



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

**BOLI CRONICE,
VULNERABILITATE, REABILITARE.
ABORDĂRI INTERDISCIPLINARE**

MONOGRAFIE

**Universitatea de stat de Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova**

**BOLI CRONICE,
VULNERABILITATE, REABILITARE.
ABORDĂRI INTERDISCIPLINARE**

MONOGRAFIE

Coordonator:
Vitalie Ojovanu, dr. hab. în filos.



Chișinău, 2023

Aprobat spre publicare de către Consiliul Științific al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” prin decizia nr. 7/1 din 26.10.2023.

Grupul de autori:

Vitalie Ojovanu, dr. hab., conf. univ.; **Ion Banari**, dr. în filoz., conf. univ.; **Anatolie Eșanu**, dr. în filoz., conf. univ.; **Ludmila Rubanovici**, dr. în filoz., conf. univ.; **Vladislav Rubanovici**, dr. în șt. med., conf. univ.; **Gabriela Șoric**, dr. în șt. med., conf. univ.; **Ana Popescu**, cercet. șt., asist. univ.; **Vitalina Ojovan**, doctorand, medic endocrinolog; **Viorel Cojocaru**, dr. în filoz., asist. univ.; **Victoria Voloceai**, dr. în șt. med., conf. univ.; **Elena Șargu**, asist. univ.

Monografia de față include materiale științifice cercetate, prezentate și discutate în cadrul proiectului „*Abordarea interdisciplinară bioetico-socio-medicală a contingentului vulnerabil de populație cu stare severă de sănătate și posibilitățile de reabilitare*” din cadrul Programului de Stat 2020-2023. În conținutul lucrării au fost abordate subiecte recente privitor la abordarea teoretică a problemelor cercetărilor privitor la vulnerabilitate în context interdisciplinar. Volumul reprezintă încununarea unei colaborări intense între Catedra de filosofie și bioetică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și alte centre de cercetare din țară și de peste hotare.

Prezenta monografie este destinată cercetătorilor și tuturor celor preocupați de problemele teoretice și practice ale vulnerabilității și bioeticii, altor domenii medico-sociale.

Recenzenți: **Anatolie Eșanu**, doctor în filosofie
Tudor Grejdean, doctor habilitat în științe medicale

Acest studiu monografic a fost realizat în cadrul proiectului „*Abordarea interdisciplinară bioetico-socio-medicală a contingentului vulnerabil de populație cu stare severă de sănătate și posibilitățile de reabilitare*” din cadrul Programului de Stat 2020-2023, cod 20.80009.8007.36

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII
DIN REPUBLICA MOLDOVA

Boli cronice, vulnerabilitate, reabilitare: Abordări interdisciplinare: monografie / Vitalie Ojovanu (coordonator), Ion Banari, Anatolie Eșanu [et al.]; Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova. – Chișinău: Print-Caro, 2023. – 172 p.: fig., tab.

Referințe bibliogr. la sfârșitul art. – [100] ex.

ISBN 978-9975-175-86-9.

614.2:616-036

B 66

C U P R I N S

I. REPERE CONCEPTUALE ȘI ORIENTĂRI PRIVIND VULNERABILITATEA

VULNERABILITATEA UMANĂ ÎN CONTEXT FILOSOFIC
(Ludmila Rubanovici) 4

**FENOMENUL VURNERABILITĂȚII ÎN CONTEXTUL
SĂNĂTĂȚII GLOBALE** *(Anatolie Eșanu)* 14

**VULNERABILITATEA UMANĂ ÎN ACTIVITATEA
BIOMEDICALĂ. ASPECTE BIOETICE**
(Ion Banari, Vitalie Ojovanu) 35

II. VULNERABILITATEA ÎN CADRUL EXISTENȚIAL AL SĂNĂTĂȚII

**ASPECTE MEDICO-BIOETICE ALE VULNERABILITĂȚII
PERSOANELOR VÂRSTNICE INTERNATE ÎN SECȚIILE
DE GERIATRIE** *(Ana Popescu, Gabriela Șoric, Ion Banari,
Vitalie Ojovanu)* 73

