcțiilor posibile de transformare a unui așa obiect, ceea ce pune în abordare valorile umanistice. Cu astfel de sisteme nu pot fi liber înfăptuite experiențe. În procesul cercetării și însușirii lor practice un rol deosebit îl au interdicțiile unor strategii, care potențial conțin în sine consecințe catastrofale.

Cunoașterea științifică este concepută în contextul condițiilor sociale ale existenței sale și ale consecințelor sociale ca parte specifică a vieții sociale, determinată la fiecare etapă de dezvoltare de starea generală a culturii, de orientările valorice și de obiectivele conceptuale. ”Este conștientizată variabilitatea istorică nu numai a postulatelor ontologice, dar și a idealurilor și normelor de cunoaștere. Corespunzător sunt dezvoltate și îmbogățite semnificațiile categoriilor ca *teorie, metodă, fapt, întemeiere, explicație*, etc.” [4].

În componenta ontologică a fundamentelor filosofice ale științei începe să domine „matrița categorială”, care asigură înțelegerea și cunoașterea obiectelor în dezvoltare. Apar noi semnificații ale categoriilor de spațiu, timp (evidența timpului istoric al sistemului, ierarhia formelor spațio-temporale), a categoriilor de posibilitate și realitate, a categoriei de determinare (istoria anterioară determină reacționarea sistemului la acțiunile exterioare) etc.

Etapele de dezvoltare istorică a științei pot fi caracterizate ca trepte de constituire a trei tipuri istorice ale raționalității istorice, care au apărut în istoria civilizației tehnogene. Acestea sunt *raționalitatea clasică* (corespunzătoare științei clasice în două poziții ale ei – disciplinară și organizat disci-

plinară); *raționalitatea neclasică* (corespunzătoare științei neclasice) și *raționalitatea postneclasică*. Între ele există legături care asigură continuitatea, deoarece apariția fiecărui tip nou de raționalitate nu exclude pe cel anterior, dar numai îi reduce domeniul de acțiune, determinând aplicarea acestuia la anumite tipuri de probleme și obiective.

Fiecare etapă este caracterizată de o stare specifică a activității științifice, orientată spre creșterea constantă a cunoștințelor obiectiv-adevărate. Dacă ne-am imagina schematic această activitate ca raport alcătuit din „subiect-mijloace-obiect” (incluzând în semnificația subiectului structurile valorice ale activității, cunoștințele și deprinderile de aplicare a metodelor și mijloacelor), atunci etapele descrise de dezvoltare a științei se prezintă în calitate de tipuri diferite ale raționalității științifice, care se caracterizează prin profunzimea reflecției în raport cu însăși activitatea științifică.

Tipul clasic al raționalității științifice își centrează acțiunea asupra obiectelor, tinde în explicarea și descrierea teoretică să elimine tot, ce se referă la subiect, la mijloacele și operațiile activității sale. O astfel de eliminare este concepută ca și o condiție necesară de obținere a cunoștinței obiectiv-adevărate despre lume. Scopul și valorile științei care determină strategia cercetării și modalitățile de fragmentare a lumii, la etapa dată, ca și la celelalte, sunt determinate de obiectivele conceptuale care domină în cultură și de orientările valorice din societate. Însă, știința clasică nu conștientizează aceste determinări.

Tipul neclasic al raționalității științifice pune în evidență legăturile dintre cunoștințele despre obiect și caracterul mijloacelor și operațiilor activității. Legăturile dintre valorile sociale și scopurile științei, la fel, nu constituie obiect al reflecției științifice, cu toate că implicit acestea determină caracterul cunoștințelor.

Tipul postneclasic al raționalității științifice își lărgeste câmpul reflecției asupra activității. Acesta ia în considerație legăturile cunoștințelor obținute despre obiect nu numai cu specificul mijloacelor și operațiilor activității, dar și cu structurile valorice. Totodată se explică legătura scopurilor interne ale științei cu cele externe, cu valorile și scopurile sociale.

Fiecare tip nou al raționalității științifice se caracteriză prin fundamentele științei distincte caracteristice lui, care permit a evidenția și a cerceta tipurile obiectelor sistemice corespunzătoare (simple, complexe, sisteme autodezvoltate). Apariția noului tip de raționalitate și a noii imagini a științei nu trebuie înțeleasă într-un mod simplist în sensul că, fiecare etapă

nouă duce la dispariția completă a reprezentărilor și obiectivelor metodologice ale etapei anterioare. Dimpotrivă, între ele există continuitate. ”Știința neclasică nu a înlăturat raționalitatea clasică, dar numai a redus domeniul acțiunii sale. La rezolvarea unui șir de probleme reprezentările neclasice despre lume și cunoaștere se pot dovedi suficiente și cercetătorul se poate orienta după modelele tradiționale clasice” [5]. La fel constituirea științei postneclasice nu duce la înlăturarea tuturor reprezentărilor și obiectivelor cunoașterii cercetărilor neclasice și clasice. Ele vor fi folosite în unele situații de cunoaștere, dar își vor pierde statutul dominant ce determină starea științei.

Atunci când știința contemporană în prim planul cercetării sale a plasat sistemele în dezvoltare, unicele, în cadrul cărora în calitate de componentă specifică este inclus omul, atunci cerința explicării valorice nu vine în contradicție cu directiva tradițională de obținere a cunoștințelor obiective despre lume, dar se impune în calitate de premisă a realizării acestui obiectiv. Sunt toate temeurile de a presupune, că pe parcursul dezvoltării științei contemporane aceste procese se vor intensifica. Civilizația tehnogenă se orientează spre o direcție deosebită a progresului, în care orientările umanistice devin esențiale în determinarea strategiei cercetărilor științifice.

Referințe bibliografice

1. Barrow J. Originea Universului. București: Humanitas, 1994.
2. Bryan A., Bunch H. Istoria descoperirilor științifice. București: Orizonturi, 1988.
3. Bohr N. Asupra noțiunilor de cauzalitate și complementaritate. Iași: Polirom, 1995.
4. Bohr N. Epistemologie. București: Politică, 2001.
5. Bohr N. Corespondența științifică. București: Politică, 1999.

ASPECTE ETICE PRIVIND PARTENERIATUL BISERICA CREȘTIN ORTODOXĂ – INSTITUȚIILE MEDICALE CU REFERIRE LA TRANSPLANTUL DE ORGANE

Dumitru Dodul, dr. în filos., conf. univ.

Mihail Tihonov, preot, masterand

Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, R. Moldova

doduld@mail.ru

ETHICAL ASPECTS ON PARTNERSHIP CHRISTIAN ORTHODOX CHURCH – MEDICAL INSTITUTIONS CONCERNING THE ORGAN TRANSPLANTATION

The explosive technological progress in medicine generated a need of ethic, moral and religious evaluation concerning new medical achievements. In this way, the present study reveals an Orthodox Cristian point of view on such contradictory medical practice as it is the organ transplantation. The quintessence of study resides in fact that Orthodox Church conception regarding the organ transplantation is approving, however, this practice should be limited in certain bioethic and biotheological requirements, so it could be religiously accepted.

Secolul al XX-lea și începutul secolului al XXI-lea au marcat o traiectorie vertiginoasă de dezvoltare în medicină. Totuși, nu toate modurile de utilizare a descoperirilor științifice în domeniul medicinei au fost apreciate ca fiind pozitive și folositoare de către Biserica Ortodoxă. În acest context, pentru a fi în pas cu noile provocări ale vremii, au fost lansate așa concepte ca *bioetică ortodoxă* și *bioteologie* [5]. Aceste noțiuni au fost necesare pentru a încadra în anumite limite de rigoare religioasă inovațiile din domeniul medical și a formula poziții ferme acolo unde grija pentru trup este în defavoarea sufletului.

Subiectul transplantului de organe este tocmai unul din punctele contradictorii și contraversate ce țin de bioetică și bioteologie. De la bun început trebuie menționat faptul că din punct de vedere creștin-ortodox transplantul de organe nu este păcat. Mark Andronikof în cercetarea sa „Un punct de vedere ortodox asupra transplantului de organe”, Revista Teologică menționează foarte relevant: „Cei care au efectuat primul transplant de organe în istorie au fost Sfinții Doctori fără de arginți Cosma și Damian (sec. IV). Grefând unui bolnav cu piciorul gangrenat piciorul unui om decedat, ei au demonstrat că Biserica Ortodoxă nu se opune în principiu acestei metode terapeutice” [2; 46] Din contra, donarea de organe după moarte poate să devină o reflecție a iubirii jertfitoare, care capătă valență transcendentă. Dar această practică trebuie încadrată în anumite limite pentru a fi justificată și acceptabilă pentru un creștin ortodox. Fiind metodă excepțională de tratament, transplantul este justificat după epuizarea tuturor altor forme de tratament. Viața este un dar al lui Dumnezeu și este percepută ca viețuirea sufletului în trup, așadar creștinul va purta grija de cele două părți dihotomice suflet și trup, însă acordând prioritate sufletului. Teologia ortodoxă

însă acordă deosebită cinstitie și trupului: „Sau nu știți că trupul vostru este temple al Duhului Sfânt care este în voi?” (I Corinteni 6,19), trupul urmează așadar să participe la viață, în mod înduhovnicit și dincolo de moarte.

Dăruirea benevolă a vieții proprii lui Dumnezeu sau aproapelui relevă cel mai profund înțeles al iubirii, de aici se concepe ideea că dăruirea vieții este mai dorită decât conservarea ei: „Mai mare dragoste decât aceasta nimeni nu are, ca sufletul lui să și-l pună pentru prietenii săi” – Ioan 15,13, fapt demonstrat de viețile de milioane de mucenici. Pe de altă parte mărturisim în Biserica Ortodoxă că un alt mare și veritabil dar este liberul arbitru în acest context este imperios necesar ca donatorul să manifeste dorința personală liberă, absolut neconstrânsă de nimeni și nimic, de a face acest act de jertfire pentru aproapele. Altfel această practică devine condamnată și criminală. Pentru transplantul de organe este necesar să se asigure consimțământul liber, scris al donatorului și cel mai important, aceasta să se facă atât timp cât este în facultățile mentale depline.

În legislația Republicii Moldova în domeniul transplantului de organe este stipulată această cerință în articolul 15 punctul 2 a Legii nr. 42 din 06.03.2008 „privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane” (cu ulterioara modificare a ei – Legea nr. 103 din 12.06.2014): „prelevarea de organe, țesuturi și celule se poate efectua de la persoane în viață, având capacitate de exercițiu deplină” [4]. Aceasta este condiția pentru un donator viu care donează organul. Și aici nu pot exista obiecții. Cu totul altă situație este în cazul când actul de transplantare are loc după moartea donatorului. Profund regretabil din punct de vedere ortodox este că în cadrul acestei legi apare o contradicție. Pe de o parte în articolul 13 „Consimțământul pentru donare”, punctul 1 stipulează că „prelevarea este posibilă în cazul în care există consimțământul persoanei respective de dinainte de deces, exprimat în conformitate cu legea”. Pe de altă parte punctul 3 al aceluiași articol menționează că „în cazul în care consimțământul lipsește, donarea este posibilă dacă nu a fost exprimat refuz în scris pentru donare din partea a cel puțin unui membru major al familiei, a altor rude de gradul I sau a reprezentantului legal al decedatului”. Prima observație trebuie făcută referitor la așa-numitul „consimțământ prezumat”, prin el se înțelege inexprimarea în timpul vieții a dezacordului și a-și dona organele după moarte, ceea ce în mod implicit se cataloghează ca fiind un acord cu donarea [5; 144]. Considerăm „consimțământul prezumat” o eroare și că este o încălcare vădită și groso-

lană a voinței libere a omului, interpretându-se în mod interesat situația. Se poate înțelege lipsa de exprimare a poziției referitor la transplant și ca un refuz sau dezacord. A doua observație se referă la consimțământul rudelor în cazul lipsei consimțământului donatorului. Nimeni nu poate cere un act de sacrificiu de la altă persoană, chiar dacă este o rudă. Actul de jertfire este un act profund personal și benevol. Dacă donatorul nu și-a exprimat opinia referitor la posibilitatea donării organelor sale după moarte, nici pro nici contra, atunci prelevarea nu poate avea loc, întrucât nu a fost rostită acea dorință benevolă de jertfire pentru aproapele, rudele neavând aici nici o autoritate decizională, fiecare fiind stăpân pe propriul corp.

Din perspectiva teologiei creștin ortodoxe, se cercetează dacă organele transplantate sunt preluate de la donatori în viață, precum am analizat în cazul anterior sau de la așa-numiții „donatori cadaverici”. Aici „cadaveric” este termen utilizat prin concesie, pentru că există o serioasă problematizare cu privire la stabilirea momentului morții adevărate [5; 141]. Reiese că este important de analizat și o altă coordonată a problemei: timpul. Când anume poate avea loc transplantul (prelevarea)? Odată cu secularizarea științei medicale s-a reevaluat noțiunea de moarte. Din moment ce din punct de vedere strict materialist omul este numai trup, înseamnă că centrul universului corpului său este creierul. Moartea cerebrală din acest punct de vedere ar însemna moartea biologică. Pe de altă parte, concepția antropologică creștin ortodoxă mărturisește că omul este ființă dihotomică: suflet și trup. Odată cu moartea cerebrală nu survine și moartea biologică. Chiar dacă în mod artificial omului îi sunt menținute funcțiile vitale cardio-respiratorii, din moment ce „are suflare” el este viu, sufletul nu a părăsit corpul. Actul morții în așa fel se transformă dintr-un moment într-un proces, depinzând de decizia rudelor și medicului [3]. Poziția ortodoxă este că viața trebuie menținută atât cât este posibil. Nu poate fi omorât un om de dragul altuia. În acest caz transplantul categoric nu poate avea loc.

Aceeași Lege nr. 42 stipulează în articolul 10 „Condițiile prelevării de la cadavru”: „Organele, țesuturile și celulele pot fi prelevate de la persoana decedată numai în cazul în care decesul a fost confirmat potrivit criteriilor stabilite de Ministerul Sănătății,” și se explică în articolul 11 modalitățile de confirmare a decesului: a) după un stop cardiorespirator și b) la persoana cu schimbări ireversibile în centrele vitale ale creierului, decesul se confirmă prin teste (criterii) specifice, aprobate de Ministerul Sănătății, în timp ce funcția cardiorespiratorie este menținută artificial. Punctul „a ” se referă

la moartea biologică, adică oprirea respirației și a circulației sanguine, ceea ce este în Ortodoxie considerată moarte adevărată, așadar în acest caz este posibilă prelevarea de organe. Punctul „b” se referă la moartea cerebrală a pacientului în timp ce „funcția cardiorespiratorie este menținută artificial”, deci are suflare și circulație sanguină. În aceste condiții reiese că legislația Republicii Moldova permite prelevarea organelor unui om aflat în moarte cerebrală, ceea ce din punct de vedere creștin-ortodox este oucidere.

Biserica Ortodoxă consideră inadmisibil utilizarea așa-numitei „terapii fetale” la baza căreia se afla practica prelevării și utilizării țesuturilor și organelor embrionului uman, abortat la fazele primare de dezvoltare (în unele cazuri chiar și în etape mai tardive de dezvoltare), pentru terapia anumitor maladii și „întinerirea” organismului [3]. Avortul este un mare păcat și el nu poate fi justificat, indiferent dacă în urma acestuia cineva va primi un folos trupesc. Omul capătă sufletul din momentul concepției, aceasta este poziția ortodoxă referitor la apariția vieții umane [5; 142]. Chiar dacă nu s-au diferențiat celulele stem și nu au început să se contureze originile țesutului nervos, deja odată cu fecundarea ființa care este în proces de dezvoltare o numim OM. În cursul tehnologiei de obținere a celulelor de transplant din embrion blastocistul se distruge (este ucis). Așadar este o crimă ca să prelevăm celule, țesuturi sau organe de la cineva fără consimțământul lui, fiind în imposibilitatea de a o face (chiar dacă este om în devenire).

Organele, țesuturile și celulele transplantate se implantează beneficiarului și devin parte integrantă din unitatea lui trupească și sufletească. În aceste condiții este inacceptabilă acea practică și acel tip de transplant, care poate duce la pierderea identității primitorului și care aduce prejudicii unicității lui ca personalitate și reprezentant al speciei umane [3; art. XII punctul 7]. De aceste rigori trebuie ținut cont atunci când abordăm fenomenul xenotransplanturilor, ceea ce reprezintă practica de transplantarea a organelor, țesuturilor și celulelor de la o specie la alta. La fel față de această practică există temeri nu doar teologice ci și epidemiologice, întrucât există riscuri ca să fie transmiși viruși de la animale la om și răsturnarea echilibrului existent în natură [5; 143].

În concluzie, menționăm că transplantul de organe este o practică acceptată de Biserica Ortodoxă, dar care ar trebui să fie încadrată în anumite norme etico-religioase. Medicul ar trebui să aibă conștiința că este instrument și colaborator al lui Dumnezeu și să aibă drept țintă alinarea durerii pacientului său. Donarea de organe în viață sau după moarte (biologică, nu

cerebrală) desemnează un act de iubire, o împlinire a credinței în faptă, dar această jertfă trebuie să fie asumată, lucidă și benevolă.

Referințe bibliografice

1. Biblia sau Sfânta Scriptură. București: Ed. Institutului Biblic și de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, 1988.
2. Curcă Victor. Credința Creștin Ortodoxă și medicina. Chișinău: Reclama, 2012.
3. Fundamentele Concepției Sociale ale Bisericii Ortodoxe Ruse, Moscova 13-16 august 2000. În: <http://www.patriarchia.ru/db/text/419128.html>
4. Legea nr. 42 din 06.03.2008 „Privind transplantul de organe, țesuturi și celule umane”, cu modificarea ei: Legea nr. 103 din 12.06.2014. În: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=327709>
5. Vlahos Ierotheos, mitropolit. *Bioetică și Bioteologie*. Trad. Ierom. Teofan Munteanu. București: Ed. Christiana, 2013.

LEADERSHIPUL MORAL – TENDINȚA LIDERILOR DE SUCCES

Viorica Leancă, dr. în filoz., conf. univ., Academia Militară a Forțelor Armate „Alexandru cel Bun”, Chișinău, R. Moldova
viorica.leanca@yahoo.com

MORAL LEADERSHIP – THE TENDENCY OF SUCCESSFUL LEADERS

Being a leader is not a gift of or something inherent, but a combination of individual-typological and socio-psychological qualities. Every person can be a leader, but not everybody becomes a leader, the leadership potential is not identical, both at the level of society and at the level of a social group. Leading skills are developed through competences, exercise and effort, even if modesty, lack of trust or lack of experience arise. Leadership is the science of personal training, professional conduct and moral conscience.

Omul este „cheia” tuturor problemelor sociale. Orice proiect social, orice acțiune socială are șanse de reușită dacă să raportează la om, dacă ia în considerare personalitatea sa, așa cum este ea. Cu 2 500 de ani în urmă, vestitul filosof Diogen, plimbându-se ziua-n amiaza mare pe străzi, cu felinarul în mâini, spunea: “Caut Omul”. Străzile capitalei antice erau, ca și astăzi, pline de oameni, însă Diogen căuta ceea ce era ascuns în fiecare din ei. El căuta personalitatea umană. Astfel, omul a fost și este important în

cercetărilor multor savanți, este punctul de pornire al cercetării sociologice, psihologice, filosofice cât și a altor științe. În ultimele decenii se observă un interes deosebit față de domeniul leadershipului, în special datorită percepției catastrofice asupra unui secol marcat de leadershipul deviant al unor personalități ca Hitler, Stalin și Mussolini, al celui considerat învingător, specific lui Roosevelt și Churchill ori al celui controversat, practicat de De Gaulle. Aceasta demonstrează faptul că cele mai profunde fenomene istorice au devenit importante sub forma unui leadership eficace și în virtutea relațiilor pe care acesta era în măsură să-l producă, iar termenul eficace este unul lipsit de veșmântul moral, care are o semnificație doar asupra gradului de îndeplinire a scopurilor propuse de lider.

Fenomenul leadershipului își începe răspândirea din secolul trecut, iar în zilele noastre el se manifestă în diferite sfere cum ar fi: politică, stat, business, etc. Necâtând la faptul, că dorința de a conduce este în intenția multor persoane, totuși, latura morală e importantă în orice tip de activitate, nerespectarea ei contravene valorilor democratice ale unei societăți durabile.

Astăzi, lucrurile evoluează, tehnologia avansează, sursele de unde putem prelua informații sunt din ce în ce mai variate, așa că este într-adevăr nevoie să ne ridicăm la nivelul exigențelor, dacă vrem să ținem pasul. E important atât pentru cei ce se angajează la sevicu cât și pentru angajatori, tot mai mult apare neceitatea de oameni competenți, responsabili, creativi, vizionari etc. Un lider este o persoană care poate influența comportamentul altor oameni, își asumă reponsabilitatea, merge în mod constant spre atingerea obiectivelor specifice și conduce echipa. Calitățile de lider și le atribuie în mare parte candidații pentru funcțiile de conducere. „De eficacitatea angajaților – mai ales a celor aflați în posturi de lideri – depinde cât de bine funcționează mașinăria organizației” [1, p.78].

Liderul este în primul rând un coordonator, care coordonează, îndrumă și oferă support, este acea persoană care ocupă poziția centrală în cadrul unor organizări sociale de diverse mărimi (societăți, națiuni, comunități, organizații, grupuri mai mici etc), exercită puterea prin influența orientată spre mobilizarea și focalizarea eforturilor membrilor grupului în direcția realizării sarcinilor comune, obținând rezultate remarcabile în oricare domeniu de activitate, indiferent de obstacolele care îi stau în față.

Arta de fi lider se dobândește prin exercițiu și efort, chiar dacă apar îndoieli la pregătirea inadecvată, modestie, lipsa încrederii sau lipsa de experiență. Acest proces începe, deseori, în momentul în care indivizii des-

coperă că au calități și puncte tari asociate cu postura de lider și, în primul rând, este un veritabil agent al schimbării în organizații. Trebuie să înțeleagă rolul fiecărui membru și poziția lui în organizație, să poată menține în timp coeziunea grupului [2, p.19]. Un lider bun este un om puternic, pentru că ceilalți nu le place să urmeze oameni slabi. Liderul poate fi flexibil, el poate trece alternativ din poziția de lider în aceea de om de echipă, în funcție de context.

Toți oamenii au capacitățile necesare pentru a ajunge lideri, după cum toți au aptitudini pentru a face orice altă activitate umană, numai că, unii sunt mai buni decât alții, dar fiecare posedă aptitudini care îl fac să se poată forma și perfecționa într-un domeniu de activitate. În acest sens, un membru al unui grup uman poate deveni lider al acestuia și fără a fi numit oficial pe o funcție de conducere. De fapt, liderii sunt persoane ordonate care își consacră o parte a vieții lor organizării activității proprii și a celorlalți membri ai grupului, organizației, comunității umane. Această idee este argumentată de mai mulți autori din literatura de specialitate: Jack Welch menționează: „Înainte de a fi un lider, succesul înseamnă să te dezvolti. Când vei deveni un lider, succesul înseamnă să-i ajuți pe ceilalți să se dezvolte” [3]. La fel și Neculai I. Fântânaru consideră că “leadershipul este o alchimie care combină calitățile umane cu aptitudinile profesionale, cu scopul de a utiliza întreg potențialul și de a-l transforma în “aur” [4]. Maxwell John afirmă „Visul tău îți stabilește obiectivele; obiectivele îți trasează acțiunile; acțiunile tale dau naștere rezultatelor; rezultatele îți aduc succesul” [5, p.58].

Fiecare are propria idee despre ceea ce înseamnă a fi lider un lider cu succes. La fel, membrii unei organizații percep în mod diferit ceea ce reprezintă un lider eficient. Aceștia evaluează competențele liderului din perspectiva percepției lor despre caracteristicile specifice persoanei ce vrea să dobândească statutul de lider în/al organizației respective. Deci, este important pentru un lider să cunoască propriile capacități, cunoștințe și valori, precum și modul în care ceilalți le percep. De exemplu, dacă grupul atribuie o foarte mare valoare factorului încredere, este important pentru cel ce dorește să devină lider să fie perceput ca o persoană demnă de încredere. Un lider eficient trebuie să-și facă timp să recunoască ceea ce oamenii au făcut și să-i recompenseze. O sarcină sau un obiectiv special poate să se termine prin oboseală, să enerveze sau să frustreze membrii grupului. Ei sunt adesea tentați să lase totul baltă. Liderul trebuie să intervină și să-i

încurajeze, inclusiv prin exemplul personal, pentru ca ei să continue. Există numeroase moduri de recunoaștere a muncii persoanelor sau grupului. În același timp, liderul trebuie să recompenseze munca celorlalți membri ai grupului. Aceasta este atât o modalitate de recunoaștere a rolului important al celorlalți, cât și un motiv de satisfacție pentru cei care au depus eforturi susținute în atingerea obiectivelor stabilite. Cea mai bună strategie de folosit pentru atingerea obiectivului propus de a deveni lider remarcabil ar putea să conștă în manifestarea unui veritabil interes și mult respect față de propria muncă, de cea a membrilor grupului și a întregii organizații.

„Un lider are abilitatea de a face oamenii să fie mulțumiți cu ceea ce fac și ajută oamenii să simtă că munca lor ajută la atingerea scopului pe termen lung pe care îl are organizația. Un lider provoacă angajații să treacă de nivelul de bază de eficiență și să încerce să atingă potențialul lor maxim; se străduiesc să obțină ceea ce este mai bun de la angajați. Un lider este cel care recunoaște realizările, succesele și recompensează persoanele în cauză cum se cuvine. Una dintre cele mai importante trăsături ale liderului este că tratează greșelile ca experiențe de învățare.” [6, p.2]. Una din cele mai des acceptate definiții ar fi: Leadershipul se află în relație directă cu capacitatea de a influența comportamentul oamenilor. De aici rezultă că un lider este acela care influențează persoane și proiecte spre calea succesului. A influența nu înseamnă a manipula. Influența este constituită de capacitatea de grupare și canalizare a competențelor grupului spre reușită, de capacitatea de a analiza corect și obiectiv o problemă, de a defini clar obiectivele, de a elabora soluții optime, de a planifica și realiza etapele în atingerea obiectivelor.

„Leadershipul înseamnă viziune, încurajare, entuziasm, dragoste, energie, pasiune, obsesie, consecvență, utilizarea simbolurilor, a fi atent la prioritățile altora, drama adevărată (cauzată și de management), crearea eroilor la toate nivelurile, instruire, plimbări eficiente prin 2 organizație și încă o grămadă de alte lucruri” [7, p.6]. Prin leadership nu se înțelege doar autoritatea, ci și capacitatea de a dirija alte persoane. Un comandant nu va fi niciodată lider dacă nu va influența și inspira subordonații săi. În realitate, comandantul nu devine lider decât dacă este acceptat în acest mod de subordonați. Leadershipul necesită mult mai mult decât competențe în gestionare sau autoritate legală. Liderul este acela care îi motivează pe ceilalți membri, unitar. Posturile de autoritate și prestigiu au multe în comun cu leadership-ul, dar nu trebuie să coincidă neapărat cu el.

Diversitatea teoriilor în literatura de specialitate ne aduce la imposibilitatea de a găsi cea mai exactă, clară și corectă definiție a leadershipului. Considerăm, că acest fapt se datorează în mare parte situațiilor create și extrem de variate cu care un conducător de întreprindere le poate ciocni în practică. Astfel, este foarte greu de a identifica un anumit tip de comportament ca cel mai performant. Ceea ce putem constata este faptul, că indiferent de deosebirea dintre teorii și multitudinea de definiții, ele sunt toate conectate prin astfel de categorii: puterea, influența, autoritatea, dominația (pe care liderul îl are asupra altor persoane), spiritul de echipă, care stă întotdeauna la baza unui leadership și prezintă o deosebită importanță pragmatică.

Un leadership eficace se impune în toate sferile de activitate, cum ar fi: industria, politica sau armata, acestea din urmă fiindu-i absolut necesară. Fără un leadership puternic este foarte puțin probabil ca o armată contemporană să poată să-și concentreze eforturile și membrii săi, într-un scurt timp, pentru a reuși să atingă scopul propus, fapt esențial în succesul misiunilor specifice militare. Un leadership puternic este asociat cu niveluri ridicate de coeziune și elaborarea unui obiectiv comun, care joacă un rol primordial în reușita tuturor operațiilor militare. Leadershipul, este un concept extrem de complex care face apel la numeroase valori, depinde foarte mult de context. Nu putem afirma că avem o definiție universal recunoscută și acceptată. Mai degrabă putem recunoaște diverse valori, calități ale liderului care, combinate, formează ceea ce noi numim leadership. Persoanele dotate cu aceste calități sunt considerate ca fiind lideri care, în funcție de eficacitatea într-o situație dată, sunt judecați ca buni sau răi.

Organizațiile moderne se orientează spre un tip de lider, charismatic, deschis spre schimbare și spre comunicare interpersonală, cu capacitate de a realiza managementul schimbării. Calitatea de lider a conducătorului nu este admisă în mod real de către grup decât dacă acesta și-a demonstrat valoarea. Această calitate se elucidează în funcțiile leadershipului: 1. Activarea interacțiunii grupului. 2. Menținerea unei interacțiuni eficiente: focalizarea pe obiective; echilibrul participării membrilor grupului la activitate. 3. Asigurarea satisfacției membrilor grupului în urma participării. 4. Managementul conflictelor – necesitatea cunoașterii de către lider a momentelor în care intervenția sa este necesară sau, din contră, inoportună pentru rezolvarea unor conflicte apărute în interiorul grupului. 5. Construcția grupului și asigurarea coeziunii – cunoașterea de către lider a

modului de participare diferit, calitativ și cantitativ, al fiecărui membru al grupului, în funcție de personalitatea fiecăruia. 6. Incurajarea grupului în direcția perfecționării proprii – se realizează prin stimularea autoevaluărilor și focalizarea pe procesele ce se desfășoară în grup, în scopul îmbunătățirii performanțelor, atât individuale cât și ale întregului grup.

În concluzie am menționa, leadershipul nu înseamnă numai ceea ce fac liderii. Leadershipul înseamnă ceea ce liderii și subalternii fac împreună. Nu mai există un singur lider care să dețină toate răspunsurile și forța de a face schimbări substanțiale. Astăzi trăim într-o lume în care mulți participă la conducere, unii ca lideri și alții ca subalterni. Identificarea din ce în ce mai scăzută cu obiectivele organizației, poate pune în discuție capacitatea liderilor de a determina subordonații să le urmeze directivele. El trebuie să dispună de cunoștințe și de competența de a produce împrejurările în care cei mai capabili oameni să-și poată realiza aptitudinile, să-și poată coordona eforturile, rămânând angajați față de scopurile organizaționale și integrându-și eforturile astfel încât nici unul dintre aceștia lucrând singur nu le-ar putea depași.

Referințe bibliografice

1. Ketz de Vries Manfred. Leadership: Arta și măiestria de a conduce: De la paradigma clinică la pragmatismul schimbării. București: Editura Codecs, 2007. 298 p.
2. Tracy Brian. Cum conduc cei mai buni lideri. Tehnici testate pentru avalorifica la maxim potențialul uman. Ediția a II-a, revizuită. București: Ed. Curtea Veche, 2015. 347 p.
3. Severson Dana. The 8 Rules of Leadership by Jack Welch. In: <https://www.inc.com/dana-severson/these-8-simple-rules-of-leadership-from-jack-welch-are-more-important-now-than-ever-before.html> (accesat: 16.09.2019).
4. Fântânanu Neculai I. Leadership de durată. In: <https://neculaifantanmaru.com/leadership-de-durata.html> (accesat: 15.09.2019).
5. Maxwell John C. Cele 5 niveluri ale Leadershipului. Metode testate pentru a-ți atinge potențialul maxim. Editura Amaltea, 2011. 295 p.
6. Kouzes J.M., Pozner B.Z. Student leadership practices inventory. San Francisco: CA Jossey-Bass Publishers, 1998. 342 p.
7. Peters Tom & Austin Nancy. A Passion for Excellence. The Leadership Difference. London: Fontana, 1986. 173 p.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ АДАПТИВНОСТИ ЛИЧНОСТИ К УМСТВЕННЫМ И ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ

Татьяна Дегтяренко, доктор медицинских наук, профессор

Владислав Коджебаш, кандидат с.-х. наук, доцент

Родион Яготин, старший преподаватель

Южноукраинский национальный педагогический университет имени

К. Д. Ушинского, Одесская национальная академия пищевых

технологий, г. Одесса, Украина

korj_@ukr.net

INTERDISCIPLINARY APPROACH FOR DETERMINING PERSONAL ADAPTIVITY TO MENTAL AND PHYSICAL LOADS

The authors substantiate the expediency and perspectivity of the interdisciplinary approach implementing for personal adaptability estimation to mental and physical stress, by the psychophysiological paradigm concept and the relationship of perceptual-cognitive functions and psychomotorics. This approach has both theoretical and applied value in such knowledge fields as medicine, valeology, ergonomics, defectology, etc.

Постановка проблемы. Мультидисциплинарный подход является ведущим в плане дальнейшего развития перспективных научных направлений в различных областях знаний, включая философию, экологию, медицину, психологию, педагогику и социологию. Современный цивилизационный этап характеризуется многочисленными общественно-экономическими и социокультурными трансформациями, которые актуализируют проблему реализации творческого потенциала индивида в разных сферах бытия. Данная проблема разрабатывается с целью прогнозирования ожидаемых результатов личностных достижений в улучшении психосоматического здоровья, обучении, спорте и профессиональной деятельности. Поэтому в комплексе наук о Человеке внимание ученых привлечено к выявлению существенных характеристик индивида с целью решения актуальных вопросов медицинской проблематики, биоэтики, валеологии и здоровья разных социальных групп. В этом контексте следует рассматривать механизмы и алгоритмы формирования и дальнейшего развития адаптивности личности к умственным и физическим нагрузкам.

Индикаторными переменными для валидной оценки психосоматического здоровья детей, подростков и взрослых выступают параметры стойкости психофункциональных систем мозга и показатели индивидуальной реактивности организма на информационные сигналы различной модальности. Психофизиологическая парадигма в силу своей междисциплинарной значимости позволяет не только разрабатывать психосоциальную проблему индивидуальности, а и призвана разрешать актуальные для общества и личности прикладные вопросы сохранения здоровья и работоспособности современного человека [1, 5, 9]. Аппаратно-программные технологии облегчают проведение психофизиологической диагностики, которая ориентирована на индивидуализированную оценку состояния перцептивно-когнитивных и психомоторных функций, а значит и на определение адаптивности личности к умственным и физическим нагрузкам [3, 4, 7].

Психофизиологическое обеспечение мыслительной деятельности и двигательной активности человека имеет высокий уровень генетической детерминации и проведенные к настоящему времени исследования доказывают целесообразность изучения взаимосвязей перцептивно-когнитивных функций с психомоторными качествами индивида для разрешения актуальных проблем не только эргономики, возрастной и спортивной физиологии, медицины и реабилитации, а и для разработки адекватных подходов к повышению умственной и физической работоспособности личности.

Цель работы – обоснование перспективности реализации междисциплинарного подхода к оценке адаптивности личности к умственным и физическим нагрузкам в концепте психофизиологической парадигмы.

Материалы и методы. Предпринят анализ завершенных диссертационных исследований, в которых представлены результаты комплексного психофизиологического обследования у 100 детей младшего школьного возраста с разным уровнем интеллектуального развития и у 150 студентов (возраст 17-19 лет), которые приступили к обучению в ВУЗе. Перцептивно-когнитивные и психомоторные качества личности оценивались на основе исследования латентных периодов сенсомоторных реакций, информативности зрительного гнозиса, баланса нервных процессов, уровней сенсомоторного возбуждения

и сенсомоторной точности, активности мышления и особенностей функциональной асимметрии мозга. Разработанные нами новые способы диагностики психомоторных качеств и оценки перцептивно-когнитивных функций внедрены в практику работы общеобразовательных и специальных учебных учреждений [7, 8]. Авторские диагностические методы были включены в комплексные программы психофизиологического обследования умственно отсталых школьников и их здоровых сверстников, а также в учебный процесс по физическому воспитанию студентов. Нами разработаны валидные критерии для оценки психофизиологического статуса вышеуказанного контингента лиц на основе использования адекватных методов диагностики (сенсомоторные реакции, «зашумленные фигуры», реакция на движущийся объект, теппинг-тест, «кубики Кооса»).

Корреляционный анализ матриц фактических данных по показателям перцептивно-когнитивных и психомоторных функций выявил статистически достоверные (p 0,05–0,01) взаимосвязи между вышеуказанными параметрами. Предпринятые комплексные психофизиологические исследования позволили установить значимые корреляционные взаимосвязи между перцептивно-когнитивными и психомоторными функциями, как у школьников с различным уровнем интеллектуального развития, так и у студентов с разным уровнем физической подготовленности. Анализ корреляционных взаимосвязей между состоянием перцептивно-когнитивных функций и психомоторики умственно отсталых школьников и их здоровых одноклассников, а также у студентов проводился с учетом гендерных различий и коэффициента функциональной асимметрии мозга.

Результаты и обсуждения. Проведенный сравнительный (количественный и качественный) анализ плеяд взаимосвязей между показателями психомоторики и перцептивно-когнитивных функций у детей с разным уровнем интеллекта свидетельствует, что при умственной отсталости в отличие от нормативных траекторий интеллектуального развития наблюдается значительно меньшее число коррелятивных взаимосвязей между показателями перцептивно-когнитивных функций и психомоторными качествами, а также существенное различие по уровню значимости этих корреляций [2, 7].

Результаты предпринятого корреляционного анализа между параметрами, которые характеризуют состояние перцептивно-ког-

нитивных и психомоторных функций студентов с разным уровнем физической подготовленности, а также функциональные резервы их организма, выявили значимые взаимосвязи между вышеуказанными параметрами с преобладанием взаимосвязей именно между скоростными параметрами, то есть теми, которые характеризуют адаптационные возможности индивида относительно выполнения различных физических нагрузок [4, 10].

Так, было установлено, что латентный период сложной зрительно-моторной реакции имеет высокий уровень положительных корреляционных связей ($r=0,5-0,65$) с показателем сенсомоторной точности, со скоростью движений ведущей руки и с активностью мышления как у обследованных школьников, так и у студентов. Кроме того, доказано наличие значимых корреляционных взаимосвязей между показателями, которые характеризуют двигательные качества личности, и параметрами психомоторики ($r=0,48-0,61$).

Такой валидный критерий как функциональный потенциал кардиореспираторной системы характеризует индивидуальные адаптационные резервы организма, в частности и адаптивность личности к физическим нагрузкам. Этот критерий имеет высокие уровни взаимосвязей с частотой сердечных сокращений в покое ($r = -0,72$), с задержкой дыхания на вдохе ($r = -0,81$) и с задержкой дыхания на выдохе ($r = -0,79$).

Сопоставление индивидуальных параметров двигательных и психомоторных качеств с нормативным их диапазоном позволило для каждого студента определить суммарный балл по всем выбранным критериям, что дало возможность выявить степень адаптированности личности к физическим нагрузкам. Нами разработана критериальная балльная оценка, позволяющая определять степень адаптированности студентов к физическим нагрузкам, что используется в индивидуально ориентированном педагогическом контроле при организации занятий по физическому воспитанию [10, 11].

На основе предложенной критериальной балльной оценки установлено следующее распределение обследованного контингента студентов: высокая степень адаптированности выявлена у 12,6%, достаточная – у 28,4%, незначительная – у 45,3%, дезадаптированность – у 15,7% студентов. Эти данные свидетельствуют, что более половины студентов имеют недостаточную физическую подготовленность, что

актуализирует проведение медико-педагогического контроля и внедрение здоровьесберегающих технологий, начиная с дошкольного возраста. Апробированная авторская методика определения адаптированности студентов к физическим нагрузкам внедрена в образовательный процесс и способствует разработке индивидуально ориентированных программ физического воспитания.

Комплексное психофизиологическое обследование позволяет оценивать состояние психосоматического здоровья детей и взрослых и его следует включать в алгоритм определения адаптивности личности к умственным и физическим нагрузкам.

Представленные материалы свидетельствуют о наличии устойчивых коррелятивных взаимосвязей между нейропсихологическим статусом организма (который характеризует интеллектуальное развитие субъекта) и психомоторными качествами индивида, а показатели психомоторики имеют высокий уровень взаимосвязей с двигательными качествами личности (по результатам тестирования физических качеств), а таковые тесным образом связаны с адаптационными механизмами жизнедеятельности в соответствии с индивидуальными функциональными резервами организма.

Следует подчеркнуть, что показатели активности мышления (скорость мыслительных процессов), как и все другие скоростные характеристики индивида (скорость двигательных актов, психомоторные качества личности), а также функциональные резервы организма (главным образом – максимальное потребление кислорода) имеют высокую генетическую детерминацию в плане психофизиологического обеспечения [6].

Заключение. Психофизиологическая парадигма в силу своей междисциплинарной значимости и приоритетные диагностические методики позволяют на основе использования аппаратно-программных комплексов объективно оценивать индивидуальные особенности психофизиологического статуса, определять степень адаптивности личности к умственным и физическим нагрузкам и своевременно выявлять нарушения перцептивно-когнитивных и психомоторных функций.

Методологию междисциплинарного подхода целесообразно использовать для выявления индивидуальных особенностей личности в плане определения адаптивности индивида к различным видам

деятельности, включая умственную и физическую работоспособность, что исключительно важно для обучения и профессионального становления.

Перспективы дальнейших научных разработок лежат в плоскости исследования механизмов, обеспечивающих интеллектуальную деятельность и двигательную активность индивида в контексте их взаимосвязи, что имеет как теоретическое, так и прикладное значение в различных областях знаний (медицина, валеология, эргономика, дефектология и др.), для которых реализация междисциплинарного подхода является не только целесообразной, а и продуктивной.

Бібліографія

1. Апчел В. Я., Дегтяренко Т. В. Основы генетической психофизиологии; учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению «Психология». СПб.: ЧОУ ВО НИУД, 2016. 144 с.
2. Дегтяренко Т. В. Взаємозв'язок між показниками які характеризують ступінь порушень перцептивно-когнітивних і психомоторних функцій. В: Експериментальна і клінічна медицина. Харків, 2016, №2 (71), с.69–72.
3. Дегтяренко Т. В., Яготін Р. С. Индивидуализированная оценка психомоторных качеств у студентов по объективным психофизиологическим параметрам. В: Здоров'я людини у соціальному і освітньому вимірах: міжнародне соціальне та освітнє партнерство. Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції Всесвітнього дня боротьби із захворюванням надіабет. Київ, 2017, с.41-44.
4. Дегтяренко Т. В., Яготін Р. С., Долгієр Є. В. Психофізіологічне забезпечення адаптивності студентів до фізичних навантажень. В: Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. Суми, 2019, № 3 (87), с.211-221.
5. Дегтяренко Т. В. Онтологія визначення основних властивостей нервової системи людини в концепті розробки проблеми індивідуальності. В: Український журнал медицини, біології та спорту, 2018, Том 3, 5 (14), с.266-274.
6. Дегтяренко Т. В., Долгієр Є. В. Медико-педагогічний контроль у фізичному вихованні та спорті. Підручник для студентів вищих навчальних закладів. Одеса: Атлант ВОІ СОІУ, 2018. 282 с.
7. Дегтяренко Т. В., Шевцова Я. В. Діагностика та корекція психомоторних порушень у розумово відсталих дітей. Навчальний посібник. Одеса: ВМВ, 2015. 216 с.
8. Дегтяренко Т. В., Яготін Р. С. Психофізіологічний підхід до організації занять з фізичної культури у студентів вищих навчальних закладів. В: Сучасні проблеми здоров'я та здорового способу життя у педагогічній освіті. Чернігів, 2017, № 147, Том II, с.33–36.

9. Кокурн О.М. Психофізіологія: навчальний посібник. К.: Центр навчальної літератури, 2006. 184 с.
10. Яготін Р.С., Дегтяренко Т.В., Босенко А.І. Комплексна діагностика стану психосоматичного здоров'я студентів ВНЗ. В: Український журнал медицини, біології та спорту. Миколаїв, 2017, № 4 (6), с.223-228.
11. Яготін Р.С. Адаптованість особистості до фізичних навантажень у контексті реалізації індивідуально-спрямованого педагогічного контролю. В: Науковий вісник ПНПУ ім. К. Д. Ушинського: педагогічні науки. Одеса, 2018, № 3 (122), с.109-114.

**ASPECTE TEORETICO-PRACTICE PRIVIND
INTERZICEREA TORTURII PRIN PRISMA
PREVEDERILOR ARTICOLUL 3 AL CONVENȚIEI
EUROPENE PENTRU APĂRAREA DREPTURILOR
OMULUI ȘI A LIBERTĂȚILOR FUNDAMENTALE**

Zinaida Lupașcu, dr. în drept, conf. univ., avocat
Universitatea de Studii Europene din Moldova, BAA „Facultatea de drept”,
Chișinău, R. Moldova
lupasika@rambler.ru

*THE THEORETICAL AND PRACTICAL ASPECTS REGARDING
THE PROHIBITION OF TORTURE IN THE LIGHT OF THE
PROVISIONS OF ARTICLE 3 OF THE EUROPEAN CONVENTION FOR
THE PROTECTION OF HUMAN RIGHTS
AND FUNDAMENTAL FREEDOMS*

In 2006, the Parliament of the Republic of Moldova adopted the relevant amendments to the Constitution for the abolition of the death penalty, which was an exceptional punishment. I was one of the first countries to have ratified the Additional Protocol to the UN Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment since 1984, which entered into force on 26 June 1987, in accordance with the provisions of Article 27 (1) At the same time, the national mechanism for preventing torture was established by amending the law on the ombudsman.

Este bine cunoscut faptul că statul ca instituție suverană, democratică și juridică are rolul de a proteja drepturile și libertățile individului și ale

societății [1, p.5]. Unul dintre cele mai importante drepturi ale cetățenilor este dreptul la integritate personală. Articolul 5 din *Declarația Universală a Drepturilor Omului* stipulează că nimeni nu va fi supus torturii sau pedepsei cu cruzime, inumane sau degradante. *Declarația privind protecția tuturor persoanelor împotriva torturii și a altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante* și *Convenția împotriva torturii și a altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante* interzic, de asemenea, utilizarea torturii [2].

Legea privind procedura penală, care reglementează procedura de urmărire penală, printre regulile generale ale acțiunilor de investigație, face apel la inadmisibilitatea *utilizării violenței, a amenințărilor și a altor măsuri ilegale, precum și la crearea unui pericol pentru viața și sănătatea persoanelor implicate* interzicând în mod expres „luarea de acțiuni și adoptarea deciziilor degradând onoarea unui participant la procedurile penale, precum și tratamentul care îi degradează demnitatea umană sau îi pune în pericol viața și sănătatea”. După cum arată practica, mijloacele și metodele folosite în cursul anchetei de către ofițerii de urmărire penală, în unele cazuri, nu numai că nu respectă principiile democratice ale statului de drept, dar le contrazic în mod direct. Utilizarea tehnicilor ilegale de investigare au căpătat o răspândire largă. Ca exemplu poate servi cauza de condamnare a R. Moldova la CEDO- Cauza Buzilov c. Moldovei [3, p.1-12].

Cu toate acestea, un număr semnificativ de contestații ale cetățenilor cu privire la aplicarea unor metode ilegale de investigare a acestora se finisează cu refuzul de a iniția proceduri penale. Motivele pentru aceasta sunt solidaritatea corporativă a ofițerilor de aplicare a legii, dificultatea de a dovedi și opoziția serioasă față de investigație.

O interdicție legală privind folosirea torturii și a altor forme de maltratare în temeiul dreptului intern și internațional a apărut în secolul al XIX-lea. Apoi, au apărut norme legale care au interzis, direct sau indirect, tortura prin adoptarea *Convenției ONU împotriva torturii și a altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante* din 1984 care a intrat în vigoare la 26 iunie 1987 unde a fost emisă o definiție formală a torturii, a fost introdus conceptul răspunderii penale internaționale pentru folosirea torturii, au fost formulate obligațiile statelor în ceea ce privește prevenirea și urmărirea penală a cazurilor de tortură și a fost reluată interzicerea utilizării metodelor de tratament crud, inuman și degradant. Totuși, în ciuda interzicerii stricte a torturii, această practică este încă răspândită în multe

țări. În acest sens, a apărut din nou necesitatea unor motive convingătoare pentru persistența interzicerii torturii. Evenimentele din ultimii ani au contribuit la reluarea unei discuții ample pe această temă și au dat naștere la încercări de revizuire a definiției torturii și de a discuta dacă există scuze pentru utilizarea acesteia.

În 2006 Parlamentul Republicii Moldova a adoptat amendamentele relevante în Constituție pentru abolirea pedepsei cu moartea, chiar și ca o pedeapsă excepțională. Am fost una dintre primele țări care au ratificat *Protocolul adițional la Convenția ONU împotriva torturii și a altor tratamente crude, inumane sau degradante*. În același timp, mecanismul național de prevenire a torturii a fost stabilit prin modificare la legea privind avocatul parlamentar (ombudsman). Fără îndoială, statele și autoritățile sunt responsabile de luarea tuturor măsurilor posibile pentru a proteja siguranța publică. Cu toate acestea, metodele de soluționare a acestei probleme nu trebuie să depășească normele legale care garantează respectarea demnității umane. Din acest motiv, condițiile de detenție și de interogare a celor care pot furniza informații despre o potențială amenințare trebuie, de asemenea, să respecte regulile de bază ale legii.

O categorie de doctrinari și practicieni din domeniu susțin utilizarea anumitor forme de rele tratamente, având dubii asupra însăși definiției torturii, îngustând-o și încercând să o reducă la o vătămare corporală gravă. Ei insistă asupra faptului, că pricinuirea unui pericol mai puțin grav decât limita legală, poate fi considerat permisiv și legal. Cu toate acestea, standardele internaționale acceptate sunt destul de dure referitor la faptul, care metode sunt umane și legale și care nu sunt.

Atât legislația internațională, cât și cea națională a majorității țărilor lumii, interzic folosirea oricărei forme de comportament care denegrează demnitatea umană, pune în pericol viața umană, sănătatea și bunăstarea, orice formă de încălcare obscene, tratament brutal, inuman, crud, degradant, violența fizică sau psihică, intimidarea și orice formă de pedeapsă corporală.

Altă categorie de doctrinari sunt cei care susțin folosirea mai multor forme de maltratare și oferă o listă de metode care pot fi aplicate în cazuri excepționale. Cu toate acestea, stabilirea listei metodelor permise sau interzise pentru utilizare, nu permite să se stabilească în mod fiabil dacă maltratarea a fost aplicată unei anumite persoane, deoarece evaluarea metodelor utilizate ar trebui făcută ținând seama de toate circumstanțele existente [4, p.15].

Impactul metodelor de maltratare depinde de gradul de sănătate mintală, de forța fizică, de educație, de sex, de vârstă și de circumstanțele în care are loc acest tratament maltratant. Durata utilizării acestor metode și combinația acestora este, de asemenea, importantă.

În unele cazuri, o singură aplicare a unei metode poate fi considerată drept tortură. În altele, maltratarea poate fi rezultatul utilizării mai multor metode pentru o anumită perioadă de timp, chiar dacă, în afara contextului specific, metoda în sine poate părea complet inofensivă.

Un alt aspect al problemei ne sugerează, că suferința cauzată de utilizarea metodelor maltratării este adesea redusă la minimum. Consecințele torturii și ale altor forme de maltratare pot fi atât psihologice, cât și de natură psihofiziologică mixtă. Experții cred că suferința psihologică provocată de folosirea metodelor maltratării este adesea mai puternică decât durerea fizică. Starea psihologică a unei persoane în ochii căreia cineva este torturat sau sunt folosite forme sexuale de maltratare poate fi la fel de degradantă ca și atunci când ar fi fost rănit personal [5, p.6].

În cele din urmă, cei care susțin ideea torturii în cazuri excepționale folosesc deseori temeri publice privind deteriorarea situației de securitate. Ei încearcă să justifice folosirea metodelor maltratării în interogatoriu, invocând argumentul așa-numit „bombă cu timp”. Cu toate acestea, mulți experți pun la îndoială valoarea oricăror informații obținute ca urmare a metodelor de tortură sau de maltratare.

Mai mult decât atât, umilirea și insultele pe care o persoană le întâmpină ca urmare a utilizării unor astfel de metode pot, dimpotrivă, să conducă la o escaladare a violenței. După cum arată istoria, rezultatul faptului că, în anumite perioade ale existenței sale, societatea a permis anumite cazuri de folosire a torturii, drept urmare a fost încălcată interdicția globală privind utilizarea lor. Dacă vrem să evităm această pantă alunecoasă, această interdicție trebuie respectată cu strictețe [6, p.12].

Interzicerea torturii, consacrată în dreptul internațional, este absolută și nu permite nici un fel de scutire. În cele din urmă, ICRC consideră că respectarea demnității umane este o valoare mult mai semnificativă decât orice justificare pentru folosirea torturii [7, p.24].

Interzicerea torturii nu permite excepții. Interzicerea aplicării torturii, pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante sunt stipulate în Articolul 3 al Convenției europene pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale. Acest drept este garantat tuturor indivizilor

interzicînd tortura, pedepsele sau tratamentele inumane ori degradante, indiferent de circumstanțe și de comportamentul victimei. Deși articolul 3 al Convenției are una din cele mai scurte prevederi, laconismul articolului nu prejudiciază profunzimea lui fiind considerat punctul culminant al procesului legislativ la nivel național și internațional [8].

Acest articol nu conține nici o prevedere care să permită excepții sau derogări, chiar și în stare de urgență publică care ar amenința viața populației. În cazul în care autoritățile rețin un suspect pentru o perioadă îndelungată înaintea procesului, trebuie să facă dovadă de diligență deosebită în desfășurarea procedurilor pentru a justifica reținerea continuă.

Deasemenea, interzice, în termeni absoluți, tortura sau tratamentul sau pedeapsa inumană sau degradantă, indiferent de circumstanțele și de comportamentul victimei și nu este stipulată vre o prevedere care ar permite excepții sau derogări, chiar și în stare de urgență publică care ar amenința viața populației ca în cazul *Selmouni v. France* și *Assenov and Others v. Bulgaria*.

Nu orice tratament sau maltratare cade sub incidența prevederilor articolului 3. Tratamentul rău trebuie să atingă un nivel minim de gravitate. Evaluarea acestui nivel minim depinde de toate circumstanțele cazului, precum ar fi durata tratamentului, consecințele sale fizice și psihice și, în unele cazuri, de sexul, vârsta și starea sănătății victimei [9].

În temeiul articolului 1 al Convenției fiecare stat este obligat să asigure oricărei persoane aflate sub jurisdicția sa drepturile și libertățile garantate de Convenție. Această normă, interpretată în prevederile articolului 3, implică obligația pozitivă a statelor să întreprindă măsuri pentru a garanta ca nimeni să nu fie supus torturii, pedepselor sau tratamentelor inumane ori degradante.

În contextul condițiilor de detenție, se regăsește frecvent încălcarea articolului 3 al Convenției în cazurile implicate cu supraaglomerarea în celulele închisorii. Cu toate acestea, în alte cazuri în care supraaglomerarea nu era așa ca să ridice o problemă în sine în temeiul articolului 3 din Convenție, putem constata alte aspecte ale condițiilor fizice de detenție ca fiind relevante pentru evaluarea conformității cu dispoziția respectivă. Astfel de elemente au inclus, în special, disponibilitatea ventilației, accesul la lumina naturală sau aer, adecvarea aranjamentelor de încălzire, respectarea normelor sanitare de bază cerințele și posibilitatea de a folosi toaleta privat. Astfel, chiar și în cazuri în care era vorba despre o celulă de penitenciar mai mare

– măsurând între 3 și 4 mp pe deținut constatăm o încălcare a articolului 3 din moment ce spațial factorul a fost cuplat cu o lipsă de ventilație și de iluminare ca în cauza Babushkin contra Rusiei și Ostrovar contra Moldovei, sau cu lipsa de intimitate de bază în deținutul viața de zi cu zi.

Având în vedere cele de mai sus, conchidem că circumstanțele generale ale detenției reclamantului în penitenciarul Wronki nu pot servi ca temei de suferințe și greutăți care depășesc limitele nivelului inevitabil de suferință inerent în detenție sau au depășit limitele pragului de severitate în conformitate cu articolul 3 al Convenției. (b) obligația de a întreprinde măsuri pentru a asigura ca nimeni să nu fie supus relexor tratamentelor (obligația pozitivă).

Până la 15 august 2006 Curtea Europeană a Drepturilor Omului (în continuare, Curtea) a examinat 7 cereri îndreptate împotriva Guvernului Republicii Moldova (în continuare, Guvernul) în care s-a pretins violarea articolului 3 [10. p.10, 16, 21, 25].

Având în vedere cele de mai sus și ghidate de actele juridice internaționale, precum și politica oficială și juridică a statului și a valorilor umane, solicităm să fie luate în considerare următoarele recomandări: introducerea unui control intern strict în instituțiile Ministerului Afacerilor Interne și în alte instituții subordonate statului; să garanteze o îngrijire medicală reală în toate penitenciarele din Republica Moldova; să furnizeze un examen medical atunci când sunt plasați și eliberați din locurile de detenție, și alte locuri specializate; efectuarea interogatoriilor în camere speciale; creșterea nivelului de profesionalism a angajaților Ministerului Afacerilor Interne referitor la studierea legii „Despre avocații parlamentari”; crearea unei Comisii de monitorizare a respectării drepturilor omului în instituțiile care asigură detenția persoanelor (în conformitate cu Decretul guvernamental nr. 286 din 13 aprilie 2009 „Cu privire la aprobarea Regulamentului privind activitatea Comisiei pentru monitorizarea respectării drepturilor omului în instituțiile care asigură detenția); în instituțiile Ministerului de Interne să se introducă supravegherea video și audio; introducerea unei instituții pentru reabilitarea victimelor torturii; în coloniile de corecție a copiilor, este realist să se asigure crearea unui regim educațional fără folosirea violenței de către administrația coloniei și excluderea cazurilor de violență în rândul condamnaților juvenili; umanizarea Codului penal al Republicii Moldova în ceea ce privește sancțiunile pentru minori; Actualizarea problemei violenței domestice; pentru a spori rolul statului în creșterea copilului în

familie; să introducă măsuri de prevenire a torturii în politica publică prin mobilizare; facilitarea eliminării momentelor violente de pe ecrane TV, de pe Internet și jocuri video; stabilirea unei cooperări reale a ONG-urilor cu autoritățile poliției și procuraturii în domeniul combaterii torturii.

Referințe bibliografice

1. Костаки Г. Роль Конституции в защите прав и свобод личности. Гражданское образование и права человека. Кишинев: Pontos, 2008. 128 с.
2. Convenția ONU împotriva torturii și a altor tratamente sau pedepse crude, inumane sau degradante din 1984 a intrat în vigoare la 26 iunie 1987. În: <https://rm.coe.int/16806dbac4> (accesat: 16.09.2019).
3. Cauza Buzilov c. Moldovei, Cererea nr. 28653/05) Hotărâre.Strasbourg .23 iunie 2009, Secțiunea a patra. În: [http://justice.md/file/CEDO_judgments/Moldova/BUZILOV%20\(ro\).pdf](http://justice.md/file/CEDO_judgments/Moldova/BUZILOV%20(ro).pdf) (accesat: 18.09.2019).
4. Тотиков Таймураз Мирзакулович. Выявление и расследование незаконных методов ведения следствия (дознания) в досудебных стадиях уголовного судопроизводства. Диссертация. Москва, 2009. 128 с.
5. Cauza Selmouni v. France [GC], nr. 25803/94, § 95, ECHR1999 V. În: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-58287%22%5D%7D> (accesat: 19.09.2019).
6. Cauza Assenov and oth. v. Bulgaria judgment of 28 October 1998, ECHR 1998-VIII, p. 3288, § 93. În: [http://cambodia.ohchr.org/sites/default/files/echrsource/Assenov%20&%20Others%20v.%20Bulgaria%20\[28%20Oct%201998\]%20\[EN\].pdf](http://cambodia.ohchr.org/sites/default/files/echrsource/Assenov%20&%20Others%20v.%20Bulgaria%20[28%20Oct%201998]%20[EN].pdf) (accesat: 15.09.2019).
7. Alain Aeschlimann, Reflections on a dissemination operation in Burundi – Declaration for standards of humanitarian conduct: Appeal for a minimum of humanity in a situation of internal violence, ICRC NEWSLETTER. In: <https://www.icrc.org/en/author/alain-aeschlimann> (accesat: 18.09.2019).
8. Tratatul Internațional, Convenția împotriva torturii și altor pedepse ori tratamente cu cruzime, inumane sau degradante din 10.12.1984. Chișinău 1998. 487 p.
9. Костаки Георге. Построение правового государства как необходимая предпосылка для успешной борьбы с пытками. Кишинев, 2008. 112 с.
10. Gribincea Vladislav. Hotărârile CEDO împotriva Republicii Moldova în cauzele cu privire la pretinsa încălcare a articolului 3 al convenției europene pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale (interzicerea torturii)-Pentiacova ș.a. v.Moldova (nr. 14462/03), Becciev v. Moldova (nr.9190/03), Șarban v. Moldova (nr.3456/05), .Corsacov v. Moldova (nr. 18944/02) . Boicenco v. Moldova (41088/05)). În: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zfkRTgg2cMJ:old.lhr.md/despre.noi/publicatii/hot.cedo.tortura.rm.doc+&cd=1&hl=ro&ct=clnk&gl=md> (accesat: 28.09.2019).

ROLUL IDENTITĂȚII RELIGIOASE ÎN SOCIETATEA POSTMODERNĂ DIN MOLDOVA

Pr. Luis Serdeșniuc, doctorand

Universitatea de Stat „Dimitrie Cantemir”, Chișinău, R. Moldova

luciaserd82@gmail.com

THE ROLE OF RELIGIOUS IDENTITY IN THE POST-MODERN SOCIETY OF MOLDOVA

The article addresses the issue of religious identity under the conditions of the Republic of Moldova and that of the relationship and close relationship between culture and religion and the dialogue of intercultural dialogue between them. Issues related to identity and otherness, the influence of globalization on these specific social phenomenon's. In conclusion, the author points out that culture, in its deepest dynamics, tends towards universality, which, in turn, constitutes a relevant premise for a possible intercultural dialogue. Since there is a close connection between culture and religion, any inter-religious dialogue is also an inter-cultural dialogue. Therefore, the two dialogue partners can assert their personal capacities for maintaining this intercultural dialogue.

Religia a fost mereu un element important al identității personale și sociale, având o influență formativă majoră asupra gândirii și comportamentului omului, care l-a motivat să adere la principii etice și norme morale general-umane, să mediteze asupra naturii umane și asupra scopului vieții, să manifeste altruism și compasiune față de semenii săi și să practice o relație personală cu Dumnezeu prin rugăciune.

Însă, în ultimii 30-40 de ani, societatea moldovenească s-a schimat în mod rapid, datorită dezvoltării comunicației, tehnologiei informaționale și creșterii mobilității sociale. Ca urmare, s-au produs importante modificări demografice datorită migrării masive a concetățenilor noștri în diferite state. Acestea, la rândul lor, au provocat schimbări în normele familiale și tradiționale ce există de milenii. Noua generație s-a pomenit între vechile tradiții morale existente de secole și noile realități sociale.

Societatea postmodernă din spațiul românesc, inclusiv și în cel din Republica Moldova, se caracterizează printr-o diversitate etnică, culturală, lingvistică și religioasă. Identitatea religioasă preluată, prin tradițiile culturale, a fost pusă în fața ispitei de a fi „perfectată” devenind un accesoriu pe care noile generații deseori îl aleg ele însele în mod liber și accidental.

Dat fiind faptul că diversitatea culturală și cea socială sunt caracteristicile distinctive ale vieții postmoderne, fiecare persoană din societatea moldovenească, poate să-și aleagă propria orientare religioasă, îmbrățișând valorile creștine și sacre transmise de familie din generație în generație. *„Nemulțumiți de metafora „cupolei sacre” ce descria realitatea religioasă a societății anterioare, cercetătorii contemporani au introdus conceptul de „piață religioasă” (spiritual marketplace) pentru a sublinia faptul că, într-o societate multiculturală, tradițiile și instituțiile religioase concurează pentru adepții săi, iar credincioșii achiziționează o religie în același mod în care consumatorii aleg din varietatea opțiunilor disponibile pe piața de servicii și bunuri de consum”* [1, p.12].

Fenomenele diversității culturale determinate de procesele contemporane ale globalizării duc la o cercetare necesară a interacțiunilor interculturale, inclusiv a dialogului cultural între culturi, precum și a efectelor acestora asupra identității și a factorilor determinanți ai acesteia. Într-o zonă de conviețuire a diferitor culturi și confesiuni religioase, acestea sunt capabile să creeze situații comunicative în care participanții recunosc în mod reciproc alteritatea și diversitatea.

Pluralismul, una dintre caracteristicile specifice ale societății contemporane, însuflă individului autohton, după cum am menționat, o negociere a identității religioase, pune un alt mod, susceptibil de a construi identitatea religioasă în baza diferitelor tradiții religioase. În contextul diversității religioase se încearcă a crea o persoană nouă, lipsită de transcendență, adaptat tehnologiilor actuale și intereselor. Identitatea religioasă în era mediatizării, remarcă A. Neagu în ziarul *Lumina*, că în societatea contemporană un șir de factori au contribuit la formarea unei mentalități de marketing: *„căsătorii interreligioase, pronunțatele mobilități sociale și geografice, precum și influxul spiritualităților alternative au dus la posibilitatea experimentării altor practici religioase”* [2].

În plină postmodernitate, sensibilitatea socială față de prezența sacrului s-a estompat. J. Beckford, de exemplu, în *Religion and Advanced Industrial Society* [3], are în atenție contribuția religiei la procesul de integrare socială și la implementarea unor norme moral-spirituale de conviețuire normală.

Biserica Ortodoxă din Moldova asigură un aspect al coeziunii sociale, prin ansamblul de idei, valori și norme necesare oamenilor pentru a-și forma o identitate comună. Religia ortodoxă coagulează relația dintre membrii unei comunități oferind un ansamblu de valori comune societă-

ții postmoderne. Ea ocupă un loc primordial în identificarea proceselor socioculturale și etnice: „*Identificarea etnică drept un reflex al experienței alterității reprezintă un element important al constituirii identității individuale și al participării la identitatea colectivă, al încadrării proprii într-o comunitate condiționată religios, precum și al izolării față de alte comunități*” [4, p.138].

Conceptul de identitate analitic se prezintă ca unul ambiguu și cu multe sensuri contradictorii. Studiile despre identitate se referă mai mult la societatea occidentală, specifică modernității târzii, fiind un proiect reflexiv. De aici reiese procesul continuu de remodelare a identității ca influență a pluralismului, curenților culturale și a contextului personal.

N.Morgan și A.Pritchard în lucrarea *On souvenirs and metonymy: Narratives of memory, metaphor and materiality*, în *Tourist Studies* [5] menționează că, în contemporaneitate, identitatea este flexibilă, mobilă, adică identitatea individului se schimbă frecvent în timpul vieții și că acest lucru permite prezentarea teatrală a identității. În aceeași ordine de idei, Baumeister susține că identitatea modernă are mai multe fațete care sunt tot timpul în schimbare în comparație cu identitatea din perioadele anterioare.

A.Giddens consideră că în „*postmodernitate sau în modernitatea târzie avem de a face cu un proces de pierdere a identităților colective și de accentuare a identităților individuale*” [6]. Conform lui Th.Luhrmann și P.Eberl [7], identitățile nu sunt fixe, ele se schimbă în timp. Astfel, unele schimbări de situații, de context, de comportament aduc necesitatea renegocierii identității.

În viziunea lui J.Turner [8], cu cât identitatea socială împărtășită este mai proeminentă în economia identității persoanei date, percepția de sine a acesteia tinde să fie depersonalizată. Astfel, indivizii tind să se identifice și să se vadă mai puțin ca persoane diferite și mai mult ca reprezentanți „*modificați*” ai unei categorii sociale.

Formarea identității în termenii unei serii de comparații, ca și construct relațional, este descrisă de E. Erickson [9]. În viziunea lui, construirea identității ca proces are câteva etape: „*indivizii aflați în interacțiune îl compară pe individul țintă cu ei înșiși, apoi informațiile legate de această evaluare sunt vehiculate în conversațiile dintre părți, iar individul țintă ia acest feedback în considerare, comparându-se, la rândul lui, cu cei cu care interacționează.*” Aceste comparații influențează felul în care se definește persoana țintă.

Nu există identitate fără alteritate. Ca și alteritățile, „*identitățile variază din punct de vedere istoric și depind de contextul lor de definiție*” [10, p.9].

Într-o definiție mai generală, identitatea constă în „*faptul de a fi identic în fiecare moment cu sine însuși, desemnând starea unui obiect de a fi ceea ce este, de a-și păstra un anumit timp caracterele fundamentale, individualitatea*” [11, p.878]. Alteritatea, din contra, reprezintă „*caracterul a ceea ce este diferit de un eu, ceea ce constituie o entitate aparte, diferită, dar și senzația unui eu de a fi un altul, de a fi altcineva*” [11, p.54]. De aici rezultă că identitatea se fundează pe concepția de unitate și exclude diferența, schimbarea, alteritatea.

Identitatea personală apare în societate ca un proces în permanentă construcție și reconstrucție care se raportează întotdeauna la celălalt. Comunicarea (prin limbi, limbaje sau cultură) în cazul dat se conturează ca o relaționare, identitatea fiind direct influențată de raporturile, pozițiile și rolurile pe care le îndeplinește omul în relația cu o altă persoană.

Manifestarea identitară presupune mai multe etape (căutare, formare, afirmare, recunoaștere), iar specialiștii în domeniile care abordează acest subiect își orientează cercetările spre diverse paliere: identitatea națională, identitatea culturală, identitatea socială, identitatea religioasă etc. Criza identității religioase se evidențiază prin cauzele provocării unei crize a identității în perioada contemporană. De la aspectele internaționale, naționale, politice și culturale se cuvine să trecem și să reflectăm asupra persoanei, care, în ordinea importanței, este deasupra statului și chiar a realităților internaționale antrenate în procesul globalizării, sau mondializării, cum preferă francezii să numească acest proces.

Scara tradițională de valori, atât teoretice, cât și comportamentale, practice, este pusă sub semnul întrebării, sau chiar ignorată ori combătută în multe dintre componentele sale. Atât în modernitate, cât și în postmodernitate religia este o experiență individuală și socială a sacrului integrat într-o comunitate. Spre exemplu, Biserica Ortodoxă din Moldova este o formă de instituționalizare a credinței creștine, ca expresie de organizare a relațiilor vieții spirituale. Sentimentul religios, gândirea, voința au fost privilegiate, rând pe rând, drept esența experienței religioase, care lasă loc pentru menținerea misterului vieții.

Globalizarea este un proces contemporan care poate duce societatea din spațiul moldovenesc la deconstrucția identității religioase. Procesul de globalizare include o serie de caracteristici, din totalitatea domeniilor existente, cum ar fi cel al științei, al concepției, al religiei, al culturii, al socialului, al politicului și cel al economicului. Cercetătorul S. Hunting-

ton interpretează multiculturalismul ca produs al globalizării care prezintă, interpretează și reevaluează experiența socială a diversității și a diferențelor, inclusiv religioase.

Religia, ca și istoria, filosofia sau arta, își are locul său bine stabilit, întrucât ea reglează corelația dintre om, viață și moarte. Comunicarea valorilor devine un element esențial în susținerea sentimentului religios în relația cu Celălalt. Tot aici putem menționa că religia, în special, cea ortodoxă, poate să contribuie la conservarea și la consolidarea stabilității unei culturi civilizate, poate să fie un model de valori, situându-se într-o corelație dialectică cu filosofia socială a culturii.

În concluzie, putem afirma cu certitudine, că scopul principal al unei culturi constă nu în afirmarea propriei identități și a diversității sale, ci în promovarea acelor valori moral-spirituale care sunt comune umanității în general și persoanelor ca indivizi, pentru ca să se poată realiza vocația lor. În consecință, și cultura, în dinamicile sale cele mai profunde, tinde spre universalitate, care, la rândul său, este o premisă relevantă pentru un posibil dialog intercultural. Din moment ce există o legătură strânsă între cultură și religie, orice dialog interreligios este și un dialog inter-cultural. De aceea, cei doi parteneri de dialog pot să-și afirme capacitățile personale pentru menținerea acestui dialog intercultural. Totuși, observăm că astăzi nu religiile sunt în conflict unele cu altele, ci mai curând identitatea religioasă este o componentă a caracterului oamenilor, comunităților sau grupurilor de etnii aflate în conflict. Altfel spus, rolul identității religioase ca parte a identității grupurilor aflate în conflict este un moment pus în prim-plan în postmodernitate, când mase imense de emigranți din diferite societăți imigrează în societatea europeană spre care tindem, punând în pericol identitatea religioasă a acesteia.

Referințe bibliografice

1. Kurtz L. Gods in the Global Village. The World's Religions in Sociological Perspective. California: Pine Forge Press, 1995. 279 p.
2. Neagu A.R. Identitatea religioasă în era mediatizării. În: <http://ziarullumina.ro/identitatea-religioasa-in-eremediatizarii-75034.html>.
3. Beckford J.A. Religion and Advanced Industrial Society. In: Acta Sociologica. London: Sage Publications, Ltd., 1990, p.169-173.
4. Kahl T. Întrebări și metode ale cercetării coexistenței interreligioase în Europa de Sud-Est. În: Philologica Jassyensia, 2006, an. 2, nr.1, p.135-155.
5. Morgan N., Pritchard A. On souvenirs and metonymy: Narratives of memory,

- metaphor and materiality. In: Tourist Studies, vol. 5. In: <http://tou.sagepub.com/cgi/content/abstract/5/1/29>.
6. Giddens A. Modernity and Self Identity. Self and Society in the Late Modern Age. Cambridge: Polity Press, 1991. 256 p.
 7. Luhrmann T., Eberl P. Leadership and Identity Construction: Reframing the Leader – Follower Interaction from an Identity Theory Perspective. In: Leadership, 2007, vol. 3. In: <http://lea.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/1/115>.
 8. Turner J. Self-categorization theory. In: Manstead A., Hewstone M., eds.. The Blackwell Encyclopedia of Social Psychology, 1996, Blackwell Reference. In: http://www.blackwellreference.com/subscriber/tocnode?id=g9780631202899_chunk_g978063120289921_ss1-6.
 9. Hatch M.J., Schultz M. The Dynamics of Organizational Identity. In: Human Relations, 2002, vol.55. In: <http://hum.sagepub.com/cgi/content/abstract/55/8/989>.
 10. Dubar C. Criza identităților. Interpretarea unei mutații. București: Ed. Știința, 2003. 231 p.
 11. Aron R. Introducere în filosofia istoriei. București: Ed. Humanitas, 1997. 512 p.

НАУЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ОБЩЕСТВА

Елена Бобро, кандидат медицинских наук, доцент

Южноукраинский педагогический университет имени К.Д. Ушинского,
г. Одесса, Украина

Борис Насибуллин, доктор медицинских наук, профессор

Украинский НДИ медицинской реабилитации и курортологии,
г. Одесса, Украина

Bobro7@ukr.net

SCIENTIFIC INFORMATION AS A METHOD OF IMPROVEMENTSTRESS RESISTANCE OF THE SOCIETY

The article focuses on the interaction of neuronal ensembles in the central nervous system and the change in functional and cognitive processes at the time of the development of physiological or psychological stress. It was emphasized that during the development of stress, both acute and chronic, there is a shift in the functional state of the central nervous system, as well as the development of autonomic and endocrine disorders. Thus, the dissemination of scientific information in society helps to know the hidden mechanisms of stress development and is responsible for their emotional state.

Активность нервной системы и переработка воспринимаемой сенсорной информации являются основой жизни организма. Информационные сигналы, поступающие в живую систему и аппарат ее управления, обеспечивают развитие функциональных связей между различными элементами системы. Для реагирования на сигналы окружающей среды и успешной адаптации необходимо поддержание постоянного уровня активации головного мозга. Высокий общий уровень активации нервной системы соответствует преобладанию активности передних отделах коры мозга, в основном левого полушария; а низкий уровень активации нервной системы соответствует преобладанию активности задних отделов коры, в основном правого полушария. Активность головного мозга это взаимодействие массы нейрональных ансамблей, взаимодействие которых, афферентная импульсация, межструктурные взаимоотношения формируют функциональное состояние системы. К сожалению, часто гармоничную мелодию работы нейрональных ансамблей сбивают аккорды стрессовых состояний. И не имеет значения: физиологические факторы являются их причиной или эмоциональные. Работа нейронов это сложно организованный процесс, который мы разрушаем самостоятельно, разрешая стрессам проникнуть в нашу жизнь.

Нервная система всегда находится в состоянии активности которая является основным показателем работы неспецифической активирующей системы мозга представленной многими образованиями, составляющими единый энергетический блок. Его основная задача — поддержание общего тонуса ЦНС (центральной нервной системы), необходимого для любых форм деятельности организма, условно-рефлекторной и психической деятельности. Различные по сложности и значимости виды деятельности (сон, спокойное или деятельное бодрствование) имеют четкие биологические корреляты во многих образованиях мозга: слуховой, зрительной, сенсомоторной и ассоциативной областях коры больших полушарий, гиппокампе, переднем таламусе, поясной извилине, различных отделах ретикулярной формации и гипоталамусе. Изменение интеграции неспецифических мозговых систем, изменение характера их взаимодействия с высшими регуляторными отделами, вызывающие ряд перестроек двигательных и когнитивных процессов.

От уровня активации ЦНС зависит процесс формирования услов-

норефлекторных связей и эффективность нервных процессов. Из чего следует, эффективность поведения человека зависит от степени выраженности неспецифической активации мозга. Быстрая активация нервно-рефлекторных механизмов есть залог успешной адаптации организма [2]. Поддержание активации ЦНС происходит несколькими способами: это поступление информации из окружающей среды, когда различные сенсорные сигналы вызывают единую реакцию – повышение уровня активации мозга, и приток афферентных импульсов из внутренней среды, который формируется неспецифическая активирующая реакция головного мозга. Функциональное состояние мозга напрямую связано с реакцией активации и поддержанием тонуса ЦНС, это обеспечивает равновесие взаимоотношения организма человека с окружающей средой [3]. Как пример, при повторном предъявлении стимулов уровень активации ЦНС уменьшается, это выглядит как угасание электрических ответов мозга [4]. Генерализованная активация мозга, помогает адаптироваться человеку к постоянно меняющимся условиям окружающего мира.

Деятельность нейронов осуществляется при помощи нейротрансмиттеров, по данным литературы [6] с уровнем активации головного мозга прямо коррелирует уровень содержания катехоламинов. Так методом химического картирования обнаружено, что нейроны, содержащие различные медиаторы распределены в нервной системе в виде организованных групп — в соответствии с определенными физиологическими функциями. Катехоламинэргические нейроны находятся во всех отделах головного мозга — коры, лимбических структур, гипоталамуса, и обеспечивают согласованность сенсорных, эмоциональных и когнитивных процессов. Холинэргические нейроны — в подкорковых ядрах мозга (в структурах, связанных с процессом памяти) где и обеспечивают выделение ацетилхолина в локальные участки коры и гиппокампа. Отмечено, что, возможно в основе структурной асимметрии мозга лежит доминантная латерализация нейромедиаторов и их рецепторов.

Экспериментальными исследованиями показано, что снижение содержания в мозге ацетилхолина нарушает обучение, а повышение – ускоряет выработку условных рефлексов. Активация рецепторов ацетилхолина фармакологическими агентами облегчает и ускоряет обучение. Умеренная активация норадренэргических процессов

ускоряет выработку условных рефлексов с болевым подкреплением; дофамин, как и норадреналин, способствует выработке условных реакций на отрицательное Подкрепление; серотонин, наоборот, облегчает выработку реакций, основанных на положительном подкреплении. Экспериментально установлено влияние дофаминэргической системы на проявление некоторых признаков депрессии. Большинство классических пептидов, перечисленных выше, присутствуют также у насекомых, моллюсков, рыб, земноводных... Они выполняют те же физиологические функции, поскольку биологическое царство «скроено» по одним и тем же чертежам: нервная система, сердце, органы дыхания, выделения [1].

В процессе развития стресса, как острого, так и хронического, происходит сдвиг функционального состояния центральной нервной системы, а также развитие вегетативных и эндокринных нарушений. Известно, что первая стадия стресса характеризуется наличием тревоги. В момент воздействия стрессового фактора происходит активация вегетативной симпатической нервной системы, а также выброс медиаторов и гормонов [5]. Возбуждение гипоталамуса это сигнал для надпочечников, которые в течение короткого времени выбрасывают адреналин и норадреналин. Если в крови больше адреналина проявляется реакция атаки, если в крови больше норадреналина – реакция избегания. Так работает симпато-адреналовая система (САС). Так как запасы гормонов ограничены, через некоторое время активность данной системы падает. Однако если действие раздражителя продолжается, САС вынуждена работать и реагировать на стрессовый фактор, происходит истощение симпато-адреналовой системы. Это может быть причиной развития психосоматических заболеваний. В этот период вегетативная парасимпатическая нервная система активируется для восстановления гомеостаза (внутреннего равновесия) и регуляции систем организма. Гомеостаз характеризуется поддержанием на постоянном уровне всех параметров организма: биоэлектрических, физиологических, биохимических (состав крови, уровень артериального давления, количество сахара в крови, уровень гормонов и др.). Стрессовые факторы – это факторы, которые вызывают нарушение данных параметров.

Таким образом, в ответ на стресс сразу активизируется симпато-адреналиновая система, концентрация гормонов в крови увеличива-

ется в десятки раз – это приводит к увеличению двигательной и поведенческой активности, однако, процесс этот непродолжительный и быстро угасает. Если действие стрессового фактора продолжается далее, то реакция организма изменяется. Во второй стадии стресса в процессе адаптации происходит перестройка механизмов гомеостаза. Находятся адаптационные резервы организма, которые позволяют вести продуктивную жизнедеятельность в новых условиях. Организм справляется со стрессовыми факторами, восстанавливает равновесие и гомеостаз на новом качественном уровне. На смену адреналину и норадреналину происходит выброс кортизола – его концентрация в крови увеличивается в десятки раз. В этот период организм переходит на новый режим работоспособности: повышается уровень когнитивных функций, оптимизируется работа иммунной системы, активизируются все реакции. Этот уровень оптимален для жизнедеятельности в условиях стресса, однако он требует затрат большего количества энергии. Если действие стрессового фактора не уменьшается, то начинается третья стадия. В третьем периоде происходит истощение всех систем. Нарушена физиологическая и психологическая защита организма, нарушен гомеостаз, внутреннее равновесие, адаптационные механизмы. Изменение в работе симпатoadреналовой системы влияет на работу остальных эндокринных органов, это влияет на жизнедеятельность всего организма. В это время вновь появляется реакция тревоги, как в первой стадии. В этот период происходит развитие психосоматических заболеваний различных органов и систем (болезни нарушения адаптации). Формируется хронический стрессовый синдром.

Существуют разные виды стресса: физиологический и психологический. Физиологический стресс это реакция на стрессогенные факторы внешнего и внутреннего происхождения: физические повреждения, кровотечения, переохлаждение, солнечный удар, гипоксия, физическое перенапряжение, инфекционные заболевания и другое. Вегетативная нервная система участвует в снижении действия стрессового фактора за счет восстановления гомеостаза и мобилизации всех органов и систем. Психологический стресс возникает в ответ на важности значение действующих стрессовых факторов [7]. И в этом случае тревога занимает центральное место в образовании стресс – реакции. Так как тревога это сигнал неблагополучия и опасности для

организма, она активизирует процессы психической и соматической адаптаций. Если эмоциональный стресс приводит к стойким нарушениям психической адаптации, то он имеет клинические проявления. Если способность к адекватной эмоциональной реакции нарушена – это является одной из причин изменения и физиологических реакций.

В результате развивается дезинтеграция вегетативных, эмоциональных, сенсомоторных, эндокринно-висцеральных соотношений. Поскольку большинство членов общества не имеют подобной информации, не знают механизм развития стресса и степень дисбаланса которую он приносит в работу многих систем организма, и в первую очередь центральной нервной системы, то и не задумываются какого количества проблем со здоровьем можно избежать всего лишь занимаясь гигиеной эмоционального состояния.

Литература

1. Гомазков О.А. Нейрогенез как адаптивная функция взрослого мозга. В: Успехи современной биологии, 2013, N 9, с.349-366.
2. Гондарева Л.Н. Применение альтернативного биоуправления и дыхания в режиме положительного давления в конце выдоха. В: Российский физиологический журнал им. Сеченова, 2004, № 8, Т. 90, с.503.
3. Губкина Д.Г. Нейро- и психофизиологические эффекты однократного сеанса обратной связи по ЭЭГ. В: Ученые записки Таврического национального университета им. В. И. Вернадского. Серия «Биология, химия», 2007, Т. 20 (59), № 4, с.30-33.
4. Кузнецова Е.А. Функциональное состояние афферентных систем при головных болях у пациентов пожилого возраста. В: Неврологических вестник, 2009, Т. ХLI, Вып. 4, с.31-38.
5. Свидерская Н.Е. Формы функциональной асимметрии пространственной организации фоновых ЭЭГ у человека. В: Журнал ВНД им. И.П. Павлова, 2009, Т. 59, № 1, с.66-74.
6. Умрюхин Е.А. Электроэнцефалографические корреляты индивидуальных различий эффективности целенаправленной деятельности студентов в экзаменационной ситуации. В: Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова, 2005, № 2, с. 189-196.
7. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства: Монография. К.: Сфера, 2002. 314 с.

IDENTITATEA ETNICĂ ÎN CONDIȚIILE REALIZĂRII OPȚIUNII EUROPENE A REPUBLICII MOLDOVA

Elena Balan, dr. în șt. polit.

Institutul de Cercetări Juridice, Politice și Sociologice, Chișinău, R. Moldova

ETHNIC IDENTITY IN THE EUROPEAN OPTION CONDITION REALIZATION OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

The landmarks are displayed and analyzed in the article – key to constituting the concept of „ethnic identity” the same are pointed out the fundamental components of the phenomenon in question and their evolution under the conditions of realizing the European option of the Republic of Moldova.

Un loc și un rol prioritar în sistemul identitar îi revine identității etnice. *Identitatea etnică reprezintă sentimentul de apartenență la o anumită comunitate etnică după anumiți parametri ai etnogenezei: biologici, de rasă (rădăcinile de neam), teritorial-climaterici (teritoriul istoric) și socioculturali (istoria poporului său, simbolurile etnice ale culturii și religiei, etc.) care s-au constituit pe parcursul dezvoltării istorico-culturale a comunității în cauză.*

Identitatea etnică se prezintă ca un factor primordial în constituirea conștiinței de sine, ca subiect etnic ca unul din nivelurile de bază în devenirea conștiinței etnice [1, p.73]. E de menționat aici atitudinea individului față de etnia sa și față de apartenența sa etnică, care poate fi atât pozitivă, cât și negativă. În cazul atitudinii pozitive sunt posibile astfel de fenomene ca etnocentrismul, etnofanatismul, în forme excesive – naționalismul și fascismul. În acest context, nu poate fi ocolită luarea în cont a atitudinii față de alte etnii. Pentru atitudinea negativă față de etnia în cauză este utilizat termenul „etnonegativism”.

Un loc aparte în problematica ce ține de domeniul fenomenului etnic identității etnice îl ocupă așa-numitul *conflict cultural*, în cadrul căruia individul este expus concomitent sau succesiv unei influențe ce provine din partea mai multor etnii. În acest caz sunt posibile astfel de consecințe precum: *segregația* (separația, discriminarea rasială), *asimilarea*, *marginalizarea* și altele.

De menționat că majoritatea cercetătorilor evidențiază îndeosebi aspectele culturale ale *identității etnice*, și anume – limba, tradițiile culturale, religia, specificul comportamentului, cunoașterea istoriei etniei sale etc. În plus, se menționează în special rolul activ al individului în constituirea iden-

tității etnice. Antrenarea individului în viața socială și în practica culturală a grupului propriu etnic reprezintă un indicator al *identității etnice*, utilizat mai frecvent. Se indică, de asemenea, și rolul deosebit al așa- numitului “*caracter național*”, precum și trăsăturile asemănătoare ale *chipului exterior*. Totuși, *caracterul național (mentalitatea)* nu este inclus întotdeauna în componența particularităților de bază ale *etnicității*. Cercetătorii V.A. Viatkin și V.Iu. Hotineț evidențiază în această ordine de idei *temperamentul național*, particularitățile specifice ale orientărilor personalității (convingerile morale, orientările valorice, concepțiile, idealurile etc.), capacitățile specifice etniei în cauză. Latura dinamică a particularităților etnopsihologice se dezvoltă în starea de spirit, în sentimente, interese, obiective interetnice, autostereotipuri, heterostereotipuri ș.a. [2, p.71].

E necesar să menționăm în continuare că în viziunea cercetătoarei române Maria Cobianu-Băcanu există două tipuri de identitate: identitate etnică și identitate națională. *Identitate etnică*, este conștiința apartenenței la un grup etnic, care se relevă atât în relațiile interindividuale, cât și în propriul for interior al celor care aparțin grupului. Păstrarea identității în evoluția evenimentelor semnifică menținerea *unității de sine, a integrității personalității* pe fondul celor mai profunde schimbări, având ca suport sau ax central *valorile general umane* ce au asigurat și asigură perpetuarea speciei umane dincolo de vitregiile la care au expus-o împrejurările istorice.

Identitatea etnică, consideră cercetătoarea, nu este un proces încheiat odată și pentru totdeauna, ci este un proces deschis, ce continuă cu fiecare individ și generație; aceasta sugerează interacțiunea dintre identitatea individuală și cea colectivă, într-un proces psihosocial ce conservă trăsături esențiale din ambele procese.

În raport cu *identitate etnică, identitate națională*, în viziunea cercetătoarei, *semnifică conștiința apartenenței la o națiune* și deopotrivă adoptarea, împărtășirea și manifestarea unor trăsături comune cu membrii acesteia, exprimate în cultură, limbă, religie, obiceiuri și tradiții. Având în centru *națiunea, statul-națiune și sentimentul național, identitatea națională este puternic legată de un teritoriu și are o conotație politică*. Se construiește pe matricea câmpului de valori și modele culturale specifice conduitelor colective de-a lungul istoriei. Conceptul de identitate națională *are un conținut mai nou decât cel de identitate etnică, pentru că el a apărut odată cu națiunea – realitate socioistorică* a secolului al XIX- lea, corelată cu existența statului pe un teritoriu delimitat politic.

Ca atribut al individului, conchide cercetătoarea, identitatea națională este o opțiune, în sensul că individul are dreptul să opteze pentru o identitate națională ce nu decurge automat din identitatea etnică [3, p.313-314].

Din cele relatate mai sus rezultă că în tratarea problematicii în cauză, în literatura de specialitate există mai multe puncte de vedere, deși, de regulă, diferă mai mult modul, maniera de a trata aceste noțiuni, iar conceptul propriu-zis rămâne în fond cam același, cu excepția unor nuanțe mai mult sau mai puțin importante.

Bunăoară, în perioada sovietică, în literatura de domeniu erau mai frecvente noțiunile de ”conștiință națională”, ”identitate națională”. În timpul de față, autorii ruși utilizează mai des noțiunea de ”conștiință etnică”, ”identitate etnică”, iar aceasta din urnă nu este divizată în ”identitate etnică” și ”identitate națională”, iar autorii români separă și definesc noțiunea de ”identitate etnică” și ”identitate națională”.

Noi după cum rezultă din text, operăm cu noțiunile de ”conștiință etnică” și ”identitate etnică”, *căci ele includ în sine atât ”etnicul”, care e mai străvechi, cât și ”naționalul”, care e mai nou, mai tânăr, din punct de vedere istoric.*

Important în acest caz este faptul că *identitate etnică*, într-un fel sau altul, se include vădit și simțitor în realitățile existente, ca și în actualitatea de ultimă oră, prin intermediul activismului uman, aducând cu sine în existența socială coloritul irepetabil al ”Eu”-lui național, care dăinuie peste timpuri, vorbindu-i lumii despre cutare sau personalitate, popor, civilizație.

Dezbaterile politice actuale privind structurarea unor mari ansambluri sociopolitice și culturale, menționează cercetătoarea *Gabriela Stoltz*, ridică semnificative probleme privind *raportul național-universal în cultură*, de exemplu: riscul pierderii specificului cultural al statelor naționale în procesul integrării în structurile suprastatale, activează problematica identităților naționale.

Profundele schimbări social-politice au adus în atenție problema identităților religioase, etnice, culturale etc. Studiul identităților culturale, etnice, naționale se centrează pe asemănările de grup și, implicit, pe diferențierile dintre grupurile sociale, tocmai pentru a facilita *comunicarea interculturală*, realizată prin respectarea particularităților culturale de grup, clase sociale, popoare, națiuni, civilizații, etc. [4, p.299-300].

În această ordine de idei extinderea Uniunii Europene, în opinia academicianului A. N. Roșca *presupune nu numai o colaborare fructuoasă și multilaterală în cele mai diverse domenii de activitate cu statele membre ale*

Uniunii (cum va fi, probabil, în viitor și Republica Moldova), dar, în același timp, în acest proces ar fi necesar să fie ocolite tendințele unificatoare ale globalizării. Ar fi cazul de a nu se admite o sinteză deplină și asimilare în modul de viață al oamenilor, de a nu se neglija cultura națională a popoarelor, identitatea lor etnică, de a nu fi știrbită conștiința lor etnică și demnitatea națională. Este important, ca, luându-se în cont condițiile și specificul mediului social al țărilor, de a determina o configurație proprie a noilor relații, reieșind din interesele geopolitice ale fiecărui stat și popor.

A crea în comun, în cadrul *Uniunii Europene* și în spațiul învecinat cu ea, o unitate armonioasă a vieții, care ar străluci în bogate și variate culori ale diferitelor culturi naționale, ar fi posibil doar în cazul, dacă ne vom familiariza cu alte culturi, dacă vom pătrunde în sensul lor cu compasiune și le vom accepta ca pe ale noastre, educând astfel în noi capacitatea de a ne completa unii pe alții prin creația noastră.

Respectiva integrării europene a țării noastre presupune în consecință afirmarea identității sale europene prin ajustarea tuturor sferelor vieții sociale la nivelul standardelor Comunității Europene. Declararea opțiunii europene a Republicii Moldova, ca și cea a altor țări, ar însemna, „de altfel, poate că este mai puțin vorba să sperăm într-un transfer complet, cât să obținem trezirea unei duble apartenențe, la propria Națiune și la Europa, așa cum ne putem simți în același timp cetățeni ai unui stat și îndrăgostiți (atașați) de regiunea în care locuim” [5, p.12].

Dar care sunt totuși cauzele esențiale ale formării unei conștiințe și identități europene? În opinia cercetătorului francez René Girault, trei factori au contribuit pentru a se ajunge la o conștientizare și identificare a unei părți a Europei ca un tot întreg, guvernabil în mod unitar, atât în domeniul economic, cât și social și politic. Este vorba mai întâi de *existența unei veritabile societăți vest-europene* coerente, în ciuda nuanțelor regionale. Se impune apoi analizei corelarea *dintre Creștere – Uniunea Europeană*. O ideeforță i-a marcat pe locuitorii Europei occidentale: realizând unificarea pieței vest-europene (Piața comună), responsabilii construcției europene au deschis calea unei ameliorări (sau accelerări) a creșterii economice. *Identitatea Europei occidentale se definește, așadar, printr-o dezvoltare rapidă, datorată eficacității, productivității sectoarelor de producție și de distribuție, tehnologiei de vârf. Acest ansamblu distinct își bazează reușita pe o cultură economică aparte.*

Crearea Europei unite a permis asigurarea păcii între popoare, care au

fost istovite secole de-a rândul de războaie interne [6, p.205-206]. Anume acești factori decisivi au condus în mod radical la o conștientizare europeană propriu-zisă, la *constituirea identității europene, a conștiinței europene și a idealului european unitar*.