**VULNERABILITATEA COPIILOR CU HIPOACUZIE.
ABORDARE BIOETICĂ**
(Ludmila Rubanovici, Vladislav Rubanovici) 90

**MODUL DE VIAȚĂ ȘI STAREA DE SĂNĂTATE A DEȚINUȚILOR
CA MANIFESTARE A VULNERABILITĂȚII**
(Viorel Cojocar) 109

**SPECIFICUL VULNERABILITĂȚII COPIILOR CU
DIABET ZAHARAT TIP 1** *(Vitalina Ojovan)* 131

**VULNERABILITATEA PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI
ÎN ACCESAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE
A SĂNĂTĂȚII** *(Elena Șargu)* 147

**CONSECINȚELE FUMATULUI ASUPRA SARCINII,
STRATEGII ȘI PROGRAME ANTIFUMAT**
(Victoria Voloceai) 158

I. REPERE CONCEPTUALE ȘI ORIENTĂRI PRIVIND VULNERABILITATEA

VULNERABILITATEA UMANĂ ÎN CONTEXT FILOSOFIC

Ludmila Rubanovici

Conceptul de *vulnerabilitate* în filosofie are varii înțelesuri și poate fi studiat din mai multe perspective: moral, existențial, epistemic, social, politic etc. În context filosofic vulnerabilitatea abordează starea de deschidere, fragilitate și susceptibilitatea ființelor umane și a lumii în general; se referă nu doar la aspectele fizice, ci și la facultățile sufletului, la activitățile desfășurate în comun ale individului și societății în ansamblu.

De exemplu, *vulnerabilitatea morală* se referă la condiția umană fundamentală de a fi susceptibil la erorile de comportament legitime și acceptabile în realizarea scopurilor și la judecățile subiective. Această perspectivă explorează fragilitatea morală a individului și necesitatea de a dezvolta virtuți și integrități morale pentru a face față acestor vulnerabilități.

Filosofii existențialiști, precum Friedrich Nietzsche (1844-1900), Jean-Paul Sartre (1905-1980), Albert Camus (1913-1960) etc., au explorat *vulnerabilitatea existențială* ca fiind o condiție umană de a fi contingentă și de a se confrunța cu incertitudinea, cu lipsa de sens și inevitabilitatea morții. Acest tip de vulnerabilitate se concentrează pe lipsa de statornicie a existenței umane într-un univers aparent fără sens.

Vulnerabilitatea epistemică se referă la faptul că cunoașterea noastră este limitată și cu lipsuri, nedesăvârșită. Individul este vulnerabil la erori de percepție, de judecată sau de interpretare a informațiilor. Această perspectivă se ocupă de natura cunoașterii și de modul în care omul poate gestiona această vulnerabilitate științifică.

Vulnerabilitatea în ceea ce privește *justiția socială* și *politică* se referă la expunerea unei persoane sau a unui grup la discriminare, excluziune sau exploatare din cauza unor factori precum rasă, gen, clasă socială sau

orientare sexuală. Filosofii care explorează această temă analizează modul în care societatea poate să recunoască și să adreseze aceste vulnerabilități pentru a promova egalitatea și dreptatea.

Unele aspecte importante ale acestui concept țin de realitatea pe care oamenii o trăiesc, fiind vulnerabili la diverse situații din viață, cum ar fi boala, vârsta înaintată, dizabilitatea, accidente, moartea ș.a. De asemenea, vulnerabilitatea se extinde și în sfera stărilor emoționale trăite zi de zi, în care oamenii pot fi afectați profund de relații interumane, pierderea celor dragi sau traume îndurate. Conceptul de vulnerabilitate include și ideea de deschidere către experiența umană: a fi vulnerabil înseamnă a te expune la noi experiențe, a fi deschis la schimbare și a-ți asuma riscuri, chiar cu pericolul posibil de a te confrunța cu eșecuri sau suferință.

Din filosofia antică, deși termenul vulnerabilitate în sine nu era folosit în mod direct, unele concepte și idei din acea perioadă pot fi atribuite acestei teme, care abordează problemele legate de efemeritatea umană. De exemplu, Socrate (469 î.Hr.-399 î.Hr.) se concentra pe auto-cunoaștere și recunoașterea propriei ignoranțe. Afirmatia sa „Știu ceea ce nu știu” sugerează o formă de vulnerabilitate intelectuală și imposibilitate în fața cunoașterii și a limitelor umane cognitive. Epicur (342 î.Hr.-270 î.Hr.) a abordat ideea de vulnerabilitate prin plasarea unui accent deosebit asupra ideii de plăcere ca element esențial al vieții umane. Epicur a învățat că plăcerea și durerea reprezintă factori determinanți în ceea ce privește acțiunile umane și că obiectivul central al individului ar trebui să fie atingerea plăcerii și evitarea durerii. El a susținut că plăcerea este scopul final al vieții și că oamenii ar trebui să se străduiască să atingă o stare de plăcere permanentă prin satisfacerea dorințelor naturale și necesare. Cu toate acestea, în ciuda concentrării sale asupra plăcerii, Epicur a recunoscut, de asemenea, că dorințele excesive și necugetate pot duce la suferință și nemulțumire. El a promovat ideea că plăcerea reală derivă din atingerea unui echilibru între plăcerea imediată și evitarea consecințelor negative pe termen lung. Astfel, el a evidențiat necesitatea de auto-control și moderare pentru a evita suferința care poate să apară dintr-un exces de plăcere sau din neglijarea consecințelor a ceea ce facem. Platon (427 î.Hr.-347 î.Hr.), în lucrarea sa *Simpozion*, explorează diverse aspecte ale iubirii și ale relațiilor interumane. Discuțiile despre vulnerabilitatea sufletului, conexiunea dintre oameni și căutarea iubirii pot

fi considerate ca implicate în această temă. Deși Aristotel (384 î.Hr.-322 î.Hr.) nu a dezvoltat explicit o teorie despre vulnerabilitate, conceptele și ideile sale etice despre virtuți, vicii, justiție, legi etc. ar putea avea relevanță într-o discuție contemporană despre cum să abordăm vulnerabilitatea umană și să promovăm relații autentice și morale în societate. Stoicii, ca de exemplu Seneca (n. cca. 4 î.Hr.-d. 65 d.Hr.) sau Epictet (50 d.Hr.-138 d.Hr.), au discutat despre adaptarea la evenimentele din viață, inclusiv cele dificile. Ei au promovat stăpânirea asupra emoțiilor și acceptarea a ceea ce nu poate fi controlat, ceea ce ar putea fi interpretat ca o formă de gestionare a vulnerabilității. Stoicii credeau că principala problemă a omului a fost și este atașamentul. Cu cât omul este mai atașat de lucrurile externe – locuri de muncă, bogăție, chiar și cei dragi – cu atât riscă să sufere mai mult dacă le pierde. În schimb, ei recomandă să ne preocupăm doar de ceea ce putem controla și nu ne poate fi luat – propria noastră virtute personală.