Sub un alt unghi de vedere se întrezărește aici și o identitate europeană difuză, care în anumite circumstanțe îi cuprinde pe indivizi aproape fără voia lor, în cadrul unei conștiințe europene, care, dimpotrivă, nu poate fi decât rezultatul și produsul unui demers voluntar. E de menționat și faptul că în ce privește *identitate europeană, este vorba, mai întâi, de niște trăsături ale unei civilizații specifice, clădite în timp, de un patrimoniu cultural care se exprimă prin intermediul unor referințe comune la Antichitatea clasică greco-romană, la creștinătatea medievală sau la “Europa Luminilor”, cu tot ceea ce aceste referințe poată în ele ca valori, îndeosebi în termeni de drepturi civice*.

În același context, autorii autohtoni *Nicolae Enciu și Valentina Enciu afirmă că Uniunea Europeană pare a fi o astfel de entitate care are ca obiectiv constituirea caracterului supranațional al Europei, pornind de la acel adevăr că un prim document asupra identității europene a fost adoptat în decembrie 1973 de către miniștrii de Externe ai Comunității Europene, în care se menționa despre necesitatea elaborării unei viitoare definiții a identității europene pentru desfășurarea relațiilor cu alte țări ale lumii*.

Cu douăzeci de ani mai târziu, *Tratatul de la Maastricht a definit și a introdus în circuit conceptul de identitate europeană. Astfel, Uniunea Europeană se impune ca o entitate diferențiată în cadrul relațiilor internaționale. Același Tratat, fiind completat în anul 1997 prin cel de la Amsterdam, încearcă crearea identității europene la nivel individual prin acordarea cetățeniei europene tuturor cetățenilor statelor membre ale UE*.

Însă, precum s-a menționat și mai sus, integrarea politică, economică sau socială se desfășoară într-un alt mod decât cea culturală, dat fiind faptul că aceasta din urmă nu poate fi efectuată printr-o simplă decizie politică, deoarece în cazul identităților naționale populația rămâne în mod firesc mai atașată de ceea ce consideră a fi sistemul ei preferențial principal. Așadar, în măsura previzibilului, nu se pune problema dispariției statului național, acesta rămânând unul dintre instrumentele principale de asigurare a identității [7, p.314-315, 318].

Și totuși dacă ne referim, bunăoară, la *fenomenul migrației*, oricât de puternice ar fi fost rezistențele manifestate de *factorul național* – fie că e

vorba de atașamentul îndelungat al migrantului față de pământul natal sau de entuziasta lui convertire la valorile noii patrii – se pare că pentru un anumit număr de indivizi experiența imigrației a favorizat dezvoltarea unui sentiment de apartenență la o entitate ce transcende frontierele, și anume, **identitatea europeană și conștiința europeană**, fondate pe adeziunea la același sistem de valori, contopind, într-o perspectivă transnațională, democrația, drepturile omului și preocupările sociale, conturându-se în profunzime un **”europenism”** de o cu totul altă esență, de o cu totul altă coloratură, bazate, la rândul său, pe o cultură comună a popoarelor Europei, dar privilegiind, însă, în consecință, alte valori specifice anumitor popoare, precum sunt tradițiile naționale, religia, rasa, etc. [8, p.10].

Așadar, apartenența la Uniunea Europeană, este, în fond, o mărturie a coexistenței pașnice în Europa a unui spațiu multiidentitar, a câtorva varietăți de identitate și conștiință: general-europeană, vest-europeană, est-europeană, regională, autohtonă, cu o pronunțată idee a unității europene în ansamblu și a unității în diversitate, fapt care merită atenție și o apreciere aparte la ora actuală și în perspectivă.

Referințe bibliografice

1. Хотинец В.Ю. О содержании соотношений понятий этническая самоидентификация и этническое самосознание. În: Социологические исследования, Москва, 1999, № 9, с.73-79.
2. Вяткин В.А., Хотинец В. Ю. Этническое самосознание как фактор развития индивидуальности. În: Психологический журнал, Москва, 1996, Т.17, № 5, с.71-75.
3. Cobianu-Băcanu M. Românii minoritari din Covasna și Harghita. Despre o posibilă strategie a păstrării propriei lor identități naționale. În: Revista Română de Sociologie, București, 1999, nr.3-4, p.313-314.
4. Stolz G. Etnotipuri în viziune relațională. Români – alți etnici. În: Revista Română de Sociologie. București, 1999, nr.3-4, p.299-300.
5. Girault R. Rațiunile unei cercetări istorice asupra identității și conștiinței europene în secolul al XX-lea. În: Identitate și conștiință europeană în secolul al XX-lea. Trad. D.Burcea. București: Curtea Veche Publishing, 2004, p.12-21.
6. Girault R. Cele trei izvoare ale identității și conștiinței europene în secolul al XX-lea. În: Identitate și conștiință europeană în secolul al XX-lea. Trad. D.Burcea. București: Curtea Veche Publishing, 2004, p.205-206.
7. Enciu N., Enciu V. Construcția Europeană (1945-2007). Curs universitar. Ed.1-a. Chișinău: Civitas, 2007. 340 p.
8. Milza P. Rolul migrantilor în formarea identității europene. În: Identitate și

conștiință europeană în secolul al XX-lea. Trad. D. Burcea. București: Curtea Veche Publishing, 2004, p.57-64.

CONCEPTUL DE MODEL ÎN FILOSOFIA LUI C. NOICA

Vera Panfil, doctorand

Universitatea de Stat „Dimitrie Cantemir”, Chișinău, R. Moldova

veronica.panfil1955@gmail.com

THE MODEL CONCEPT IN PHILOSOPHY OF C. NOICA

Constantin Noica, entered the public, literary and philosophical life of the „generation of the 30s” during the interwar period of confrontation of ideas and identification of Romania „as a challenge of the spirit”, confident that „Mankind could be reformed if change began from the element of the edifice, from the quality of the brick, so but from the edification of the individual” [1]. The current thesis, being a brief account of the fundamental categories of the philosopher: model „after the model of self-consciousness ... a denial that is confirmed to infinity” (Stories about man), after „The model as a system for indirect study of another more complex system, directly inaccessible” (European cultural model), after the model of saying „be”, „as a Romanian conception of the world” (Pages about the Romanian soul) interpreted through the prism of culture (Noica as a „cultural trainer”) has a study orientation to the inspirations of these values from Plato’s universal philosophy, Fr. Nietzsche, Os. Spengler, Ar. J. Toynbee et al. Noica defines the notion of Culture in direct correlation with human life from the aspect of the relation between rule and exception. The human being determines in the world laws, rules, norms, which in their operation and practice admit deviations, that is exceptions from the rule.

Culturile ca configurații și sistem de valori se definesc în baza principiilor, dar „mai degrabă” în baza *excepțiilor* (abaterilor) de la *regulă* și determină „În ce raport stai față de legea ta?... cercetarea omului și a *culturilor* devine cu puțință, în măsura în care ea *lasă* de o parte o materie schimbătoare, anecdotică, istorică în favoarea unei forme, respectiv a unui raport stabil” [2].

Preocupat intens de actualizarea noțiunii de *cultură* Noica direcționează spre izvoarele acestui concept definit de Lucian Blaga în „Trilogia culturii”

și Os. Spengler. Voi relata ca reper studiul acad. Alexandru Boboc pentru definirea culturii și raportului după cum o înțelegea Spengler: „Cultura nu e un epifenomen sau ceva contingent în raport cu omul. Ea este împlinirea omului ... Cultura nu este un adaos suprapus existenței omului ... nu este nici un adaos suprapus omului, ca un *parazit demonic* ... „fenomen original” sau privită ca „*habitus-ul unei plante*” (cu o durată determinată a vieții), aflată la baza *conceptului de stil* (religios, erudit, politic, social, economic al unei culturi) [3]. Autorul acestui articol evidențiază ideea lui Spengler de „Kulturstil” și tendința de concentrare a paradigmei unei culturi ca o totalitate a formelor ei autonome: „Este de reținut că Spengler rămâne tributار unei înțelegeri a activității omului ca mimetică, în funcție de un plan dat și sub o finalitate, situată ca destin al oricărei culturi, anume civilizația (situată doar ca bază de epuizare a „sufletului” unei culturi) [4].

Al. Boboc expune concepția lui Blaga de model al „Dichter-Philosoph” concepute încă la Platon, Nietzsche, Spengler redată în „plan metafizic specific” sub aspect metaforic, „proiectând sub zodia metaforei și a stilului un univers poetico-metafizic”, cu referință la originea filosofiei lui Nietzsche, care „... deschide alte perspective, evidențiind încă o dată ca o metodă ce pare definitiv compromisă prin aventurile ei într-un domeniu, e susceptibilă de a da roade în alt domeniu”, iar Blaga concepe „Cultura” în „definiția omului ca ființă metaforizantă”, atrăgând după sine „*actul creator de cultură*” [5].

În raport cu cele relatate Noica străbate civilizații și terenuri istorice, evocând cultura lor în *cinci raporturi a excepției față de regulă*: I-raport, unde „*excepția contrazice, infirmă regula*”, ce reflectă cultul totemismului intolerant față de alte manifestări culturale prin ritualurile, prescripțiile și dogmatismul său actualizat astăzi prin totemul civilizației tehnico-științifice, care necesită o precizie mare și cel mai mic defect tehnic rezultă consecințe catastrofale, adică raportul dintre regulă și excepție este nul. II-raport: „*excepții care confirmă regula*”, ce eliberează omul de rigoarea legii în favoarea libertății, admite abateri (exemplu, „fiul risipitor” ca excepție și „fratele risipitorului” ca regula în sine, care nu înțelege excepția) instrumentat excelent de Noica „...bunul Dumnezeu a îngăduit (așadar a făcut) să apară în sânul lumii monstruoziții care să scoată și mai bine în lumină felul cum ar fi arătat lumea dacă n-ar fi fost mâna divină care s-o modeleze. *Excepția confirmă și aici regula*” [6]. III-raport: „*excepții care largesc regula*”, ce exemplifică „cultura științifică”, în care teoriile noi nu le contrazic pe cele

vechi, ci le lărgesc (exemplu, teoria matematicii în descoperirea numerelor negative, raționale, iraționale, reale, complexe și fracțiilor), adică gândirea europeană apărută ca excepție „... independent de ceea ce se întâmplă în istoria științelor, o întreagă doctrină filosofică în armonie cu procesul istoric menționat: care... spune că excepția lărgeste regula” [7]. IV-raport: „*excepția care proclamă regula, rămânând excepție*”, ce lasă loc altor afirmații, nu poate fi absorbită și nu se pierde în regulă sau legile morale nerespectate în perioada tuturor culturilor sub felul strălucit al lui Noica de relațare „Legea morală o respectăm numai până la un punct. Cetățeanul știe că nu e cetățean, părintele știe că nu e părinte, așa cum eroul știe că nu este erou, învățatul că nu e învățat, în timp ce înțeleptul spune că nebunia lumii este mai înțeleaptă decât el” [8]. V-raport: „*excepții care devin pur și simplu regula*”, ce îl preocupă intens pe Noica exprimat prin apariția Culturii Europene, care a proclamat genii, a extins lingvistica în alte limbi și creștinismul ca religie, a asimilat valorile artei, gândirii din alte culturi, așezându-se dincolo de natură, trecând-o în experiența de laborator, a extins valorile economice, sociale, ideologice, deosebindu-se de celelalte culturi, ce aparțineau unui singur popor fără extindere și deschidere pe Terra. În concluzia acestei abordări de cinci raporturi filosoful de la Păltiniș dă trăsăturile culturii europene: „ea a educat și educă în continuare tot globul”, „tot ea a descoperit restul lumii, iar nu restul lumii pe ea”, „riscă să strivească sensurile tradiționale”, „în aceste cinci tipuri de raporturi între excepție și regulă s-ar putea înscrie viețile noastre individuale, în mic, așa cum se înscriu în mare, pe plan social și istoric, culturile cu nașterea și desfășurarea lor. Firesc în fiecare cultură ca și în fiecare destin individual, vor apărea toate cele cinci raporturi” [9].

În rezultatul acestor raporturi Noica introduce conceptul de „*model*”, „*model european*” nestagnant, trecut prin încercările pustiitoare a celor două războaie mondiale, permanent creativ „spre a fi” pentru studiul realității, referindu-se la puținele exemple din istoria filosofiei, care a inițiat noțiunea de „model”, în speță modelul politic al lui Platon din *Republica*, dar care e un „*model-prototip*” și nu un „*model-idee*” invocat de autor și argumentat: „De aceea ideea ca model este de fapt încărcată de toate notele din sfera ei, fiind mai bogată decât realitatea corespunzătoare, în timp ce modelul nostru de astăzi este mai sărac. În nici un caz despre acesta nu s-ar putea spune, ca despre Idee, că are mai mult adevăr decât realitatea însăși” [10]. Modelul este abordat de Noica ca produs european de inves-

tigație a realității complexe, cum este cultura europeană, dar care necesită o „simplificare” și „structură”. Structura se va baza pe o schemă, ca o parte componentă a schemelor culturilor în trei trepte: *model-structură-schemă*, ce nu va fi de fel simplu, ca exemplu actualizarea schematică a doctrinelor politice din ciclul puterii: monarhia (conduce *unul*), care purcede în aristocrație (conduc *câțiva*), transformându-se în democrație (conduc *toți*), apoi schema numerică se reia. Judecata lui Noica prin analogie argumentează, că tot procesul de cunoaștere este un raport al diversității față de unutatea legii, iar „în cazul culturii” găsește diversitatea Unului în „*raportul dintre Unu și Multiplu*”.

Revenim la filosofia lui Platon ca izvor de inspirație pentru Noica a temei „Unului și Multiplului”, fiind o explicație a diversității, o căutare transformată de filosoful antic în întrebările veșnice ale omenirii: „Care este originea lucrurilor?” și „Ce sunt toate aceste lucruri?” , relatate de R. M. Hare în „Platon” (traducere din engleză de Matei Pleșu): „Multiplul nu poate fi înțeles nici prin căutarea componentelor sale fizice, nici prin cercetarea cauzelor eficiente ale mișcărilor și transformărilor lui, ci izolând și înțelegând Ideea la care ne referim atunci când utilizăm un anumit cuvânt. Aceasta înseamnă a ști în sensul cel mai profund ce anume *este* un lucru de un anumit fel” [11]. Autorul relevă conceptul deosebit al lui Platon și explicația întrebării „De ce?” în patru moduri reflectate prin categoria *cauzală*: 1) cauza *materială*, ce explică esența materială a obiectului; 2) cauza *eficientă*, ce determină esența de conținut a unui lucru; 3) cauza *formală*, ce explică forma obiectului (face ca un lucru să fie de acel tip); 4) cauza *finală*, care este explicația scopului final al unui obiect (un lucru anume de acel tip).

Am putea considera prin analogie axarea făcută de Noica în raporturile tipurilor de culturi la capitolul „Unul Multiplu”. R. M. Hare evocă teoria ideilor lui Platon prin descoperirile sale de cunoaștere sau problema *măsurii*: „Prima dintre acestea este că tipul de cunoaștere pe care îl urmărim atât prin științele naturii, cât și prin matematică sau logică, este ceva universal. O lege cauzală sau o teoremă matematică sau logică este valabilă în măsura în care este valabilă pentru toate cauzele similare... A doua descoperire este că toate aceste discipline, inclusiv teoria morală, pot fi ordonate în sisteme, în care conceptele sau enunțurile cu caracter mai general constituie temeiul pentru cele particulare” [12].

C. Noica atribuie tipul de cunoaștere universal ca temei de statornicire a culturii europene și confirmare prin conținutul ei ca influență și reflectare

asupra celorlalte culturi (cea de-a doua descoperire a lui Platon). Descoperirea ierarhică a ideilor lui Platon din Republica îl conduce pe Noica la logica disciplinară a celor cinci raporturi de culturi și silogismul în patru elemente și nu în trei ca în filosofia clasică:

1. „*Unu și repetiția sa*” (culturile de tip totemic). 2. „*Unu și variația sa*” (culturile de tip monoteist). 3. „*Unu în multiplu*” (culturile de tip panteist). 4. „*Unu și multiplu*” (culturile de tip politeist). 5. „*Unu multiplu*” – „raportul care a făcut cu puțință miracolul european”, unde excepția devine regula, Unu Multiplu (cultura europeană) dezvoltă culturi autonome, le diversifică, unde nici Unul, nici Multiplul nu este primordial spre deosebire de celelalte culturi, să-și încerce norocul în lume, așa cum filosofia, tot vie și neparalizată de absolut, concepe din plin distribuția absolutului unic în unități și a ființei în deveniri” [13].

Ținem să menționăm pentru argumentarea categoriei „Unului Multiplu” reflectată de filosofia lui Fr. Nietzsche lucrarea formidabilă a A.Christi „Nietzsche și Marea Amiază”: „...afirmarea exemplară a caracterului multiplu al realităților care sunt – în topografia percepției nietzscheene – toate laolaltă adevărate, nedevenite, indestructibile... Și dacă lumea pe care o vedem cunoaște doar devenirea și trecerea, însă în nici un fel și statornicia, atunci nu trebuie poate, însușirile acestea să constituie o lume metafizică altminteri alcătuită, e adevărat nu o lume a unității, așa cum o caută Anaximandros în spatele valului fluturător al multiplicității, ci o lume a multiplicității veșnice și esențiale” [14]. În sprijinul actualizării modelului cultural noician oferim aprecierea spațiului cultural autohton în favoarea acestei autoare în prefața lucrării sus-menționate: „...se avântă pe terenuri ispititoare, riscante nu rareori în ochii acelor pedanți, care suportă cu greu alunecarea din tiparele prestabilite, dacă nu din convențiile tiranice ale modelelor culturale, cele numite azi, mai ales în lumea științelor „tari”, interdisciplinare” [15].

În aceeași manieră îndrăzneță și novatoare Noica abordează în plan de actualizare două întrebări de bază: 1. Cum poate fi ceva în același timp Unu și Multiplu? 2. Cum se poate distribui ceva fără să se împartă? Culturile anterioare au avut forme de Unu Multiplu și de distribuție fără împărțire, dar „nu le-au dat nume”, pe când cultura europeană le-a definit „*valori*”. Actualitatea acestui termen e foarte important pentru implementarea programelor de dezvoltare socială, normelor morale și științifice. Dar autorul avertizează necesitatea de apreciere cu precauție și deosebire a *valorii* (un

adevăr este al tuturor, unește, însumează, se păstrează) de *bun* (nu se păstrează după consum, dezbină oamenii): „... un bun se distribuie împărțindu-se, pe când valoarea se distribuie fără să se împartă... un bun se poate transforma în valoare atunci când, rămânând același fie și ca un bun material, satisface dorința tuturor” [16]. Surprinzător, dar adevărat, Noica aplică ideea de transformare a *bunului* în *valori*, spre exemplu, lumina, undele electromagnetice, ceea ce e manifestarea Unului Multiplu, trecând din *schemă* în *structură* și cultura, ca sistem de valori, se organizează în model a schemei ca unitate sintetică (cultura europeană). Adică omul trece din starea de consum la „*ridicarea bunului la valoare*” și instaurarea de „*valori spirituale*”.

În concluzie, toate orânduirile social-economice din istorie s-au întruchipat în culturi sau configurații culturale și pentru cercetarea culturii europene Noica instituie noțiunea de model cu schema ei specifică Unu Multiplu. Anume omul european rațional a structurat istoric „valorile autonome” sau varietate prin unitate, ceea ce „... reprezintă modelul culturii europene și prin deplinătatea lui, modelul cultural ca atare devenit criteriu de apreciere a oricărei altei culturi private ca ansamblu de valori” [17].

Referințe bibliografice

1. Liiceanu Gabriel. Declarație de iubire. București: Humanitas, 2015, p.31.
2. Noica Constantin. Modelul cultural european. București: Humanitas, 1993, p.12.
3. Boboc Alexandru. „Stil cultural” la Blaga și Spengler. În: Revista de filosofie. Tomul LIII, 1-2. București: Editura Academiei Române, 2006, p.123-124.
4. *Ibidem*, p.124.
5. *Ibidem*, p.128-129.
6. Noica Constantin. Modelul cultural european. București: Humanitas, 1993, p.15.
7. *Ibidem*, p.19
8. *Ibidem*, p.22.
9. *Ibidem*, p.26.
10. *Ibidem*, p.40.
11. Hare R. M. Platon. Trad. din engl. Matei Pleșu. București: Humanitas, 2006, p.118-119.
12. *Ibidem*, p.120.
13. Noica Constantin. Modelul cultural european. București: Humanitas, 1993, p.51.
14. Christi Aura. Nietzsche și Marea Amiază. București: Contemporanul, 2011, p.99.
15. *Ibidem*, p.5.
16. Noica Constantin. Modelul cultural european. București: Humanitas, 1993, p.59.
17. *Ibidem*, p.63.

SALARIZAREA ADECVATĂ A LUCRĂTORILOR MEDICALI – FACTOR ESENȚIAL PENTRU MENȚINEREA ANGAJAȚILOR IN SISTEM

Nina Globa, asist. univ.

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

Chișinău, R. Moldova

nina.globa@usmf.md

PROPER REMUNERATION OF MEDICAL STAFF – AN ESSENTIAL FACTOR FOR MAINTAINING EMPLOYEES IN THE SYSTEM

The migration of healthcare professionals from the health system in the Republic of Moldova is one of the main problem that needs urgent solution. Among the main causes of this phenomenon are low pay and unsatisfactory working conditions. A study conducted in 2018 shows that most physicians and nurses consider themselves underpaid and unmotivated to remain working in the system.

Actualmente, atât la nivel regional cât și mondial se înregistrează o criză în domeniul resurselor umane din sănătate, care se manifestă prin insuficiența lucrătorilor medicali, distribuția lor neuniformă geografică, nivelul de calificare necorespunzător cerințelor, migrație, etc. Deși în Strategia de dezvoltare a resurselor umane din sistemul sănătății pentru anii 2016-2025 se menționează că este necesar cu eforturi comune de creat condiții atractive de muncă, salarizare, dezvoltare a personalului, pentru a asigura instituțiile medicale cu personal calificat și a menține performanța înaltă a instituției, aceste aspirații încă rămân doar la nivel declarativ.

Conform datelor Biroului Național de Statistică în anul 2018, salariul mediu lunar brut din economia națională a Moldovei a constituit 6 446 lei, cuantumul fiind aprobat în mărimi de 6150, iar salariile medii a angajaților din medicină și protecția socială au fost de 7 000 lei. Totuși, salariul lucrătorilor medicali este considerat unul neadecvat pregătirii îndelungate de 9-10 ani și extrem de costisitoare specialistului, iar pierderile legate de abandonul profesiei din cauza salariului mic sunt net superioare unei salarizări potențial decente.

Aceasta are ca consecință nefastă sporirea migrării de muncă a personalului medical. Dacă cu câțiva ani anterior criza de cadre era mai acută, în special, la periferie, actualmente, sunt afectate de ea chiar și instituțiile

municipale și republicane. Agravează situația și faptul că, anual circa 2/3 din tinerii specialiști, atât cu studii medii, cât și superioare, nu doresc să continue activitatea de muncă în sistemul public al sănătății, ceea ce constituie un indicator relevant că acest sistem rămâne în continuare un spațiu neatractiv și nemotivat, iar aceasta generează pierderi enorme pentru stat.

Informațiile oficiale arată că în ultimele două decenii aproape jumătate dintre medicii din Republica Moldova au părăsit sistemul, în special din cauza salariilor mici dar și a condițiilor precare de muncă. O bună parte dintre ei au plecat în domeniul privat iar alții peste hotare. Cea mai atractivă și cu șanse sporite de angajare, rămâne în continuare România, unde conform datelor oficiale salariu mediu brut pe economie în 2018 a fost de 4162 lei românești, echivalent a aproximativ 17000 lei moldovenești, pentru medici această cifră fiind de 3.7 ori mai mare mai mare. Dacă însă am luat pentru comparație SUA, unde salariu mediu lunar al medicilor este 8830 \$, echivalent a 156.582 lei moldovenești, atunci am putea să constatăm cu regret, cât de puțin este apreciată munca medicului în țara noastră.

Cu toate că în anul 2018 în Republica Moldova a fost adoptată o nouă lege a salarizării, ce prevede anumite modificări și majorări salariale, totuși, aceste schimbări sunt parțial benefice pentru unele categorii de angajați, iar pentru marea majoritatea din ei sunt percepute ca neesențiale.

Un studiu realizat de noi în 2019 pe un eșantion de 210 angajați ai spitalelor (90 medici și 120 asistente medicale, ce a avut drept scop determinarea nivelului de motivare a acestor categorii de angajați, denotă că 67% din ei consideră munca drept mijloc de câștigare a existenței, în timp ce doar 25% se consideră recompensați la justa valoare, 30%ca remunerați incompletiar 45% cred că nu sunt apreciați după merit. Astfel, mai mult de jumătate din personalului medical este de părerea că salariile pe care le primesc nu corespund cu eforturile depuse și activitatea desfășurată. Printre cei mai importanți factori care i-ar determina pe respondenți să-și caute un nou loc de muncă se numără salariu mic pe primul loc și condițiile nesatisfăcătoare de activitate, pe locul doi.

În concluzie, indiferent de reformele și schimbările făcute, în continuare rămâne a fi stringentă și de o importanță majoră problema salarizării angajaților sferei medicale. Dacă în cel mai scurt timp, nu vor fi întreprinse măsuri pentru redresarea situației, atunci migrarea cadrelor medicale din sistem va continua să crească.

COMPETENȚA ACMEOLOGICĂ A PERSONALITĂȚII – FACTOR RELEVANT ÎN DEZVOLTAREA PROFESIONALĂ A VIITORULUI SPECIALIST ÎN MEDICINĂ

Iuliana Fornea, dr. în psihol., conf. univ.

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

Chișinău, R. Moldova

iuliana.fornea@usmf.md

ACMEOLOGICAL COMPETENCE OF PERSONALITY – RELEVANT FACTOR IN THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF THE FUTURE SPECIALIST IN MEDICINE

The problem of acmeological competence of the personality of future specialists is in the focus of philosophical, acmeological, medico-social, psychological, pedagogical researches. The purpose of the study is to develop an acmeological concept of the training and development of professional subjectivity for future medical practitioners who will be able to solve complex professional problems of our changing society, as well as to identify the conditions, mechanisms and factors that make this process of adaptation to new educational standards more efficient.

Competență acmeologică este un concept științific, care include cunoștințe acmeologice despre strategiile, principiile și tiparele dezvoltării progresive a unei personalități mature și profesionalismul ei. Problema competenței acmeologice ale personalității viitorilor specialiști este în vizorul cercetărilor filosofice, acmeologice, medicale, sociale, psihologice, pedagogice.

Scopul studiului este de a dezvolta un concept acmeologic al formării și dezvoltării subiectivității profesionale pentru viitorii medici care să fie capabili să rezolve probleme profesionale complexe ale societății noastre în schimbare, precum și să identifice condițiile, mecanismele și factorii care eficientizează acest proces de adaptare la noi standarde educaționale.

Printre alte domenii care s-au declarat, se poate numi *acmeologia medicală*, care este un curs promițător de acmeologie practică. Acesta trebuie dezvoltat și extins prin elaborarea de noi programe pentru formarea unui profesionist în medicină.

Acmeologia medicală este considerată ca o ramură a acmeologiei, al cărei obiect este profesionalismul activității medicilor și lucrătorilor medicali.

Obiectul de studiu al acestora sunt legile, condițiile și factorii care contribuie la îmbunătățirea abilităților personalității medicului și competențelor lui profesionale.

TRANSFORMĂRI ALE IDENTITĂȚII ÎN CONTEXTUL SOCIETĂȚII MULTI/PLURI/TRANSCULTURALE

Dumitru Dodul, dr. în filos., conf. univ.

Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, R. Moldova

doduld@mail.ru

TRANSFORMATIONS OF THE IDENTITY IN THE CONTEXT OF MULTI / PLURI / TRANSCULTURAL SOCIETY

The socio-cultural effects of globalization and the increased mobility of the population target us all and are problems that cannot be solved only by financial investments. It is necessary to involve the whole society in establishing the models of intercultural communication. Thus, among the abilities of today's people, that of "creating bridges" by the coherent embracing of the values of other cultures and the good relation to them, is an absolutely necessary one. The competences of intercultural communication become indispensable for social coexistence and they must be formed, whether exponents of multiculturalism aside, opponents – on the other, may or may not agree on the temporal roots and validity of this ideology, in the context of the global world. Multiculturalism can be circumscribed with philosophical, anthropological and political implications, which presuppose the coexistence of the various ways of situating the human being in the world and the way in which the different cultural entities struggle for recognition, both within the national state and within the community space. The individual in the open society models his identity starting from the ontological data represented by the reading grid of the reality, conferred by the belonging to certain cultural patents. On the background of the dynamics of the economic field, the time for developing an intercultural dialogue, in which the fundamental understanding of what is different, is not sufficient, and on the other hand the activity of representatives of different cultures and mentalities, in a well-defined organizational framework, with rules, norms, conventions and even specific cultural traditions, cannot be carried out as long as it is not accepted to enter the various cultural

elements, by the members of the organization. In this situation, the individual cannot belong only to one culture, and transculturality is a possible middle ground between global homogenization and regional / local particularization. Transculturality is based on the idea of the diversity of styles and patterns of life of the individuals, which transcends the monocultural design, each of them being attached to several cultures.

Efectele socioculturale ale globalizării și ale mobilității sporite ale populației ne vizează pe toți și sunt probleme ce nu pot fi rezolvate doar prin investiții financiare, este necesară implicarea întregii societăți în stabilirea modelelor comunicării interculturale. Astfel, printre abilitățile omului actual, aceea de „creare a punților” prin îmbrățișarea coerentă a valorilor altor culturi și buna raportare la acestea, este una absolut necesară. Competențele de comunicare interculturală, devin indispensabile coexistenței sociale și trebuiesc formate, indiferent dacă exponenți ai multiculturalismului deoparte, oponenții- de cealaltă, pot fi de acord sau nu referitor la rădăcinile temporale și valabilitatea acestei ideologii, în contextul lumii globale. Multiculturalismului îi pot fi circumscrise implicații filosofice, antropologice și politice, care presupun coexistența modalităților variate de situare a omului în lume și a modului în care diferitele entități culturale luptă pentru recunoaștere, atât în cadrul statului național, cât și în spațiul comunitar.

Individul în societatea deschisă își modelează identitatea pornind de la datul ontologic reprezentat de grila de lectură a realității, conferită de apartenența la anumite patern-uri culturale. Pe fondalul dinamicii domeniului economic timpul pentru dezvoltarea unui dialog intercultural, în care înțelegerea a ceea ce este diferit este fundamentală nu este suficient, iar pe de altă parte activitatea unor reprezentanților diferitor culturi și mentalități, într-un cadru organizațional bine definit, cu reguli, norme, convenții și chiar tradiții culturale specifice, nu se poate desfășura atâta timp cât nu se acceptă o întrepătrundere a diverselor elemente culturale, de către membrii organizației. În această situație individul nu poate aparține doar unei culturi, iar transculturalitatea reprezintă o posibilă cale de mijloc între omogenizarea globală și particularizarea regională/locală. Transculturalitatea se bazează pe ideea diversității stilurilor și modelelor de viață a indivizilor, ce tranșează designul monocultural, fiecare dintre ei fiind atașat mai multor culturi.

DISCRIMINAREA ȘI STIGMATIZAREA PERSOANELOR HIV/SIDA

Eugenia Talmaci, studentă

Conducător științific: Anatolie Eșanu, conf. univ.

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

talmaci1995@mail.ru

DISCRIMINATION AND STIGMATIZATION OF HIV/AIDS PEOPLE

HIV/AIDS has become a major problem threatening public health. In society different stereotypes have emerged and they lead to the discrimination of these people. Starting with birth, education, social and health services, getting a job, in all these fields are different barriers that don't allow HIV-positive people to become a part of the environment they live in. Regardless of social status, every human, being he a teacher, doctor, employer, colleague, even family member must know and respect the rights of these persons and offer them support, to show tolerance and respect towards them.

Trăind în secolul schimbărilor și al modernizării, al luptelor pentru teritorii dar și pentru drepturi, nu putem trece cu vederea problemele societății contemporane mai puțin cunoscute, dar cu impact colosal asupra omenirii. De când oamenii au împlântat focul și până când au cucerit cosmosul asupra noastră s-au abătut diverse maladii care într-un fel sau altul au schimbat cursul istoriei.

Odată cu descoperirea infecției HIV/SIDA în societate au apărut mai multe probleme. Cele mai importante scopuri în combaterea HIV/SIDA în viziunea mai multor specialiști fiind reducerea morbidității și mortalității, limitarea răspândirii, măsurile de profilaxie, etc., acestea devenind probleme majore ale sănătății publice la nivel local, regional și global. Însă cu implementarea acestor măsuri s-a redus atenția asupra pacientului ca „om”, fiind tratat de cele mai multe ori ca „bolnav infecțios deosebit de periculos”. Astfel, în comunitate au apărut diferite stereotipuri prin care are loc devalorizarea persoanelor sero- pozitive. Conform unei definiții din DEX, discriminarea reprezintă politica prin care un stat sau o categorie de cetățeni sunt lipsiți de anumite drepturi pe baza unor considerente nelegitime. Pe de altă parte stigmatizarea semnifică atragerea asupra cuiva disprețul public, a dezonora. Din cauza predominării infectării virusului pe cale sexuală, automat a apărut conceptual că aceste persoane sunt de orientare

sexual netradițională, fie practică sexul comercial sau sunt utilizatori de droguri intravenoase.

În diferite situații, pornind de la nașterea unui copil de o mamă HIV pozitivă, educație, angajarea în câmpul muncii sau prestația de servicii sociale și de sănătate, aceste persoane sunt discriminate din diferite motive. Asupra femeilor seropozitive se impun anumite standarde mai ales când vine vorba de nașterea unui copil. Atitudinea personalului medical sau chiar a familiei provoacă mamei disconfort emoțional. În timpul angajării în câmpul muncii la unele instituții sunt necesare investigații privind unele boli infecțioase. Acest fapt este argumentat prin sceneingul populației sau protejarea pacienților însă o persoană seropozitivă nu va fi preferată pentru postul de muncă la care candidează. În acest mod discriminarea și stigmatizarea reprezintă bariera principală care împiedică persoanele HIV pozitive să interacționeze deschis și liber cu mediul în care trăiesc.

Lupta acestor persoane nu constă doar pentru viață și sănătate, dar și pentru drepturile esențiale ale fiecărui om: dreptul la viață, educație, muncă, asistență medicală, etc. Izolarea și excluderea socială pun amprente în dezvoltarea psiho-socială a acestor indivizi și conduc într-un mod sau altul la devalorizarea lor ca oameni. Important ca oricare om, profesor, medic, coleg, angajat, membru al familiei să cunoască și să respecte drepturile acestei categorii de persoane și să ofere în măsura posibilităților susținere, echitate, amabilitate. Nu are importanță statutul nostru social, ne diferențiem de alte ființe vii prin capacitatea de a gândi și de a înțelege, de a oferi toleranță și respect.

ABORDARI SOCIO-BIOETICE ALE CALITĂȚII VIETII PACIENȚILOR CU BOLI RARE DIN REPUBLICA MOLDOVA

Ana Mocanu, studentă

Conducător științific: Victoria Federiuc, lector univ.

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

ana.mocanu.91@mail.ru

SOCIO-BIOETHICAL APPROACHES OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH RARE DISEASES IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

The thesis focuses on the social and bioethical approaches to the analysis of the problem of rare diseases, particularly focusing on the quality of life of

the patients from the Republic of Moldova. Bioethics, with its legal, medical and ethical aspects, can serve as a tool in offering guidelines to identifying the solutions to the problem of rare diseases.

O boală este definită ca fiind o boală rară în funcție de frecvența cu care aceasta apare la nivelul populației. Cu toate acestea, din punct de vedere global, definiția nu este consecventă. Astfel, în Europa, sunt definite ca boli rare bolile care apar la mai puțin de 5 din 10.000 de locuitori [1]. Majoritatea bolilor rare sunt boli genetice, restul fiind, printre alte categorii, cancere rare, boli autoimune, malformații congenitale, boli toxice și infecțioase. Cercetarea bolilor rare s-a dovedit a fi deosebit de utilă pentru o mai bună înțelegere a mecanismului afecțiunilor comune, precum obezitatea și diabetul, acestea reprezentând adesea un model de disfuncție a unui proces biologic unic [2].

În 2016, prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova a fost emisă o dispoziție prin care a fost instituit un grup de lucru pentru elaborarea unui proiect al *Programului național privind maladiile rare pentru anii 2018-2021*. În prezent, există și un proiect al *Planului național al maladiilor rare*, bazat pe un studiu minuțios al situației actuale în domeniul diagnosticului, tratamentului și supravegherii bolilor rare [4]. În cazul unei boli rare este dificil de a stabili diagnosticul corect și la timp, cu urmarea unor consecințe sociale dificile pentru pacienți. Speranța la viață a pacienților este redusă semnificativ, de aceea, în afară de susținerea din partea statului, un rol important îl are societatea, fiind unica care ar putea scoate un astfel de pacient din izolarea în care se află. Sentimentul de izolare a acestor pacienți este intensificat de invaliditatea cronică care le afectează capacitatea fizică. În acest caz, bolile orfane sunt o sursă de discriminare. Fiind diagnosticat cu una din aceste boli, pacienții întâmpină dificultăți pe parcursul vieții prin reducerea posibilității profesionale, sociale sau în cazul copiilor, posibilitățile educaționale. Bunăstarea psihologică la fel este afectată, exprimată prin problemele emoționale ce îi deranjează, în diferite măsuri, în comunicarea cu semenii, familia și participarea la viața cotidiană. Afectată este și starea economică prin veniturile mici, fiind în mare măsură suficiente doar pentru achitarea serviciilor medicale.

Pentru ameliorarea situației este necesară o abordare comprehensivă și multidisciplinară a diagnosticului, tratamentului, supravegherii și reabilitării bolilor rare, stabilirea parteneriatelor cu țările Uniunii Europene și sporirea cooperării științifice internaționale cu centrele maladiilor rare

din UE, dezvoltarea politicilor în sănătate adecvate bolilor rare, sensibilizarea societății, suportul comunităților de pacienți cu maladii rare și a familiilor acestora, promovarea colaborării în grup [1]. Sănătatea este un drept fundamental al omului, fie că boala este comună sau rară [3], prin urmare problema bolilor orfane cade sub incidența directă a analizei bioetice prin evaluarea aspectelor legale, medicale și etice.

Referințe bibliografice

1. Compania AOP Orphan. În: https://www.aoporphan.com/ro_ro/rare-diseases (accesat: 28.09.19).
2. Comunicarea Comisiei către Parlamentul European, Consiliul, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor. Bolile rare: o provocare pentru Europa. În: https://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/docs/rare_com_ro.pdf (accesat: 28.09.19).
3. Planul național de boli rare. România, 2010-2014. În: http://www.europlanproject.eu/DocumentationAttachment/NATIONALPLANS_ROMANIA_ROPlan_ro.pdf (accesat: 27.09.19).
4. Ziua Mondială a Bolilor Rare. În: *Medicus (Chișinău)*, 2018, Nr.1-3, p.4.

ROLUL MIGRAȚIEI ÎN APARIȚIA COPIILOR STRĂZII

Marionela Raileanu, studentă

Coordonator științific: Anatolie Esanu, conf. univ.

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

THE ROLE OF MIGRATION IN THE APPEARANCE OF STREET CHILDREN

A current issue in Republic of Moldova and other developing countries is represented by the phenomenon called „street children”. During the last years the economy suffered great difficulties, resulting in people losing their jobs and emigrating in great numbers. The latest generates a wave of street childrens whose development is at risk.

Plecarea unui sau ambilor părinți la muncă în străinătate reprezintă un eveniment de viață care influențează asupra dezvoltării personalității copilului. Acest fenomen poate determina apariția unor factori psihotraumați-

zanți pentru copii. Evenimentele și evoluțiile negative din viață sunt definite ca fiind acele influențe psiho-sociale, care duc la schimbări în statutul copilului, și rolul lui social. Toate fiind ca o consecință a crizelor economice și sociale de lungă durată, care au dus la dezmembrarea familiei, la sporirea cazurilor de abandon a copiilor și la apariția copiilor străzii. Acești copii fac cu greu față provocărilor emoționale, sociale și de menținere a relațiilor cu cei din jur. Din aceasta cauza apar noi grupuri de copii vulnerabili care sunt supuși riscului de a deveni copii orfani social, copii ai străzii, copii victime ale neglijării, violenței, exploatării și traficului de ființe umane, copii în conflict cu legea, copii infectați de boli venerice etc. Acești copii sunt lipsiți de îngrijire părintească. Lipsa părinților afectează copilul în dimensiunile sale esențiale, devenind o problemă destul de gravă pe parcursul întregii vieți din punct de vedere social, economic, cultural, medical. Majoritatea timpului acești copii îl petrec în stradă, abandonează școala, practică cerșitul și vagabondajul, folosesc alcool, substanțe toxice, comit infracțiuni, în final devin o problemă pentru societate. Problemele cu care se confruntă acești copii sunt din ce în ce mai grave deoarece: crește consumul de droguri la vârste foarte mici, săvârșirea unor infracțiuni foarte grave, multiple probleme de sănătate, viața sexuală începută la vârste mici, creșterea cazurilor de familii nevoite să trăiască în stradă împreună cu copiii. Luând în considerație că acești copii au rămas fără familii, în mod legal ei trebuie să beneficieze de îngrijire educațională, socială din partea instituțiilor specializate de asistență socială și de protecție a copilului. Reintegrarea acestor copii în societate necesită resurse umane și financiare destul de mari, deoarece aceasta este posibil doar prin oferirea unui loc de trai, unui control medical integru, plasarea lor în instituții de învățământ, oferirea locurilor de muncă, prin asistarea fiecărui în parte de către lucrătorii sociali, didactici, medicali și a organelor de drept.

III

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

EVALUAREA DINAMICII DECESELOR EVITABILE ÎN PROFIL TERITORIAL CU EVIDENȚIEREA REGIUNILOR VULNERABILE

Denis Cernelea, doctorand

Larisa Spinei, dr. hab. st. med., prof. univ.

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

denis.cernelea@gmail.com larisa.spinei@usmf.md

EVALUATION OF THE DYNAMICS OF AVOIDABLE DEATHS IN TERRITORIAL PROFILE WITH EVIDENCE OF VULNERABLE REGIONS

Avoidable mortality is a problem of public health worldwide and, in particular, at national level. The share of avoidable deaths in the Republic of Moldova in 2007-2017 accounts for almost half (49.1%) of the total deaths. Variations in avoidable deaths recorded in a regional profile demonstrate the existence of a regional specificity, which motivates specific health interventions in these vulnerable areas.

Introducere. Problemele demografice în domeniul sănătății sunt extrem de actuale la etapa de criză, prin care trece Republica Moldova. Aceasta este determinată de necesitatea de a aprecia volumul de investiții și posibilitatea de a analiza efectul economic prognozat în urma cheltuielilor pentru menținerea sănătății [1]. Concomitent, scăderea natalității, precum și migrația sunt principalele probleme importante cu care se confruntă Republica Moldova. Totodată, ocrotirea sănătății reprezintă sectorul de economisire a resurselor și din aceste considerente, în țările industrial

dezvoltate, cheltuielile implicate în acest domeniu reprezintă o bună parte din produsul intern brut și deseori, depășesc nivelul de cheltuieli implicate în alte sectoare ale economiei naționale, iar investițiile în sănătatea publică, în scop de a menține potențialul forței de muncă, este unul din obiectivele de prioritate [2].

Pentru a stabili volumul necesar de investiții în sănătatea publică, mai întâi de toate, se cercetează partea proceselor medico-demografice [3, 4]. Din punct de vedere al economiei demografice, factorul mortalității al populației până la vârsta de 75 de ani aduce daune considerabile la formarea produsului intern brut, iar aceasta explică necesitatea de a prognoza nivelul mortalității.

Sănătatea populației constituie un element de bază în dezvoltarea armonioasă a societății și un element cheie al securității umane în țară. Sănătatea și mortalitatea au cauze și factori comuni care le influențează. Situația economică și gradul de civilizație sunt factori importanți în ceea ce privește sănătatea și mortalitatea dintr-o țară. Acțiunile guvernamentale influențează sănătatea unei populații prin măsurile și programele pe care le adoptă cu privire la prevenirea și înlăturarea anumitor boli, care ar afecta un număr mare al populației. Alți factori de impact asupra sănătății și mortalității sunt strâns legați de serviciile medicale oferite populației, de sistemul de sănătate adoptat, de infrastructura medicală, de medicamentele și noile descoperiri în domeniul științei medicale care pot determina creșterea stării de sănătate a populației, pot influența creșterea speranței de viață și pot reduce mortalitatea. Ca efect important al îmbătrânirii populației de 75 ani și peste, în perioada imediat următoare va fi creșterea numărului de persoane în vârstă care vor solicita servicii de îngrijire a sănătății și de îngrijire specifică persoanelor vârstnice [5].

Astfel, în Republica Moldova, pe parcursul unei perioade îndelungate, din cauza situației economice joase cauzată de perioada de tranzit spre economia de piață, finanțarea sectorului sănătății se efectua după principiul necesităților minimale, iar procesele demografice defavorabile din ultimii ani, și anume scăderea natalității și înalte ale mortalității evitabile, a provocat pierderi considerabile în potențialul de muncă al țării.

Relația de directă proporționalitate între dezvoltarea socio-economică și starea de sănătate a societății este exprimată cel mai bine de rezultatele studiilor care corelează produsul intern brut pe cap de locuitor la nivel național/regional și durata medie de viață [6]. Decese evitabile afectează grupe

populaționale active social și economic cu consecințe cu atât mai importante cu cât, în ultimele decenii, asistăm la o diminuare masivă a grupelor active ale societății prin inversarea piramidei vârstelor cu predominanța grupelor dependente social și economic și ca urmare a fenomenul emigrării;

Importanța practică. Evaluarea deceselor evitabile, a frecvenței și a cauzelor acestora, precum și evidențierea grupurilor populaționale vulnerabile în profil teritorial pentru sensibilizarea populației, cu privire la afecțiunile ce determină astfel de decese.

La nivelul țării noastre, evoluția mortalității generale de-a lungul timpului a fost următoare: după atingerea maximului mortalității generale în anul 1940, de 16,9 decese la 1000 de locuitori, s-a observat o tendință de scădere a acesteia, ajungând în anul 1960 la un număr de 6,4 decese la 1000 de locuitori, care reprezintă cea mai mică valoare a acestui fenomen demografic înregistrată în Republica Moldova. Ulterior, după anul 1990 s-a înregistrat o creștere continuă și, relativ, constantă a fenomenului, astfel, în anul 2017, în Republica Moldova s-au înregistrat 10,8 decese la 1000 de locuitori.

În ultimii ani, sistemul medical se confruntă cu un deficit de resurse umane fără precedent. Acest fenomen a afectat, în special, segmentul de asistență medicală primară, ceea ce afectează principiul de asigurare a accesului la servicii medicale esențiale. Condițiile de muncă și remunerarea sunt cele mai frecvente motive pentru care lucrătorii medicali părăsesc sistemul public de sănătate [7].

Actualmente, sistemele de sănătate au un impact pozitiv, tot mai intens, asupra nivelului mortalității generale, care este influențată de mulți alți factori. În vederea depășirii limitelor menționate, a fost introdus și perfectat conceptul mortalității evitabile, care este imputabil serviciilor de asistență medicală. Această entitate a fost introdusă și definită inițial în anul 1976, în SUA, de către Rutstein, ca o modalitate de identificare și cuantificarea a eșecului sistemului sanitar [8,9]. Conform acestui concept, cel puțin din punct de vedere teoretic, în condițiile îngrijirilor de sănătate precoce și eficiente, decesele ar putea fi evitate. Mortalitatea evitabilă se referă la ratele de mortalitate standardizate pentru anumite categorii de afecțiuni, care se apreciază că pot fi influențate în mod direct, nemijlocit, de asistența medicală. Utilitatea acestui concep rezultă și din întrebuintarea acestuia pentru realizarea de comparații la nivel național și internațional, cu scopul de a identifica zonele cu o incidență crescută a fenomenului mortalității evita-

bile, precum și discrepanțele dintre zone respective, ținta finală fiind stabilirea cauzelor determinante și înlăturarea/estomparea acestora. [10].