În teologia creștină medievală, ideea de vulnerabilitate a fost asociată cu suferința și sacrificiul. Unul din exemple în acest sens este reprezentat de figura lui Isus Hristos, care este considerat în teologia creștină drept Fiul lui Dumnezeu și, totodată, ca fiind o manifestare a divinității într-o formă umană vulnerabilă. Ideea de vulnerabilitate în acest context se referă la faptul că Isus Hristos a ales să se confrunte cu suferința și moartea în slujba oamenilor, acceptând cu bunăvoință să fie răstignit pentru păcatele lor, conform învățăturilor creștine. Acest act divin de a deveni om implică intrarea lui Dumnezeu în lumea umană, cu toate vulnerabilitățile și suferințele asociate acestei condiții. Teologii medievali, precum Sf. Augustin (354-430), Sf. Toma de Aquino (1588-1679) și mulți alții, au dezvoltat ideea de vulnerabilitate în contextul suferinței lui Isus Hristos ca pe o modalitate de a exprima iubirea lui Dumnezeu pentru omenire. Aceștia susțineau că prin acceptarea suferinței, Hristos a arătat că iubirea lui Dumnezeu depășește orice limită și că sacrificiul său are o semnificație profundă în contextul mântuirii sufletelor oamenilor. Perioada umanismului medieval a adus o atenție mai mare asupra individului și a umanității în general. Lucrări precum *Imitația lui Hristos* de Thomas a Kempis (Thomas von Kempen) (1380-1471) sau operele lui Dante Alighieri (1265-1321), cum ar fi *Divina Comedie*, explorează teme legate de suferință, mântuire și lipsă de temeinicie a ființei umane. De asemenea, ideea de vulnerabilitate a fost

adesea asociată cu conceptul de umilință și smerenie. Prin acceptarea suferinței și a morții, Isus Hristos a exemplificat umilința supremă și smerenia față de voința divină. Aceste virtuți au fost considerate cruciale în tradiția creștină pentru că promovează o relație apropiată cu divinitatea prin renunțarea la orgoliu și la dorința de putere și dominare. Concluzionând, în teologia creștină medievală, ideea de vulnerabilitate a fost pusă în valoare ca o modalitate de a sublinia iubirea, umilința și sacrificiul divin pentru omnire, precum și ca un model de urmat pentru a obține mântuirea și iertarea.

În epoca modernă, odată cu dezvoltarea filosofiei și a gândirii critice, conceptul de vulnerabilitate umană a început să fie explorat în contexte mai variate și mai specifice. Blaise Pascal (1623-1662) a explorat tema vulnerabilității umane în lucrarea *Gânduri (Pensées)*, unde a discutat despre condiția umană ca fiind fragilă și plină de incertitudini, cu omul fiind în căutarea sensului și a confortului în fața propriei vulnerabilități. René Descartes (159-1650), în *Meditații metafizice (Meditationes metaphysicae)*, abordează problema incertitudinii și a limitelor cunoașterii umane. El subliniază că omul poate fi greșit și vulnerabil în ceea ce privește judecățile și percepțiile sale. Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) a abordat vulnerabilitatea socială și efectele corupției civilizației asupra individului. În lucrarea sa *Discurs asupra originii și fundamentelor inegalității dintre oameni (Discurs asupra originii și fundamentelor inegalității dintre oameni)*, el a susținut că omul în starea sa naturală este mai vulnerabil în societate, deoarece aici se confruntă cu inegalități și nevoia de a-și apăra proprietatea. Immanuel Kant (1724 - 1804) a discutat conceptul de autonomie și respect pentru persoană în operele sale. Filosoful credea că singurul lucru care contează pentru etică era să se acționeze cu bunăvoință. Indiferent ce s-a întâmplat cu fiecare, atâta timp cât se acționează cu intenția de a îndeplini îndatoririle, este în mod clar, din punct de vedere etic. Natura umană rațională – capacitatea omului de a gândi – este cea care definește din punct de vedere etic și gândirea este complet în controlul ființei umane. Astfel, se poate argumenta că, în filosofia lui Kant, vulnerabilitatea umană este legată de această demnitate și necesitatea de a o proteja. În contextul imperativului categoric kantian, care impune tratarea fiecărui individ ca un scop în sine și nu ca un mijloc, se poate interpreta că vulnerabilitatea umană trebuie recunoscută și respectată, iar acțiunile fiecărui trebuie să fie conforme cu această recunoaștere. F. Niet-

zsche a analizat conceptul de vulnerabilitate în contextul evaluării morale și al construcției valorilor în lucrările sale. El a pus sub semnul întrebării ideile tradiționale de bine și rău și a explorat aspectele fragile ale moralității convenționale. Nietzsche a pus accent pe ideea că oamenii sunt vulnerabili la influența morală și culturală și a susținut necesitatea dezvoltării „voinței de putere” pentru a-și exprima autenticitatea. Aceștia sunt doar câțiva dintre filosofii moderni care au abordat teme legate de vulnerabilitatea umană în diferite contexte filosofice, cum ar fi cunoașterea, moralitatea, societatea și condiția umană în general.