În prezent, în agenda politică internațională, mai ales după publicarea Raportului OMS din 2000, conceptul de mortalitate evitabilă este interpretat ca indicator al lacunelor sistemului sanitar și, în special, al acordării serviciilor medicale. Scopul final al utilizării acestui concept este evaluarea performanțelor și, eventual, ierarhizarea sistemelor de sănătate la nivel mondial.

Conceptul de deces evitabil/mortalitate evitabilă a suferit, de-a lungul timpului, revizuirii și completări, mai ales în sensul listei de cauze care determină decese evitabile. În esență s-a stabilit o listă de afecțiuni/boli, în funcție de grupa de vârstă, care dacă ar beneficia de asistență medicală precoce și eficientă ar face decesul evitabil [11].

Materiale și metode. A fost evaluată dinamica și cauzele deceselor evitabile la nivel național, profil teritorial cu evidențierea regiunilor vulnerabile, pe o perioadă de 11 ani (2007-2017).

Un alt obiectiv a constat în realizarea unei ierarhii în plan teritorial, raportat la regiunile de dezvoltare, cu identificarea zonelor vulnerabile. Au analizate cinci dintre principalele cauze care determină decese evitabile în Republica Moldova, criteriul de selectare fiind frecvența crescută.

Calculul volumului eșantionului reprezentativ a urmărit scopul determinării numărului absolut de decedați, care ar permite de a evidenția legalitățile și particularitățile mortalității pentru toată populația Republicii Moldova pentru perioada 2007-2017.

A fost identificat un număr total de 439846 decese în Republicii Moldova, în perioada 2007-2017, din care 235458 s-au încadrat în categoria deceselor evitabile, ceea ce reprezintă 53,4% din totalul deceselor. Din totalul de 235458 decese evitabile survenite la nivel național în perioada 2007-2017, 142837 s-au datorat afecțiunilor sensibile la îngrijirile medicale (boli tratabile), iar 183371s-au datorat afecțiunilor sensibile la promovarea sănătății (boli prevenibile)

Toate cauzele de deces au fost dezagregate conform grupelor de vârstă și sex și prin prisma unităților administrativ-teritoriale. Materialul de studiu fiind reprezentat de datele statistice extrase din buletinele oficiale ale Biroului Național de Statistică, Centrul Național de Management în Sănătate, Biroului Statistic al Uniunii Europene. Au fost extrase date info-biografice privitoare la mortalitatea la persoane cu vârsta sub 75 de ani, cauzate de una

dintre afecțiunile incluse în lista de boli ce determină decese evitabile conform metodologiei Eurostat. A fost calculat numărul de decese evitabile și calcularea ratei mortalității evitabile din regiunile Republicii Moldova, precum și, evidențierea afecțiunilor ce determină decese evitabile, stabilirea dinamicii deceselor evitabile produse de acestea și ierarhizarea regiunilor în funcție de amploarea acestor decese.

Criteriile de includere – afecțiunea ce a determinat decesul evitabil.

Criteriile de excludere – afecțiunea ce a determinat decesul care nu aparține listei cauzelor deceselor evitabile; decedații care la data survenirii decesului aveau vârsta peste 75 de ani cu excepția deceselor ce au survenit din cauza accidentelor, deceselor survenite în timpul intervențiilor chirurgicale și de îngrijire medicală, omoruri, sinucideri și complicații ale perioadelor perinatale.

Rezultate. Ca rezultat al analizei ratei mortalității generale prin prisma regiunilor țării pentru anul 2017 comparativ cu 2007 la 100 mii populație se constată o reducere de la 1191 până la 1004 pentru Republica Moldova. Analiza datelor sumare prin prisma regiunilor geografice ne indică la intensitatea fenomenului de decese în rândul populației acestora, marcând valorile de la 1227 în regiunea de Centru până la 1412 cazuri de decese la 100 mii populație la regiunea de Nord (fig.1.).

Conform rezultatelor obținute, situația din regiunea de Nord se caracterizează prin faptul că unde procesul de îmbătrânire demografică este mai accentuat, valorile bolilor aparatului circulator sunt mai mari, comparativ cu media pe țară și cu raioanele în care natalitatea este mai înaltă, spre deosebire de zonele Centru și Sud, unde populației este mai redusă este mai redusă în schimb survine la o vârstă mai tânără.

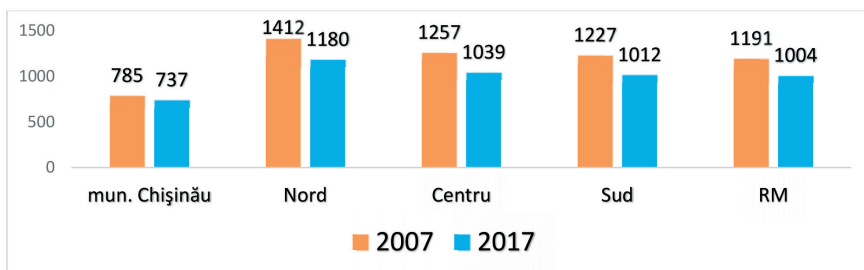


Fig.1. Mortalitatea generală, după regiuni (2007-2017), la 100 mii populație

Investigarea și aprecierea amplitudinii mortalității evitabile pornesc de la analiza comparativă a datelor de ordin demografic, a indicatorilor pri-

vind starea de sănătate, a elementelor de ordin socio-economic, precum și a impactului asupra societății, comunității și individului.

Sarcina studiului a constat în identificarea diferențelor de manifestare a deceselor evitabile prin prisma dezagregării acestora în plan regional și teritorial.

Astfel, rezultatele analizei, prin prisma divizării teritoriale, atestă o domi-nare de 1,5 ori a ratei deceselor influențabile din aria rurală, comparativ cu cea urbană, fapt care în parte considerăm este determinat de accesul insuficient al populației rurale la servicii de asistență medicală (fig.2).

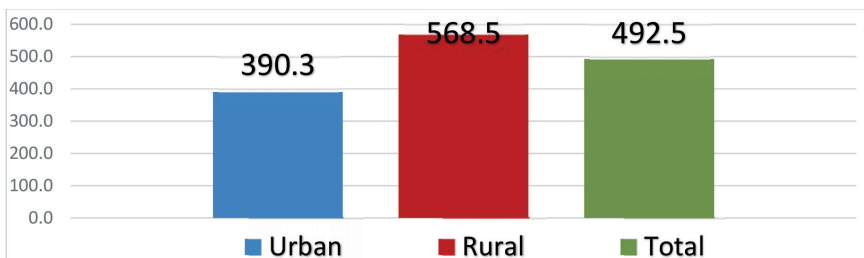


Fig.2. Decese Influențabile, la 100 mii pop, după regiune (2015)

Rezultatele analizei deceselor evitabile prin prisma regiunilor teritoriale ale republicii, denotă o pondere mai sporită a ratei deceselor influențabile în regiunea de Centru și de Sud, comparativ cu regiunea de Nord sau mun. Chișinău. În opinia noastră aceasta, de asemenea considerăm este determinat de accesul la asistența medicală, dar totodată și la un element al accesului, determinat de asigurarea cu personal medical al respectivelor regiuni. Această situație este observată și în manifestarea indicelui mortalității generale (Fig.3.).

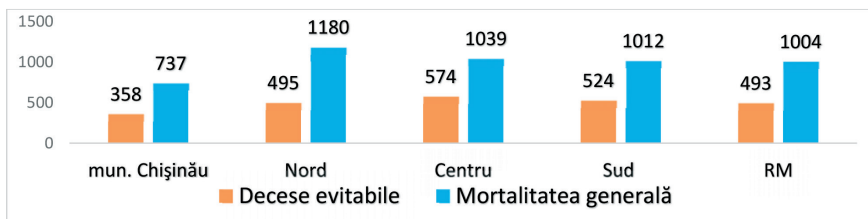


Fig.3. Mortalitatea evitabilă comparativ cu Mortalitatea generală la, regiuni (2017) 100 mii populație

Efectuând o analiză comparativă a deceselor evitabile în timp (a.2007/a.2017) observăm în unele teritorii o dinamică pozitivă, de dimi-

nuare ratei deceselor evitabile prin prisma unor nosologii, Astfel, rata deceselor evitabile prin maladii cardiovasculare prin prisma teritoriilor în a.2017 comparativ cu a.2007 au avut o tendință de descreștere (Tab.1.). Putem presupune, că aceasta poate fi determinată și de intervențiile determinate de politicile de sănătate implementate în sistemul medical, dar și de măsurile de profilaxie a acestora.

Cu referință la analiza manifestării ratelor de decese evitabile prin cancer, manifestările pozitive sunt la un nivel mai scăzut la cancer, dinamica manifestării ratelor de decese evitabile la cancer este variat, fiind observate sporirea în unele teritorii a deceselor prin cancer (Tab.2). Astfel fiind observată o creștere a ratei deceselor evitabile la cancer în 11 teritorii ale țării.

Rezultatele analizei comparative a ratelor de decese prin traume și accidente denotă o dinamică pozitivă – de descreștere a semnificativă în majoritatea teritoriilor, cu excepția raioanelor Șoldănești, Cantemir și Telenеști, în care rata deceselor evitabile este la același nivel sau fiind depășit în a.2017 față de a.2007 (Tab.3).

Rezultatele analizei ratei de decese evitate determinate de consumul de droguri, de asemenea indică la o dinamică de îmbunătățire a acestui indicator, manifestând o diminuare în majoritatea teritoriilor cu excepția raioanelor Dondușeni, Leova, Cantemir și Cimișlia (Tab.4).

Această analiză a dinamicii deceselor evitabile a fost realizată și pentru cazurile de decese prin boli infecțioase și maladii respiratorii, În ambele cazuri s-a identificat o diminuare a ratei deceselor evitabile (Tab.5). Aici de asemenea în unele teritorii, decesele evitabile prin boli infecțioase se observă o creștere în dinamică a ratei, cum ar fi raioanele Edineț, Cantemir, Basarabeasca și Florești.

Tab.1. Repartiția deceselor evitabile Boli Cardiovasculare în Raioanele RM, 2007 – 2017, la 100 mii populație

Localitatea	2007	2017	Localitatea	2007	2017
Chișinău	205,9	164,1	Glodeni	330,2	225,2
Drochia	266,3	189,4	Râșcani	337,6	209,8
Ungheni	267	175,8	Basarabeasca	339	225,5
Bălți	268	190,1	Ocnița	344,2	227
Hâncești	270	271,8	Ștefan Vodă	372,7	290,2
Cahul	273,2	202,3	Taraclia	374,8	236,8
Nisporeni	273,4	233,6	Edinet	378,5	274,5
Cantemir	278	232,8	Fălești	384,6	223,4

Ialoveni	285,3	261,2	Călărași	388,9	284,8
Anenii Noi	292,4	261,3	Dondușeni	392,2	293
UTA Găgăuzia	296,6	199,5	Criuleni	392,9	274,4
Cimișlia	298	254,1	Căușeni	393,3	296,7
Orhei	299,4	242,6	Florești	403,3	309,6
Sângerei	300,5	242,2	Soroca	404,7	208,9
Leova	300,8	298	Șoldănești	409,5	256,4
Strășeni	319,2	278,4	Rezina	442,6	235
Telenești	327,5	242,2	Dubăsari / Cocieri	451,6	206,8
Briceni	328,6	218,8			

**Tabelul 2. Repartiția deceselor evitabile Cancer în Raioanele RM,
2007 – 2017, la 100 mii populație**

Localitatea	2007	2017	Localitatea	2007	2017
Chișinău	78,3	79	Ialoveni	81,5	96,6
Bălți	83	76,2	Nisporeni	84,7	93,1
Briceni	83,8	78,4	Orhei	84,2	98,5
Dondușeni	91	105,5	Rezina	84,7	108,6
Drochia	92,1	104,5	Strășeni	80,9	69,3
Edinet	105,1	90,7	Șoldănești	102,4	86,3
Fălești	88,9	107,3	Telenești	58,8	87,2
Florești	119,5	118,1	Ungheni	58	72,5
Glodeni	89,3	104,2	Basarabasca	98,3	81,1
Ocnița	95,3	74,4	Cahul	70,1	72,3
Râșcani	101,3	100,4	Cantemir	96,4	87,3
Sângerei	90,6	84,7	Căușeni	92,7	94,1
Soroca	97,7	97	Cimișlia	94	93,6
Anenii Noi	91,5	86,3	Leova	83,6	106,3
Călărași	74,3	91,5	Ștefan Vodă	84,2	79,7
Criuleni	107,2	114,1	Taraclia	112,2	85,1
Dubăsari /Cocieri	82,4	73,7	UTA Găgăuzia	92,6	103,1
Hâncești	85,9	80,9			

**Tabelul 3. Repartiția deceselor evitabile Traume și accidente în Raioanele RM,
2007 – 2017, la 100 mii populație**

Localitatea	2007	2017	Localitatea	2007	2017
Chișinău	65,1	38,5	Florești	110,7	72,2
Bălți	71,6	38,4	Cahul	111,2	47,4

Sângerei	78,8	44,5	Briceni	112,6	66,1
Fălești	84,6	54,8	Criuleni	112,6	77,4
UTA Găgăuzia	88,9	46,9	Ocnîța	113	63,3
Anenii Noi	92,7	64,7	Cantemir	113,7	108,3
Drochia	93,2	88,4	Edinet	114,6	67,1
Glodeni	94,1	75,6	Strășeni	114,8	49,8
Ștefan Vodă	95,2	74	Ungheni	119,4	70
Șoldănești	95,6	95,8	Leova	124,4	91,1
Nisporeni	101,1	70,2	Orhei	126,3	89,7
Soroca	101,7	43	Dubăsari /Cocieri	127,8	36,8
Râșcani	102,7	70,9	Rezina	131,8	86,9
Taraclia	103,2	52,9	Călărași	132,2	60,6
Telenești	104,3	112,1	Cimișlia	132,3	115,4
Ialoveni	104,9	56,2	Hâncești	134,6	94,2
Căușeni	106,7	64,2	Basarabeasca	162,7	63,4
Dondușeni	108,4	68			

Tabelul 4. Repartiția deceselor evitabile Consum de droguri și alcool în Raioanele RM, 2007 – 2017, la 100 mii populație

Localitatea	2007	2017	Localitatea	2007	2017
Chișinău	46,6	34,6	Florești	106,3	76,8
Dondușeni	49,8	63,3	Soroca	106,6	52
Bălți	50	28,5	Fălești	110,3	55,8
Briceni	64,1	38,5	Taraclia	116,7	29,9
Cahul	64,5	55,4	Căușeni	120,7	75,3
Drochia	77,8	31	Ungheni	122	65,7
Edinet	81,2	55,9	Glodeni	122,8	55,5
Leova	81,7	93	Criuleni	125	85,6
Ștefan Vodă	84,2	59,7	Rezina	126,2	108,6
Râșcani	84,4	63,5	Strășeni	129	99,7
Cantemir	85,3	103,5	Telenești	131	105,2
Cimișlia	86,1	108,7	Nisporeni	133,7	120,6
Sângerei	89,5	64,1	Șoldănești	143,3	119,8
Basarabeasca	91,5	59,9	Hâncești	143,5	97,6
Anenii Noi	96,3	81,5	Dubăsari /Cocieri	144,9	96,3
Ocnîța	98,8	55,8	Orhei	164,4	116,1

UTA Găgăuzia	99,5	50,6	Călărași	239,1	125
Ialoveni	104,9	77,9			

Tabelul 5. Repartiția deceselor evitabile Boli infecțioase în Raioanele RM, 2007 – 2017, la 100 mii populație

Localitatea	2007	2017	Localitatea	2007	2017
Ocnîța	7,1	7,4	Anenii Noi	18	7,2
Edinet	7,2	9,9	Ștefan Vodă	20,7	4,3
Briceni	7,9	5,5	Soroca	20,7	12
Drochia	8,8	2,3	Hâncești	21,1	6,7
Șoldănești	9,1	7,2	Râșcani	21,1	4,4
Cantemir	9,5	11,3	Fălești	21,4	6,6
Nisporeni	10,4	3,1	Căușeni	22,6	12,2
Cahul	11,3	12	Dubăsari /Cocieri	22,7	5,7
Glodeni	12,8	10,1	Telenești	22,7	8,3
Dondușeni	13	4,7	Criuleni	24,7	12,2
Basarabeasca	13,6	21,1	Orhei	25,4	8,8
UTA Găgăuzia	13,8	5,6	Rezina	26,4	11,8
Florești	14,2	17,2	Leova	27,9	7,6
Cimișlia	15,9	10	Ialoveni	28,5	15,8
Sângerei	16	13	Strășeni	33,9	6,5
Chișinău	16,9	8,4	Călărași	39	11,6
Ungheni	17,1	12,8	Bălți	47,3	20,5
Taraclia	18	2,3			

Concluzii generale

1. Evaluarea deceselor evitabile constituie o utilă metodă de măsurare a stării de sănătate a populației și impactului exercitat de sistemul de sănătate asupra acesteia (prin măsuri de profilaxie primară și secundară).
2. Ponderea deceselor evitabile din Republica Moldova din 2007-2017 constituie aproape o jumătate (49,1%) din totalul deceselor, În anul 2017 comparativ cu anul 2007, numărul deceselor evitabile a scăzut cu 7 procente.
3. Rezultatele analizei deceselor evitabile prin prisma ariilor teritoriale denotă o diferență atât prin prisma teritoriilor urbane și rurale, cât și în plan a regiunilor economice (Nord, Centru și Sud).
4. Analiza dinamicii ratelor de decese evitabile indică la o tendință

pozitivă de diminuare a acestora, cât prin prisma teritoriilor administrative, atât și prin prisma unor decese prin maladii prioritare cum ar fi maladiile cardiovasculare, cancer, traume/accidente, boli infecțioase, consumul de droguri etc. Concomitent trebuie de menționat că dinamica ratelor deceselor prin cancer au o tendință de diminuare este mai puțin semnificativă, din contra în mai mult de jumătate din teritorii se atestă o creștere a acestora sau menținându-se la același nivel înalt, analogic anului 2007.

5. În mediul rural decesele evitabile sunt de 1,45 ori mai mare decât în mediul urban pe parcursul întregii perioade de studiu de cercetare ceea ce poate fi explicat prin accesibilitatea mai redusă a populației rurale la serviciile de sănătate de calitate, (390,3 la 100 mii populație în mediu urban față de 568,5 în mediu rural, an2017) ;
6. Variațiile deceselor evitabile înregistrate în profil regional demonstrează existența unui specific regional, ceea ce permite intervenția specifică de sănătate în aceste arii de vulnerabilitate;
7. Constant decesele evitabile sunt mai numeroase la bărbați în raport cu femeile, Diferența este mai evidentă pentru grupul bolilor care pot fi prevenite prin măsuri de promovare a unui stil de viață sănătos(60,4%);
8. Analiza comparativă a deceselor evitabile din anul 2007 față de cele din anul 2017, în dependență de cauza determinantă, demonstrează, un trend descendent pentru ambele sexe, Cu excepția creșterii deceselor evitabile prin hipertensiune arterială, prin cancer mamar, cancer colo rectal și cancer pulmonar.

Recomandări

Utilizarea rezultatelor adaptate regiunilor vulnerabile pentru fortificarea măsurilor de implementare a politicilor de sănătate în scopul diminuării deceselor evitabile și actualizarea permanent a nosologiilor determinante.

Referințe bibliografice

1. Ețco C., Goma L. Problemele Economice în cadrul reformei sistemului sănătății. În: Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina Practică în Strategia de existență umană. Materialele Conferinței a IX-a Științifice Internaționale, 10-14 martie 2004. Chișinău, p.224-226.
2. Ețco C. Management în sistemul de sănătate. Chișinău, 2006. 826 p.
3. Pușcariov O.V. Человеческий капитал и моделирование медико-

экономической эффективности в здравоохранении. Дисс. канд. н-к. Новокузнецк, 2009, p.286.

4. Pușcariov O.V. Modelul analizei eficienței cheltuielilor în sănătate pentru reducerea pierderii capitalului uman.
5. Paladi Gh., Gagauz O., Penina O. Îmbătrânirea populației în Republica Moldova: Consecințe Economice Și Sociale. Chișinău. 2009, p.222.
6. Spinei L., Ștefăneț Sv., Moraru C., Copcelea A., Boderscova L. Noțiuni de bază de epidemiologie și metode de cercetare. Chișinău: Casa editorial-poligrafică Bons Offices, 2006, p.224.
7. Budianschi D., Pinteș D., Ciocanu M., Morgoci S., Savva T. Eficiența și transparența sistemului de sănătate din Republica Moldova. Centrul Analitic Expert Grup, 2018.
8. Rutstein D., Berenberg W., Chalmers T., Child C., Fishman A., Perrin E. Measuring the quality of medical care. In: N Engl J Med., 1976, p.582-588.
9. Rutstein DD., Berenberg W., Chalmers TC., Fishman AP., Perrin EB., Zuidema GD. Measuring the quality of medical care: second revision of tables of indexes. In: N Engl J Med., 1980, May 15.
10. Bojan F., Hajdu P., Belicza E. Avoidable mortality. Is it an indicator of quality of medical care in eastern European countries? In: Qual. Ass. Health Care, 1991, p.171-89.
11. Hoffmann R., Borsboom G., Saez M. et all. Social differences in avoidable mortality between small areas of 15 European cities: an ecological study. In: International Journal of Health Geographic's, 2014.
12. Bojan F., Hajdu P., Belicza E. Avoidable mortality. Is it an indicator of quality of medical care in eastern European countries? In: Qual. Ass. Health Care, 1991, p.171-89.

PARTICULARITĂȚILE SOCIO-MEDICALE ALE COPIILOR CU CERINȚE EDUCATIVE SPECIALE

Alina Ferdohleb, dr. șt. med., conf. univ., Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova
alina.ferdohleb@usmf.md

THE SOCIO-MEDICAL PARTICULARITIES OF CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL REQUIREMENTS

In this paper are mentioned statistical data on the phenomenon of disability among children in the Republic of Moldova. On the other hand, to mention data on social inclusion of children with special educational requi-

rements. The proportion of pupils with special educational requirements and with disabilities included in educational institutions with a general purpose it is growing. In the 2018/19 school year, 10.269 students with special educational requirements and disabilities enrolled in the educational institutions in the country, including 9.560 students in general education institutions and 709 students – in children's schools with deficiencies in intellectual or physical development.

Introducere. Conform Convenției Națiunile Unite cu privire la Drepturile Persoanelor cu dizabilități, din 2006: *Dizabilitatea este un concept care se dezvoltă și rezultă din interacțiune cu privire la persoanele cu deficiențe și o atitudine barierelor și de îngrijire medie împărțită participă lor la deplină și efectivă în societate, la nivel egal cu celelalte persoane.* Ponderea persoanelor cu dizabilități în structura populației în condițiile migrației extensive este în creștere.

Persoanele cu dizabilități includ pe acelea care au deficiențe de durată, fizice, mentale, intelectuale, sau senzoriale, deficiențe care în interacțiune cu diferite tipuri de bariere pot afecta participarea deplină și efectivă în societate, pe baze egale cu ceilalți. Atât familia cu copilul cu dizabilitate, cât și nemijlocit persoană cu cerințele educative speciale sunt / este implicată foarte rar sau deloc în viața comunității. Rezoluția ONU pentru persoanele cu dizabilitate prevede utilizarea următorilor termeni:

Deficiență – orice pierdere sau anomalie a structurii sau funcției psihice, fiziologice sau organice (anatomice).

Incapacitate – consecință a deficienței; restricție sau lipsă a posibilității de a efectua o activitate în parametrii normali.

Dizabilitate: dezavantaj rezultat din deficiența sau incapacitatea care limitează sau împiedică îndeplinirea unui rol care este normal în raport cu vârsta, sexul, factorii sociali și culturali [23].

Conform, datelor cercetătorului G. Popescu, distribuția procentuală a prevalențelor afecțiunilor dizabilitante la copii, în raport cu cele trei mari categorii de se situează, în funcție de nivelul: 1) lezărilor senzoriale (*surzi, hipoacuzici, orbi, ambliopi*) – 5% de cazuri; 2) lezărilor motorie (*infirmi, miopi, diplegici, ambidextri etc*) – 15% de cazuri; 3) lezărilor psihice (*deficienți mintal, psihotici, psihopați etc.*) – 80% de cazuri [18].

Încalitate de **materiale de cercetare** pentru realizarea acestei lucrări au fost analizate peste 40 de lucrări științifice la subiectul cercetării, publicate în ultimii douăzeci de ani, atât la nivel Național cât și Internațional [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 24, 25].

Rezultate. În Republica Moldova, conform datelor CNAS, numărul persoanelor care au beneficiat de pensie de dizabilitate a fost circa 133 000 de persoane, de alocație socială de stat – 39 000 de persoane cu dizabilități din copilărie și copii cu dizabilități. Iar, la 1 ianuarie 2019, numărul copiilor în RM a constituit 669.6 mii copii sau fiecare a cincea persoană este în vârstă de până la 18 ani. Copiii supuși examinării profilactice sunt mai des depistați cu **acuitate vizuală scăzută**. Pe parcursul anului 2018, fiecare al doilea copil în vârstă de 0-17 ani sau 261,8 mii copii au fost supuși examenelor profilactice, cu 7,2% mai mult decât în anul 2017. Astfel, la 1000 copii examinați revin 10,1 copii care suferă de **acuitate vizuală scăzută**, 5,0 copii cu **dereglări de ținută**, 4,3 copii suferă de scolioză, iar 4,0 copii suferă de **tulburări de vorbire**.

Copiii cu **dizabilitate primară** sunt preponderent din **mediul rural** și au ca cauză principală a dizabilității malformațiile congenitale, tulburările mentale și de comportament. Pe parcursul anului 2018, au fost recunoscuți cu dizabilitate primară 1,2 mii copii, 60,2% din copii fiind din mediul rural. Fiecare al treilea copil diagnosticat are vârsta de 0-2 ani, iar fiecare al patrulea este cu vârsta cuprinsă între 3-6 ani. Cauzele predominante ale dizabilității primare rămân a fi malformațiile congenitale, deformațiile și anomaliile cromozomiale (26,2%), tulburările mentale și de comportament (25,3%) și bolile sistemului nervos (12,3%). De menționat, că în mediul rural ponderea copiilor cu grad sever de dizabilitate în total copii recunoscuți cu dizabilitate este mai mică (33,6% comparativ cu 44,8%) comparativ cu mediul urban.

În structura **dizabilității primare** conform vârstei predomină segmentul de 7 – 15 ani 11 luni 29 zile – 41%. Totodată, rămâne semnificativ și segmentul de vârstă de 0-2 ani 11 luni 29 zile – 28,3% de cazuri. Distribuția dizabilității primare după mediul de trai este de 493 (39,8%) copii din mediul urban (a.2017 – 539 copii), unde preponderent este gradul sever-221 copii (44,8%), gradul accentuat-187 copii (37,9%), gradul mediu-85 copii (17,3%); din sectorul rural 745 copii (60,2%) (a.2017 – 861 copii), preponderent este gradul accentuat-314 copii (42,1%), urmat de gradul sever 250 copii (33,6%) și mediu-181 copii (24,3%). **Gradul sever** (135/41,7%) predomină în malformații congenitale, deformații și anomalii cromosomiale – 324 cazuri; **gradul accentuat** (129/41,2%) în tulburări mentale și de comportament – 313 cazuri, cel **mediu** (86/26,5%) în malformații congenitale, deformații și anomalii cromosomiale.

Pentru segmentul de vârstă de 0-2 ani 11 luni 29 zile predominante sunt **malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale** – 202 cazuri (57,5%); pentru segmentul 3-6 ani 11 luni 29 zile – **tulburările mentale și de comportament** – 120 cazuri (38,8%); 7-15 ani 11 luni 29 zile – **tulburările mentale și de comportament** – 168 cazuri (33,0%); 16-17 ani 11 luni 29 zile – **tulburările mentale și de comportament** – 14 cazuri (20,0%).

Numărul elevilor din instituțiile de învățământ primar și secundar general s-a diminuat. Din punctul de vedere al distribuției pe sexe și pe medii de reședință, 51,3% din elevi au fost băieți, iar 50,6% au studiat în mediul urban. În medie pe țară, la 10 mii locuitori revin 942 elevi.

Ponderea **elevilor cu cerințe educative speciale** și cu dizabilități încadrați în instituții de învățământ cu destinație generală este în creștere. În anul de studii 2018/19 în instituțiile de învățământ din țară au fost înscriși 10.269 elevi cu cerințe educative speciale și cu dizabilități, inclusiv 9.560 elevi încadrați în instituțiile de învățământ general și 709 elevi – în școli pentru copii cu deficiențe în dezvoltarea intelectuală sau fizică.

Tablelul 1. Elevii cucerințele educative speciale și dizabilitate după tipul instituției*

nr.	anul școlar	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19
1.	Elevi – total	9 198	11 426	10 994	10 589	10 269
2.	În instituții de învățământ primar și secundar general	7 660	10 393	10 134	9 840	9 560
	inclusiv cu:					
3.	cerințele educative speciale	...	8 564	8 675	8 415	7 990
4.	dizabilități	...	1 829	1 459	1 425	1 570
5.	În școli pentru copii cu deficiențe în dezvoltarea intelectuală sau fizică	1 538	1 033	860	749	709
5.	Ponderea elevilor cu cerințele educative speciale și cu dizabilități în instituții de învățământ general	83,3	91,0	92,2	92,9	93,1

* – datele BNS [5].

Totodată, cei mai mare cotă dintre ***copiii cu necesități speciale*** încadrați în educație preșcolară sunt cu dereglări de vorbire. Pentru ***copiii cu necesități speciale*** în țară funcționează 8 instituții specializate cu 47 grupe. Iar, în cadrul a 5 instituții cu destinație generală funcționează 10 grupe cu destinație specială. Numărul copiilor din aceste instituții a fost de 888 persoane, cu circa 25,8% mai mic față de anul 2017. Majoritatea acestor copii fac parte din grupul de vârstă 3 ani și peste și sunt cuprinși cu educație preșcolară în proporție de 94,5%. Din total copii cu necesități speciale 41,8% sunt cu dereglări de vorbire, 22,1% – cu dereglări de vedere, 14,8% – cu dereglări de intelect și 21,3% – alte dereglări. Tot mai multe grădinițe sunt adaptate la necesitățile copiilor cu dizabilități. Numărul copiilor cu dizabilități, care au frecventat în anul 2018 instituțiile de educație timpurie a constituit 224 copii.

Discuții. Un cuplu în așteptarea unui copil, după ce se întreabă: „*ce va fi: fată sau băiat; cu cine va semăna?*”, de cele mai multe ori ajunge la concluzia: important este să fie un copil sănătos. În momentul în care părinții constată că au un copil cu cerințe educative speciale (*cuodeficiență senzorială sau altă*), unii încearcă și chiar reușesc să depășească această situație, dar cei mai mulți dintre ei nu reușesc să facă față acestor provocări multiple [1, 2].

Conștientizarea cerințelor speciale la copil poate fi traumatizantă pentru întreaga familie. De multe ori părinții se simt vinovați, iar deficiențe de sănătate (*de auz, de vedere, sănătate mintală, etc.*) este privită de cei din jur ca un stigmat, ca o lipsă a individului. Pentru a compensa deficiența de sănătate este necesară intervenția unei echipe multi-disciplinare. Această echipă trebuie să acționeze specific, corespunzător etapelor de dezvoltare ale copilului cu deficiență de auz și gravitatea afecțiunii auditive. Absența asistenței adecvate la momentul depistării deficienței auditive poate genera, în majoritatea cazurilor, consecințe care pot fi cu greu remediate [2].

Includerea socială înseamnă să simți că faci parte dintr-o comunitate, legată împreună de o identitate comună și valori partajate. Excluziunea socială ca un eșec al sistemului de protecție socială evidențiază problema sărăciei, grupurilor vulnerabile și a marginalizării lor în societate. Pe de altă parte, este imperios necesară o politică socială incluzivă, care să vizeze fiecare particularitate a problemelor cu care se confruntă persoanele marginalizate, cu o abordare holistică, având ca scop final reducerea sărăciei și excluziunii sociale.

Totodată, determinanții care duc la „excluziunea socială” sunt diverse și complexe. Din acest punct de vedere sunt necesare eforturi considerabile pentru a scoate această *persoană/ familia cu copil* din situația în care se află.

Pentru aceasta este nevoie de agenții specializate care ar oferi consultanță, suport juridic, moral și psihologic, adăpost temporar și, cel mai important, șansa de a se reintegra în societate în cel mai scurt timp. Accesul *persoanelor cu dizabilități* la sistemul de garanții sociale de stat reprezintă elementul-cheie în măsurarea șanselor egale în participarea la viața economică și socială a societății, astfel diminuând du-se riscul sărăciei și al excluziunii. Datele statistice pentru ultimii ani relatează o tendință de creștere a numărului persoanelor cu dizabilități.

Iar, **excluderea socială** nu afectează doar persoanele nivelul economic jos (*constatăm, că 1 din fiecare 3 persoane din regiunea Asiei Europene și Centrale este exclusă din punct de vedere social*). Un factor important joacă comunitățile / medii de reședință. Constatăm că, persoanele din zonele rurale au aproape de patru ori mai multe șanse să sufere de excludere socială decât cei din orașe sau orașe. Pe de altă parte, *copii / tinerii* sunt printre cei mai vulnerabili grupuri din societate față de fenomenul „excluziunii sociale”, în special în timpul unei crize economice grave. Iar, unul dintre motive pentru care oamenii se pot simți excluși este sărăcia: unul din cinci copii (până la 17 ani) trăiesc în familii cu risc de sărăcie.

Concluzii. O societate incluzivă se bazează pe respect reciproc și solidaritate, cu oportunități egale și standarde de viață decente pentru toți – unde diversitatea este văzută ca o sursă de forță și nu ca un împărțitor. Accesul limitat la serviciile de educație, sănătate și sociale poate contribui la excluderea psiho-socio-emoțională copiilor cu cerințe educative speciale.

Referințe bibliografice

1. Baciu A. Deficiența auditivă. Incapacitate. Handicap-Concepte antropologice. București: Ed. Cartea Universitară, 2008, p.273.
2. Baciu A. Provocări ale familiilor copiilor cu dizabilități senzoriale. Aspecte antro-po-medicele. Provocările ale familiei contemporane. București: Ed. Cartea Universitară, 2015. p.12-30.
3. Balahur D. Protecția copilului – principiul asistenței sociale. București: Ed. Juridică, 2001.
4. BNS. Seminarul „Incluziunea socială: noțiuni, indicatori, cerințe și metode de măsurare” În: <http://statistica.gov.md/libview.php?l=ro&idc=223&id=2462> (accesat: 30.09.2019).
5. BNS. Situația copiilor în Republica Moldova în anul 2018. În: <http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6379> (accesat: 30.09.2019).
6. British Council. Social inclusion. In: <https://www.britishcouncil.ro/programe/societate/incluziune-sociala> (accesat: 30.09.2019).

7. CNDDCM. Raport de totalizare a activității Consiliului Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă în anul 2018. Chișinău, 20 p.
8. Como A., Mana T. Rehabilitation and reintegration of former political persecuted in a postdictatorship country. *Anthropological researches and studies*. 2015. nr. 5, p. 17.
9. Convenția Drepturilor Copilului. În: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx> (accesat: 30.09.2019).
10. Cotelnic V. *Incluziunea și integrarea persoanelor cu dizabilități în activitatea economică*.
11. Declaration of Geneva. In: <http://www.un-documents.net/gdrc1924.htm> (accesat: 30.09.2019).
12. Declarația Drepturilor Copilului din 1959. În: <http://www.unicef.org/malaysia/1959-Declaration-of-the-Rights-of-the-Child.pdf> (accesat: 30.09.2019).
13. European Comision. *Inclusive approaches*. In: <https://ec.europa.eu/esf/main.jsp?catId=53&langId=en> (accesat: 30.09.2019).
14. Mărginean I. *Economia politicilor sociale*. București: Ars Docendi, 2000.
15. Mărginean I. *Politica socială și tranziția la economia de piață în România*. București: CIDE, 1994.
16. Mihuț L., Lauritzen B. *Modele de politici sociale*. București: Ed. Didactică și Pedagogică, 1999.
17. Pașa F. *Cadrul juridic și organizatoric al asistenței sociale în România*. Iași: Ed. Polirom, 2003.
18. Popescu G., Pleșa O. *Handicap, readaptare, integrare*. București: Ed. Pro Humanitate, 1998, p. 11-150, 222-226.
19. Preda M. *Politica socială românească între sărăcie și globalizare*. Iași: Editura Polirom, 2002.
20. Rada C. *Valori identitare ale familiei românești contemporane în contextul globalizării. O abordare antropologică*. Colecția ALLA MAGNA. București: Editura Muzeului Național al Literaturii Române, 2013.
21. Rusu E.C. The crisis of contemporary familyan dlack of meaning. In: *Anthropological research es and studies*, 2014, nr. 4, p.60-66.
22. Spânu M. *Introducere în asistența socială a familiei și protecția copilului*. Iași: Ed. Polirom, 1999.
23. Stănică I., Popa M. *Elemente de psihopedagogia deficienților de auz*. Ed. Universul S. A., 1994, p.15-19, 27-30, 57-62, 70-72, 77-78.
24. Tognetti M. *Lineamenti di politica sociale*. Milano: Editura Franco Angeli, 2001.
25. Zamfir C., Zamfir E. *Politici sociale: România în context european*. București: Editura „Alternative”, 1995.

UNELE PARTICULARITĂȚI MEDICO-SOCIALE ALE SĂNĂȚĂȚII COPILULUI ORFAN ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Tudor Grejdean, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Irina Malanciuc, dr. șt. med.

Victoria Voloceai, dr. șt. med., asist. univ.

Vlad Badan, asist. univ.

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

sanatatepub@usmf.md victoria.voloceai@usmf.md vladislav.badan@usmf.md

SOME MEDICAL-SOCIAL PARTICULARITIES OF ORPHAN CHILD HEALTH IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

The aim of the research: evaluation of the medical and social aspects of the health of orphan child who was in the residential care in order to develop the system of measures for prevention and decreasing of the number of the social orphans. Research objectives: complex approach of the causes generating risk situations of abandonment and social orphans and conceptualization of the phenomenon of the "orphan child" and the "abandoned child"; determination of the risk factors for the child abandonment in Moldova; assessing the medical-social aspects of the health of orphan children aged 0-12 months placed in the residential institutions; evaluation of the impact of residential care, for the health, physical and neuropsychological development of child aged 0-12 months; development of the system of measures in order to early identify and prevent separation of the child from the family and of consequences of residential care for child health and development. Novelty and originality of research. For the first time in Moldova have been studied medical and social aspects of health and development of orphans, from the residential institutions; were based notions: biological orphan child, social orphan child, abandonment; were analyzed causes of the child separation from the family and the circumstances of the abandonment; was established system of measures for prevention of child abandonment and of residential care consequences for the child. The scientific problem addressed. Addressing complex the issues of the separation of the child from the family, definition of medical and social aspects of the institutionalized child's health and development (0-12 months old), implementation of actions to prevent child abandonment and to improve the orphan child's care. The research results were implemented in medical and social institutions

by developing mechanisms for identifying and preventing the separation of the child from the family, monitoring and recording of abandonment, medical and social assistance for the social orphan institutionalized children.

Introducere. În condițiile reformelor sistemelor de sănătate și asistență socială, politica de protecție medico-socială a mamei și copilului devine prioritatea statului și a societății, deoarece mama și copilul reprezintă populația cea mai vulnerabilă și cu cel mai înalt risc de îmbolnăvire [1]. În aceste condiții cele mai importante aspecte ale protecției mamei și copilului se referă la asigurarea: asistenței medicale gratuite; educației gratuite și suportului pentru participare la școlarizarea copilului; protecției sociale speciale pentru copilul în situații de risc de separare de familie; suportului material universal pentru familiile cu copii. Investițiile în asistența materno-infantilă sunt extrem de eficiente pentru copil, familie și societate, determinând, pe termen lung, bunăstarea familiei și viitorul țării. Copilul este o entitate socială vulnerabilă, care nu are timp să aștepte asistență și îngrijire, iar dacă e lăsat să crească fără ajutorul de care are nevoie, este compromisă sănătatea și dezvoltarea lui. Fenomenele ”copil orfan”, ”copil abandonat”, ”copil instituționalizat” au devenit subiect al multor cercetări naționale și internaționale, însă aspectele medico-sociale, psiho-sociale și legale ale sănătății și dezvoltării copilului nu au fost cercetate și abordate în complex și interdisciplinar. Cercetările realizate se adresează episodic populației de copii orfani în vârstă de 0-12 luni, consumatori activi de servicii medicale și de îngrijire, de servicii și prestații sociale, precum și cu risc sporit la îmbolnăviri și separare de familie [2].

Scopul cercetării constă în evaluarea aspectelor medico-sociale ale sănătății copilului orfan, aflat în îngrijire rezidențială, pentru elaborarea sistemului de măsuri de prevenire și diminuare a orfanajului social.

Obiectivele cercetării rezidă în abordarea complexă a cauzelor generării situațiilor de risc de abandon și orfanaj social al copilului și conceptualizarea fenomenelor ”copil orfan” și ”copil abandonat”; determinarea factorilor de risc care provoacă fenomenul de orfanaj social în Republica Moldova; evaluarea aspectelor medico-sociale ale sănătății copilului orfan, în vârstă de 0-12 luni, aflat în îngrijire rezidențială; evaluarea impactului îngrijirii rezidențiale asupra sănătății, dezvoltării fizice și neuropsihice a copilului în vârstă de 0-12 luni; elaborarea sistemului de măsuri pentru identificarea și prevenirea timpurie a orfanajului social și a consecințelor îngrijirii rezidențiale asupra sănătății și dezvoltării copilului.

Materiale și metode. Cercetarea a cuprins perioada 2003-2010 și a inclus analiza integrală a fenomenului abandonului copiilor de 0-7 ani, determinarea factorilor de risc pentru orfanajul social, aspectele medico – sociale ale sănătății și dezvoltării fizice și neuropsihice ale copilului orfan, precum și elaborarea sistemului de măsuri de prevenire și diminuare a orfanajului social.

Obiectul cercetării: Copiii în vârstă de 0-7 ani abandonăți în instituțiile medicale și rezidențiale, orfani social.

Subiectul cercetării: copii în vârstă de 0-12 luni orfani, aflați în îngrijire rezidențială.

Volumul cercetării: cercetarea comprehensivă a aspectelor medico-sociale ale sănătății și dezvoltării fizice și neuropsihice ale copilului orfan biologic și orfan social (2003-2010); cercetarea integrală a fenomenului abandonului copiilor de 0-7 ani în Republica Moldova (2002/2003 – 650 copii; 2007/2008 – 664 copii); cercetarea selectivă a sănătății și dezvoltării fizice și neuropsihice ale copilului (2006/2009) a inclus 2 loturi de cercetare – lotul de bază (L1), care a cuprins copii orfani instituționalizați în vârstă de 0-12 luni, n1 = 101 copii și lotul de control (L0), care a cuprins copii de aceeași vârstă din familii n0 = 101 copii; cercetarea necesităților de formare profesională a specialiștilor din instituțiile medicale și rezidențiale în care are loc abandonul copilului (50 specialiști și 30 mame beneficiari) (2005/2006).

Rezultate și dezbateri. Problemele medico-sociale cu care se confruntă copilul și familia, la etapa actuală, solicită o atenție deosebită, atât din partea instituțiilor internaționale cât și a instituțiilor naționale împuternicite cu competențe în domeniile asigurării sănătății și protecției copilului în risc de separare sau separat de familia sa. La nivel internațional există cadru normativ și juridic, care conține prevederi legale cu privire la drepturile copilului, situînd dreptul la viață și supraviețuire, dreptul la familie și sănătate, dreptul la protecție și asistență socială în agenda instituțiilor internaționale și naționale în domeniul sănătății și protecției copilului.

Cadrul legal internațional conține prevederi legale cu privire la respectarea tuturor drepturilor copilului. Prin Declarația Universală a Drepturilor Omului (1948) este garantat fiecărei persoane dreptul la un nivel de trai care să asigure sănătatea și bunăstarea sa și a familiei sale, incluzând hrana, îmbrăcămintea, locuința, îngrijirea medicală, precum și accesul la serviciile sociale (art.25). De asemenea, Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (1966, art. 10, 12), stipulează că o ocrotire

specială trebuie acordată mamei, într-o perioadă de timp rezonabilă, înainte și după nașterea copiilor [3].

Factori de risc de abandon al copilului. Abandonul copilului ca fenomen social, înțelegerea și abordarea acestuia, a evoluat de-a lungul istoriei umane în concordanță cu contextul cultural, istoric și religios al fiecărei epoci. În conformitate cu datele acestor cercetări, plasamentul copilului în îngrijire rezidențială este condiționat de unitatea familială fragilă care este determinată de un șir de factori de risc: familie monoparentală (mama solitară, părinți în divorț, decesul unui părinte – 70%); familie dezorganizată (consum de alcool, droguri, naștere nedorită, mamă minoră – 65%); familie cu probleme de sănătate ale părinților sau ale copilului (50%); familie cu probleme economice grave (lipsa locului de muncă, lipsa spațiului locativ, lipsa unor venituri stabile – 90%).

Analiza factorilor și dinamicii abandonului copilului a stat la baza descrierii nivelurilor de risc al acestui fenomen. Aspecte ale dezvoltării fizice a copiilor în vârstă de 0-12 luni, aflați în îngrijire Rezidențială. Dezvoltarea somatică la vârsta de 0-12 luni este spectaculoasă, masa corporală triplându-se în primul an de viață la copiii sănătoși, îngrijiți în condiții adecvate. Analiza datelor cu referire la dezvoltarea fizică a copiilor separați de familie și crescuți în instituții rezidențiale s-a bazat pe valorile parametrilor antropometrici de bază ai dezvoltării fizice: masa corporală, talia și perimetrul cranian. Datele cercetării arată diferențe semnificative ale nivelului dezvoltării fizice în perioada primului an de viață între copiii aflați în îngrijire rezidențială (lotul de bază – L1) și copiii de aceeași vârstă din familie (lotul de control – L0. [4].

Evaluând parametrii masei corporale s-a constatat, că media acesteia la copilul instituționalizat este semnificativ mai mică decât la copilul din familie. Dacă la naștere diferența este statistic nesemnificativă (184,7 grame, $p > 0,05$) ulterior, către 3 – 6 – 12 luni, discrepanța dintre aceste grupuri de copii la acest parametru crește constant, atingând 1212 gr. la vârsta de 12 luni ($p < 0,01$). Aspecte ale dezvoltării neuropsihice a copiilor în vârstă de 0-12 luni, aflați în îngrijire rezidențială. Cunoașterea particularităților specifice dezvoltării neuropsihice a copiilor aflați în îngrijire rezidențială ne oferă o viziune de ansamblu asupra dezvoltării acestor copii [5].

Realizarea evaluărilor a stabilit unele particularități de comportament al copiilor aflați în diferite condiții sociale de creștere și îngrijire, demonstrând că mediul instituțional afectează dezvoltarea comportamentelor copilului

prin influențele personalului angajat și mediului de îngrijire. Rezultatele cercetării demonstrează, că indiferent dacă copiii au sau nu anumite probleme de dezvoltare/învățare, modul și etapele de dezvoltare sunt asemănătoare, toți parcurg aceleași etape predictive, însă caracteristicile psihofizice sunt marcate nu numai de o anumită vârstă cronologică, dar și de condițiile în care se realizează această dezvoltare [6].

Concluzii. 1. În condițiile reformelor sistemelor de sănătate și asistență socială, politica de protecție medico-socială a mamei și copilului devine prioritatea statului și a societății, deoarece mama și copilul reprezintă populația cea mai vulnerabilă și cu cel mai înalt risc de îmbolnăvire. 2. Datele cercetării arată diferențe semnificative ale dezvoltării fizice a copilului la vârsta de 12 luni, referitor la parametrii antropometrici de bază, în raport cu media de vârstă și cu copiii îngrijiți în familii: masa corporală medie $8728,03 \pm 124,5$ comparativ cu $9929,0 \pm 148,4$ gr. ($p < 0,001$); talia medie $70,3 \pm 4,8$ comparativ cu $75,0 \pm 4,2$ cm ($p > 0,05$); perimetrul cranian $45,5 \pm 4,9$ comparativ cu $46,5 \pm 4,9$ cm ($p > 0,05$). 3. Dezvoltarea neuropsihică a copilului de vârsta 0-12 luni este un proces de creștere și maturizare fizică, mintală, emoțională și socială și nu se produce de la sine; copiii în acest proces au nevoie de o stimulare specializată, de învățare continuă și sprijin adecvat și permanent. 4. Rezultatele cercetării demonstrează, că indiferent dacă copiii au sau nu anumite probleme de dezvoltare/învățare, modul și etapele de dezvoltare sunt asemănătoare, toți parcurg aceleași etape predictive, însă caracteristicile psihofizice sunt marcate nu numai de o anumită vârstă cronologică, dar și de condițiile în care se realizează această dezvoltare.

Referințe bibliografice

1. Ababii I. ș.a. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2007, nr. 6 (21), p.21-26.
2. Bacus A. Creșterea copilului de la o zi la șase ani. București: Teora, 2006. 464 p.
3. Borzan C. Factori de risc în pediatria socială. Teză de doctor. Rezumat. Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu". Cluj-Napoca, 2001. 23 p.
4. Ciofu E.P. ș.a. Pediatria socială. În: Tratat de Pediatrie. București: Editura Medicală, 2001, p. 38-44.
5. Convenția ONU cu privire la Drepturile Copilului. 1989.
6. Declarația Universală a Drepturilor Omului. 1948.

ROLUL MANAGEMENTULUI STRATEGIC ÎN DEZVOLTAREA INSTITUȚIILOR MEDICALE

Ludmila Goma, dr. șt. econ., conf. univ.

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

Chișinău, R. Moldova

ludmila.goma@usmf.md

THE ROLE OF STRATEGIC MANAGEMENT IN THE DEVELOPMENT OF MEDICAL INSTITUTIONS

Managers of medical institutions have to deal with many factors that are constantly changing. Strategic planning becomes an indispensable part of the development of the medical institution. In order to keep up with the progress and activate prodigiously for the benefit of the society, medical institutions have to plan efficiently the activity and correlate it with the real needs of the institution. This study demonstrated that medical institutions have a need for training in strategic management skills.

Introducere. Actualmente de la instituție se cer capacități de a se adapta rapid la schimbările și cerințe lor mediului, în special ale consumatorului, capacități de a răspunde necesităților mereu crescânde ale angajaților și factorilor de decizie. Este lesne de înțeles că în asemenea condiții organizațiile își vor putea atinge obiectivele doar cu ajutorul unui management modern, dinamic, generator de avantaje competitive [2, p.4-8]. Succesul organizației este în strictă legătură cu planificarea strategică, instituțiile cu sisteme de planificare eficiente au mai mult succes financiar. Astfel planul ajută la definirea obiectivelor și atribuțiilor, iar aceste standarde sunt utilizate pentru evaluarea performanțelor într-un mod mai obiectiv, mai rațional. Managerii care planifică în mod eficient activitatea a instituțiilor anticipând schimbarea vor avea mai mult control decât cei ce se confruntă cu schimbările deja produse. De asemenea activitatea medicală nu este o excepție, instituțiile medicale fie mici sau mari, pentru a face față concurenței și schimbării continue necesită implementarea tehnicilor de dezvoltare strategică. Pornind de la principiile existente de planificare în domeniul sanitar, pentru a atinge nivelul dorit de dezvoltare orice instituție își elaborează planul strategic individual în dependență de propria poziție în domeniul respectiv, a obiectivelor, posibilităților apărute, pregătirii personalului și resurselor sale. Evaluarea corectă a impactului formulării strategiei asupra

performanțelor organizaționale necesită criterii de evaluare non-financiară și anume măsurarea efectelor comportamentului personalului în perioada derulării acestui proces. Indiferent de succesul unor planuri strategice, cele mai importante efecte se resimt pe plan comportamental, fără a minimiza creșterea profitabilității organizației în termeni financiari și de piață.

Scopul lucrării. Analiza instrumentelor planificării strategice ale instituțiilor medicale și rolul acestora în îmbunătățirea managementului organizațional.

Materiale și metode. Studiu descriptiv; obiectul de studiu – două instituții medicale, au fost chestionați 60 de angajați. Culegerea informațiilor și colectarea datelor de lucru s-a realizat prin: folosirea documentelor oferite de instituțiile medicale, și metoda de anchetare. Chestionarul a inclus 15 întrebări.

Rezultate și discuții. S-a constatat, că gradul de informare a contingentului analizat despre existența planului strategic la nivelul instituției este înalt. Despre existența acestuia cunosc 89% din contingentul chestionat. Gradul de cunoaștere a misiunii, valorilor organizației constituie 90% din contingentul anchetat. Din cei ce au răspuns afirmativ 70% au numit misiunea organizației: asigurarea serviciilor medicale calitative; 15% – implementarea tehnicilor noi de investigație; 10% – asigurarea cu cadre medicale și 5 % nu au numit misiunea organizației. Deși majoritatea respondenților au răspuns afirmativ la întrebarea despre cunoașterea și înțelegerea obiectivelor organizației, o parte mică din respondenți – 30 % au enumerat corect trei obiective strategice stabilite și care trebuie atinse la nivelul unității în care activează în conformitate cu strategia instituțională de dezvoltare a acesteia. Doar 33% din respondenți au răspuns că orizontul de timp pentru care se face planificarea strategică este 5 ani, ceea ce ne demonstrează că majoritatea sunt cunoscuți cu planurile operaționale. Majoritatea respondenților din ambele instituții apreciază realizarea parțială a obiectivelor propuse anul trecut.

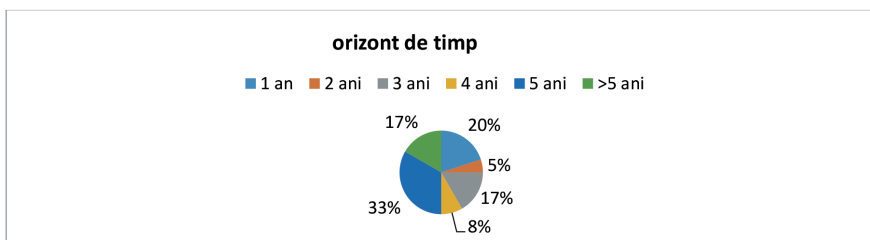


Fig.1. Aprecierea cunoașterii orizontului de timp pentru care se face planificarea strategică în instituțiile analizate.

Metodele de evaluarea atingerii obiectivelor strategice stabilite anterior au fost enumerate de un număr mic din respondenți din ambele instituții, majoritatea fiind manageri de diferit nivel. Printre dificultățile cu care se confruntă organizația în procesul activității sale sunt evidențiate sub finanțarea activității, reglementările legislative ce apar pe parcursul anului, motivare redusă a personalului și constituirea formală a unora dintre comisiile de lucru.

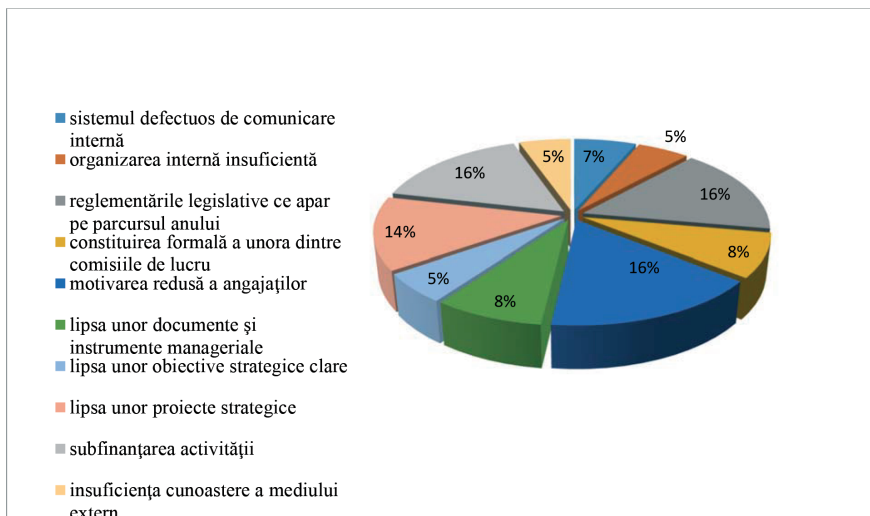


Fig.2. Principalele dificultăți cu care organizația se confruntă în desfășurarea activității sale.

În instituțiile analizate direcțiile strategice de acțiune sunt stabilite de către manager/vicemanager.

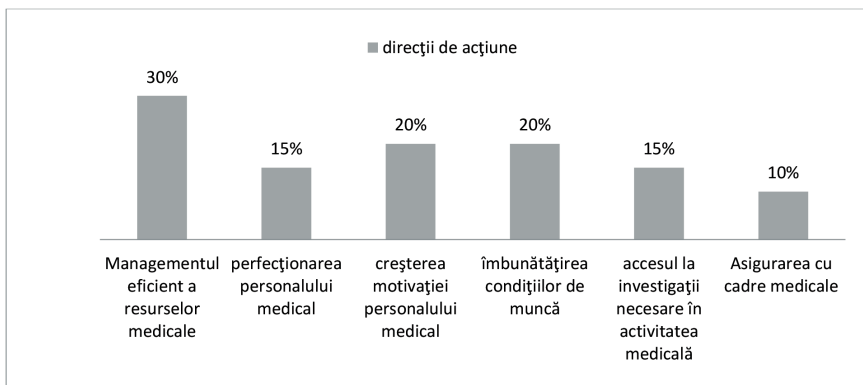


Fig.3. Principalele direcții strategice de acțiune de orientare spre viitor.

Principalele direcții de acțiune pe viitor sunt managementul eficient al resurselor medicale, creșterea motivației personalului medical, îmbunătățirea condițiilor de muncă, ceea ce în final v-a duce la creșterea calității serviciilor medicale și satisfacției pacienților.

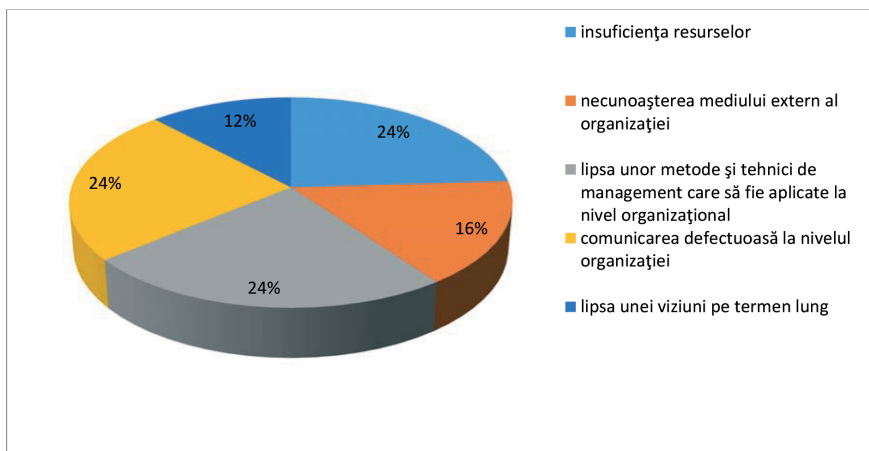


Fig.4. Elemente care ar trebui îmbunătățite la nivelul unității din punct de vedere al managementului strategic.

În ambele instituții principalele elemente care ar trebui îmbunătățite din punct de vedere al managementului strategic la nivelul unităților studiate sunt: insuficiența resurselor, lipsa unor metode și tehnici de management care să fie aplicate la nivel organizațional, comunicarea defectuoasă la nivelul organizației.

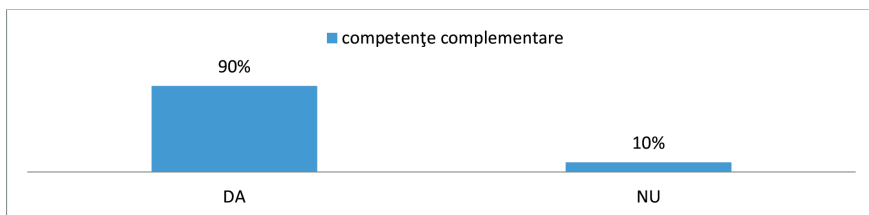


Fig. 5. Părerile personalului analizat în importanța dezvoltării unor competențe complementare profesiei de bază și în domeniul managementului strategic.

Persoanele din ambele instituții analizate simt necesitatea dezvoltării unor competențe complementare profesiei de bază.

Concluzii generale.

- Planificarea strategică în domeniul medical este de o importanță incontestabilă. Aceasta fiind demonstrată prin activitatea prodigioasă a instituțiilor în care strategia nu doar este stabilită conform cerințelor instituției dar și are un nivel înalt de implementare.
- Una din problemele importante apărute în procesul de implementare a planificării strategice este implicarea insuficientă a personalului medical care nu este antrenat direct în elaborarea strategiei dar participă activ la îndeplinirea obiectivelor organizației. Astfel majoritatea personalului medical cunosc despre existența strategiei la nivelul instituției, însă nu cunosc obiectivele ce trebuie îndeplinite, indicatorii de performanță propuși.
- Personalul medical subliniază în mare parte necesitatea dezvoltării unor competențe suplimentare în domeniul managementului organizațional, ceea ce încă o dată relevă importanța planificării strategice în activitatea medicală;
- La capitolul elaborare a planului strategic, instituțiile medicale îndeplinesc în totalitate toate cerințele. Planul strategic fiind elaborat conform standardelor naționale și internaționale adaptate necesităților fiecărei instituții în parte. Totuși nivelul de implementare a acestuia este la un nivel scăzut, astfel suferă eficiența. Una din cauze de eficiență scăzută a implementării strategiei determinată în urma studiului efectuat este deficiența de comunicare dintre personalul instituțiilor medicale. Astfel cunoștințe despre conținutul strategiei dețin mai mult managerii de diferit nivel, pe când personalul medical nu cunosc obiectivele care urmează să le îndeplinească în viitorii 5 ani. De aici și rezultă îndeplinirea parțială a obiectivelor propuse și stagnarea activității instituției, strategia devenind astfel mai mult o formalitate decât o cale spre progres.

Referințe bibliografice

1. Cole G.A. Management: teorie și practică. Chișinău: Ed. Știința, 2004, p.443.
2. Ețco C., Bahnarel I., Tintiuc D., Magdei M., Barbă O., Ciocanu M., Moroșanu M., Goma L. Sănătate publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău: Editura Epigraf, 2011, p.4-8.
3. Cornescu V., Curteanu D., Marinescu P., Toma G. Management: de la teorie la practică. București: Ed. Universității din București, 2003. 306 p.
4. Managementul spitalului. București: Public H Press, 2006, p.15-22.

5. Mereuță I., Popușoi E., Ețco C., Eftodi M. Sănătate publică și management în medicină. Chișinău, 2000. 173 p.
6. Tulchinsky Th.H. Noua Sănătate publică. Chișinău: Ed.Ulysse, 2003, p.352–366.
7. Vlădescu C. (coord.). Sănătate publică și management sanitar. București: Car-tea Universitară, 2004. 469 p.

REZISTENȚA ANTIMICROBIANĂ CA PROBLEMĂ SOCIO-MEDICALĂ STRINGENTĂ

Livia Țapu,^{1,2} medic rezident

Larisa Spinei,¹ dr. hab. în șt. med., prof. univ.

Olga Burduniuc,^{1,2} dr. în șt. med., conf. univ.

¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

² Agenția Națională pentru Sănătate Publică, Laboratorul microbiologic, Chișinău, R. Moldova

liviatapu@gmail.com larisa.spinei@usmf.md

ANTIMICROBIAN RESISTANCE AS A STRINGENT SOCIO-MEDICAL PROBLEM

Antimicrobial resistance is the ability of a microorganism to withstand the action of an antimicrobial agent. Antimicrobial resistance is one of the pressing global public health problems today. Resistant microorganisms are responsible for serious infections, which can lead even to death. Inappropriate use of antibiotics is one of the main causes of antimicrobial resistance development. In order to fight the antimicrobial resistance, a WHO program was developed and the Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance (CAESAR) network was created. Republic of Moldova also joined CAESAR and participates to ARM surveillance.

Introducere. Rezistența antimicrobiană este capacitatea unui microorganism de a rezista acțiunii unui agent antimicrobian. Se deosebesc două tipuri de rezistență: 1) naturală, datorată caracteristicilor specifice a diferitor microorganisme și 2) dobândită, care reprezintă consecința utilizării incorecte a preparatelor antimicrobiene și devenind una din problemele stringente de sănătate publică la nivel global [2, 10].

Microorganismele rezistente la antimicrobiene sunt responsabile adesea de infecțiile asociate asistenței medicale și de infecții la pacienții din afara

spitalelor și pot fi regăsite în flora bacteriană normală la indivizi sănătoși, la animale de companie și în mediul înconjurător. În același timp, aceste microorganisme sunt responsabile de infecții și izolate de la animalele utilizate ca hrană și alte alimente. Rezistența antimicrobiană este una din problemele speciale de sănătate listate în Anexa 1 a Deciziei 2000/96/CE a Comisiei din 22 decembrie 1999 privind bolile transmisibile [5, 13].

Antimicrobienele sunt produse medicamentoase care omoară sau stopează creșterea și dezvoltarea microorganismelor și sunt clasificate în următoarele tipuri: 1) antibacteriene (numite antibiotice, active împotriva infecțiilor bacteriene), 2) antimicobacteriene (care sunt antibacteriene active în special împotriva tuberculozei și a altor infecții cauzate de micobacterii), 3) antivirale (active împotriva infecțiilor virale), 4) antifungice (active împotriva infecțiilor micotice), 5) antiparazitare (active împotriva malariei și a altor infecții datorate paraziților) [2, 13].

Rezistența antimicrobiană, adică rezistența la unul sau mai multe antimicrobiene utilizate în tratament sau profilaxie, nu este o afecțiune, ci o caracteristică posibilă a fiecăruia dintre microorganismele responsabile de infecții.

Orice interacțiune a unui microorganism cu o substanță antimicrobiană rezultă în moartea celulei microbiene sau adaptarea acesteia la agentul în cauză. În așa mod are loc pierderea eficienței agentului antimicrobian, el devenind inutil pentru utilizarea în scop terapeutic sau preventiv. Rezistența la mai multe medicamente reprezintă rezistența unui microorganism la mai multe medicamente antimicrobiene, astfel crescând probabilitatea unui eșec terapeutic [3, 4, 7].

Metode și materiale. A fost realizat un studiu secundar – review narativ. Pentru studiu au fost analizate circa 50 de surse științifice relevante temei pe perioada ultimilor 10 ani. Au fost selectate 20 materiale, dintre care și rapoartele OMS cu privire la rezistența antimicrobiană.

Rezultate și discuții. Estimările efectuate de Centrul European pentru Prevenirea și Controlul Bolilor arată că în Uniunea Europeană infecțiile cu microorganisme rezistente sporesc cheltuielile pentru sănătate cu circa 1,5 miliarde euro pe an. Peste 380 mii de europeni contractează anual infecții cu microorganisme rezistente la antimicrobiene, iar 25 mii de persoane decedază anual din cauza epuizării resurselor terapeutice [3, 15].

Cele mai importante bacterii rezistente la agenți antimicrobieni, implicate în diferite patologii grave precum septicemiile, pneumoniile, infecții ale tractului urinar și infecții sexual transmisibile, sunt:

- *Staphylococcus aureus* – rezistentă la meticilină (MRSA),

- *Escherichia coli* – producătoare de betalactamaze cu spectru extins (BLSE),
- *Enterococcus spp* – rezistent la vancomicină (VRE),
- *Klebsiella pneumoniae* – producătoare decarbapenemaze (CPE),
- *Pseudomonas aeruginosa* – rezistentă la maimulte antibiotice,
- *Clostridium difficile* – rezistentă la fluorochinolone [1, 3,6].

Principalele mecanisme de rezistență dobândite la antimicrobiene sunt:

1) diminuarea cantității de antibiotic care atinge ținta, din motivul diminuării permeabilității sau din cauza apariției sistemelor de eflux, 2) modificarea țintei antibioticului și 3) inactivarea enzimatică a antibioticului. De asemenea, dobândirea rezistenței bacteriene la antibiotice se poate realiza prin mutații la nivelul ADN propriu și achiziționare de gene străine (conjugare, transformare, transducție) [3, 10].

Doi factori majori determină rezistența la antimicrobiene:

- 1) utilizarea antibioticelor, care exercită o presiune ecologică asupra microorganismelor și contribuie la apariția și selecția microorganismelor rezistente la antimicrobiene în populații;
- 2) răspândirea și transmiterea încrucișată a microorganismelor rezistente la antimicrobiene între oameni, între animale și între oameni și animale și mediu [13].

Utilizarea inadecvată a antibioticelor rezultă din acțiuni, precum:

- prescrierea inutilă a antibioticelor;
- administrarea prelungită a antibioticelor;
- spectrul prea îngust sau prea larg al terapiei cu antibiotice;
- doza administrată de antibiotic necorespunzătoare, prea mică sau prea mare în comparație cu cea indicată pentru pacient;
- durata tratamentului cu antibiotic prea lungă (luni) sau prea scurtă (1-2 zile);
- neajustarea tratamentului cu antibiotic cu rezultatele antibiogrammei;
- neindicarea antibiogrammei și indicarea tratamentului empiric cu antimicrobiene [3].

Prin urmare, cele două căi principale de administrare, control și prevenire a rezistenței antimicrobiene sunt:

- 1) utilizarea prudentă a antibioticelor (doar la necesitate și argumentat, în doză corectă, la intervale de dozare corecte și pentru o durată corectă);
- 2) precauțiile privind controlul transmiterii încrucișate a microorga-

nismelor rezistente la antimicrobiene (controlul infecției), inclusiv igiena mâinilor, depistarea, izolarea, etc. [13].

În scopul combaterii a rezistenței bacteriilor la antibiotice, a fost elaborat programul OMS, care constă în următorii pași:

- Utilizarea prudentă a antibioticelor (evitarea utilizării antibioticului când beneficiul este minimal, utilizarea antibioticelor cu spectru îngust, respectarea posologiei)
- Accent pe prevenirea infecțiilor (vaccinări, măsuri de control al infecțiilor, ameliorarea condițiilor sanitaro-igienice)
- Monitorizarea rezistenței bacteriilor la antibiotice
- Cercetări pentru obținerea de antibiotice noi [20].

După adoptarea Planului strategic de acțiune european privind rezistența la antibiotice (2011-2020) de către toate cele 53 de state membre ale Regiunii Europene OMS, Oficiul Regional OMS pentru Europa, Institutul Național pentru Sănătate Publică și Mediu al Olandei și Societatea Europeană de Microbiologie clinică și boli infecțioase, au stabilit în 2012 Rețeaua de Supraveghere a Rezistenței Antimicrobiene din Asia Centrală și Europade Est (CAESAR) pentru a ajuta țările din afara UE la crearea sau consolidarea supravegherii rezistenței antimicrobiene (RAM) naționale. După înființarea CAESAR, au fost întreprinse o serie de activități de evaluare a țărilor pentru capacitatea statelor membre de a aborda obiectivele identificate în planul de acțiune european, cu un accent special pe supraveghere. S-au depus multe eforturi în consolidarea laboratoarelor naționale de referință în RAM, pregătirea acestora pentru rolul lor de a consolida și menține rețelele de laborator naționale, de a asigura calitatea muncii lor, de a furniza servicii de testare de referință și de a colecta date în scopuri de supraveghere. Prin aceste eforturi, s-au făcut multe îmbunătățiri și mai multe țări se pregătesc să colecteze date de supraveghere pentru a elucida situația lor la nivel național, precum și pentru a-și împărtăși cunoștințele la nivel internațional. În prezent, în rețeaua CAESAR se află Kosovoși 19 țări membre: Albania, Armenia, Azerbaidjan, Belarus, Bosnia și Herțegovina, Georgia, Kazahstan, Kârgâzstan, Muntenegru, Republica Moldova, Federația Rusă, Serbia, Elveția, Tadjikistan, Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei, Turcia, Turkmenistan, Ucraina și Uzbekistan. În anul 2018 în Republica Moldova a fost creat laboratorul de referință în supravegherea RAM, care a participat la controlul calității CAESAR și livrează date privind RAM la nivel de țară [16, 17, 18, 19].

Concluzii. 1. Rezistența antimicrobiană este capacitatea unui microorganism de a rezista acțiunii unui agent antimicrobian. Microorganismele rezistente la antimicrobiene sunt responsabile adesea de infecțiile grave hematologice, respiratorii, urinare și sexual transmisibile, de asemenea de infecții asociate asistenței medicale. Tratarea acestor infecții deseori duce la un eșec terapeutic, astfel crescând rata morbidității și letalității și devenind o problemă la nivel global.

2. Păstrarea eficienței antibioticelor este responsabilitatea cadrelor medicale, pacienților și fiecăruia dintre noi. Utilizarea responsabilă a antibioticelor poate împiedica dezvoltarea microorganismelor rezistente la agenți antimicrobieni și poate păstra eficiența lor pentru generațiile viitoare. Este importantă cunoașterea modului de utilizare a antibioticelor. La fel de important este ca până la inițierea terapiei empirice cu antibiotice să fie recoltate probe microbiologice, urmate de monitorizarea rezultatelor investigațiilor și ajustarea tratamentului cu antibiotic în baza antibiogramelor.

3. Republica Moldova este parte componentă a Rețelei de Supraveghere a Rezistenței Antimicrobiene din Asia Centrală și Europa de Est (CAE-SAR), participând astfel la supravegherea și reducerea rezistenței antimicrobiene.

Referințe bibliografice

1. Balan Greta, Burduniuc Olga, Cojocaru Radu, Rimis Constantin. Antibiotic resistance of strains isolated from patients with urinary tract infections. In: Anthropological researches and studies, 2014, No.3, p.9.
2. Buiuc Dumitru, Neagu Marian. Tratat de microbiologie clinică, Ediția III. București: Editura Medicală, 2009.
3. Burduniuc Olga. Rezistența la antibiotice – o amenințare pentru sănătatea publică. În: Cronica Sănătății Publice, 2015, nr.3 (37), p.27.
4. Cars O. et al. Meeting the challenge of antibiotic resistance. In: BMJ, 2008.
5. Decizia Comisiei din 22 decembrie 1999 privind bolile transmisibile care vor fi incluse în mod progresiv în rețeaua Comunității în conformitate cu Decizia nr. 2119/98/CE a Parlamentului European și a Consiliului.
6. Fritsche T., Sader H., Jones R. Epidemiology of antimicrobial resistance: species prevalence, susceptibility profiles, and resistance trends. In: Victor L., Antibiotics in Laboratory Medicine. 5th Edition. Lippincott Williams and Wilkins, 2005, p.815-835.
7. Fulga Ion. Rezistența microbilor la antibiotice. În: <https://www.medichub.ro/reviste/medic-ro/rezistenta-microbilor-la-antibiotice-id-2388-cmsid-51> (accesat: 30.09.2019).
8. Gupta K., Addressing Antibiotic Resistance. In: Am. J. Med., 2002.

9. Jarosławiecka Anna, Piotrowska-Seget Zofia. Lead resistance in micro-organisms. In: <https://www.microbiologyresearch.org/content/journal/micro/10.1099/mic.0.070284-0> (accesat: 01.10.2019).
10. Munita Jose, Arias Cesar. Mechanisms of Antibiotic Resistance. În: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4888801/> (accesat: 30.09.2019).
11. Prestinaci Francesca, Pezzotti Patrizio, Pantosti Annalisa. Antimicrobial resistance: a global multifaceted phenomenon. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768623/> (accesat: 01.10.2019).
12. Prisacari V. Rezistența la antibiotice. Ghid de supraveghere și control în infecțiile nosocomiale. Ed. II, Chișinău, 2009, p.182-194.
13. Rezistența antimicrobiană. În: <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/ro/informati-vafise-informative/fisa-informativa-pentru-specialisti>. (accesat: 30.09.2019).
14. Tschudin-Sutter Sarah. Antimicrobial Resistance and Infection Control. În: <https://aricjournal.biomedcentral.com/> (accesat: la 01.10.2019).
15. WHO. Antimicrobial drug resistance. Report by the Secretariat, 134th sesion, 6 december 2013
16. WHO. Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance. Annual report 2017.
17. WHO. Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance. Annual report 2016.
18. WHO. Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance. Annual report 2015.
19. WHO. Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance. Annual report 2014.
20. WHO. Global action plan on antimicrobial resistance. 2015.

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII UN – CRTERIU IMPORTANT DE MĂSURARE A CALITĂȚII VIEȚII

Tudor Grejdean, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Leonid Margine, dr. șt. med., conf. univ.

Vlad Badan, asist. univ.

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

Chișinău, R. Moldova

sanatatepub@usmf.md leonid.margine@usmf.md vladislav.badan@usmf.md

HEALTH PROMOTION – AN IMPORTANT CRITERION FOR MEASURING THE QUALITY OF LIFE

In this article are defined some notions of quality of life towards health. The council of life quality is au indicator of health in population, and in gover-

ments, and it applies the realization of some favorable ways of life, has whole developments which include: "happiness – salve spacious", "social adaptation and, satisfaction of life".

Actualitatea temei. *Calitatea vieții* este un indicator a sănătății, atât pentru populație, cât și pentru guverne și se impune realizarea de moduri de viață favorabile sănătății. Toți autorii care descriu istoricul temei – „calității vieții” se referă la un discurs a lui Landon Johnson din 1964 în care afirmă: „Nu ne putem atinge obiectivele referindu-ne doar la nivelul contului bancar. Trebuie de asemenea evaluată calitatea vieții pe care o caută poporul nostru”. Tot în SUA sociologii au fost cei ce au introdus termenul de „fericire – mulțumire” („happiness”), stare de bine psihologic („psychological well – being”), „satisfacție de viață” (satisfaction of life”), „adaptarea socială” („social adjustment”) și în sfârșit „calitate a vieții” („quality of life”. Acest din urmă termen apare în 1969 lansat de către Brandbun și echipa sa de la NOROC (National Opinion Research Center) [1]. În 1976 Campbell se interesează de calitatea vieții colective și de moravurile concetățenilor americani. Urmează apoi aportul psihologilor care încearcă să coreleze calitatea vieții cu satisfacția nevoilor, cu stările afective, atitudinile și evaluările cognitive.

În ceea ce privește medicina, deși se citează studiile lui Karnofski (1948) în direcția evaluării stării de performanță (și bine subiectiv) la cancerosi precum și elaborările în aceeași direcție a lui Katz (1963), se pare că doar în 1966 Elkinton utilizează pentru prima dată termenul de „calitate a vieții” într-o publicație medicală. Contribuții la circumscrierea calității vieții au avut așa după cum s-a menționat deja sociologii, psihologii, politicienii, filosofi, medicii și chiar companiile de asigurare ale sănătății. Cele relatate din așa numeroase direcții, sugestiile de conceptualizare au furnizat perspective multiple care au încercat – și încearcă încă – să se integreze într-o viziune unitară. Deși, „pluridimensionalitatea” conceptului nu poate fi evitată.

Scopul studiului constă în evaluarea calității vieții prin promovarea sănătății [2]. Una dintre ideile ce au încercat să ordoneze acest domeniu a fost polarizarea între aspectul subiectiv și cel obiectiv al calității vieții. Perspectiva subiectivă are în vedere în primul rând ceea ce s-a numit starea de „bine subiectiv” (well being”, „bien-etre”), domeniu care a fost unul dintre primele studiate sistematic, mai ales în perspectiva evoluției cazurilor sub terapia medicamentoasă. Apoi starea de fericire – mulțumire (happiness”, le bonheur”) concept greu definibil, cu multe aspecte subiective ale concep-

tului global de calitate a vieții, corelate unor diverse incidențe ale trăirilor desfășurate pe variate perioade de timp) [3].

În cadrul polarizării menționate au fost evidențiate pe de altă parte aspectele „obiective” a calității vieții. Cel mai simplu este să se inventarieze condițiile fizice de existență: standardul locuinței proprii, nivelul de confort în această locuință, câștigul bănesc de care individul dispune, asigurarea sa cu hrană și alte facilități ale civilizației. Apoi posibilitățile sale de comunicare cu alții prin deplasare: facilitățile existente în comunicarea și deplasarea la distanță, în asigurarea contactului cu alții. Aceste probleme pot fi grevate deja de probleme medicale generale (tulburări motorii, de exprimare verbală, vizuală, emotive) sau de tulburări psihice (dificultăți de deplasare ale unui agrafobic cu atacuri de panică, de deplasare și comunicare ale unui depresiv sau schizofren). Atunci când apreciem calitatea vieții avem în vedere starea interepisodică, eventual difectuală a pacientului. La fel un aspect în mare măsură „obiectiv” este funcționarea subiectului în roluri sociale).

De exemplu faptul de a fi performant într-o activitate socialmente standardizată, sau de a fi capabil de o bună administrare a propriei gospodării. Aceste performanțe depind de o serie de capacități și abilități bio – psihologice. Polarizarea de mai sus între aspecte subiective și obiective ale calității vieții este parțial reală, parțial artificială. Cu atât mai mult cu cât există și o serie de aspecte ce pot fi astfel plasate doar după o interpretare nuanțată.

De exemplu, faptul de a avea relații intime, afectate comportamentale și chiar sexuale; sau chiar faptul de a reuși o bună integrare în grupul familial, în alte microgrupuri sociale, de prieteni, de apartenență politică sau religioasă. În acest aspect, felul în care un subiect anume se deschide spre spiritualitate, se împărtășește din acestea, participă la viața culturală sau religioasă, se simte împlinit prin aceste acțiuni și trăiri, faptul de a fi eventual creator, sentimentul de a se împlini cu rost și responsabilitate întru binele altora. Dificultățile acestei distincții țin și de probleme metodologice ale măsurării (evaluării), dat fiind că stările afectate și distorsiunile cognitive conduc la evaluări variate ale aceleași situații obiective.

Problema calității vieții (C.V.), conduce spre domenii greu controlabile din punct de vedere al cuantificării. Ceea ce nu înseamnă că, cel puțin parțial, ea nu poate fi supusă unei conceptualizări și modelări, tocmai spre a modifica optica strict medical-clinică.

Având conștiința faptului că ansamblul acestor aspecte existențiale sunt

corelate particularităților unei socio-culturi date și că se cer filtrate prin specificarea unică, a unei personalități conștiente, să urmărim câteva tentative de sistematizare a problemei.

Rezultate evidențiază faptul că calitatea vieții în medicină în general – se realizează în cele din urmă printr-un proces subiectiv de trăire și evaluare, care ține seamă de valorile universului cultural în care subiectul trăiește și care sunt încorporate de aceasta într-o manieră proprie. Dar în același timp se evidențiază faptul că calitatea vieții e corelată cu libertatea și voința subiectului. Precum și de o serie de factori corelați comunicării, interrelației și integrării subiectului în raport cu alte persoane și societatea din care face parte, inclusiv performanțele sale în rolurile sociale.

Luând în considerație la moment polarizarea subiectiv – obiectiv în circumscrierea și evaluarea calității vieții a unei persoane date, menționăm că sistematizările și conceptualizările teoretice din ultimii ani tind să sublinieze trei componente esențiale ale calității vieții și anume (după Katschnig).

1. Starea de „bine” subiectiv („well being”), „bien etre”), în diverse interpretări, de la starea afectivă de moment la satisfacția de durată în raport cu desfășurarea existenței sale.
2. Funcționarea în roluri sociale și ansamblul problematic corelat relațiilor interpersonal – sociale, abordat din diverse incidențe, perspective, focalizări.
3. Factorii ambientali (contextuali) predominant materiali (venit, hrană, locuință, căldură, etc.) corelați cu caracteristicile nișei ecologice umane în care subiectul trăiește. Aceștia se referă și la facilitățile sociale (de deplasare, comunicare), la șansele de educare și informației, la accesul, la serviciile de sănătate și asistență socială, la modalitatea în care e realizată securitatea persoanei în afara locuinței, la relațiile cu vecinii, etc.

Cele relatate confirmă, că toți factorii ambientali și cei ce țin de funcționarea socială se reflectă în cele din urmă în trăirile subiective ale individului. Însă, ele se cer comentați distinct, împreună cu interacțiunile posibile și reale dintre caracteristicile personale, genetic – tipologice așa cum se manifestă ele la un moment dat și ofertele sau șansele ambientale, fizice, economice, socio-culturale și de relaționare interpersonală. Atenție acordată calității vieții pentru foștii bolnavi somatici (cu sechele sau diferite – dezabilități minime sau mai importante) lărgiște considerabil perspectiva în gândirea tradițional medicală. După ce acest orizont a fost deschis, cercetătorii au formulat și testat diverse scale de evaluare a calității vieții,

gândindu-se după aspecte empirice la început; dar făcând mereu efortul să sistematizeze și să conceptualizeze acest domeniu. Autorii ce au abordat și studiat problema calității vieții la pacienți au folosit la un anumit moment teoria lui Maslow a „nevoilor umane bazale” ierarhizate pe mai multe nivele, și care, într-o manieră simplistă ar putea fi prezentată astfel: (după Mc. Kenna).

- Auto-realizarea:
 - nevoia de a realiza propriul potențial
- Stima
 - nevoia de a fi respectat de alții (ce se corelează cu stima de sine).
- Aspectul social
 - nevoia de suport din partea ambianței sociale
- Siguranța
 - securitatea la domiciliu și în lume
- Aspecte psiho – fiziologice
 - nevoia de alimentație, adăpost.

Invocarea concepției lui Maslow a fost doar un ghid aproximativ în studierea (C.V.) calității vieții, dezbaterile care au survenit pe parcurs relevând o serie de aspecte a acestei probleme.

În concluzie din cele deja menționate relevăm câteva perspective doctrinare care au stat și stau la baza sistematizării și conceptualizării „calității vieții”, reamintim dintre acestea: 1) concepția lui Maslow privitoare la „nevoile” umane bazale; 2) diferențierea dintre aspecte: subiective și obiective ale calității vieții; 3) diferențierea dintre domenii: a. satisfacție și împlinire subiectivă; b. nivelul de competență în rolurile sociale în integrarea socială (ce se bazează pe diverse abilități specific umane păstrate și dezvoltate); c. factori ambientali contextuali, fizici, umani, valorici; 4) corelarea în perspectiva dinamică care studiază interrelații dintre factorii deja amintiți, precum și modificarea acestora în perspectiva programelor de reabilitare țintite, a terapiei și a ciclurilor vieții.

Referințe bibliografice

1. Sartorius N. Quality of Life and Mental Disorders: A Global Perspective. in *A/*, p.319/328.
2. Barrz, M.M., “Well / being and Life Satisfaction as components of Quality of Life in Mental Disorders” p. 31-42.
3. Wolfensberger, W., “Let’s Hang Up” Quality of Life As a Hopeless, in *Quality of Life for Persons with Disabilities*, Ed.D.Goode, Brookline Books, 1994, p. 265-319.

PERSOANELE LONGEVIVE – VIZIUNI ȘI CONSECINȚE MEDICALE ȘI SOCIALE

¹Anatol Negară, dr. șt. med., conf. univ.

²Tudor Grejdean, dr. hab. șt. med., prof. univ.

²Leonid Margine, dr. șt. med., conf. univ.

¹Gabriela Șoric, dr. șt. med., cercetător științific

¹Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie din Republica Moldova, Chișinău, R. Moldova

²Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

anatolie.negara@usmf.md leonid.margine@usmf.md gabriela.soric@usmf.md

LONGEVIVE PERSONS – MEDICAL AND SOCIAL VISIONS AND CONSEQUENCES

Today, older adults are living longer than ever before, and growing in number. Over the past 80 years, the number of old people in Republic of Moldova has grown from 146 000 in 1930 to 499 900 in 2010. By the year 2030, the older adult population will represent 20 % of the total Republic of Moldova population. With these increases in life expectancy come decreases in mortality from heart disease and cancer, the leading causes of death among elders. However, there continues to be room for improvements.

Introducere. În ultimii ani societatea a început să manifeste un interes deosebit pentru populația în vârstă, că această latură a populației are o tendință de creștere progresivă. Conform prognozelor ONU, speranța de viață la naștere pe glob este în continuă creștere: de la 47 de ani în 1950-1955 la 65 de ani în 2000-2005, fiind preconizată să ajungă la 75 de ani în 2045-2050. Acest proces influențează și asupra structurii morbidității și mortalității populației, componenței familiilor, condițiilor de viață. Numărul persoanelor vârstnice crește în lume anual cu 2%, cu mult mai repede decât sporul natural al populației. Studiile demografice din ultimii ani constată creșteri esențiale în structura demografică a populației. Acest fenomen se datorează modificărilor înregistrate de evoluția principalilor indicatori ai mișcării naturale a populației – natalitatea și mortalitatea – caracterizați printr-o tendință de scădere a natalității și fertilității, pe de o parte, și prin scăderea mortalității generale, pe de altă parte, fenomen cunoscut sub denumirea de „tranziție demografică”. O îmbătrânire demografică este un proces istoric,

ireversibil, care afectează întreaga populație atât prin condiționările sale, cât și prin multiplele sale consecințe. Îmbătrânirea populației reprezintă un fenomen global, legat în mod direct de aspectele cotidiene ale vieții umane și vizează problemele de care depinde prosperarea economică: investițiile și cheltuielile, piața forțelor de munca, pensiile, impozitarea și transferul proprietății altei generații.

Creșterea rapidă a numărului populației va necesita reglementări economice și sociale de perspectivă în majoritatea țărilor dezvoltate.

Metodele de cercetare: *Istorică* – studierea, compararea și înțelegerea proceselor sănătății populației, și dezvoltarea sistemului de sănătate publică în Republica Moldova în diferite etape. *Statistică* – a permis determinarea și aprecierea obiectivă a stării de sănătate persoanelor longevive. *Matematică* – calcule matematice specifice pe parcursul cercetării. *Demografică* – obținerea, analiza și sinteza informațiilor privind evenimentele, fenomenele demografice privind populația, surprinse în structura și dinamica lor. *Sociologică* – această metodă a constat în utilizarea anchetei și interviului. Ea a permis studierea opiniei populației și a medicilor de familie cu privire la reforma serviciilor primare de asistență medicală. *Interviul standard* – metoda prin care s-a obținut culegerea de informații de tip populațional.

Volumul cercetării a inclus:

Fișe de ambulator – 140 în perioada 2014-2017.

CertIFICATE de deces – 100 în perioada 2014-2017.

Anchete pentru sondajul de opinii – 371.

Analele Centrului Național de “Management în Sănătate” 2015, 2016, 2017.

Registrele din instituțiile de protecție socială.

Rezultatele studiului: Îmbătrânirea populației reprezintă un fenomen global, legat în mod direct de aspectele cotidiene ale vieții umane și vizează problemele de care depinde prosperarea economică: investigațiile și cheltuielile, piața forței de muncă, pensiile, impozitarea și transferul proprietății altei generații) [1]. Numărul persoanelor vârstnice crește în lume anual cu 2,0% cu mult mai repede decât sporul natural al populației. Această dinamică se va înregistra încă cel puțin 25 de ani. În prezent fiecare al zecelea locuitor al țării este mai în vârstă de 60 ani, iar în 2050 din categoria de vârstă respectivă va face parte fiecare al cincilea locuitor. Rapiditatea acestor procese variază de la o țară la alta și depinde într-o mare măsură de nivelul dezvoltării economice a țării. Structura pe vârste a populației din diferite

țări se prezintă foarte divers, în țările avansate economic, întâlnindu-se o proporție de peste 17% a persoanelor vârstnice, comparativ cu numai 7% în curs de dezvoltare. În regiunile mai puțin dezvoltate ale lumii, previziunile globale fiind de 21% în 2050 reprezentând circa 2 miliarde de vârstnici raportat la populația evaluată globului.

Într-o largă perspectivă, evoluția demografică mondială va avea tendința dominantă îmbătrânirea populației, acest aspect fiind evidențiable prin creșterea vârstei mediane a populației mondiale de la 21,6 ani în 1970, la 26,5 ani în anul 2000, fiind evaluată la 31,2 ani în anul 2025) [2]. Europa este „cel mai bătrân continent”, vârsta mediană a populației fiind de circa 1,3 -1,4 ori mai mare decât cea a populației globului, fiind evaluată pentru anul 2025 la aproximativ 40 de ani. În Europa îmbătrânirea demografică se demonstrează atât creșterii populației vârstnice cât și declinului populației tinere, creșterea populației vârstnice jucând însă pe termen lung rolul dominant în procesul de îmbătrânire [3].

În Republica Moldova raioanele cu o pondere mai mărită a populației vârstnice în anul 2017 se includ următoarele raioane: Dondușeni – 24.2%, Briceni – 23.0%, Edineț – 22,5%.

Pot fi conturate unele perspective demografice în Republica Moldova. În prezent numărul populației stabile a republicii Moldova constituite 3563,6 mii persoane, din care 1476,6 mii(41.4%) – populația urbană și 2087.0 mii (58.6%) – populația rurală. După sexe: 48% -bărbați ,52%- femei. Tot din această sursă aflăm că longevitatea medie a populației este de 68.8 ani , reprezentînd 65,0 ani pentru bărbați și 72,6 ani pentru femei) [4,5].

Un segment important al studiului o constituie dimensiunile demografice a persoanelor de vârsta 80 ani și peste în Republica Moldova. Ponderea dimensiunii de vârstă 80 ani și peste în Republica Moldova în dinamică s-au înregistrat astfel: în 2017 ponderea de vârstă 80 ani și peste totală a constituit -1,7%, bărbați -1.1% și femei -2.2%, în comparație cu 2017, ponderea totală a constituit -2.0%, bărbați -1,3% și femei -2,6%. Deci din rezultatele obținute se poate de concluzionat, că ponderea persoanelor de vârsta 80 ani și peste este în creștere: totalul persoanelor de 80 ani și peste s-a mărit de 1,2 ori, bărbați cu 1,2 ori și femei de 1,2 ori [6].

Consecințele sociale. Acestea decurg din pierderea autonomiei persoanei vârstnice, a posibilităților economice, financiare reduse și din instalarea unei incapacități funcționale, ceea ce necesită servicii sociale adecvate: 1. Inexistența în comunitate a unor servicii medico-sociale în sistemul de

sănătate din România, generează o serie de disfuncții care ar putea fi evitate prin organizarea unei rețele comunitare de îngrijiri la domiciliu a vârstnicilor, precum și organizarea unor echipe multidisciplinare, care ar permite evaluarea prealabilă a nevoilor în servicii medicale a persoanelor dependente de vârsta a III-a și orientarea acestora către acele servicii care să le satisfacă nevoile. 2. Spitalele sunt puse adesea în situația de a găzdui cazuri care sunt de fapt cazuri pur sociale, dar pentru care nu există sprijin fin parte familiei sau a comunității, și care ocupă, mai mult sau mai puțin, paturile solicitate frecvent de urgențe medicale, nemaipunând în discuție cheltuielile suplimentare suportate de spital prin internarea acestei categorii de persoane. 2. Îmbătrânirea populației crește cererea de asistență geriatrică, gerontologică și de alte specialități, cerute în domeniu. 3. Pentru susținerea financiară, medicală, socială este necesar un cadru legislativ adaptat nevoilor vârstnicului și ocrotirii acestuia, cu stimularea rămânerii vârstnicului în propria locuință, încurajarea și stimularea familiilor pentru a-și îngriji vârstnicii în propria familie. 4. Găsirea de resurse pentru adaptarea locuințelor persoanelor de vârsta a III-a la gradul și titlul de dependență instalat.

Concluzii. 1. În următorii 25 de ani, se estimează că, populația vârstnică va crește cu 88%, în comparație cu creșterea cu doar 45% a populației în vârstă de muncă, ceea ce va crea mari probleme sociale – economice și de sănătate în rândul familiei și societății.

2. Rezultatele studiului demonstrează că pe parcursul ultimilor decenii în Republica Moldova se observă o schimbare vădită a structurii de vârstă a populației cu creșterea ponderii persoanelor vârstnice pe fundalul scăderii natalității și a fertilității.

3. Efectele procesului de îmbătrânire asupra desfășurării vieții economice și sociale, cât și asupra evoluțiilor demografice viitoare vor apare în timp, determinând perturbații la nivelul populației școlare, populației fertile și populației în vârstă de muncă .

4. Actualul studiu este un semnal de alarmă atât pentru organele de protecție socială, cât și Instituțiile Medico-Sanitare Publice, care monitorizează starea de sănătate a populației de vârsta 80 ani și peste, în scopul diminuării situațiilor cu impact negativ asupra sănătății cu garantarea unui standard de viață decent.

Referințe bibliografice

1. Enăchescu D., Marcu Gr.M. Sănătate Publică și Management sanitar. Colecția Medicinalis. București: Editura All,1995. 320 p.

2. Melnic B. Omul. Geneza existenței umane. Chișinău, 1998. 220 p.
3. Borzan Cristina Maria, Mocean Florea. Sănătate Publică. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2002. 274 p.
4. Duda Rene. Gerontologie medico-socială. Iași: Ed. Junimea, 1983. 185 p.
5. Duda Rene. Sănătate Publică și Management. Iași: Moldtip, 1996. 220 p.
6. Tintiuc D., Gagauz O. Familia ca subiect al proceselor demografice. În: Conferința "Particularitățile și tendințele proceselor demografice în Republica Moldova". Chișinău, 2001, p.19-30.

PRIORITĂȚILE SISTEMELOR DE SĂNĂTATE: AVANTAGE ȘI DEZAVANTAGE

Tudor Grejdean, dr. hab. șt. med, prof. univ.

Victoria Voloceai, dr. șt. med., asist. univ.

Diana Mitriuc, asist. univ.

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

sanatatepub@usmf.md victoria.voloceai@usmf.md diana.mitriuc@usmf.md

PRIORITIES OF HEALTH SYSTEMS: ADVANTAGES AND DISADVANTAGES

An important role in the life of contemporary societies is played by the Health System, which constitutes a set of elements and relationships that determine the health status of individuals and populations. The health system is made up of elements in interaction belonging to the political, social, economic, cultural system existing in a country at a given time. Depending on the different types of relationships that occur between the third party payer, provider and consumer (patient), seven types of health systems can be described.

Sistemul de sănătate este ansamblul funcțional al elementelor și relațiilor care determină starea de sănătate a indivizilor și populațiilor, fiind alcătuit din elemente aflate în interacțiune aparținând sistemului politic, social și economic, precum și ale sistemului cultural, sisteme existente într-o țară la un moment dat [1]. Sănătatea, conform Organizației Mondiale a Sănătății, se definește ca fiind “bunăstarea completă fizică, psihică și socială, și nu doar absența bolii sau a handicapului”, definiție ce surprinde caracterul pozitiv și parțial subiectiv al conceptului de sănătate, iar boala este privită ca “o stare nedorită, morbidă”. Sistemul de servicii de sănătate este ansam-

blul structurilor organizate care furnizează bunuri și servicii către indivizi și populație în vederea ameliorării sau a menținerii stării de sănătate, iar *sistemul de îngrijiri de sănătate* este ansamblul de resurse (umane, materiale, financiare, informaționale, temporale) structurate și utilizate în modalități variabile pentru a produce îngrijiri de sănătate²⁰ care au ca scop îmbunătățirea sau menținerea stării de sănătate a indivizilor [2]. Istoria recentă arată că întreaga lume se află la ora actuală în căutarea unui sistem de îngrijiri de sănătate cât mai bun, adică mai puțin costisitor și mai benefic pentru sănătatea cetățeanului. Un exemplu notoriu este creșterea masivă a cheltuielilor pentru sănătate în SUA (de la cca 5% în 1950 la peste 16% în anul 2000), fără ca starea de sănătate a populației să se îmbunătățească în aceleași ritmuri). În consecință, este absolut firesc ca politicienii, economiștii, juriștii și planificatorii de sănătate din SUA să vorbească despre acest nou sistem de sănătate și să gândească l, sau cel puțin la reformarea celui existent.

Un sistem sanitar poate fi analizat și caracterizat ținând cont de două aspecte importante: fluxul financiar și organizarea sa. Din punctul de vedere al fluxului financiar, indiferent de tipul sistemului sanitar, există trei mari actori: terțul plătitor, furnizorul și consumatorul sau pacientul. În funcție de diferitele tipuri de relații care se realizează între aceștia, se pot descrie mai multe tipuri de sisteme sanitare. O analiză făcută de OECD²¹ a identificat 7 asemenea modele care vor fi descrise în continuare (OECD, 1992 [3].

Modelul cu plată voluntară – “din buzunar”. Cea mai simplă formă a pieței sanitare private, fără asigurări, cu plata directă, din buzunar, pe baza tranzacțiilor directe între consumatorii și furnizorii de servicii medicale. Plata serviciilor depinde de capacitatea de plată. Atunci când veniturile sunt insuficiente sau când cheltuielile sanitare sunt neașteptat de mari, modelul nu asigură un acces adecvat și echitabil la asistența medicală. De asemenea, eficiența micro – și macroeconomică este dubitabilă. Chiar dacă consumatorii au libertate de alegere deplină, suveranitatea pacientului este discutabilă datorită existenței unei puternice asimetrii informaționale între pacienți și medici, ca și datorită monopolului deținut de furnizorii medicali. Acest model este satisfăcător doar pentru intervenții minore sau de rutină [4]. Acest model este considerat superior plății directe, pacienții putându-se asigura împotriva unor cheltuieli medicale neașteptate prin intermediul primelor plătite. Totuși, costurile administrative dintr-un

²⁰ Se concretizează prin activitățile medico-sanitare care au ca scop ameliorarea sau menținerea stării de sănătate a indivizilor, și diminuarea incapacității datorate bolilor.

²¹ Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică.

asemenea sistem adaugă cca 10% la costurile primelor medicale actuale. De asemenea, sunt descrise alte două dezavantaje. Mai întâi, atunci când consumatorul este protejat de aceste asigurări, apare fenomenul de hazard moral: nu există stimulente pentru reducerea cererii, care poate fi indusă chiar de către furnizori (medici). Al doilea dezavantaj major constă în apariția inechității sistematice, accesul la asigurări și deci la asistența medicală va fi în relație cu capacitatea de plată. Este modelul “convențional” pentru SUA, dar rar pentru Europa. Modelul este utilizat preponderent pentru alte sectoare decât cel medical (asigurări de viață, de bunuri etc.). Se întâlnește pe piața privată din Anglia și Olanda [5].

Modelul de asigurare obligatorie cu rambursarea pacienților. Problemele legate de echitate și selecția riscurilor întâlnite în modelul anterior pot fi diminuate prin introducerea obligativității asigurărilor în funcție de venituri (o cotă procentuală din venitul individual), fapt ce duce la fenomenul “solidarității”, cei bogați cotizând și pentru cei cu venituri mai reduse. Acest model are aceleași mari principii întâlnite anterior: plata directă (per act) a medicilor de către pacienți; prime obligatorii în funcție de venituri; fonduri finanțatoare care nu sunt în competiție; nu există conexiuni între furnizori sau finanțatori; rambursarea cheltuielilor făcute de pacienți în concordanță cu cele prevăzute în schema de asigurare; poate, de asemenea, exista împărțirea costurilor între pacient și asigurător (coplăți) [6]. Prin acest model se poate obține o anumită echitate în accesul la serviciile sanitare și plata lor, continuă să persiste unele din problemele întâlnite la modelul privat echivalent: hazardul moral, cererea indusă de ofertă și tendința spre costuri administrative mari. Din nou, hazardul moral poate fi contrabalansat prin introducerea coplăților. Elemente din acest tip de model se întâlnesc în Belgia și Franța indusă de ofertă și tendința spre costuri administrative mari. Din nou, hazardul moral poate fi contrabalansat prin introducerea coplăților. Elemente din acest tip de model se întâlnesc în Belgia și Franța.

Modelul de asigurare voluntară contractuală. Acest model arată astfel: servicii furnizate liber pacienților asigurați; competiție între companiile de asigurare; prime de asigurare fixe, comunitare de obicei; plata per act sau capitație prin intermediul terțului plătitor; competiție între furnizori (linia punctată) este dirijată de asigurători, și nu de pacienții individuali. Acest model a fost sau este întâlnit în diferite variante: asigurătorul poate fi controlat de consumatori (precum era situația în Europa anilor '20-'40), de doctori sau alți furnizori, de organizații private independente atât ale furnizorilor, cât și ale consumatorilor [7].

În Europa aceste modele au fost abandonate, deoarece se adresau în principal celor ce lucrau, lăsând neacoperită o parte importantă a populației. De asemenea, erau nepopulare pentru doctori, datorită puterii financiare locale care îngreua sensibil veniturile medicilor, fiind înlocuite de fondurile de asigurare obligatorie cu remunerarea medicilor per act, cu tarife negociate central.

Modelul public contractual. Acest model se regăsește în schemele de asigurări obligatorii europene și are la bază: servicii furnizate consumatorilor eligibili în mod liber; contribuții obligatorii legate de venituri; plata per act sau capitație prin intermediul fondurilor de asigurare către furnizorii independenți. Și acest model poate avea mai multe variante. Principalele caracteristici ale acestui model sunt: terțul plătitor este un organism public, care are relații contractuale cu furnizorii; altfel spus, există o separare între finanțatori și plătitori; frecvent, metoda de plată este dependentă de cantitatea și calitatea muncii prestate. Este comun pentru furnizorii europeni aflați în acest tip de sistem să fie liberi să facă contracte cu orice fond de asigurări, pe baza principiului libertății de alegere. Este modelul dominant pentru asistența primară în Germania, Irlanda, Anglia și pentru spitalele din Germania, Belgia, Olanda, Anglia. E utilizat parțial și în asistența primară în Franța și Belgia [8].

Modelul de asigurare voluntară cu integrare între furnizor și asigurator. La începutul dezvoltării pieței medicale private europene, unele grupuri de asiguratori au considerat mai util să angajeze medici cu salariu și să fie și proprietarii facilităților medicale, mai ales pentru asistența primară. Caracteristicile acestui model sunt: servicii furnizate liber pacienților; competiție între asiguratori; prime voluntare fixe; integrare verticală între asiguratori și furnizori, cu plata prin salarii și bugete prospective; libertatea de alegere a medicului de către pacienți este limitată de alegerea companiei de asigurare. Astfel, acest model prezervă libertatea alegerii companiei de asigurare, dar restrâng escala furnizorilor. Are un bun potențial pentru eficiență micro – și macroeconomică, prin: stimulentele competiției; managementul furnizării serviciilor medicale (prin “filtrele” asistenței primare și contractele la angajare); economii administrative prin integrare verticală. Este tipul utilizat în SUA, în HMO (organizații integrate de furnizare a serviciilor de sănătate), fiind puțin utilizat în Europa.

Modelul de asigurare obligatorie cu integrare între furnizare și asigurare (modelul public integrat). Varianta publică a modelului anterior

a fost larg adaptată în sistemele obligatorii. Caracteristicile acestui model: servicii furnizate liber pacienților; terți plători organizați de organisme finanțatoare publice, de obicei, autoritățile publice centrale sau locale; finanțare prin contribuții legate de venituri, obligatorii, deseori via impozite generale; plata medicilor se face de obicei prin salarii și bugete prospective. Se poate aprecia în acest context că modelul din Republica Moldova al sistemului de asigurări de sănătate se apropie cel mai mult de ceea ce am descris sub denumirea de model public integrat, cu avantajele și dezavantajele menționate anterior.

În mod tradițional, în funcție de sursele de finanțare, au fost descrise **trei tipuri de sisteme de sănătate:**

1. Sistemul național de sănătate numit și model Beveridge, de asemenea, după numele celui ce l-a introdus în Anglia după cel de-al doilea război mondial – finanțat prin impozite. Sistemul național de sănătate (NHS) a fost introdus în Marea Britanie în 1942 (preluat de la Suedia, care l-a introdus în 1930). Acest sistem de sănătate a fost modelat de la an la an în funcție de necesități. În 1990 în Marea Britanie s-au introdus modificări în sistemul de sănătate pentru a se lărgi sfera sectorului privat și a scădea astfel cheltuielile bugetare. *Avantaje:* acoperire largă, cu impact pozitiv asupra stării de sănătate a populației; controlul cheltuielilor; accesibilitate la serviciile medicale; gratuitate în momentul utilizării serviciilor de sănătate. *Dezavantaje:* medicii sunt lipsiți de stimulente; există lungi liste de așteptare pentru anumite acte medicale; sistemul este excesiv de birocratic;

2. Sistemul de asigurări sociale de sănătate numit și sistem bismarkian, după numele celui care l-a introdus în Germania, la sfârșitul secolului XIX – bazat pe prime obligatorii de asigurare, dependente de venituri, și nu de starea de sănătate a celor asigurați. Sistemul asigurărilor publice obligatorii de sănătate (asigurări de boală) – sistemul Bismark a fost introdus în Germania în 1883 și ulterior în Austria, Belgia, Franța și Olanda. *Avantajele* asigurărilor publice obligatorii de sănătate: asistența de urgență este obligatorie și gratuită; cetățenii fără venituri au asigurat un pachet minim de servicii de sănătate finanțat de guvern. *Dezavantajele* asigurărilor publice obligatorii de sănătate: contribuția (taxa) este în funcție de venit, populația achită taxe proporționale cu veniturile, dar are acces la serviciile de sănătate după nevoi; banii adunați nu pot fi bine controlați; salariul personalului poate fi diferit de la un an la altul; bugetul acumulat este deseori insuficient pentru acoperirea cheltuielilor; *Sistemul voluntar de asigurări* – caracteristic pieței private de sănătate, cu finanțare privată, primele de asigurare fiind corelate cu riscurile asiguraților.

3. Sistemul de asigurări private, voluntare, de sănătate modelul ”suveranității” consumatorului). În SUA se cheltuie pentru sănătate 11% din produsul național brut, constituind cea mai scumpă asistență medicală, datorită tehnologiei de vârf din domeniu. Începând cu 1995 – 1996 s-a încercat o reformare a sistemului de sănătate, pentru a asigura o mai mare acoperire a populației și o mai bună accesibilitate financiară la îngrijirile de sănătate. *Avantaje*: nu creează posibilități de opțiune mai mari pentru pacienți, întărind astfel poziția consumatorilor de servicii de sănătate; oferă persoanelor sentimentul că au dreptul să beneficieze de serviciile pe care le-au plătit; nu există plăți clandestine. *Dezavantaje*: asigurarea privată nu este obligatorie; 15-17% din populația sub 65 de ani nu este asigurată; a scăzut speranța de viață la naștere; s-a deteriorat starea de sănătate a populației.

4. Sistemul centralizat de stat (de tip Semașko). Acest tip de sistem de sănătate este caracteristic fostelor țări socialiste. *Avantaje*: te finanțat de la bugetul de stat; este controlat de stat printr-un sistem de planificare centralizată; statul are monopolul serviciilor de sănătate, care sunt proprietatea sa; personalul medical este în întregime salariat al statului; accesul la servicii este general; nu există sector privat; prioritatea socială scăzută a sistemului de sănătate. *Dezavantaje*: este lipsit de competiție și inițiativă; ”funcționarizează” activitatea medicală; este subfinanțat, neperformant și ineficient; impact redus asupra stării de sănătate a populației.

Referințe bibliografice

1. Dănăiață I. Managementul prin excepție, în Sisteme, metode și tehnici de management a organizațiilor. Coord.: O. Nicolescu, , București: Editura Economică, 2000, p.305-309.
2. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. I-III. Michigan: Health Administration Press, Ann Arbor, 1985, p.505-509.
3. Drucker P.F. Management: Tasks, Responsibilities, Practices. London: Pan Books Ltd., 1979, p.805- 809.
4. Drugan T., Achima A. Informatica medicală elementară. Cluj-Napoca: Editura Alma Mater, 2002, p.915-919.
5. Enăchescu D., Marcu M. Gr. Sănătate publică și management sanitar. București: Editura All,, 1998, p.715-719.
6. Jivan, A. Managementul serviciilor. Timișoara: Editura de Vest, 1998, p.345-349.
7. Nicolescu O., Verboncu I. Management. București: Editura Economică, 1999, p.805-809.
8. Vulcu L, Cojan A. Management, note de curs pentru conducerea serviciilor medicale sau sociale. Vol. I. Sibiu, 1996, p.415-419.

EVOLUȚIA ABORDĂRILOR DE IMPLEMENTARE A METODELOR ȘI PROGRAMELOR DE INSTRUIRE MEDICALĂ PRIN SIMULARE CONFORM GHIDURILOR EDUCAȚIONALE INTERNAȚIONALE

Andrei Romancenco, șef, Centrul Universitar de Simulare în Instruirea Medicală, doctorand, Catedra de management și psihologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițnu”, Chișinău, R. Moldova
andrei.romancenco@cusim.md

EVOLUTION OF APPROACHES TO THE IMPLEMENTATION OF THE METHODS AND SIMULATION MEDICAL TRAINING PROGRAMS ACCORDING TO INTERNATIONAL EDUCATIONAL GUIDELINES

A number of recent events have increased the need for the use of clinical simulation in the continuous education system. Essential factors are increased patients safety, the need for a new training model that is not exclusively based on study, standardized educational possibilities that are available on request, and the need to practice and hone skills in a controlled environment. The international guides in the field of medical training through simulation to use this method effectively for the entire duration of medical training.

De-a lungul ultimelor două decenii, la nivel internațional a existat o concepție privind simularea în domeniul educației medicale. Medicina a învățat mult din profesii, cum ar fi serviciul aviatic, serviciul militar și explorarea spațiului, unde erau stabilite programe de simulare pentru instruire. Creșterea cerințelor privind efectuarea training-urilor, contactul limitat cu pacienții și acordarea unei priorități privind siguranța pacientului, au contribuit la crearea unui nou concept în domeniul educației medicale cu implicarea mai multor tehnologii și noilor metode pentru a întocmi un curriculum standardizat. Simularea în domeniul educației de sănătate are un mare potențial pentru a fi utilizată în întregul sistem de învățământ medical continuu, de la licență la educație continuă. La fel poate fi utilizat pentru a instrui furnizorii de servicii medicale în diferite domenii, de la începători la experți.

Asociația pentru Educație Medicală din Europa (AMEE – Association for Medical Education in Europe) este o organizație la nivel mondial, care promovează excelența internațională în educație pentru profesiile de asistență medicală de-a lungul continuității învățământului universitar, post-

universitar și continuu. AMEE, care lucrează cu alte organizații, sprijină profesorii și instituțiile în activitățile lor educaționale actuale și în dezvoltarea de noi abordări în planificarea curriculumului, metodele de predare și învățare, tehnicile de evaluare și managementul educațional, ca răspuns la progresele în medicină, schimbările în furnizarea asistenței medicale și cerințele pacientului și noile gândiri și tehnici educaționale.

AMEE promovează excelența în educația medicală la nivel internațional prin: promovarea schimbului de informații prin crearea de rețele, conferințe, publicații și activități online; identificarea îmbunătățirilor abordărilor tradiționale și susținerea inovării în planificarea curriculumului, predarea și învățarea, evaluarea și managementul educației; încurajarea cercetării în domeniul educației profesiilor medicale; promovarea utilizării unei educații informate; stabilirea standardelor pentru excelență în educația profesiilor medicale; recunoașterea realizării atât la nivel individual, cât și la nivel instituțional; recunoașterea naturii globale a educației profesiilor medicale; influențarea dezvoltării continue a educației profesiilor medicale prin colaborarea cu organisme naționale, regionale și internaționale relevante [1].

AMEE este membru fondator al BEME (Best Evidence in Medical Education), cele mai bune dovezi de colaborare în domeniul educației medicale. Colaborarea BEME este un grup internațional de persoane, universități și organizații profesionale angajate în dezvoltarea unei educații informate cu dovezi în profesiile medicale. Obiectivele BEME sunt atinse prin diseminarea informațiilor pentru luarea deciziilor, realizarea de recenzii sistematice și crearea unei culturi de cea mai bună educație prin dovezi. De două decenii, BEME oferă cele mai recente descoperiri din cercetarea educațională fundamentată științific, pentru a permite profesorilor și administratorilor să ia decizii în cunoștință de cauză cu privire la inițiativele de educație bazate pe dovezi care să sporească performanța elevilor pe măsuri cognitive și clinice [2].

În evaluarea competențelor clinice este important de a observa interacțiunea candidatului cu pacientul. Rolul pacientului în această relație variază în funcție de tipul de interacțiune între student și pacient și de semnele clinico-fizice ale pacientului în cadrul sesiunii de simulare. Pacienții implicați în procesul de examinare pot fi reali sau simulați de persoanele, care au fost instruite prealabil pentru a juca un anumit scenariu. Manechinii sau simulatoarele, video și audio înregistrările sau diverse tehnici de calcul pot fi, de asemenea, utilizate ca substituenți ai pacienților [3].

În felul acesta s-a creionat șirul evoluției de la pacient real la simulat și respectiv standardizat. Iar evaluarea clinică se bazează pe interacțiunea candidatului cu pacientul real sau simulat. Simulatoarele simple și sofisticate de asemenea pot fi folosite pentru a evalua aptitudinile de examinare fizică și proceduri practice. Trei abordări ale utilizării pacienților în examinările clinice: pacienți "reali", așa cum se întâlnesc în practica medicală; pacienți simulați – persoane instruite să joace acest rol de pacienți; înlocuitori ai pacienților, inclusiv reprezentări video sau de sunet, plastic sau alte modele sau simulări pe calculator.

Introducerea examenului clinic obiectiv-structurat (OSCE), cu accent pe pacient, a prezentat o abordare diferită, care vizează două scopuri: obiectivitatea și validitatea. Utilizarea OSCE și a pacienților standardizați a cunoscut o dezvoltare intensă în anii 1980. A fost acceptat unanim faptul că este esențial de a observa procesul de interacțiune a candidaților cu pacienții, pentru a obține o obiectivitate mai bună în procesul de evaluare. Importanța testării autentice sau bazate pe performanță a fost evidențiată ulterior, în anii 1990, pacienții având un rol central în procesul de evaluare.

În concluzie, conform Ghidului AMEE nr.13, se evidențiază nevoia de o formă clinică de examinarea acceptată pe scară largă. În plus, nici un test unic nu evaluează toate componentele competenței clinice și este necesară o combinație de metode diferite, iar centrul de examinare clinică este observarea unui candidat care interacționează cu un pacient și efortul ar trebui făcut pentru a menține și a îmbunătăți valabilitatea și fiabilitatea acestui proces.

La momentul actual, simulatoarele sunt pe larg utilizate în educația profesională și evaluarea personală. Simulatoarele includ diverse dispozitive, persoane instruite, medii virtuale aproape de realitate și situații sociale controversate, care mimează probleme, evenimente sau condiții, ce apar în timpul întrunirilor profesionale [4].

Ghidul BEME nr.4 începe cu o introducere largă și profundă a istoriei de 34 de ani (1969-2003) și utilizarea simulării de înaltă fidelitate în educația medicală, avînd scopul să revizuiască și să sintetizeze dovezile existente în domeniul științei educaționale care se adresează unei întrebări specifice: "Care sunt caracteristicile și utilizările medicale a simulării de înaltă fidelitate, care conduc la învățarea eficientă? "

Ghidul este angajat să transpună formarea profesională medicală de la educație bazată pe opinie la educație bazată pe dovezi și vine în concluzie

cu o serie de caracteristici importante și aspecte ale simulatoarelor și pacienților standardizați:

- Oferirea feedback-ului în timpul experienței de învățare cu simulatorul;
- Faptul că instruiții trebuie să practice repetitiv abilitățile pe simulator;
- Integrarea simulatoarelor în curriculum-ul general;
- Instruiții ar trebui să practice la niveluri înalte de dificultate;
- Adaptarea simulatorului pentru a completa strategiile multiple de învățare;
- Confirmarea că simulatorul asigură o variație clinică;
- Învățarea pe simulator ar trebui să aibă loc într-un mediu controlat;
- Oferirea învățării individualizate (în plus față de echipă) pe simulator;
- Definirea în mod clar a rezultatelor și reperelor pentru instruiți pentru a obține utilizarea eficientă a simulatorului;
- Asigurarea că simulatorul este un instrument de învățare valabil.

Este cunoscut faptul că instruirea medicală depinde în mod tradițional de relația medic-pacient. Cu toate acestea, schimbările în furnizarea serviciilor medicale împreună cu problemele legate de lipsa obiectivității sau standardizarea examinărilor clinice, a contribuit la introducerea "pacientului simulat" sau "pacientului standardizat" (PSt). PSt sunt utilizați la etapa actuală pe scară largă pentru instruire și evaluare. PSt sunt de obicei, dar nu inevitabil, persoane care sunt instruite să simuleze un pacient cu o anumită patologie într-un mod real, uneori într-un mod standardizat (să ofere o prezentare consecventă care nu variază de la student la student). PSt pot fi folosiți pentru instruirea și evaluarea abilităților clinice/fizice de examinare, într-un mediu simulat sau în situ. Toți PSt joacă roluri, dar în același timp oferă feedback și evaluează performanța studenților. Având în vedere nivelul înalt de implicare în formarea medicală, este esențial să fie recrutați, instruiți și utilizați PSt corespunzători.

Ghidul AMEE nr.42 oferă o prezentare detaliată al acestei noi metode de instruire și evaluare prin simulare: monitorizarea și evaluarea performanțelor PSt, privind atât obiectivitatea și siguranța, cât și impactul metodei date asupra PSt; un review general a metodelor, a costurilor de personal și a cheltuielilor de rutină necesare pentru recrutarea, administrarea și instruirea unui număr anumit de PSt[5].

Ca direcții de concluzie ale Ghidului AMEE nr.42 ar fi de remarcat următoarele:

- Pacienții simulați au fost implicați în procesul de instruire și evaluare în formarea medicală timp de 40 de ani. Utilizarea lor în educația medicală este acum la nivel mondial;
- Există multe avantaje privind utilizarea PSt; toți studenții vor avea aceeași experiență;
- Recrutarea, instruirea și utilizarea PSt necesită expertiză și resurse permanente;
- Performanța PSt necesită o monitorizare și evaluare permanentă, atât în termeni de valabilitate și obiectivitate, precum și din punct de vedere al impactului asupra PSt;
- Au fost efectuate multiple cercetări privind implicarea PSt în educația medicală, dar necesitatea unor studii solide și bine concepute sunt în procesul de desfășurare.

În cea mai simplă formă, simulările pot fi descrise ca simulând realitatea. În prezent, în sistemul de educație medicală, sunt utilizate multe dispozitive și metode de simulare. Utilizarea simulării se datorează nu numai forțelor motrice diferite, dar și rezultatelor și obiectivelor dorite. Aceste rezultate includ posibilitatea formării și evaluării, îmbunătățirea siguranței pacienților și efectuarea de cercetări. Între timp, metodele de simulare nu trebuie luate ca un panaceu pentru rezolvarea tuturor problemelor educaționale. Pentru a decide cu privire la una sau alta tehnică de simulare, în primul rând, trebuie să fim ghidați de rezultatele dorite[6].

Pozițiile cheie stipulate în Ghidul AMEE nr. 50 ar fi următoarele:

- Simularea – este o metodologie și nu o tehnologie;
- Utilizarea eficientă depinde de identificarea rezultatelor așteptate și a scopurilor instruirii;
- Proiectarea minuțioasă a centrului de simulare pentru obținerea efectului educațional maxim al acestei metode de instruire;
- Elaborarea scenariilor și managementul realității sunt conexe;
- Instituția medicală și personalul trebuie să tindă spre integrarea metodei de instruire prin simulare în programele curriculare;
- Instruirea personalului – aspect strategic al instruirii medicale bazată pe simulare și controlul calității;
- Evaluare prin simulare: formativă (intermediară) și/sau finală. (Modelul Bayesian);

- Evaluarea și cercetările în domeniul instruirii prin simulare trebuie să fie orientate spre siguranța pacientului și calității actului medical acordat. (Ierarhia Kirkpatrick – nivele: reacție, învățare, comportament, rezultate).

În constatările finale ale Ghidului AMEE nr. 50 ar fi de menționat, că instructorii calificați în instruirea prin simulare ar trebui să fie în tandem cu cercetătorii din domeniul psihologiei, iar unele abilități în special cele non-tehnice sunt greu de evaluat cantitativ.

Creșterea cerințelor privind efectuarea training-urilor, contactul limitat cu pacienții, și acordarea unei priorități privind siguranța pacientului, au contribuit la crearea unui nou concept în domeniul educației medicale cu implicarea mai multor tehnologii și noilor metode pentru a întocmi un curriculum standardizat [7].

Ghidul AMEE nr.82 se focusează pe principiile educaționale ce vor contribui la un studiu eficient, și include subiecte, cum ar fi feedback-ul și debriefing-ul, rezolvarea cazurilor clinice și integrarea curriculară, perfecționarea cursurilor, gama de dificultate a training-urilor, varietatea cazurilor clinice și cursurile individuale – tot pentru eficacitatea simulării.

Punctele strategice ale acestui ghid ar fi definite în felul următor:

- Simularea este tot mai frecvent aplicată în domeniul educației medicale pentru a studia individual sau în echipă abilitățile cognitive, psihomotorii și afective.
- Primar este important să se determine rezultatele folosirii simulării și utilizarea acesteia pentru a ghida integrarea sa în curriculum.
- Feedback-ul este esențial pentru simularea eficientă și ar trebui să fie ghidat de necesitățile individuale de studiu.
- Simularea permite efectuarea training-ului într-un mediu controlat, cu oportunități pentru creșterea performanței practice și evaluării proprii.
- SBML (Simulation-based mastery learning) simulare bazată pe perfecțiune în mod semnificativ îmbunătățește abilitățile participanților.
- Cercetările suplimentare sunt necesare în domeniile de instruire, în determinarea rezultatelor, precum și în cazuri de translație și implementare în contextul simulării.

Scopul educației medicale este de a dezvolta abilitățile medicilor, care sunt capabili să furnizeze un nivel înalt de îngrijire în condiții de siguranță

a pacienților. Determinarea metodei optime și a elementelor necesare pentru a atinge obiectivele de studiu, rămâne o provocare și în curs de cercetare.

Referințe bibliografice

1. Association for Medical Education in Europe (AMEE).AboutUs. In: <https://amee.org/what-is-amee> (accesat: 29.09.2019).
2. Association for Medical Education in Europe (AMEE).askAMEE.<https://amee.org/amee-initiatives> (accesat: 29.09.2019).
3. AMEE Guide 13: The Use of Real Patients, Simulated Patients and Simulators in Clinical Examinations, J P Collinsand R M Harden. 1998.
4. BEME Guide No 4: Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME system at ice review, S Barry Issenberg , William C McGaghie, Emil R Petrusa, David Lee Gordon & Ross J Scalese. 2005.
5. AMEE Guide 42: The use of simulated patients in medical education, Jennifer A Cleland, Keiko Abe and Jan-Joost Rethans. 2009.
6. AMEE Guide 50: Simulation in Healthcare Education. Building a Simulation Programme: a Practical Guide, Kamran Khan, Serena Tolhurst-Cleaver, Sara White, William Simpson. 2011.
7. AMEE Guide 82: Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide, Ivette Motola, Luke A Devinie, Syun Soo Chung, John E Sullivan, S. Barry Issenber

UNELE ASPECTE ÎN TRATAMENTUL PACIENTELOR CU POLICHISTOZĂ OVARIANĂ

Voloceai Victoria, dr.șt.med., asist. univ.

Diana Mitriuc, asist. univ.

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

victoria.voloceai@usmf.md diana.mitriuc@usmf.md

SOME ASPECTS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH OVARIAN POLYCHISTOSIS

In this state are described some particularities of PCOS and the it' simpatance in establishment of optimal tratament of PCOS.AMH has been involved in the pathogenesis of PCOS. The goal of this research was to mea-

sure AMH before and after laparoscopic ovarian drilling and to evaluate its prognosis regarding ovulatory respons, to investigate AMH changes and other hormonal disturbunces after LOD, to explore the effects of LOD further. This prospective study included anovulatory women with PCOS undergoing LOD (n= 40). Plasma AMH concentrations were measured before and 5 days after surgical treatment.

Actualitatea problemei: Sindromul ovarelor polichistice (SOP) reprezintă una din cele mai răspândite forme ale endocrinopatiei, care are drept consecință hiperandrogenia și infertilitatea anovulatorie [1]. Totodată aceasta este una dintre cele mai studiate patologii din ginecologia endocrinologică și reproductologie. În studierea manifestărilor SOP sunt îndreptate o multitudine de studii clinice și experimentale. Consensul de la Rotterdam din 2003 este considerat a fi acum standardul global de definire a SOP. Trebuie menționat că, deși tratează în detalii numeroasele dificultăți în obținerea unui diagnostic standardizat, din nefericire acesta nu a fost capabil să ofere clarificări diferențiate și de perspectivă [2].

La etapa actuală se practică diferite metode de tratament al SOP. Imposibilitatea definirii SOP drept nosologie unică face ca aceasta să determine 2 direcții de conduită medicală: corecția dereglărilor de ciclu menstrual, acnee, seboree, hirsutism și alopecie, iar pe de altă parte tratamentul infertilității. Boala ovarelor polichistice (PCOS) rămâne a fi o entitate incomplet înțeleasă care apare cu regularitate în practica majorității ginecologilor. PCOS este caracterizată de prezența unor ovare mărite în dimensiuni cu multiple formațiuni chistice într-o stromă hipervascularizată androgen secretoare (hirsutism, acnee) și dereglări ale ciclului menstrual (oligomenoree / amenoree) (1). Prin prezența acestor simptome, la paciente se constată infertilitatea de origine endocrină, determinată de o anovulație cronică, restabilirea funcției ovulatorii și a celei fertile fiind de importanță majoră. Incidența PCOS, după datele autorilor străini, variază de la 5-15% în grupul femeilor de vârstă fertilă. De asemenea ea este asociată cu aproximativ 75% din femeile care suferă de infertilitate datorită anovulației [3]. Actualitatea problemei se datorează numeroaselor controverse referitoare atât la diagnostic, cât și la tratament. Necesitatea stabilirii unor criterii universale a condus la convocarea conferinței de la Rotterdam în anul 2003, la care experții PCOS din lumea întreagă au ajuns la un consens referitor la diagnostic și tratament. Ședința a fost condusă de Societatea Europeană de Reproducere Umană și Embriologie și de Societatea Americană de Medi-

cină Reproductivă, iar concluziile au fost publicate în ghidul „Fertilitate, Sterilitate și Reproducere Umană asistată”. Criteriile propuse la Rotterdam au fost stabilite cu scop de a defini fenotipuri variate ale sindromului, în definirea originii genetice, în evaluarea unor consecințe de durată și descrierea tratamentului optimal. Avantajele și dezavantajele acestor criterii și în special variațiile fenotipice, au fost discutate în publicațiile [4, 5]. Deși progrese semnificative au fost făcute referitoare la definirea unor criterii de diagnostic universal acceptabile pentru PCOS, tactica curativă și tratamentul femeilor infertile cu PCOS încă nu a fost definit. Au fost propuse diferite căi de tratament de la modificarea modului de viață, administrarea preparatelor farmaceutice (precum clomifen citrat, agenți insulin senzitivi, gonadotropine și gonadotropin releasing hormon), drillingul ovarian, și aplicarea reproducerii umane asistate. Drillingul ovarian laparoscopic este foarte satisfăcător în stimularea ovulației, în particular la pacientele cu niveluri înalte de LH. Se acordă atenție studierii inhibinei B, ca indicator al rezervei ovariene. Se consideră că, aprecierea nivelului inhibinei B este mai informativ, decât aprecierea FSH. Inhibina B, inhibă secreția de FSH. Prin urmare inhibina B reprezintă un predictor, al eficacității stimulării ovulației la femeile cu PO. Mai informativ în aprecierea rezervei ovariene și a potențialului reproductiv este hormonul anti-Mullerian. Odată cu înaintarea în vârstă nivelul AMH scade continuu la femei în corelație cu rezerva ovariană. Scăderea sa este semnificativă cu mult înainte de o creștere evidentă a FSH. Din acest motiv AMH poate identifica femeile a căror fertilitate este în scădere. (te Velde 2002; Burger 1999). Acestea fiind spuse cercetării o deosebită importanță științifică o are starea rezervei ovariene în cadrul PCOS, care ne permite nu doar alegerea tacticii curative cea mai favorabilă, dar și confirmarea mecanismelor patogenetice ale patologiei. Recent a fost stabilit că în SOP, în lipsa foliculului dominant, are loc acumularea foliculilor în creștere – proces numit *stockpiling* a foliculilor antrali (2-5 mm) în timp ce foliculii de 6-9 mm rămân nemodificați. Această discrepanță dintre rata foliculilor mici și a foliculilor antrali selectați susține teoria nou apărută de “arest folicular” care a fost ulterior susținută prin variația concentrației AMH. AMH sau hormonal anti – Müllerian este secretat de celulele granulose ale foliculului în creștere. Acțiunea sa principală este de a inhiba recrutarea foliculului primordial și de a micșora răspunsul la FSH a foliculilor în creștere. De asemenea, fiind secretat de foliculii antrali, nivelul seric al AMH reflectă starea rezervei ovariene. Studiile anterioare au arătat

că femeile cu SOP au un nivel seric al AMH de 2-3 ori mai mare, fapt care confirmă existența unui număr de foliculi antrali dublu.

Una din metodele de inducere a ovulației, îndeosebi la pacientele CC – r (clomifen citrat rezistente) este drillingul ovarian laparoscopic. Totuși, aproximativ 30% din femeile cu SOP nu răspund la acest tratament, cauza exactă rămânând necunoscută. Identificarea factorilor care determină răspunsul femeilor SOP la drillingul ovarian ne va ajuta să selectăm pacientele care vor avea de beneficiat de pe urma acestui tratament, iată de ce AMH este considerat a fi un criteriu util în aprecierea răspunsului la tratament prin drilling ovarian laparoscopic (DOL).

Mecanismul acțiunii DOL rămâne până la moment inexplicabil. În particular, nu este cunoscut dacă DOL are efect direct asupra ovarului sau acțiunea sa se exercită printr – un mecanism endocrin special. AMH nu este reglat de gonadotropine și acționează ca un factor autocrin / paracrin, deci nu este o parte componentă a sistemului de reglare endocrină. Modificarea concentrației AMH ca rezultat al DOL indică faptul că acesta are o acțiune locală de a reduce secreția intra-ovariană a AMH, facilitând procesul de selecție foliculară intra – ovariană, provocând progresia foliculului și ovulația. Impactul DOL asupra concentrației serice a AMH de asemenea a fost investigată.

Scopul lucrării: Estimarea impactului hormonului anti – Müllerian la pacientele cu polichistoză ovariană supuse drillingului ovarian laparoscopic”.

Materiale și metode: Acest studiu prospectiv a fost efectuat în cadrul IMSP SCM Nr. 1, secția ginecologie aseptică Nr.1, a inclus 40 de femei cu SOP CC – rezistente (50-150mg), care au fost supuse tratamentului chirurgical laparoscopic prin drilling ovarian. Criteriile diagnostice au corespuns convenției de la Rotterdam: clinice (oligo / amenoree și sau hiperandrogenie), biochimice LH/FSH mai mult de 2,5, testosteron mai mult de 2,6 nmol) semne ecografice de ovare polichistice. Probele sanguine la AMH au fost colectate înainte de intervenție și 5 zile după DOL, pentru a determina concentrația AMH, LH, FSH, testosteron. DOL a fost efectuat folosind cârligul monopolar. Au fost efectuate câte 5 drillinguri la fiecare ovar. Investigarea probelor serice ale AMH s-au efectuat folosind criteriile (Imunotech, Beckman), conform protocolului de fabrică.

Rezultate și discuții: Pacientele supuse DOL, au avut o concentrație medie de AMH (1,0-21,0) ng / ml. Ginecopatele care au ovulat ca rezultat al DOL au avut un AMH preoperator mai scăzut comparativ cu cele care nu

au răspuns la tratament. AMH s-a constatat a fi un predictor util și al lipsei ovulației după DOL. Pacientele cu nivelul seric al AMH mai mare decât 7,7 ng / ml au arătat o rată a ovulației mai scăzută cu 60%, decât cele cu AMH mai mic decât 7,7ng/ml care au ovulat 95% dup DOL. S-a constatat de asemenea o corelație dintre AMH / volumul ovarian și concentrația testosteronului. AMH plasmatic s-a dovedit a fi un predictor important al eficacității DOL. De asemenea am determinat limita de 7,7 ng/ml, valori mai ridicate ale acesteia indicând o rezistență a ovulației. Eșecul DOL la pacientele cu AMH ridicat, poate confirma severitatea SOP la aceste femei. Este posibil chiar ca destrucția foliculară prin DOL la aceste femei să nu fie suficientă pentru a induce ovulația, necesitând ulterior chiar stimulare repetată cu CC. Pacientele cu nivel seric preoperator mai mare decât 7,7 ng/ml trebuie informate despre șansele joase a eficacității procedurii pe de o parte, dar și a necesității acesteia, ca o cale de alternativă a tratamentului medicamentos. De asemenea am stabilit o corelație dintre AMH și volumul ovarian. Nu este surprinzător, deoarece volumul ovarian este o reflectare a numărului foliculilor antrali în SOP, care sunt unica sursă a AMH. În rezultatul studiului nu am stabilit o corelație dintre AMH și vârstă, indexul masei corporale, LH și FSH, dar s-a constatat o scădere ușoară a nivelului testosteronului la pacientele supuse DOL. Au fost evaluate modificările AMH plasmatic după DOL. Datele arată că are loc o micșorare cu 25% a AMH –lui plasmatic la paciente postoperator. Această modificare semnificativă a fost doar la femeile care au ovulat după drilling ovarian și se datorează distrugerii foliculilor antrali (sursa AMH) după DOL. Este posibil de asemenea ca scăderea AMH să conducă la creșterea răspunsului folicular la FSH, asigurând creșterea unui folicul dominant.

Studiile anterioare asupra rezervei ovariene au arătat că nivelul scăzut al AMH este asociat cu un răspuns scăzut la stimularea ovariană în programele FIV la pacientele fără SOP. Iată de ce este important a stabili nivelurile adecvate ale AMH –ului necesare pentru a atinge nivelul optimal de răspuns ovarian la inducția ovulației. Ambele niveluri atât scăzute, cât și ridicate ale AMH sunt determinante la obținerea unui răspuns stimulant ovarian bun.

Concluzie: Investigarea concentrației AMH serice preoperator este o armă utilă în prezicerea rezultatului drillingului ovarian laparoscopic. Acest fapt poate ajuta la consilierea pacientelor referitor la posibilul rezultat al inducerii ovulației și poate servi criteriu de diagnostic important în conduita curativă a pacientelor cu polichistoză ovariană.

Referințe bibliografice

1. Андреева Е.Н., СемичеваТ. В., ВеснинаА. Ф. Молекулярно-генетические аспекты патогенеза синдрома поликистозных яичников. В: Проблемы репродукции, 2007, №6, с.29-35.
2. Краснопольская К. В., Горский С. Л., Булычева Е. С. Характер изменений андрогенсекретирующей функции яичников после хирургического лечения синдрома поликистозных яичников и его влияние на эффективность последующего экстракорпорального оплодотворения. В: Акушерство и гинекология, 2009, №1, с.49-52.
3. Назаренко Т. А. Синдром поликистозных яичников: современные подходы к диагностике и лечению бесплодия. Москва: Медпресс-информ, 2005, 208 с.
4. Adashi E. Y., Rock J. A., Guzick D. et al. Fertility following bilateral ovarian wedge resection: a critical analysis of 90 consecutive cases of the polycystic ovary syndrome. In: Fertil. Steril., 1981, Vol. 35, p.320-325.
5. Azziz R., Woods K. S., Reyna R. et al. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. In: J. Clin. Endocrinol. Metab., 2004, Vol. 89, p.2745-2749.

TONSILITA CRONICĂ ȘI PIELONEFRITA

Daniela Balagura, medic ORL, doctorand

Marcel Balagura, medic chirurg-urolog

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

Chișinău, R. Moldova

ma.bal@mail.ru

CHRONIC TONSILLITIS AND PYELONEPHRITIS

The work is devoted to chronic tonsillitis and pyelonephritis. 1500 people from rural areas were examined to determine the incidence of chronic tonsillitis and pyelonephritis. The results of the study were as follows: Tonsilita record in the rural population amounted to 23,6%, and in patients who are suffering from pyelonephritis-tonsilita chronic, was diagnosed in the 49,0% of them, which means that the tonsilita record meets two times higher than in patients with pyelonephritis. Chronic tonsillitis can be considered as the cause of pyelonephritis.

Introducere. Tonsilita cronică reprezintă o patologie de o actualitate permanentă(5,3). In pofida faptului că ea este destul de raspândită în rân-

dul populației unele aspecte ale acestei probleme rămân nesoluționate definitiv și până astăzi. De asemenea și pielonefrita face parte dintr-o problemă importantă a urologiei cum sunt – infecțiile tractului urinar, – afecțiuni care ocupă locul 2, după infecțiile aparatului respirator superior (6). În procesul de apărare a organismului tonsilele palatine participă activ la formarea și menținerea imunității locale și generale a organismului (5,8). *Incidența tonsilitei cronice precum și a pielonefritei* – este înaltă și nu are tendința de a se micșora din acest motiv aceste 2 entități nosologice trebuie să fie permanent în atenția medicilor (5,6). Dar astăzi constatăm că problemele tonsilitei cronice nu se pun în discuții la conferințe, simpozioane și congrese locale și Internaționale (1,2).

Opiniile specialiștilor în ceea ce privește tratamentul sunt contraver-sate (1,6). Dacă unii specialiști sunt de părerea de a aplica tonsilectomia, alții sunt mai rezervați (5,3) și recomandă tratament chirurgical. Așa ceva se întâmplă din cauza că nu există o clasificare internațională a tonsilitei cronice (5) care ar pune punct pe problemele de diagnostic și tratament a tonsilitei cronice (5,4). Însă, necatând la faptul că tonsilita cronică este cauza mai multor afecțiuni metatonsilare inclusiv și a pielonefritei – puține sunt publicații la această temă. Diagnosticul de tonsilită cronică este dificil pentru aceea că simptomatologia subiectivă nu prezintă semne diagnostice specifice, ele se întâlnesc și în multe alte afecțiuni atât în tractul respirator cât și în aparatul digestiv și endocrin etc. (5,7).

Legăturile patfiziologice dintre tonsilele cronice și pielonefrita nu sunt ilucidate (5,6). Medicii de familie sunt acei specialiști la care de prima dată se adresează bolnavii (5,9). Acești specialiști de asemenea toată viața țin în supraveghere pe bolnavi, dar ei nu au la dispoziția sa informațiile de ultima ora la acest capitol. În patologia umană afecțiunile metatonsilare ocupă un loc important (9). Unii autori bazându-se pe mecanismele etiopatogenice dintre tonsilita cronică și glomerulonefrita insistent recomandând ca metodă de tratament a bolnavilor care suferă concomitent de tonsilita cronică și de o patologie a rinichilor de efectuat tonsilectomia. În același timp indicațiile către tonsilectomie în caz de glomerulonefrita cronică nu sunt ilucidate până la sfârșit și susținute de toți specialiștii. A treia pliadă de specialiști recomandă în caz de nefrită cronică și tonsilită cronică – tonsilectomia trebuie să se efectueze numai atunci când v-or fi bine argumentate indicațiile.

O incidența sporită a pielonefritei în rândul populației atinge atenția

multor specialiști. Despre patologia sistemului urinar și a sistemului limfo-epitelial se știe încă din timpurile cele mai vechi (5,6). Însă multe aspecte ale acestor patologii și raportul dintre ele nu se cunosc definitive și până astăzi. Iar unele fac multe enigme în fața specialiștilor.

În ultimul timp în tratamentul bolnavilor se propun o mulțime de preparate medicamentoase inclusiv și antibiotice. Dar până astăzi nu s-a publicat despre tratamentul acestor afecțiuni atunci când ei se adresează la medicul de familie. Este cunoscut faptul că tonsilita cronică provoacă mai multe afecțiuni (5). Tonsilectomia nu rezolvă definitiv această problemă. Dioptrivă sunt descrise multe complicații care apar în timpul operației și altele care se dezvoltă în perioadele postoperatorii. Pentru a petrece un tratament eficient la bolnavii care suferă concomitent de tonsilita cronică și de pielonefrită trebuie ca medicul de familie în primul rând să fie asigurat cu datele științifico-practice de la era actuală la tema dată (3,9).

Toate cele expuse mai sus ne-a convins de a ne propune ca **scop** de studiu: "Tonsilita cronică și pielonefrita la persoanele din mediul rural". La baza îndeplinirii acestui scop au fost propuse următoarele **sarcini**:

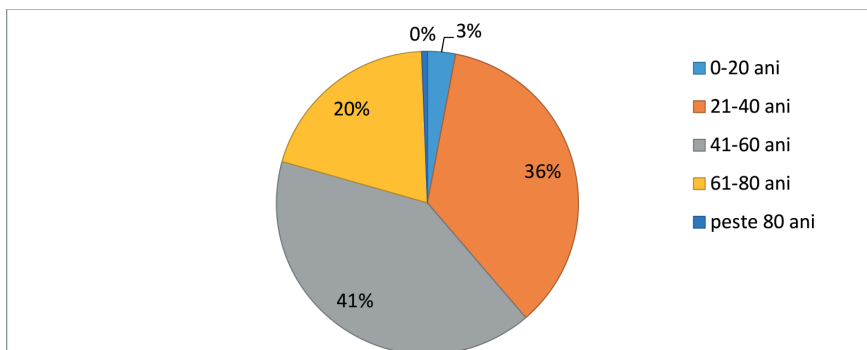
1. Stabilirea morbidității populației rurale prin tonsilita cronică și pielonefrita.
2. Determinarea criteriilor de diagnostic a bolnavilor cu tonsilita cronică și pielonefrita.
3. Aprecierea rolului anamnezei, semnelor subiective și obiective în diagnosticul tonsilitei cronice și a pielonefritei la persoanele locuitoare în satele Republicii Moldova.
4. Examinarea a 1500 de persoane din 40 de sate din Republica Moldova.
5. De a aproba și de a propune algoritmul de diagnostic, tratament și profilaxie a tonsilitei cronice și a pielonefritei.

Material și metode. Persoanele din cele 40 de sate din Republica Moldova au fost examinate în oficiile medicilor de familie. La examinarea bolnavilor au participat mai mulți medici specialiști: terapeut, cardiolog, neuropatolog, pediatru, acuzeș ginecolog, urolog, chirurg, otorinolaringolog, stomatolog la necesitate ș.a. În această lucrare sunt expuse rezultatele examenelor efectuate de otorinolaringolog și urolog. La baza diagnosticului au fost puse următoarele date: anamneza personală și ereditară; examenul obiectiv special și cel general; examenul de laborator; examenul radioimagic și altele la necesitate.

Tab. 1. Repartizarea persoanelor examinate dupa vârstă

Nr. de ordin	Vârsta (ani)	Persoane examinate	%
1.	0 – 20	45	3,0
2.	21 – 40	535	35,7
3.	41 – 60	610	40,7
4.	61 – 80	301	20,0
5.	Peste 80 de ani	9	0,6
	Total	1500	100,0

Rezultate și discuții. Rezultatele studiului sunt prezentate în tabelele și figurile respective.

**Fig. 1. Repartizarea persoanelor examinate dupa vârstă**

Persoanele cu vârsta de la 21 și până la vârsta de 80 de ani constituiau 1446 ceea ce constituie 96,4% de persoane. Iar în celelalte vârste au fost numai 54 de persoane ce constituie 3,6%. Așadar majoritatea absolută a persoanelor examinate aveau vârsta de la 21 de ani și până la 80 de ani. Se poate de afirmat că tonsilita cronică și pielonefrita sunt afecțiuni care afectează toate vârstele.

Tab. 2. Repartizarea persoanelor examinate după vârstă și sex

Nr. de ordin	Vârsta (ani)	Persoane examinate	%	Barbati		Femei	
				cifre abs	%	cifre abs	%
1.	0 – 20	45	3,0	31	3,1	14	2,85
2.	21 – 40	535	35,7	348	34,5	187	38,08
3.	41 – 60	610	40,7	411	40,7	199	40,54
4.	61 – 80	301	20,0	213	21,1	88	17,92
5.	Peste 80 de ani	9	0,6	6	0,6	3	0,61
	Total	1500	100,0	1009	100,0	491	100,0

Datele din tabelul 2 ne arată că bărbații constituiau 2/3 din cei examinați, iar femeile 1/3. Fig.2.

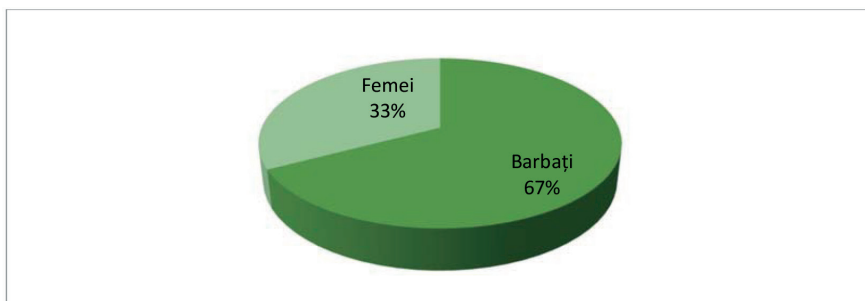


Fig. 2. Repartizarea persoanelor examinate după vârstă și sex

Tab. 3. Repartizarea persoanelor examinate după plângerile pe care le-au prezentat în vizită la medic

Nr. de ordin	Diagnosticul de tonsilită cronică se bazează pe următoarele semne anamnestice și clinice	Au prezentat plângeri	%
1.	Angina în anamneză	517	34,5
2.	Senzație de odinofagie	285	19,0
3.	Disconfort în gât	723	48,2
4.	Tuse	238	15,86
5.	Miros neplăcut din gât	253	16,87
6.	Senzație de corp străin în gât	117	7,8
7.	Senzație de incomoditate în gât	312	20,8
8.	Senzație de uscăciune în gât	415	27,66
9.	Senzație de arsură	123	8,2
10.	Senzație de zgîrâitură	217	14,46
11.	Senzație de înțepătură în gât	186	12,4
12.	Disfagie	248	16,53
13.	Insomnie	309	20,6
14.	Inapetență	234	15,6
15.	Slabiciune generală	421	28,06
16.	Tahicardie la efort fizic	454	30,26
17.	Tahicardie în repaos	283	18,86
18.	Subfebrilitate	311	20,7
19.	Formarea dopurilor de cazeum	651	43,4
20.	Durere în regiunea cordului	285	19,0

21.	Cefalee	252	16,8
22.	Transpirație	402	26,8
23.	Afecțiuni metatonsilare în anamneză	483	32,2
	Total	7719	-

Analiza rezultatelor din Tab. 3 ne permite să facem câteva concluzii:

1. Persoanele care se presupun a fi afectate de tonsilita cronică prezintă o mare și variată de simptome anamnestice.
2. Numarul acestor plângeri se ridică la 23.
3. Fiecare dintre aceste persoane prezintă în mijlociu 5,1% de plângeri. Cu alte cuvinte fiecare bolnav care suferă de tonsilita cronică are în anamneză 5 acuze.
4. Caracterul plângerilor este diferit.
5. Plângerile si anamnesticul descris in tab.3 nu sunt patognomonice specifice tonsilitei cronice.
6. Din concluziile făcute mai sus reese că diagnosticul de tonsilită cronică este deficil, se cere de la fiecare medic, cunoștințe aprofundate asupra acestei probleme, o analiză amplă și examinare completă a acestor bolnavi. După analiza si sinteza plângerilor pacienților ne-am pus ca scop, de a face examenul obiectiv – mezofaringoscopia (tab.4).

Tab. 4. Examenul obiectiv-faringoscopic a pacienților cu pielonefrită

	Semne obiective a tonsilitei cronice la pacienții cu prelonefrita N331.	Forma tonsilitei cronice						Total	
		compensată		tranzitorie		decompensată			
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1	Simptomul Gise	75	22,65	59	17,82	23	6,94	157	47,43
2	Simptomul Zac	68	20,54	56	16,9	19	5,74	143	43,20
3	Simptomul Preobrajenskii	81	24,47	92	16,68	34	10,27	177	53,47
4	Cicatrice	49	14,80	37	11,17	31	9,36	117	35,34
5	Mase cazeoase în lacune	38	14,48	29	8,70	27	8,15	99	28,39
6	Puroi în lacune	36	10,87	31	9,36	25	7,55	92	27,79
7	Suprafața brăzdată a tonsilelor palatine	34	10,27	30	9,06	25	7,55	89	26,88

8	Abces încapsulat în tonsilele palatine	4	1,20	3	0,9	2	0,6	9	2,71
9	Chist în tonsilele palatine	3	0,9	2	0,6	2	0,6	7	2,11
10	Micro polip în tonsilele palatine	2	0,6	2	0,6	1	0,3	5	1,51
11	Edem, infiltrație și îngroșare a țesutului din jurul criptelor	31	9,36	32	9,66	25	7,55	68	20,54
12	Compartimentarea tonsilelor palatine de către cicatrice și aderențe	45	136,59	36	10,87	29	8,76	110	33,23
13	Adenotatie regională	63	19,03	49	14,80	31	9,36	143	43,20
	Total	549	1,65	428	1,29	274	0,82	1211	3,65

Examenul obiectiv al pacienților cu pielonefrită de către medicul otorinolaringolog a constatat că:

- Tonsilita cronică la bolnavii cu pielonefrită se caracterizează prin numărul mare de semne obiective-faringoscopice până la 13.
- Frecvența semnelor obiective este definită și depinde de forma tonsilitei cronice.
- Numărul de semne obiective la un bolnav cu tonsilita cronică este de 3,65 semne, adică tonsilita cronică se caracterizează prin prezența a mai multor semne obiective clinice.
- Diagnosticul de tonsilita cronică la pacienții cu pielonefrită a fost stabilit la 50% de bolnavi. Așadar fiecare al doilea pacient cu pielonefrită suferă și de tonsilită cronică. Este necesar de a stabili care sunt legăturile reciproce dintre aceste patologii. Pentru aceasta s-a efectuat un tratament conservator al tonsilitei cronice la pacienții cu pielonefrită. Tratamentul conservator a influențat pozitiv în evaluarea tonsilitei cronice asupra evoluției clinice a pielonefritei.

Tab. 5. Incidența tonsilitei cronice în rândul populației rurale

Nr. de ordin	Forma tonsilitei cronice	În rândul populației rurale		La pacienții cu tonsilită cronică	
		Cifre abs.	%	Cifre abs.	%
1.	Tonsilita cronică compensată	163	10,9	391	21,41
2.	Tonsilita cronică tranzitorie	78	5,2	169	11,26
3.	Tonsilita cronică decompensată	113	7,5	245	16,33
	Total	354	23,6	735	49,0

Din datele Tab. 5 se stabilește că tonsilita cronică constituie o afecțiune cu o frecvență înaltă în rândul populației rurale. Incidența tonsilitei cronice depinde de forma ei clinică. Așadar tonsilita cronică tranzitorie constituie 5,2%, decompensată 7,5% și cea compensată 10,9%. Iar la pacienții cu pielonefrită-tonsilita cronică a fost diagnosticată la 49,0% de pacienți.

Concluzii:

1. Tonsilita cronică în rândul populației rurale constituie 23,6%
2. La pacienții cu pielonefrită-tonsilita cronică a fost diagnosticată la 49% de bolnavi.
3. Tratamentul conservator al tonsilitei cronice la pacienții cu pielonefrită au avut un efect pozitiv asupra evoluției clinice a pielonefritei.
4. Putem presupune ca între tonsilita cronică și pielonefrită sunt legături etiopatogenetice.
5. Bolnavii cu pielonefrită trebuie să fie consultați de medicul de familie, urolog, după necesitate de otorinolaringologi.

Referințe bibliografice

1. Alper B.S., Curry S.H. Urinary Tract Infection children Am. In: Fam. Physician, 2005, vol.72 (12), p.2483-2487.
2. Dumbrăveanu Ion. Legile contemporane de diagnostic și tratament. Ediție specială, p.38-41.
3. Gudumac Eva. Diagnostic precoce al abdomenului acut chirurgical la copii. Chișinău, 2003, p.312.
4. Moldovan Ion. Sindroame algice acute și tratament. Curierul medical 1999, nr.4-6, p.60-61.
5. Popa Vladimir. Rolul anamnezei în diagnosticul afecțiunilor O.R.L. Recomandări metodice. Chișinău, 2011, p.21.
6. Tănase A., Urologie și nefrologie chirurgicală. Chișinău, 2005, p.222.
7. Ronald M. Leaner Secrets of the treatment of rain. Moscow, 2006, p.400.

8. Tanaca E. Urology and others ley Donald Smith. M. Practice 2005, p.278-317.
9. Testemițanu N.A. Scientific substantiation elimination of significant differences in the level of health care to the urban and rural population on the experience of the USSR. Authors abstract of dessertasion of the doctor of medical sciences. Riga 1971, p.5.

REPERE TEORETICE PRIORITARE ÎN TACTICA ACȚIUNILOR DE REABILITARE A DIABETULUI ZAHARAT DE TIP 1 LA COPII

Vitalina Ojovan, medic endocrinolog, doctorand, Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova
vitalina.usmf@ojoo.com

PRIORITY THEORETICAL BENCHMARKS IN TACTICAL ACTIONS FOR THE REBABILITATION OF TYPE 1 DIABETES IN CHILDREN

Sugar diabetes is a scourge with an increasingly persistent manifestation in today's civilization. It raises concern and the constant increase in the number of people with type 1 diabetes.

Of the total number of juvenile diabetes sufferers, the overwhelming majority of patients start with this disease in childhood and adolescence. Until the age of 18, the rehabilitation actions of the patients are very important to diminish the subsequent complications, after reaching maturity. In order to develop and apply an effective tactic for the rehabilitation of minors, it is necessary to identify the main theoretical benchmarks of the strategy planned.

Organizarea acțiunilor efective de reabilitare necesită, înainte de toate, prezența unui cadru normativ și conceptual bine configurat la nivel instituțional și cel al politicilor naționale de sănătate și de asistență socială. Înainte de toate se impune înlăturarea obstacolelor administrativ-birocratice – principala frână în organizarea și derularea celor prevăzute în obiectivele trasate. Acest fapt constituie un proces anevoios, dar nu depinde atât de mentalitate, cât de trasarea unor scheme clare, simple și eficiente în efectuarea diferitor acțiuni organizaționale și curative.

Îmbinarea potrivită a măsurilor organizaționale cu cele normative formează prima treaptă a formării unui proces eficient de reabilitare, de fapt

acesta constituie baza funcționării preconizatului proces medico-recuperator. Un rol important în acest context organizațional-normativ revine factorilor de decizie implicați direct în sfera medicală și în cea de asistență socială. Procesul luării deciziilor constituie o acțiune socială destul de complexă cu numeroase componente.

Acțiunile decizionale sunt efective dacă procesul este precedat de studii serioase, cu stabilirea anumitor etape, evaluări de fezabilitate, studii sociologice, concluzii științifice, aplicări de proiecte, etc. Acestea sunt cele ce stabilesc strategia statului în anumite domenii de perspectivă. Etapele aplicării unei decizii în sistemul de sănătate, inclusiv în cazul tasării și aplicării unui proces de reabilitare a copiilor sunt următoarele: elaborarea și prezentarea ideii decizionale ca necesitate obiectivă la condițiile existente sau ca urmare a unor decizii ale organelor ierarhic superioare; analiza posibilităților de realizare a obiectivelor deciziei prin diferite forme de studii, dispute, confruntare a pozițiilor, etc.; luarea deciziei propriu-zise; monitorizarea realizării prevederilor decizionale; sinteza rezultatelor preliminare; configurarea posibilităților de corectare, optimizare, ajustare a unor sarcini ale deciziei inițiale ori a unor procese de realizări practice ale ei. O atare schemă poate fi atribuită totalmente luării și realizării deciziilor din sfera medicală. Ea constituie o variantă ideală în medicină și domeniile sale adiacente. Spre regret realitatea este alta, chiar dacă se respectă cele 6 etape ale procesului decizional. Astfel acțiunile întreprinse din cadrul fiecărei etape pot fi formalizate, aplicate necalitativ, fapt ce poate prejudicia procesul de formare a unei imagini veridice a procesului, de implementare în practică a realizărilor și obținerii rezultatelor scontate. Trebuie de remarcat că la momentul procesului decizional în sfera medicală din R.Moldova nu constituie un factor favorabil. Anume factorilor de decizie le revine rolul de joncțiune și, concomitent, de corelare între cadrul organizațional-normativ și cel conceptual, ultimul, fiind totalmente alcătuit din diverse studii, abordări de analiză și sinteză a datelor din diferite surse, inclusiv din cele sociologice, elaborări teoretice cu recomandările practice de îngrijire.

Gradul de implicare diversă și activă a componentelor teoretice în elaborarea unui concept de reabilitare a diabetului juvenil, determină valabilitatea, utilitatea sa aplicativă, capacitatea de a soluționa sarcinile trasate în cadrul politicilor de sănătate ale statului. Reieșind din aceasta, în mod firesc, logic, se conturează următorul tablou – cu cât elaborarea acestui concept va fi mai calitativă, iar postulatele sale vor fi bine fundamentate

și corelate cu situația real prezentă în domeniul social, cu atât și eficiența rezultatelor obținute va fi mai amplă.

În urma studiilor întreprinse asupra unor numeroase publicații: statistice, științifice, etice și bioetice, s-au putut delimita șase grupuri de surse cu respectivele dedicații tematice ce formează reperetele teoretice de bază în elaborarea unei tactici durabile de reabilitare a minorilor cu diabet zaharat.

Primul grup de surse include publicațiile statistice, analizele biostatistice, privitor la contingentul de suferinzi și acțiunile de reabilitare întreprinse.

Datele statistice culese din publicate oficial de către instituțiile abilitate, permit de a ne familiariza cu situația la moment, de a contura unele tendințe în evoluarea afecțiunilor sau unor situații clinico-organizaționale din cadrul asistenței medicale. Prezentarea unor cifre încă, în multiple cazuri, nu oferă o imagine integră a stării de lucruri. În această privință e necesară o analiză complexă, cu aplicarea unor calcule a diferiților indicatori, conform aplicațiilor biostatistice. O tactică eronată de regulă are la bază cifre eronate, obținute din cauza erorilor de calcul. Deseori indicii obținuți trebuie să fie verificați suplimentar și completați prin studii sociologice aplicate pe eșantioane mici și medii. Respectivetele sondaje pot obține cifre, înregistra atitudini, opinii, niveluri de cunoștințe, abilități, etc. E deosebit de important de a compara rezultatele obținute în mediul autohton cu cele din statele vecine, cu cele de nivel regional și global. E necesar de a sublinia un fapt extrem de alarmant – diabetul zaharat la copii marchează o ascensiune constantă la rubrica morbidității în toate regiunile geografice ale lumii. Este o acțiune severă care necesită prezența intervențiilor medicale permanente, intervenții care, pentru a atinge o eficacitate la nivel național și global, permanent trebuie să se bazeze pe tactici reușite de reabilitare.

Al doilea grup de suporturi teoretice privitor la abordarea complexă a posibilităților și capacităților de reabilitare se referă la cercetările clinice ce justifică aplicarea unor tactici curative potrivite. Dacă analizăm literatura la acest capitol, se evidențiază o diversitate relativă de modalități curative care, într-un mod sau altul, vin să justifice necesitatea edificării unei tactici pentru reabilitarea copiilor cu diabet zaharat de tip 1. În diferite țări centre științifice cu autoritate au întreprins acțiuni de investigare în urma cărora s-au obținut rezultate pozitive pentru orice gen de aplicații recuperatorii a complicațiilor diabetice.

În acest context unele publicații relevă aspecte ale complicațiilor diabetice cu necesitatea diferitor acțiuni de reabilitare: analiza beneficiilor acți-

unilor fizice pentru întărirea sănătății în cazul afecțiunilor cardiovasculare la persoanele cu diabet zaharat de tip 1 (DZ 1) [1]; relația dintre anomaliiile capilare și severitatea neuropatiei, microangiopatiei, în neuropatia diabetică observându-se o asociere între măsurile neurofiziologice și neuropatologice și, prin aceasta, deschizându-se calea posibilităților de acțiune în reabilitare [2]; se face treceri în revistă a datelor noi despre cercetarea complicațiilor microvasculare diabetice și, prin aceasta, se va îmbogăți înțelegerea în domeniu și îmbunătățind modalităților terapeutice în perspectivă și identificarea strategiilor de recuperare [3]; în neuropatia periferică subclinică, frecventă la copiii și adolescenții diabetici, complicația poate fi diagnosticată prin evaluarea exactă a semne și simptome de neuropatie, cuprinzătoare examenul neurologic și electrodiagnosticul adecvat, fiind necesar detectarea precoce.

O sinteză, fie și superficială, a acestor rezultate indică un fapt incontestabil – se poate atinge un potențial eficient în atingerea unor indicatori ce caracterizează un nivel satisfăcător, sau chiar evoluat, al stării de sănătate, al calității vieții doar în cazul prezenței unei tactici aplicate în cadrul procesului de reabilitare. În dependență de regiune, contingent, gravitate ș.a. trebuie să se aplice o serie de acțiuni curative, aplicate conform unor scheme speciale, valabile pentru timpul și contingentul concret de pacienți. Concomitent e necesară prezența unui compartiment dedicat reabilitării copiilor cu diabet zaharat în cadrul politicilor naționale de sănătate publică.

Al treilea grup de repere teoretice cuprinde lucrări ce dovedesc eficacitatea unor procedee clinice aplicate pentru ameliorarea funcționalității sistemului nervos periferic, vaselor etc. afectate de diabet. Aceste lucrări sunt foarte diverse după subiect și manieră de abordare.

Astfel, de exemplu, studiile clinice de electrofiziologie au importanță în diagnosticarea neuropatiei periferice cu etiologii variabile la diabetici iar, în acest sens, s-a constatat că cea mai bună pentru indicația cantitativă a neuropatiei periferice, în comparație cu alte metode, este examinarea electrofiziologică care e neinvazivă în evaluarea funcției nervului periferic [4]; Diagnosticarea leziunilor sistemului nervos periferic în etapa timpurie, subclinică a polineuropatiei este de o mare importanță practică: în această perioadă, deteriorarea nervilor periferici este reversibilă și tratamentul este cel mai eficient, iar în prezent nu există o metodă universală disponibilă pentru diagnosticare într-un stadiu incipient, însă metodele existente au perspectivă, prin urmare este necesar să se creeze un algoritm clar pentru utilizarea

tuturor posibilităților pentru diagnosticarea cea mai precisă a neuropatiei și pentru predarea acestor abilități endocrinologilor și neurologilor [5]; o ipoteză microvasculară pentru dezvoltarea timpurie a polineuropatiei diabetice poate fi realizată și prin abordări moleculare ale neurodegenerării senzoriale direct vizate de diabet, fapt ce ar putea oferi o serie de noi oportunități terapeutice [6]; exercițiile de antrenament, miostatina, leptina și adiponectina au fost identificate ca potențiale posibilități terapeutice de investigat în ceea ce privește îmbunătățirea sănătății mușchilor scheletici fiind o ipoteză că, prin îmbunătățirea sănătății mușchilor scheletici în DZ 1, mușchiul va fi mai în măsură să contribuie la reducerea simptomelor diabetice care la rândul său, ar conduce la beneficii sistemice și complicații diabetice întârziate, sporind calitatea și cantitatea de viață a persoanelor cu DZ 1 [7].

Al patrulea grup de surse teoretice sunt cele ce abordează importanța implicărilor de management și/ori conduită medico-organizațională cu implicarea extinsă de agenți ori factori în realizarea unui act medical de reabilitare eficient.

Cercetările descriptive a identificat o serie de obiective potențiale pentru a îmbunătăți managementul și adaptarea DZ 1 la copiii mici fiind necesare intervenții orientate pentru a reduce riscurile pentru complicațiile pe termen lung și pentru a îmbunătăți managementul DZ 1 mai rapid și sporirea calității vieții [8]; unii autori menționează că este înregistrată următoarea situație: pe de o parte, există o stare catastrofală de cazuri cu efecte negative ale complicațiilor plineuropatiilor diabetice, iar pe de altă parte, până la moment nu se întâlnește pentru aceasta o atenție corespunzătoare în practica clinică și cea de cercetare [9].

Al cincilea grup de elaborări, incluse în categoria de suport pentru constituirea unei tactici de reabilitare medicală eficientă, sunt cele de bioetică, etică și deontologie medicală. La fiecare etapă a studiilor clinice, a aplicării actului curativ, stabilirii cursului de reabilitare ș.a.m.d., este necesar de a ține mereu cont de principiile bioetice, de valorile etice de bază și cele cu specific în medicină, de preceptele deontologiei medicale. Permanent este loc pentru a evita subiectivismul, tacticile care, uneori, vin în contradicție cu anumite principii, drepturi și valori; permanent rămâne spațiu pentru acțiuni mai performante. Trebuie de ținut cont și de faptul că suferinzii cu diabet de tip 1 constituie un contingent vulnerabil, deoarece este format din minori cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani. În legătură cu aceasta apar o serie de probleme în plus.

Așa dar în scopul determinării unei tactici eficiente de reabilitare a diabetului zaharat de tip 1 la contingentul de minori, la prima etapă a măsurilor întreprinse este necesar de determinat reperele teoretice esențiale. Reușita realizării acestor acțiuni va influența perspectiva eficacității terapeutice și nivelul calității vieții pacienților.

Referințe bibliografice

1. Wu Nana, Bredin Shannon S.D., Guan Yanfei, Dickinson Kyra, Kim David D., Chua Zongyu, Kaufman Kai, Warburton Darren E.R. Cardiovascular Health Benefits of Exercise Training in Persons Living with Type 1 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 2019, No 8, p.2-26. In: www.mdpi.com/journal/jcm<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6406966/> (accesat: 23.05.2019).
2. Malik R.A., Newrick P.G., Sharma A.K., Jennings A., Ah-See A.K., Mayhew T.M., et. al. Microangiopathy in human diabetic neuropathy: relationship between capillary abnormalities and the severity of neuropathy. In: *Diabetologia*, 1989, No 32, 92-102. PMID: 2721843 (accesat: 14.07.2019).
3. Migdalis I., Czupryniak L., Lalic N., Leslie R.D., Papanas N., Valensi P. Diabetic Microvascular Complications. *International Journal of Endocrinology*, Volume 2018, Article ID 5683287, 2 pages In: <https://doi.org/10.1155/2018/5683287> (accesat: 14.05.2019).
4. Shabeeb Dheyauldeen, Najafic Masoud, Hasanzadehd Gholamreza, Reza Hadiane Mohammed, Eleojio Musa Ahmed, Shirazia Alireza. Electrophysiological measurements of diabetic peripheral neuropathy: A systematic review. In: *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, 2018, March, p.1-10. <https://www.researchgate.net/publication/324068687> (accesat: 03.06.2019).
5. Рюяткина Л.А., Полторацкая Е.С., Пахомов И.А., Рюяткин Д.С., Щепанкевич Л.А., Первунинская М.А. Электронеуромиография в диагностике ранних стадий диабетической нейропатии – приглашение к дискуссии эндокринологов, неврологов, электрофизиологов. In: *Медицинский Совет*, 2016, № 10, с.156-162.
6. Kobayashi Masaki, Zochodne Douglas W. Diabetic neuropathy and the sensory neuron: New aspects of pathogenesis and their treatment implications. In: *Journal of Diabetes Investigation*, 2018, Vol. 9, No. 6, p.1239–1254.
7. Coleman Samantha K., Rebalka Irena A., D'Souza Donna M., Hawke Thomas J. Skeletal muscle as a therapeutic target for delaying type 1 diabetic complications. In: *World Journal of Diabetes*, 2015, Vol. 6(17), p.1323-1336. doi: 10.4239/wjd.v6.i17.1323 (accesat: 14.07.2019).
8. Streisand Randi, Monaghan Maureen. Young children with type 1 diabetes:

challenges, research, and future directions. In: Current Diabetes Reports, 2014, Vol. 14(9), p.520. doi: 10.1007/s11892-014-0520-2. (accesat: 14.07.2019).

9. Руюткина Л.А., Полторацкая Е.С., Пахомов И.А., Руюткин Д.С., Щепанкевич Л.А., Первунинская М.А. Электронеуромиография в диагностике ранних стадий диабетической нейропатии – приглашение к дискуссии эндокринологов, неврологов, электрофизиологов. In: Медицинский Совет, 2016, № 10, с.156.

SINDROMUL DE OCHI USCAT ÎN STRUCTURA MORBIDITĂȚII OFTALMOLOGICE LA COPII

Irina Guzun, doctorand

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

Chișinău, R. Moldova

elisa-irina@mail.ru

DRY EYE SYNDROME IN THE STRUCTURE OF OPHTHALMOLOGICAL MORBIDITY IN CHILDREN

The article describes the frequency of dry eye syndrome in children, in correlation with ophthalmological morbidity, risk factors, which lead to the appearance and progression of this pathology. It describes its impact on the visual health and life of the children, also describes “Computer Syndrome”. The ophthalmological morbidity in children up to 18 years is analyzed in different regions of the country, the algorithm of diagnosis and the program of prophylaxis of this pathology. Aspects of clinical management and its early detection in children, the role of parents, family doctor and specialists in this process are analyzed scientifically.

Maladiile oftalmologice prezintă o problemă majoră pentru medicina și societate. În condițiile dezvoltării tehnicii și medicinei, computerizării și internetizării, apariția unor factori nocivi atât profesionali cât și habituali, utilizarea computerului în sistemul informațional, sistemul ocular, analizatorul, este supus unui stres continuu. Din acest punct de vedere devin actuale atât problemele social- igienice, a factorilor de risc ocular, cât și problemele morbidității și a invalidității oftalmologice. În pofida faptului existenței specialiștilor oftalmologi, serviciul oftalmologic nu abordează decât problema vitalității populației. Evident, că funcțiile vizuale se reflectă direct asupra calității vieții și activității profesionale a oamenilor. Bolile ochiului

afectează, activitatea zilnică a pacientului. În cazul copiilor afectează toate aspectele de dezvoltare a acestuia și formarea lui pe viitor. Sindromul de ochi uscat este o afecțiune cronică, multifactorială a suprafeței oculare, cu impact semnificativ asupra calității vieții și unul dintre cele mai comune motive ale prezentării la medicul oftalmolog [2, 4].

Pe lângă cauzele cunoscute ale patologiilor endocrine, au apărut factori exogeni legate de dezvoltarea intensivă a progresului tehnico-științific și al industrializării civilizației. Utilizarea tot mai frecventă a calculatoarelor, a aparatelor de aer condiționat, a lentilelor de contact, ventilarea centralizată, umiditatea joasă a aerului, radiațiile electromagnetice, substanțele dezinfectante și detergenți, praful, fumul de țigară, a produselor cosmetice, a contraceptivelor orale și multe altele devine tot mai frecventă. etc. Și dacă mai devreme acești factori etiologici ai Sindromul de ochi uscat au fost importanți numai pentru adulți, acum sunt tot mai des întâlniți la copii [5].

Diagnosticul Sindromului de ochi uscat se bazează pe prezența simptomatologiei caracteristice, în mare parte comună cu cea a altor boli oftalmologice. Atît examenul clinic cît și anumite teste specifice, care stabilesc gradul de severitate a bolii, urmăresc evoluția acesteia și pot orienta deciziile terapeutice. Scopul este de a urmări anumiți indicatori de severitate a bolii printre care se includ: gradul de discomfort ocular, simptomele vizuale, inflamația suprafeței oculare, disfuncția glandelor Meibomius, secreția de lacrimi, stabilitatea filmului lacrimal. În prezent, aspectele legate de fiziologia producerii lacrimilor și a filmului lacrimal la adulți au fost studiate în detaliu. A fost studiată prevalența Sindromului de ochi uscat, dezvoltată pe fundalul diferitelor patologii oftalmologice, au permis utilizarea datelor clinice și funcționale ale unor astfel de cazuri cu prezența xerozei conjunctivale corneene, după care ulterior au fost identificate și elaborate metode de tratament. Cu toate acestea, informații relevante privind dezvoltarea acestei patologii la copii putem găsi doar în rapoarte de specialitate ale autorilor străini [5,12]. În literatura disponibilă nu există informații despre indicatorii de normă ai stabilității filmului lacrimal, a reflexului și a producției principale de lacrimă în copilărie. Doar câteva lucrări sunt dedicate factorilor etiologici ai sindromului de ochi uscat la copii [3]. Frecvența apariției patologiei la copii cu diferite boli ale ochilor și ale altor sisteme de organe nu este practic investigată [3]. Pacienții cu Sindromul de ochi uscat au multiple cauze. Este important să cunoaștem și să putem defini cauzele principale și criteriile cronice de manifestare. Cunoașterea acestora permite elaborarea

măsurilor specifice de conduită și tratament a diferitor forme ale Sindromului de ochi uscat.

În Republica Moldova cercetări complexe în domeniul medicinei publice și managementului serviciului oftalmologic nu s-au efectuat din anii '80. La nivel teritorial, în condițiile Spitalului Raional Central cercetări științifice nu s-au efectuat. Lipsa cercetărilor științifice complexe, integrale, a analizei dinamicilor indicilor morbidității oftalmologice la nivel teritorial, determinarea noilor cauze a morbidității oftalmologice în aceste condiții a revoluției informaționale, determinarea măsurilor de profilaxie a noilor patologii oftalmologice la copii și la adulți au determinat necesitatea cercetărilor selective [3].

La momentul dat Sindromul de ochi uscat este abordat ca un grup de afecțiuni. Există preocupări importante pentru cercetarea fundamentală a modului în care glandele aferente produc diferite componente ale filmului lacrimal. Pe baza acestor cercetări s-au dezvoltat tehnici de colectare a lacrimilor pentru analiza lor și noi dispozitive, numite interferometre de film lacrimal pentru analiza lacrimilor. De asemenea s-a descoperit o glicoproteină specială, o moleculă combinată din zahăr-proteină, pe suprafața ochiului. Această moleculă este importantă deoarece este implicată în dispersia filmului lacrimal pe suprafața ochiului, care facilitează procesul de lubrifiere a pleoapelor pe suprafața globului ocular. Această patologie în mod tradițional asociată cu patologia oftalmologică "adultă" și, la prima vedere, are o semnificație relativ mică pentru copii.[2]

Principalele probleme cu care se confruntă oamenii de știință în studierea epidemiologiei Sindromul de ochi uscat, este lipsa testelor unice de diagnostic care ar permite cu încredere diferențierea pacienților cu și fără această patologie [2, 5, 8, 16, 20].

Cu toate acestea, în ultimii ani, factorii exogeni ai dezvoltării Sindromul de ochi uscat asociate cu realizările civilizației devin tot mai importante: utilizarea pe scară largă a calculatoarelor, a aparatelor de aer condiționat, a produselor de corecție a vederii de contact, a produselor cosmetice, etc. este acum din ce în ce mai frecventă la copii. În plus, nu trebuie ignorate alte cauze ale dezvoltării patologiei legate de cele congenitale ce afectează vederea: insuficiența funcțională a pleoapelor, patologia epitelului suprafeței oculare, unele condiții sindromice etc. Sumând datele literaturii putem evidenția o multitudine de factori etiologici ai Sindromului de ochi uscat: sindromul COMPUTER VISION, purtătorii de lentile de contact moi și

lentile de orthokeratologie, factori de mediu asociați cu particularitățile aflării copilului în interior și în exterior, instilarea medicamentelor care reduc producția de lacrimă sau sensibilitatea tactilă a suprafeței corneene, efectele intervențiilor chirurgicale asupra corneei, precum chirurgia refractivă, conjunctivei și structurilor orbitale, consecințele patologiilor (inclusiv congenitale și dobândite), traumatice (inclusiv ca urmare a intervențiilor chirurgicale), ale structurilor cerebrale cu inervație senzorială și trofică a globului ocular și / sau inervație secretoare a glandelor lacrimale, disfuncția glandelor meibomiene, blefarita meibomială, coloboame congenitale și posttraumatice ale pleoapelor, patologiile fantei palpebrale și a globului ocular (pe bază de dermoide și alte formațiuni), unele boli sistemice (artrită reumatoidă, diabet zaharat, patologii tiroidiană etc.), boli congenitale și sindroame însoțite de o scădere a producției de lacrimă (aplasi lacrimală, alacrimie congenitală, disuetonomie ereditară familială – sindromul Riley-Day, etc.

Dacă din punct de vedere patogenetic Sindromul de ochi uscat la copii este asemănător cu cel al adulților, în același timp el are aspecte specifice în ceea ce privește evoluția clinică a acestei boli. Sindromul de ochi uscat este asociat cu acuze ne semnificative ale unui copil, în combinație cu semnele obiective relativ ușoare de xeroză. Sindromul de ochi uscat la copii, poate să apară în forme clinice ușoare, moderate, severe și extrem de severe. În același timp, așa cum au arătat observațiile noastre, la majoritatea copiilor, semnele patologice clinice pentru acesta lipsesc, mascându-se cu simptome indirecte. Prin urmare, numai o analiză minuțioasă a întregului spectru de manifestări clinice de xeroză corneo-conjunctivală în combinație cu un studiu funcțional al producției și stabilității filmului lacrimal va permite unui astfel de copil să primească diagnosticul corect pentru a fi tratat în timp util.

În consecință, diagnosticul Sindromul de ochi uscat la copii este indirect, din cauza pierderii semnificative a evaluării acuzelor și a anamnesticii copilului și/sau a părinților săi. Cu toate acestea, excluderea activă a factorilor de risc pentru dezvoltarea SOU în copilărie și analiza competenței a semnelor subiective ale bolii, în timpul interviului copilului și/sau părinților săi, este primul pas în diagnosticarea xerozei conjunctivei corneene.

Orice perturbare în compoziția unuia dintre straturi poate duce la dezvoltarea Sindromul de ochi uscat. Două mecanisme majore sunt implicate în fiziopatologia ochiului uscat: inflamația și hiperosmolaritatea, care între-

țin un cerc vicios al bolii. Hiperosmolaritatea lacrimilor crește distrugerea celulelor epiteliale conjunctivale, distrugerea celulelor goblet, secretoare de mucină. La nivelul corneii activează arcul reflex neurogen inflamator cu eliberare de citokine (Fig. 1). Inflamația poate fi tratată, dar nu poate fi ușor măsurată, în timp ce hiperosmolaritatea se măsoară ușor, cu dispozitive minilab. De obicei, o scădere a stabilității FL este indicată atunci când durata de rupere nu depășește 9 s; totuși, la copii, următoarele valori ale valorilor Norn servesc ca standarde de vârstă: până la 6 ani – 8-12 s; 7-11 ani – 10-14 s și 12-18 ani – 14-17s. Valorile secreției principale de lacrimă la adulții sănătoși depășesc 10 mm / 5 min, iar la copiii cu vârstă sub 6 ani sunt de 12-18 mm; 7-11 ani – 6-11 mm și 12-18 ani – 12-17 mm. În consecință, numărul de lacrimi reflex la adulți trebuie să fie de cel puțin 5 mm, în timp ce la copiii sub 6 ani – 12-18 mm; la vârstă de 7-11 ani – 10-16 mm și peste 12 ani – 6-12 mm [3]. Cutoateacestea, “rezerva” este semnificativ mai mare decât această valoare, deoarece stimulul utilizat în probele examinate (hârta de filtru) este departe de a fi cel mai puternic.

Studiile multiple care vizează studierea patogenezei Sindromul de ochi uscat indică faptul că disfuncția glandelor meibomiene este unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru dezvoltarea Sindromul de ochi uscat [2, 5, 15, 17, 20].

Rolul semnificativ în debutul și progresia Sindromul de ochi uscat are utilizarea lentilelor de contact. Lentilele de contact utilizate pe o durată îndelungată cauzează dereglări în stabilitatea Filumului lacrimal și a nutriției suprafeței corneei, care la rândul lor stimulează dezvoltarea hipoxiei cronice a țesuturilor oculare și modificarea proprietăților FL precorneale, într-un final stimulând dezvoltarea Sindromul de ochi uscat [2, 5, 15, 20].

Un rol important în dezvoltarea Sindromul de ochi uscat este acordat conservanților incluse în multe picături oftalmice, antihistaminice sistemice, preparatele antidiuretice, antidepresivele și unele medicamente hormonale [2]. Un alt factor în dezvoltarea Sindromul de ochi uscat la pacienții cu glaucom se datorează utilizării picăturilor antiglaucom (beta-blocante), care conțin conservanți [15].

Dacă printre factorii sus enumerați putem identifica cazuri unice, atunci simptomul CV, este mai frecvent întâlnit printre rândurile copiilor. Factorii de risc pentru dezvoltarea SOU includ radiațiile monitorului. Studiile impactului radiației monitorului asupra suprafeței ochiului, indică un efect pronunțat al acestui factor asupra globului ocular. Disconfortul ocu-

lar este principala problemă a operatorilor de calculator. Statisticile relevă că, aproximativ 80% din operatori au asemenea probleme, spre deosebire de funcționarii din birourile clasice, care sunt afectați numai 45%. Problemele oculare determinate de activitatea la calculator sunt tranzitorii însă este recomandabilă efectuarea unui control oftalmologic periodic, pentru a depista din timp existența unei patologii oculare latente. Cauza exactă a acestor simptome rămâne neclară, cu toate acestea, este posibil ca xeroza GO să se datoreze accentuării evaporării lacrimilor, care la rândul său este asociată cu umiditate scăzută a aerului, temperatura ridicată, viteză mare a aerului, poluare atmosferei și calitatea scăzută a aerului din interior, precum și diminuarea activităților fizice [5, 12, 15, 20].

Analiza literaturii de specialitate arată că cele mai importante instituții oftalmologice acordă o atenție considerabilă diverselor aspecte ale oftalmologiei pediatrice. Grație cercetărilor intensive și aplicării parțiale în practică a acestor rezultate, s-a obținut un oarecare succes în tratarea unui șir de boli de ochi la copii. Aplicarea celor mai recente elaborări tehnologice permit păstrarea și restaurarea vederii la un număr semnificativ de copii. În același timp, nu există studii comparative, care conțin o evaluare a diferitelor metode de tratament pentru copiii cu DR din punct de vedere al eficacității clinice și economice, posibilitatea de păstrare a funcției vizuale și de a preveni handicapul. În plus, practic lipsesc cercetări privind analiza organizării de îngrijire oftalmologică a copiilor, care trăiesc în zone rurale.

Referințe bibliografice

1. Tintiuc D., Margine L., Grejdeanu T., Lavric A. Probleme medico-sociale și de reabilitare a persoanelor cu dezabilități în Republica Moldova, p.30.
2. Ghidirmischi T., Cușnir V., Ețco C. Metode de reabilitare a persoanelor cu deficiențe de vedere moderate sau severe, p.35.
3. Guzun I. Morbiditatea oftalmologică și sindromul de ochi uscat. INFO-MED 2 (2018), p.17.
4. Бржеский В.В. Синдром «сухого глаза у детей // Избранные разделы детской клинической офтальмологии. Под ред. Е.Е.Сомова. СПб.: «Человек», 2016, с.165-189.
5. Воронцова О.А. Некоторые особенности клинического течения синдрома «сухого глаза» у детей: Автореф. дис. канд. мед.наук. СПб., 2013. 20с.
6. Бровкина А.Ф., Стешенко О..Н. , Жукова О.Д. Формирование синдрома сухого глаза у больных эндокринной офтальмопатией. In: Офтальмология, 2014, Т.11, № 4, с.25-30.
7. Ерёмченко А.И., Янченко С.В., Варлашина Е.В., Зарубина А.С., Шпилов

- В.А. Распространённость «сухого глаза» и структура заболеваемости среди жителей Краснодара. In: Всероссийская школа офтальмолога. Сб. научн. тр. М., 2007, с.330-337.
8. Еричев В.П., Амбарцумян К.Г. Консерванты и вторичный синдром сухого глаза при длительной местной медикаментозной терапии первичной открытоугольной глаукомы. In: Глаукома, 2011, № 2, с.53- 57.
 9. Казарян Э.Э. Влияние различных типов видеодисплеев компьютера (видеомониторов) на орган зрения. Автореферат дисс. канд. мед. наук. М., 2003.
 10. Луцевич Е.Э., Лабиди А. Биометрия слезного ручья как метод оценки базальной секреции слезопродукции. В сб.: Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов. М., 2005, с.190- 195.
 11. Майчук Ю.Ф., Миронкова Е.А. Классификация дисфункции мейбомиевых желез, сочетающееся с синдромом сухого глаза, патогенетические подходы к комплексной терапии. In: Клиническая офтальмология, 2007, №8 (4), с.169-172.
 12. Онищенко А.Л., Колбаско А.В., Ширина М.А. Популяционное исследование состояния слезопродукции у здоровый жителей и больных синдромом сухого глаза в Республике Алтай. In: Вестник офтальмологии, 2012, № 5, с.14-17.
 13. Полунин Г.С., Сафонова Т.Н., Полунина Е.Г. Новая клиническая классификация синдрома сухого глаза. In: Рефракционная хирургия и офтальмология, 2003, Т. 3, No 3, с. 53-60.
 14. Сафонова Т.Н. Роль функциональных методов исследования в диагностике и лечении синдрома сухого глаза. In: Вестн. офальмол., 2011, No 3, с.48-51.
 15. Янченко С.В. Синдром «сухого глаза»: заболеваемость и факторы риска у лиц пожилого возраста. In: Современные наукоёмкие технологии: Матер. конф. «Внедрение моделей интегрированных образовательных учреждений, реализующих образовательные программы различных уровней образования», 2008, № 10, с.67.
 16. Al-Faky YH. Physiological utility of ultrasound biomicroscopy in the lacrimal drainage system. In: Br J Ophthalmol., 2013, Oct. 97(10), с.1325-9.
 17. Bowman SJ, Booth DA, Platts RG, et al. UK Sjogren's Interest Group. Validation of the Sicca Symptoms Inventory for clinical studies of Sjogren's syndrome. In: J. Rheumatol., 2003, № 30, p.1259-66.
 18. Gulati A., Sulliv an R., Buring JE, et al. Validation and rep eatability of a short q uestionnaire for dry eye syndrome/. In: Am J Op hthalmol., 2006, Vol. 142, p.125- 31.
 19. The epidemiology of dry eye disease: report of the epidemiology subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007). In: Ocular Surface., 2007, Vol.5, №2, p..93-107.

20. Goto E., Yaki y Matsumoto Y. Tsubota K. Impaired functional visual acuity of dry eye patients. In: Am J Ophthalmol., 2002, Vol. 133, p.181-186.

SĂNĂTATEA ȘI CANCERUL GLANDEI MAMARE LA LUCRĂTORII MEDICALI – PROBLEMĂ ACTUALĂ ȘI SOCIALĂ

Veronica Șvet, doctorand, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițnu”, Chișinău, R. Moldova
veronicashvet@gmail.com

HEALTH AND BREAST CANCER IN MEDICAL WORKERS – CURRENT AND SOCIAL PROBLEM

The article argues the problem of the health and cancer of the mammary gland in the medical workers in time of those in the oncological specialties becoming the current and social problem. Occupational risk factors, professional overload, chronic professional meaning, general and oncological morbidity, breast cancer in medical workers, early diagnosis and monitoring problems are exposed.

Medicii ocupă locul 5 în structura profesiilor care au un aspect nociv profesional, depășind chiar și lucrătorii din industria chimică. Literatura de specialitate atestă morbiditatea profesională înaltă a medicilor. Unii cercetători au demonstrat că medicii ftiziatrii și lucrătorii medicali ai Dispanserilor Ftiziopulmonologice se îmbolnăvesc de tuberculoză de 5 ori mai frecvent decât alți colegi medici. Alți savanți au efectuat o cercetare, constatînd că hepatita infecțioasă se atestă de 2 ori mai des la medici, decât la alți intelectuali [1, 17, 23]. Alți savanți au demonstrat, că medicii sînt supuși îmbolnăvirilor mai frecvent ca alții. Unii savanți au comparat morbiditatea angajaților de la calea ferată cu lucrătorii medicali și a demonstrat că medicii se îmbolnăvesc mai des de gripă cu 47%, de angină 95%, de maladii cardiovasculare de 5 ori mai frecvent, de boala hipertonică de 6 ori mai frecvent. D. H. Jbancov scria într-o lucrare de a sa, că profesia de medic este cea mai vulnerabilă din punct de vedere a sănătății dintre toți intelectualii. Această concluzie a fost confirmată și de alți cercetători [2, 3, 12].

Și cercetările contemporane efectuate de diverși specialiști în sănătatea publică și în maladii profesionale, arată că multe maladii la lucrătorii

medicali sunt determinate profesional. Aceasta se datorează condițiilor de muncă specifice, stării de sănătate a lucrătorilor medicali ș.a. [5, 7, 13]. Medicii oncologi sunt supuși factorilor de risc profesionali și ai procesului curativ – stres ocupațional, condiții de muncă cu un contingent de bolnavi specifici, pozițiile forțate de muncă – verticale timp îndelungat, examinarea bolnavilor în poziție specifică, intesitatea analizatorului vizual și auditiv, acțiunea produselor chimice – medicamentele citostatice și antitumorale, radiația, substanțe cancerogene [35].

Un rol deosebit îl au factorii mediului ambiant: aerul poluat cu aerosoli de medicamente, de substanțe dezinfectante, opioizi, antibiotice, factori specifici ai sălilor de operație, de proceduri și pansamente, preparate antitumorale ce posedă o acțiune imunodepresivă, citostatică, de sensibilizare și alergice, etc. Un rol determinant îl are și mînușile chirurgicale din latex cu talc, seringile getabile, sistemele intravenoase și alte instrumente medicale. Medicii chimioterapeuți sunt supuși intoxicațiilor, maladiilor gastrointestinale, exemelor, schimbărilor hematologice, etc. [4, 6, 16].

Cercetările științifice efectuate în Federația Rusă, au demonstrat că la medici din grupa bărbaților de vîrsta de după 40 ani, morbiditatea este mai mare ca la alte grupe de intelectuali. Preponderent se atestă patologii cardiovasculare, a aparatului locomotor, maladiile țesuturilor conjunctive, maladii oculare, etc. [11, 14, 19]. În Belorusia, problema sănătății medicilor a fost actualizată. În anul 2010, de tuberculoză sau îmbolnavit 6 lucrători medicali (38, 39). În literatura de specialitate se atestă și problema mortalității medicilor. În spitalul NHS, din Oxford, în anul 1996 s-a efectuat un studiu complex în această direcție [8, 10 18].

Un studiu retrospectiv de cohortă ce a implicat 18358 de bărbați și 2168 – femei un spital polivalent cei o a demonstrat cei o cauza mortalității specific în general și separat pentru 17 grupe de specialitate, conform vîrstei, sexului și ratei mai înalte a mortalității, comparativ cu ratele naționale [15, 27]. Pe parcursul perioadei studiate de 30 ani, sau înregistrat 2798 de decese la vîrsta între 25 și 74 de ani, ceea ce reprezintă un număr de 2 ori mai mic decît numărul estimat în baza indicilor naționale. Indicile mortalității prin patologii cardiovasculare, cancer pulmonar, alte patologii asociate cu fumatul, diabet zaharat, s-a dovedit a fi scăzut [28, 29]. Decesele cauzate de intoxicații accidentale aveau un indice semnificativ crescut printre specialiști – consultanți bărbați, în special obstetricieni- ginecologi, cauza cea mai frecventă fiind intoxicația cu medicamente. Indicii înalți ai

mortalității prin traumatism și intoxicație au fost reprezentați în special de cazurile de suicid, mai frecvent printre anesteziologi- femei. Comparând indicele mortalității pentru diferite specialități, s-a înregistrat o mortalitate înaltă printre medicii psihiatri, cauza fiind – boala ischemică a cordului, traumatism și intoxicații; anesteziologi – ciroză; iar medicii radiologi și radioterapeuți – boli respiratorii. La medicii psihiatri și chirurgi ORL mai des sa înregistrat cancer de colon, comparativ cu alți specialiști, la anesteziologi – melanom, la chirurgi de profil general – cancer al vezicii urinare, la oftalmologi – cancer laringian [21, 25].

Scăderea ratei fumatului și alte comportamente benefice, precum și accesul mai bun la asistență medicală a contribuit substanțial la scăderea ratei mortalității printre specialiști. Sînt îngrijorătoare și necesită măsuri de precauție cazurile de intoxicații accidentale a specialiștilor de genul masculin și asuicidului la sexul feminin. S-a stabilit că cauzele de cancer cu diverse localizări nu au legătură cu ocupația profesională. Mortalitatea înaltă printre anesteziologi din cauza cirozei ar putea reflecta influența nocivă profesională, fapt ce justifică continuarea studiului [33, 36]. S-a estimat că, în multe țări industrializate, rata mortalității pentru reprezentanții profesiei medicale este mai mică decît cea a populației în general.

Se presupune că acest indice este influențat de statutul socio-economic privilegiat al medicilor și de cunoașterea consecințelor diferitor vicii de comportament, precum este fumatul. Există totuși, cîteva aspecte ale lucrului medical care pot fi periculoase pentru sănătatea medicilor. Munca îndelungată, stresantă, o caracterizează profesia de medic, în special pentru tinerii specialiști. De asemenea, Medicii sunt expuși la influența nocivă cauzată de agenți infecțioși și biologi, gaze anestetice, produse chimice toxice, radiația ionizantă [24, 31]. Creșterea riscului dezvoltării leucemiei la radiologi, descrisă încă în prima jumătate a secolului trecut este o dovadă a efectelor adverse provocate de expunerea profesională. Alte exemple includ efectul cancerigen și hepatotoxic al gazelor anestetice inhalate, creșterea riscului dezvoltării tumorilor maligne ale creierului la morfopatologi, deși acest lucru nu este dovedit pe deplin [27].

Un studiu complex de cohortă a aspectelor medico-sociale a vieții și sănătății, morbidității și mortalității medicilor oncologi în Republica Moldova a demonstrat, că în raioanele Republicii Moldova activează 34 medici oncologi. În cadrul Institutului Oncologic activează 277 total-medici, dintre care 119 medici oncologi, 15 medici hematologi, 26 medici

radioterapeuți, 23 medici chimioterapeuți, în rest – alte specialități. S-a efectuat o analiză a incapacității temporare de muncă a colaboratorilor IO pe anii 2006 – 2007 și 2009. Este semnificativ faptul că cele mai multe zile de incapacitate au fost evidențiate la nosologiile cancer (cod. 26), tbc (cod. 02), hepatite (cod. 19), cardiace (cod. 08) [35, 36].

Și alți savanți subliniază că exercitarea profesiei de medic impune diverse riscuri profesionale și este considerată ca cea mai vulnerabilă din punct de vedere a sănătății dintre toți intelectualii [4, 33]. Lucrul personalului medical se atribuie în rîndul celor mai grele activități și cu o responsabilitate enormă. Se caracterizează prin intensitatea activității intelectuale, în anumite condiții efort fizic vădit, în alte situații răbdare și responsabilitate, atenție și concentrare, și activități și decizi prompte în situații extremale. De-a lungul timpului riscurile la care s-a expus personalul medico-sanitar au fost subestimate uneori chiar neglijate [35, 30].

În diferite țări au fost create centre, instituții, ce se ocupă cu medicina muncii, maladii profesionale și inclusiv a personalului medical. De mult timp, indicii sănătății lucrători medicali sunt mai scăzute și diferă de indicatorii mediicali. Au fost create și adoptate programe de combatere, Convenții de Muncă, adoptate Legi și Hotărâri guvernamentale, dar problema rămîne actuală [34]. Cercetările contemporane efectuate de diverși specialiști în sănătate publică și în maladii profesionale, denotă că multe maladii la lucrătorii medicali sunt determinate de diverși factori de risc, de condițiile de muncă specifice, stării de sănătate a lucrătorilor medicali ș.a. [33].

Incapacitatea temporară de muncă a medicilor nu corespunde ratei globale, deoarece, medicii nu se remediază în documente și nu sunt incluși în statistică. Cercetările arată, că lucrătorii medicali ocupă locul 5 în structura morbidității, depășind chiar și lucrători din industria chimică [36]. Factorii de risc sunt cei mai diverși ce explică morbiditatea înalță printre medici și asistente medicale. Au fost descrise o multitudine de factori de risc a mediului de activitate, a procesului de lucru, ce influențează capacitatea lor de sănătate și care ar putea dezvolta diferite maladii printre personalul medical, din ele se enumeră- accidente la locul de muncă- înțepături de ac, tăieturi, șocuri electrice, zgomotul, vibrațiile, poziția forțată timp îndelungat, suprasolicitarea osteo-musculară, poziții vicioase în timpul efectuării activităților profesionale ce presupun eforturi fizice de ridicare și transport a pacienților pe brancarda/pat, munca în schimburi 24+8, riscuri psiho-sociale, violența fizică și verbală

pacienților sau a rudelor, organizarea incompetentă a muncii și relațiile tensionate cu colegii, contactul frecvent cu persoanele bolnave de HIV SIDA, Hepatite virale B și C, sifilis, TBC, etc. [33].

Din datele literaturii științifice au fost studiate complexitatea acțiunii factorilor de risc – cei fizici, chimici, biologici asociate cu suprasolicitarea psihoemoțională și legătura cauzală în apariția maladiilor oncologice atât în rândul medicilor cât și a asistentelor medicale.

Spre exemplu, în România se descrie, că incidența bolilor profesionale în ramura de sănătate și socială este de 42,8%. S-a demonstrat că morbiditatea prin TBC la lucrători medicali, inclusiv ftiziatri, este de 5-10 ori mai mare ca la alte specialități [33]. Acestea se referă și la alte maladii infecțioase, viroze, angine, hepatite, dermatite, alergii ș.a. Unii savanți subliniază că morbiditatea la medici cu vârsta de 40 de ani și mai mult, au indici crescuți la bărbați medici 177,6 iar la femei medici 215,8 cazuri la 100.000 [33].

Literatura de specialitate atestă, că în structura morbidității medicilor este diversă în structură: boli infecțioase- 54%, hipertensiune arterială 18,4%, cefalee 8,3%, gastrite și duadenite 5,2%, boli alergice, intoxicații și lombalgii, etc. Cu privire la afectarea pe sisteme și organe, unii autori, determină 46% afectarea organelor respiratorii, 24% sistemul cardiovascular, urmate de boli ale aparatului digestiv, sistemul nervos, musculo-scheletal, genito-urinar, tulburări hormonale, etc. [34].

În literatura de specialitate se conțin puține informații despre morbiditatea oncologică a personalului medical, în schimb mulți autori subliniază o multitudine diversă de factor de risc ce ar putea dezvolta maladia oncologică atât la medici cât și la asistente medicale. Din factorii de risc cei mai recent studiati este totuși accentuat – suprasolicitarea fizică, psihică și emoțională și anume stresul ocupațional, care este cronic legat de condițiile de muncă nesatisfăcătoare de conflicte cu colegii de muncă, de violență verbal și fizică a pacienților și rudelor acestora, de așteptările și rezultatele reale, de lucrul cu diferit contingent de pacienți psihologici și psihici afectați, de pacienți moribunzi și insatisfacția față de munca acordată fără rezultat, de regimul incorect de muncă și odihnă, fără pauză de masă, operații ore în șir în poziții vicioase, în picioare, ore în șir în iluminare și concentrare vizuală și auditivă, gărziile de noapte, regimul alimentar neadevcat, cafeaua, fumatul, aerisire insuficientă a spațiilor – (sală de pansamente, sală de proceduri, sală de operație) unde sunt prezente medicamente de difert tipca narcotice, citostatice, antitumorale, antiseptic, dezinfectante, antibiotic,

fără aer condiționat, acțiunea radiațiilor, a substanțelor cancerogene care toate acestea posedă o acțiune imunodepresivă, citostatică, de sensibilizare și alergice, etc. [11].

Literatura de specialitate mai argumentează legătura cauzală între specialitatea personalului medical și a dezvoltării maladiei oncologice, cum ar fi- chimioterapeuți sînt supuși intoxicațiilor, maladiilor gastro-intestinale, exemelor, schimbărilor hematologice, etc. Creșterea riscului dezvoltării leucemiei, a mielomului multiplu, a stărilor precanceroase și cancerilor pielii și a mucoaselor la radiologi și radioterapeuți, descrisă încă în prima jumătate a secolului trecut, că este o dovadă a efectelor adverse provocate de expunerea la radiație profesională [11, 35].

Medicii, care activează în nomenclatura specialităților oncologice, raportează niveluri de morbiditate înaltă profesională, de stres la locul de muncă. Această situație rezultă din factorii de risc profesionali în procesul activității a oncologului ce reies din natura muncii clinice, inclusiv de cerințele mari și efort mare în echipă multidisciplinară. Pacienții medicilor oncologi sunt specifici, cu o stare somato-funcțională și psihică gravă, nedeterminarea finalității tratamentului inclusiv complex și combinat, insatisfacția medicului oncolog de rezultatul tratamentului, particularitățile de comunicare cu pacientul și cu rudele apropiate lui, nivelul insuficient al salariului, imperfecționarea organizării lucrului curativ, corelații cu colegii, nedeterminarea carierei profesionale. Mediul în care activează medicul oncolog favorizează stării de premorbid, care în mare măsură determină stresul emoțional, satisfacția profesională și sprijinul social la locul de muncă [35, 36].

În urma cercetării noastre, am dedus următorii factori de risc profesionali la medicii nomenclatorului specialităților oncologice și maladiile profesionale ce se pot dezvolta. La oncologi- chirurși, stresul profesional oncologic (sdr. astenovegetativ, sdr. Burnout, polineuropatii); poziție forțată-ortostatică (radiculopatie cervical, toracică și lombosacrală, maladii osteoarticulare); substanțe alergice (talcaloză, dermatite, hipercheratoză, epitelioame), pulbere pe mâini; iluminarea neadecvată, hipertermia craniului și creierului; oftalmoplegie, miopie; eliminări biologice (plasma, sânge, exudatele, transudate); exudate infectate (TBC, HIV – SIDA, sifilis, etc); inhalarea cu alcooletilic (neurită optică); hepatite virale (HVC, HVB, ș.a); encefalită toxică; alți factori [35]. Oncologi-chimioterapeuți, stresul profesional oncologic (sdr. astenovegetativ, sdr,

Burnout, polineuropatii); medicamente- citostatice, alergii și iritații; vapori de medicamente; encefalita tonică; anemii; hepatite virale (HVC; HVB); alți factori [35]. Oncologi-radioterapeuți, stresul profesional oncologic (sdr. astenovegetativ, sdr. Burnout, polineuropatii); radiații ionizante; boala Bowen; neoplasme osoase; mielom multiplu; patologii osteoarticulare; encefalită toxică; anemii; hepatite virale (HVC, HVB, ș.a), alți factori. Hematologi- stresul profesional oncologic (sdr. astenovegetativ, sdr. Burnout, polineuropatii); medicamente chimioterapeutice, ș.a.; alergii; vapori de medicamente; encefalită toxică; anemii; hepatite virale (HVC; HVB, ș.a); alți factori [33, 36].

Sindromului suprasolicitării profesionale. Studiul a evidențiat evaluarea frecvenței Sindromului Burnout în rândul medicilor specialităților oncologice. Cercetarea a evidențiat prevalența Sindromului Burnout în rândul medicilor specialităților Oncologice organizaționali care au rol important în dezvoltarea patologiei nominalizate. Studiul a argumentat că Sindromul Burnout se întâlnește în 52,38 %. Este semnificativ că caracteristica IP s-a atestat la 76,19%. Studiul a aratat că medicii oncologi chirurghi sunt vulnerabili ce privește dezvoltarea Sindromului Burnout față de celelalte specialități oncologice [36].

Studiul dezechilibrul efort – recompensă în activitatea medicilor oncologi a demonstrat, ce rata de răspuns a fost de 98%. Sexul feminin au raportat cele mai mici percepții de control, satisfacție profesională și sprijin managerial. Sexul masculin a aratat sprijin asociat cu percepția efortului crescut, recompensare mai mare și satisfacție crescută. Sprijinul material a fost asociat cu convingerile de control mai mare la oncologi chirurghi. Dezechilibrul efort-recompensă la medicii din nomenclatura specialităților oncologice are o rată de 56% ce demonstrează dezvoltarea și introducerea programelor de preferințe, de control, de readaptare psihologică la locul de lucru, motivații financiare – profesionale de performanță și a unui ”Program special de combatere a factorilor de risc și a morbidității profesionale la medicii din nomenclatura specialităților oncologice”.

Cercetarea și rezultatele primare, a analizei și “Evaluării morbidității profesionale la medici oncologi și a factorilor de risc”, ne-au permis să elaborăm un sistem de profilaxie a morbidității profesionale la medicii din Nomenclatorul specialităților oncologice. Este semnificativ că atât morbiditatea psiho-emoțională, a sindromului Burnout, cât și a morbidității somatice la oncologi, are o dezvoltare comună ce evidențiază 2 grupe de

medici oncologi: 1. Medici oncologi fără patologia psiho-somatică și 2. medicii oncologi cu Sindromul Burnout și maladii somatice. Evident, că pentru acest contingent de medici oncologi e necesar elemente profilactice ce ar exclude în viitor acțiunea factorilor de risc profesionali sau cel puțin de le-a diminua: strategii de psihoterapie, de autotrening, de recuperare, de cooping, de susținere psihosocială, de dezvoltare a psihomotivației și creativității.

La etapa de diagnostic se evidențiază factorii de risc profesionali generali și specifici – individuali în apariția în patologii psiho-somatice la oncologi. La factorii principali în apariția maladiilor psihosomatice la oncologi, e de menționat în mare parte – imposibilitatea de a exclude factorii psihologici în activitate, bolnavii gravi din grupa clinică III și IV, copii cu maladii oncologice grave, nedeterminarea finalității tratamentului, insatisfacții medicului oncolog de rezultatele tratamentului, particularitățile de comunicare cu bolnavii și rudele lui, nivelul insuficient a salariului medicului, insatisfacția organizării lucrului curativ, corelațiile cu colegii, cariera profesională. Toate aceste particularități a activității medicilor oncologi, diminuarea rezistenței organismului și imunității, favorizează starea de reactivitate, micșorează capacitatea sanogenezei. Toți acești factori nu-i permite medicului oncolog să se abată de la problema profesională, chiar și în afara exercitării în datoriile profesionale, ce condiționează atât sindromul Burnout cât și maladiile somatice.

Un aspect specific și de particularitate este cancerul glandei mamare la lucrătorii medicali. Cercetările noastre au demonstrat, că cancerul glandei mamare în lume are o tendință de creștere înaltă în regiunile Americii, Australiei, Europa Centrală și de Est, India. CGM este o patologie ce-și păstrează morbiditatea înaltă, mortalitatea înaltă, dezabilitatea primară înaltă ce determină problema ca una socială, inclusiv la lucrătorii medicali ca grup social și profesional specific, cu risc major. Conform datelor diferitor autori cel mai important mecanism de depistare precoce a CGM este screeningul populațional și cel oncologic mamografic. Cercetările efectuate nu includ date stricte despre CGM la lucrătorii medicali- medici și asistente medicale. Factorii de risc profesionali la medicii specialităților oncologice sunt stresul profesional oncologic cu o pondere medie de 62,25%, poziția ortostatică 76% și contactul cu component sanguinolente și pericolul de infectare cu hepatite virale și alte boli transmisibile 96% la chirurghi. Chimioterapeuții sunt supuși iritațiilor și la vaporii medicamentelor citostatice, la alergii cu

o pondere de 78%, la radioterapeuți- radiațiile ionizante 100%, la tumori ale pielii, a țesuturilor moi și oaselor 39,6%, la hematologi – vaporii și acțiunile alergice a medicamentelor 83,3%, riscul de contaminare cu sânge și eliminări sanguinolente 12%. Medicii oncologi chirurghi sunt cei mai vulnerabili în apariția Sindromului Burnout – 76,19%. La o rată de răspuns a medicilor specialităților oncologice dezechilibrul efort -recompensă a atestat 55,78%, ce argumentează elaborarea și implementarea unui program special de combatere a factorilor de risc profesional la medicii oncologi și hematologi. Algoritmul diagnosticului și profilaxiei maladiilor psiho-somatice și Programul de combatere a factorilor de risc și a morbidității profesionale la medici oncologi include etape consecutive de la diagnostic până la tratament, recuperarea și profilaxia lor ce trebuie implementată în instituțiile medicale a specialității oncologice.

Referințe bibliografice

1. Office of Population, Censuses and Surveys. In: Drever F, ed. Occupational health. Decennial supplement. Series DS no London: HMSO, 1995.
2. Ackermann-Liebrich U, Wick SM, Spuhler T. Survival of female doctors in Switzerland. In: BMJ 1991; 302:959.
3. Araki S., Murata K., Kumagai K., Nagasu M. Mortality of medical practitioners in Japan: social class and the “healthy worker effect”. In: AmI Ind Med. 1986; 10:91-9.
4. Breslow N, Day N. Statistical methods in cancer research. Volume II – the design and analysis of cohort studies. Lyon: IARC, 1987. (IARC Publ Sci No 82.)
5. British Medical Association. Stress and the medical profession. London: BMA, 1992.
6. British Medical Association. The morbidity and mortality of the medical profession. A literature review and suggestions for future research. London: BMA, 1993.
7. Bruce DL, Eide KA, Linde HW, Eckenhoff JE. Causes of death among anaesthesiologists: 20-year survey. In: Anaesthesiology 1968; 29:565-9.
8. Caplan R.E. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers. In: BMJ 1994; 309:1261-3.
9. Carpenter LM. Some observations on the healthy worker effect. In: BrJInd Med 1987; 44:289-91.
10. Cohen E.N, Gift H.C., Brown B.W., Greenfield W., Wu M.L., Jones T.W., et al. Occupational disease in dentistry and chronic exposure to trace anesthetic gases. In: JAm Dent Assoc 1980; 101:21-31.
11. Department of Health. Health and personnel social services statistics for England. London: HMSO, 1995.

12. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. In: *BMJ* 1994; 309:901-11.
13. Doll R, Peto R. Mortality among doctors in different occupations. In: *BMJ* 1977; i:1433-6.
14. Editorial. Occupational infection among anaesthetists. In: *Lancet* 1990; 336:1103.
15. Guirguis S.S., Pelmeur P.L., Roy M.L., Wong L. Health effects associated with exposure to anaesthetic gases in Ontario hospital personnel. In: *BrJ Ind Med* 1990; 47:490-7.
16. Hall A., Harrington J.M., Aw T.C. Mortality study of British pathologists. In: *Am J Ind Med* 1991; 20:83-9.
17. Harrington J.M., Oakes D. Mortality study of British pathologists, 1974-80. In: *BrJ Ind Med* 1984; 41:188-9 1.
18. Harrington JM. The health of anesthetists. In: *Anaesthesia* 1987; 42:131-2.
19. Hill GB, Harvey W. The mortality of dentists. In: *Br Dent J* 1972; 132: 179-82.
20. Lew E.A. Mortality experience among anesthesiologists, 1954-76. In: *Anaesthesiology* 1979; 51:195-9.
21. Logue J.N., Barrick M.K., Jessup G.L. Mortality of radiologists and pathologists in the radiation registry of physicians. In: *J Occup Med* 1986; 28:91-9.
22. Matanoski G.M., Seltser R., Sartwell P.E., Diamond E.L., Elliott E.A. The current mortality rates of radiologists and other physician specialists: deaths from all causes and from cancer. In: *Am J Epidemiol* 1975; 101: 188-98.
23. Matanoski G.M., Seltser R., Sartwell P.E., Diamond E.L., Elliott E.A. The current mortality rates of radiologists and other physician specialists: specific causes of death. In: *Am J Epidemiol* 1975; 101:199-210.
24. Neil Haw, Fairer J.G., Coleman M.P., Thurston A., Vessey M.P. Mortality among male anesthetists in the United Kingdom, 1957-83. In: *BMY* 1987; 295:360-2.
25. Office of Population Censuses and Surveys. Mortality analysis system and stage m. London: OPCS. Bailar JC, Ederer F. Significance factors for the ratio of a Poisson variable to its expectation. In: *Biometrics* 1964; 20:639-43.
26. Office of Population Censuses and Surveys. Occupational mortality: the Registrar General's decennial supplement part II 1951. London: HMSO, 1958.
27. Office of Population, Censuses and Surveys and International Agency for Research on Cancer. Cancer mortality by occupation and social class 1851-1971. In: Logan WPD, ed. *Studies on medical and population subjects*. No 44. Lyon: IARC 1982. (IARC Sci Publ No 36.)
28. Rich C.L., Pitts F.N. Suicide by psychiatrists: a study of medical specialists among 18 730 consecutive physician deaths during a five-year period, 1967-72. In: *Y Clin Psychiatry* 1980; 41:261-3.
29. Rimpela A., Nurminen M.M., Pulkkinen P.O., Rimpela M.K., Valkonen T. Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge? In: *Lancet* 1987; i:84-6.

30. Smith P.G., Doll R. Mortality from cancer and all causes among British radiologists. In: BrJ Radiol 1981; 54:187-94.
31. Spence A.A., Cohen E.N., Brown B.W., Knill-Jones R.P., Himmelberger D.U. Occupational hazards for operating roombased physicians. Analysis of data from the United States and the United Kingdom. In: JAMA 1977; 238:955-9.
32. Vessey M.P., Nunn J.F. Occupational hazards of anaesthesia. In: BMJ 1980; 281:696-8. 2006 2007 Cod. 26 cancer 1053 zile 1180 zile Cod. 02 tuberculoză 327 zile 227 zile Cod. 19 hepatite 748 zile 536 zile Cod. 08 cardiace 546 zile 573 zile Total 2674 zile 2516 zile.
33. Eșanu M. Riscuri profesionale în spitale. Medicină general, ITM Cluj.
34. Serbulenco A., Friptuleac G., Bahnarel I., Opopol N., Ețco C., Promovarea sănătății și educația pentru sănătate – probleme de importanță majoră pentru Republica Moldova. In: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, Chișinău, 2016, nr.3 (67).
35. Șveț V., Mereuță I. Metodă de profilaxie a stresului profesional. In: AGEPI MD. Nr. 222. 30.06.2010.
36. Șveț V. Dezechilibru efort-recompensă în activitatea medicilor oncologi, Buletinul Academic, Congresul IV Național de oncologie, 2015, Nr.1 (3), p.37.

PARTICULARITĂȚI ALE SĂNĂTĂȚII PERSONALULUI MEDICAL DIN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

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

PARTICULARITIES OF THE MEDICAL PERSONNEL HEALTH IN THE PRIMARY MEDICAL ASSISTANCE INSTITUTIONS

This article describes the main risk factors that contribute to the health problems of medical staff in primary health care institutions, including neurohe-mical overload, overloading of the analyzers: visual, auditory, sensorial, muscle overloads associated with physical or medium efforts, action of the agents che-mical, physical and biological, irrational work regime, night shift in the pro-gram, altered microclimate, exaggerated noise, public violence, work accidents.

Actualitatea și importanța temei. Organizația Internațională a Muncii estimează faptul că stresul ocupațional provoacă scăderea pe plan economic cu 10% a produsului intern brut al unei țări. Îmbolnăvirile provocate de stresul ocupațional sunt distribuite pe profesii [1]. Principalii factori de

risc, ce contribuie la problemele de sănătate asociate sistemului sanitar și sistemului educațional sintetizați din literatura de specialitate se includ: -suprasolicitarea neuroemoțională; suprasolicitarea analizatorilor: vizual, auditiv, sensorial; suprasolicitările musculare asociate cu eforturi fizice sau medii; acțiunea agenților chimici, fizici și biologici; regimul de muncă irațional; schimbul de noapte în program; microclimat alterat, zgomot exagerat; violențe din partea publicului; accidente de muncă (căderi, tăieturi, înțepături de ac, șocuri electrice, etc.); relații de muncă încordate, tensionate cu colegii și șefii [2].

Evoluția fenomenelor mediului ocupațional și a proceselor social – economice, au un impact complex asupra calității vieții angajaților din ramura medicinei primare din republică, cât și din raionul Orhei și Hincești. Sănătatea reprezintă un drept fundamental al omului ce are ca scop principal protecția, echilibrul și promovarea sănătății cetățenilor și a întregii națiuni. Asigurarea unui mediu sigur și sănătos, prin prisma securității și sănătății la locul de muncă, este pilonul principal a politicilor statului și patronilor pentru îmbunătățirea calității vieții angajaților din ramura medicinei, care au fost permanent în centrul discuțiilor la nivel local, național și internațional.

Pentru prima dată OMS la conferința de la Alma-Ata din 1978, s-a recunoscut faptul că serviciile de sănătate primare sunt cheia realizării „Programului Sănătate pentru toți în secolul XXI-lea. Prin acest program menționat OMS înscrie conceptele de prioritate ale sănătății angajaților din ramura medicinei primare care constau în: asigurarea unui mediu sigur și sănătos; promovarea modului sănătos de viață; protecția mediului ambiant; ameliorarea mediului ocupațional și serviciilor de prevenire, tratament, îngrijiri și readaptare [3, 4]. Strategia securității și sănătății conține o luptă permanentă pentru prelungirea vieții, prevenirea defectuoșității biologice și a statusului social inadecvat al ființei umane și anume a angajaților din ramura medicinei [5].

Sănătatea ca dar a naturii și comoară a vieții asigură dezvoltarea optimă a angajaților din ramura medicinei și învățământului și a societății în întregime [6, 7]. La etapa actuală a cercetării științifice complexe ce țin de aspectele medico-sociale a stării de sănătate a lucrătorilor din ramura sănătății și învățământului din Republica Moldova nu au fost efectuate.

Argumente ce justifică necesitatea acestui studiu:

- Nivelul în creștere a maladiilor profesionale a angajaților din ramura sănătății din mediul rural.

- Nivelul enorm în creștere a factorilor de risc în mediul ocupațional a angajaților din ramura sănătății din mediul rural.
- Ponderea mărită a stresului ocupațional a angajaților din ramura sănătății din mediul rural.
- Probleme existente a angajaților din ramura sănătății din mediul rural ce beneficiază de supliment la salariu sau concediu pentru condiții nocive de muncă.
- Ponderea în creștere a migrației personalului din ramura sănătății din mediul rural.
- Procentul în scădere de acoperire cu personal în ramura medicinei din mediul rural.
- Ponderea în creștere de îmbătrânire a personalului din ramura medicinei din mediul rural.
- Nivelul scăzut a calității vieții angajaților din ramura sănătății din mediul rural.
- lipsa unui ghid informațional de securitate și sănătate în muncă a angajaților din ramura sănătății din mediul rural.

Cele menționate au determinat necesitatea realizării unui studiu profund și vizat asupra acestui aspect medico-social și de securitate a personalului din ramura sănătății din mediul rural, formulând **scopul și obiectivele cercetării**. Evaluarea sănătății și securității în muncă a angajaților din ramura medicinei din mediul rural și elaborarea unui management de optimizare al securității și sănătății în muncă a personalului din acest domeniu [8].

Pentru realizarea acestui scop au fost trasate următoarele **obiective**:

- Studiarea problemelor existente a sănătății angajaților din ramura sănătății la nivel mondial, național și local.
- Evidențierea factorilor de risc profesionali, factorilor socio-economici și psihologici de influență asupra stării de sănătate a lucrătorilor din ramura sănătății din mediul rural.
- Studiarea opiniei angajaților din ramura sănătății referitor la influența factorii de risc profesionali la starea de sănătate.
- Studiarea morbidității cumulative și prin incapacitate temporară de muncă în raport de sex, mediu, vârstă, profesie a personalului din ramura sănătății din mediul rural
- Evaluarea morbidității prin examenul medical a angajaților din ramura sănătății din mediul rural în raport de sex, mediu, vârstă, profesie.

- Evidențierea morbidității reale profesionale a personalului din ramura sănătății și învățământului din mediul rural în raport de sex, mediu, vârstă, profesie.
- Evaluarea managementului securității și sănătății în activitatea profesională a personalului din ramura sănătății din mediul rural.
- Studiarea influenței stresului ocupațional la starea de sănătate a angajaților din ramura sănătății din mediul rural.
- Evaluarea impactului medical, social, economic a personalului cu maladii profesionale a *angajaților ce activează în ramura medicinei* din mediul rural.
- Argumentarea științifică a unui concept de măsuri de îmbunătățire a securității și sănătății în activitatea profesională a personalului din ramura sănătății din mediul rural.

Pentru abordarea obiectivelor se prevede de a efectua un studiu complex ce va include: studierea morbidității după examenele medicale, studierea morbidității după adresabilitate, studierea factorilor de influență socio-economiци și psihologici. Se va efectua și evaluarea stării de sănătate în raport cu grupele de sănătate. Suportul metodologic în prezentul studiu a fost asigurat prin utilizarea metodelor expuse în lucrările: «Вопросы теории и методики планирования здравоохранения» (Г.Попов, 1967, Москва), «Современные основы и методы планирования развития здравоохранения» (Н.Малов с соавт. 1981, Москва); „Epidemiologia bolilor netransmisibile” (A.Ivan și coaut. 1981, București); «Прикладной линейный регрессионный анализ» (И.Вучков, с соавт. 1987); «Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate” (P.Mureșan, 1989, București); «Социально-экономическое реформирование здравоохранения в Республике Молдова» (И.Мереуцэ, 1994); „Sănătate Publică și Management” (D.Tintiuc și coaut., 2002); „Sănătate Publică și Management” (R.Duda, 1996, Iași); „Cercetarea stării de sănătate și a principalelor factori care o influențează în vederea strategiilor de intervenție” (D.Enochescu și coaut.; 1996, București); „Finanțarea sistemului de sănătate în Economia de Piață” (A.Rusu, 1999, Chișinău).

Pentru caracteristica cercetării integrale vor fi folosite metodele: istorică, epidemiologică, statistică, analitică, comparativă, colectarea datelor: extragerea datelor din documentația medicală, datele statisticii oficiale, anchetarea. Materialul acumulat va fi prelucrat la calculator utilizînd programa EXCEL.

Inovația științifică a lucrării. În premieră la nivel rural în raionul Orhei se va studia:

- Problemele existente a sănătății angajaților din ramura sănătății și învățământului la nivel mondial, național și local.
- Factorii de risc profesionali, socio-economici și psihologici de influență asupra stării de sănătate a lucrătorilor din ramura sănătății și învățământului din mediul rural.
- Morbiditatea cumulativă și prin incapacitate temporară de muncă în raport de sex, mediu, vârstă, profesie a personalului din ramura sănătății și învățământului din mediul rural
- Morbiditatea prin examenul medical a angajaților din ramura sănătății și învățământului din mediul rural în raport de sex, mediu, vârstă, profesie.
- Morbiditatea reală profesională a personalului din ramura sănătății și învățământului din mediul rural în raport de sex, mediu, vârstă, profesie.
- Optimizarea managementului securității și sănătății în activitatea profesională a personalului din ramura sănătății și învățământului din mediul rural.
- Se va determina impactul medical, social, economic a personalului cu maladii profesionale a *angajaților ce activează în ramura medicinii și învățământului din raionul Orhei*
- Se va argumenta științific un concept de măsuri de îmbunătățire a securității și sănătății în activitatea profesională a personalului din ramura sănătății din mediul rural.

Semnificația și valoarea aplicativă a lucrării. Rezultatele studiului complex de evaluare a securității și sănătății a personalului din ramura sănătății vor servi punct de reper pentru:

Acest studiu are drept scop asigurarea unui mediu sigur și sănătos, la locul de muncă și elaborarea unui set de măsuri de optimizare a securității și sănătății a angajaților din ramura medicinii și învățământului din raionul Orhei.

Rezultatele studiului complex de evaluare a securității și sănătății a personalului din ramura sănătății vor servi punct de reper pentru obținerea următoarele rezultate estimate: problemele existente și factorii de risc profesionali la angajații din ramura medicinii, morbiditatea cumulativă și prin incapacitate temporară de muncă în raport de sex, mediu, vârstă, profe-

sie a personalului din această ramură, morbiditatea prin examenul medical a angajaților din ramura sănătății din mediul rural în raport de sex, mediu, vârstă, profesie, morbiditatea reală profesională a personalului din ramura sănătății din mediul rural în raport de sex, mediu, vârstă, profesie, implementarea unui model de optimizare a managementului securității și sănătății în activitatea profesională a personalului din ramura sănătății și învățământului din mediul rural, se va calcula impactul medical, social și economic a morbidității reale profesionale la angajații din ramura sănătății din mediul rural și în baza rezultatelor obținute se va elabora un ghid informațional de securitate și sănătate în muncă a angajaților din ramura sănătății, care va fi implementat la nivel local în fiecare instituție sanitară, și de învățământ din raion și va fi prezentat Ministerului Sănătății și Ministerului Învățământului, Sindicatelor de ramură „Sănătatea”.

Monitorizarea securității și sănătății *angajaților din ramura medicinei și învățământului din raionul Orhei, ne va permite să depistăm factorii de risc din mediul ocupațional, evidențierea maladiilor profesionale, determinarea impactului medical, social, economic a personalului cu maladii profesionale, prin care rezultatele obținute vor permite de a elabora programe de combatere a factorilor de risc și profilaxiei maladiilor profesionale a angajaților din ramura medicinei și învățământului la nivel local, național și european.*

Concluzii. 1. Marea parte dintre respondenți (82%) au afirmat precum că se simt în siguranță în instituțiile în care activează, totuși au fost și opinii (6%) ale unor persoane care au infirmat acest fapt, iar pentru 12% dintre respondenți a fost greu să se aprecieze cu referire la acest subiect.

2. O parte dintre angajați consideră că lucrează în condiții cu risc major pentru sănătatea lor, aceștia fiind mai mulți din rândul lucrătorilor medicali cu studii medii (11,6%) și de circa 2 ori mai puțini din rândul medicilor (5,3%).

3. Totodată, peste jumătate dintre lucrătorii medicali cu studii medii au apreciat locul de muncă cu risc moderat (52,4%), pe când medicii au apreciat locul de muncă, în aproximativ aceeași rată (50,2%), cu risc minor pentru sănătate. Este necesar de investigat separat pentru fiecare instituție care sunt factorii care induc nesiguranța angajaților la locul de muncă.

4. Cu toate că mulți respondenți afirmă că suferă de diferite probleme de sănătate și surmenaj, cu un risc înalt al morbidității maladiilor cronice în rândurile personalului medical din instituțiile AMP, marea parte dintre ei evită să meargă în concedii medicale.

5. Mai mult de jumătate dintre angajați (52%) nu au stat niciodată pe foaie de boală pe parcursul ultimilor 5 ani, iar 26% au susținut că nu au stat niciodată în viață pe foaie de boală. Managerii ar trebui să acorde o atenție sporită asupra monitorizării stării de sănătate a angajaților.

Referințe bibliografice

1. Zlate M. Tratat de psihologie organizațional-managerială. Vol. 2. Iași: Editura Polirom, 2007. 160 p.
2. Popescu C., Maricutoiu A., Maricutoiu L. Intervenții la nivel de organizație. Dezvoltarea organizațională. In: Manual de tehnici și metode în psihologia muncii și organizațională Z. Bogathy (coord.). Iași: Editura Polirom, 2007, p.287-316.
3. Avram E., Ciubotaru V.Gh., Ciurea A.V. Management în unitățile medico-sanitare. București: Editura Universitară, 2011. 205 p.
4. Nicolescu O. Managementul modern al organizației. București: Editura Tribuna Economică, 2001. 198 p.
5. Neagu G., Udrescu M. Managementul organizației. București: Ed. Tritonic, 2008.155 p.
6. Bogathy, Z. (coord.). *Manual de psihologia muncii și organizațională*. Iași: Editura Polirom, 2004. 265 p.

PATOLOGII NEUROLOGICE NEONATALE: ASPECTE TEORETICO-MEDICALE SI BIOETICE

Ana Cristal, studentă, Conducător științific: Victoria Federiuc, asist. univ., Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

NEONATAL NEUROLOGICAL PATHOLOGIES: THEORETICAL-MEDICAL AND BIOETHICAL ASPECTS

Neonatal pathology is a separate specialty dedicated to newborns, being mainly related to the adaptation of newborns to extrauterine life. The specificity of these pathologies, but also the age group affected falls under the field of bioethics, which proposes mechanisms to address the moral dilemmas associated with the new technologies, such as testing prenatal, neonatal and postnatal genetics, moral status of newborns, medical futility, palliative care, access to the new technologies of treatment and rehabilitation.

Patologia neonatală este o specialitate separată dedicată nou-născuților, fiind legată în principal de adaptarea nou-născuților la viața extrauterină. Personalul medical se confruntă cu o însușire amenințătoare de aplicații tehnologice și cu implicații deontologice crescute. În afară de unele malformații, în special cerebrale (tulburări de neurulație, agenezia corpului calos, tulburări de migrație neuronală etc.) principalele cauze neonatale ale handicapurilor sechelare neurologice sunt: hipoxia, hemoragiile intracraniene, icterul nuclear, hipoglicemia, infecțiile SNC și patologia iatrogenă.

Studiul reprezintă o analiză a aspectelor teoretico-medicale și bioetice în raport cu tactica curativă a afecțiunilor neonatale și evidențierea nemijlocită a problemelor morale ce reies din acest context. Specificul patologiilor impune necesitatea implicare mai accentuată a medicilor neonatologi în relația cu familia nou-născuții cu afecțiuni neurologice. Totodată actul medical în neonatologie este strâns asociat cu noile tehnologii, cum sunt testarea genetică prenatală, neonatală și postnatală care ridică întrebări de natură bioetică, cum ar fi statutul moral al nou-născuților, tratamente inutile în practica medicală și îngrijirile paliative. O altă direcție de probleme evidențiate țin de lipsa accesului la noile tehnologii de tratament și reabilitare, îngrijirea primară și la domiciliul bolnavilor.

Eficacitatea actului medical în afecțiunile neonatale neurologice sunt direct determinate de capacitatea de colaborare a medicului cu pacientul, statutul social și problemele sociale cu care se confruntă familia și pacientul, acțiunile profilactice din domeniul sănătății publice aplicabile nou-născuților pentru prevenția morbidității pe termen lung și capacitatea gestionare a problemelor bioetice de către personalul medical.

ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN MALADIILE ONCOLOGICE: ASPECTE ETICE

Petru Dobrojan, student, Conducător științific: Daniela Rusnac, asist. univ., Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova
dobrojanpetru@gmail.com

PALLIATIVE CARE IN ONCOLOGICAL DISEASE: ETHICAL ASPECTS

Millions of people around the world are affected by diseases, which have an impact on their lives, such as cancer. Palliative medicine being part of

public health faces complex ethical dilemmas, because resources are limited and the medical, legal and ethical framework can often be contradicted.

Odată cu creșterea numărului oncopatologiilor atât la nivel național, cât și la nivel internațional, sporește necesitatea și cerințele față de serviciile de îngrijiri paliative. Situația dată a impus crearea unei specialități competente care ar putea oferi servicii de îngrijiri paliative la domiciliu sau în staționar al bolnavilor incurabili și în stări terminale. Pacienții bolnavi de cancer sau de alte boli incurabile necesită o îngrijire specială din partea unei echipe multidisciplinare, care în multe situații este greu de realizat, din cauza accesului limitat sau inexistent la aceste servicii. La nivel global Organizația Mondială a Sănătății a creat o serie de recomandări, adoptate de majoritatea statelor și care în ultimii ani au stat la baza creării de către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a Republicii Moldova a ordinului nr. 154 din 01.06.2009 „Cu privire la organizarea serviciilor de Îngrijiri Paliative”. Obiectivul principal al îngrijirii paliative este de a îmbunătăți calitatea vieții, ceea ce pentru bolnavii oncologici poate fi realizat activ printr-un control corect și eficient al durerii, dar și pasiv prin integrarea acestor persoane în familie și societate.

Ținând cont de principiile eticii clasice ale lui Hipocrate cum sunt cele ale binefacerii, nondăunării și echității pacientului, în medicină nu se pot lua decizii corecte în permanență. În cadrul medicinei paliative unul din aceste principii poate fi ușor încălcat din cauza stării pacientului, influenței familiei pacientului, care aici reprezintă un membru important al echipei multidisciplinare, dar și al cadrului legal în vigoare. Aici apar primele dileme etice: de a acționa conform principiului autonomiei sau cel al binefacerii în raport cu pacientul.

O altă problemă etică o prezintă confidențialitatea, care aici se află la frontiera dintre autonomia pacientului și stările în care el nu mai poate decide de sine stătător. În ultimul caz oferirea deciziei rudelor poate încălca principiul confidențialității, dar totodată și de a prelungi viața pacientului, de ai alina suferințele, pe când pacientul poate să refuze, neînțelegând beneficiul.

Medicina paliativă se bazează pe o multitudine de principii etice, însă respectarea lor în totalitate este practic imposibilă din cauza diversității situațiilor și problemelor ce pot apărea în practică. Din această cauză credem că respectarea cadrului legal în comun acord cu principiile etice vor soluționa majoritatea dilemelor ce apar în cadrul serviciului îngrijirilor paliative.

DILEME SOCIO-BIOETICE ÎN MANAGEMENTUL MALADIILOR SEXUAL TRANSMISIBILE

Tomşa Olga, studentă

Conducător științific: Anatolie Eșanu, conf. univ., Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova
olyatomsha@gmail.com

SOCIO-BIOETHICAL DILEMMAS IN THE MANAGEMENT OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

Management of sexually transmitted diseases requires a lot of medical and bioethical rules, for a succesful treatment is necessary to analize all aspects of disease , especially bioethical problems.Knowing and application of bioethical guidelines in the treatment of sexually transmitted diseases together with a good clinical training ,will improve considerably therapeutic performance .Involvement of basic moral principles which refers to live , health ,human autonomy and equality and justice will increase patients compliation.

Managementul patologiilor sexual transmisibile necesită respectarea multor norme medicale și bioetice, pentru un tratament de succes e nevoie de o analiză minuțioasă a tuturor aspectelor bolii în special al problemelor etice. Au fost revizuite și consultate materiale științifice, publicații monografice, statistico-sociologice și etico-bioetice din R. Moldova și de peste hotare. În studiul dat a fost aplicată metoda teoretică, analitică și bioetică. Pentru asigurarea unui act medical calitativ se impune abordarea comprehensivă a ființei umane, formarea unei echipe medicale competente bine organizate unde este o conlucrare buna atât între medic și personal inferior cât și între medic și pacient. Cunoașterea și aplicarea reperelor bioetice în tratamentul bolilor sexual transmisibile în ansamblu cu o pregătire clinică bună va permite îmbunătățirea considerabilă a performanțelor terapeutice, va reduce numărul cazurilor netratate, recidivele și transmiterea continuă a maladiei, acest lucru influențează pozitiv sănătatea populației generale fiind benefic și cost eficient .De asemena o echipă medicală bine formată va putea oferi explicațiile adecvate pacientului în legatură cu patologia achiziționată, riscurile prezente , importanța urmării tratamentului și modalitatea acestuia. Un pacient bine informat este mai puțin predispus pentru abandonarea medicației, este conștient și are o rată de vindecare mai bună, adițional

se reduce riscul de a face stări depresive pe fondalul bolii. Bioetica are un rol indispensabil în realizarea actului medical, ea oferă baza cunoștințelor care ajută medicul să stabilească relația cu pacientul, îl atenționează la problemele fundamentale ale pacientului și îi oferă competențe de a rezolva conflictele morale, îl ghidează în luarea deciziilor. Cunoașterea principiilor bioetice va permite o abordare holistică a pacientului, va face posibil dezvoltarea de către medic a unui șir de calități ca toleranța, empatia și autonomia. Implicarea principiilor și aspectelor morale de bază referitoare la viața, sănătatea și autonomia omului, egalitatea și dreptății va crește complianța bolnavilor și calitatea relației medic-pacient în actul medical. Folosirea tehnicilor de comunicare, confidențialitatea și plasarea pe prim-plan ființa umană și necesitățile sale îmbunătățesc calitatea vieții și diminuează complicațiile.