În filosofia contemporană, conceptul de vulnerabilitate umană este explorat într-o varietate de contexte, de la etică și politici sociale la studii de gen și teorie critica. Mulți filosofi pur și simplu nu cred că este posibil să fie doar virtutea personală suficientă în măsura în care credeau stoicii și Kant. Tot mai mult se descrie vulnerabilitatea drept virtute.

Unele idei despre vulnerabilitate le găsim la Martha Nussbaum, cunoscută pentru contribuțiile sale semnificative în domeniul eticii, filosofiei politice și dezvoltării umane. Continuând să dezvolte conceptul său de „capabilitate/capabilități” [1], Nussbaum a extins discuția despre drepturile și bunăstarea persoanelor vulnerabile. Prin teoria sa a capabilităților, Nussbaum argumentează că o societate justă ar trebui să ofere oportunități egale pentru toți membrii săi, astfel încât fiecare individ să aibă posibilitatea de a-și dezvolta potențialul uman în mod integral. Vulnerabilitatea, afirmă ea, este o parte inerentă a condiției umane [2]. Fiecare se poate confrunta cu situații care să ne expună la riscuri și dificultăți. Conceptul de capabilități se bazează pe recunoașterea acestei vulnerabilități și pe necesitatea de a crea o societate în care toți oamenii să aibă sprijinul și resursele necesare pentru a depăși provocările, pentru a-și dezvolta potențialul în ciuda acestor vulnerabilități. Ea a mai discutat subiecte precum justiția socială, educația și egalitatea de șanse din perspectiva recunoașterii și îmbunătățirii competențelor fiecărui individ. Nussbaum pune un accent deosebit pe importanța recunoașterii și protejării demnității umane, susținând că orice teorie etică sau politică trebuie să abordeze chestiunea vulnerabilității umane și să încerce să dezvolte mecanisme pentru a face față acestor vulnerabilități. Nussbaum susține că societățile ar trebui să creeze instituții și structuri care să protejeze și să sprijine persoanele vulnerabile, inclusiv

copiii, vârstnicii, persoanele cu dizabilități și cei aflați în situații de sărăcie sau marginalizare. Ea subliniază importanța unei abordări comprehensive a demnității umane, care să includă atât aspectele fizice, cât și cele emoționale și sociale. Astfel, Nussbaum aduce o contribuție importantă în înțelegerea și promovarea valorii demnității umane în contextul vulnerabilității, susținând necesitatea de a crea structuri sociale și politice care să protejeze și să promoveze bunăstarea tuturor membrilor unei comunități, indiferent de vulnerabilitățile lor.

Autoarea Judith Pamela Butler, filosofă și scriitoare poststructuralistă, a adus contribuții semnificative în domeniul teoriei de gen și a studiilor culturale, influențând filosofia politică, etica și domeniile feminismului. Conceptul ei de „performativitate de gen” (*gender assignment*) [3] și discuțiile despre construcția socială a identității abordează vulnerabilitatea în contextul normelor și așteptărilor sociale. La fel autoarea vorbește despre vulnerabilitate că este un aspect esențial al existenței umane. „Faptul că suntem vulnerabili la dureri și suferințe nu trebuie să ne slăbească, ci să ne ajute să recunoaștem legătura noastră comună în umanitate” [4].

Teoreticiana politică și feminista, Iris Marion Young, s-a concentrat pe natura justiției și a diferenței sociale, a dezvoltat teoria „politicilor ale diferenței”, a explorat modalitățile în care oamenii vulnerabili, marginalizați și discriminați pot fi protejați și sprijiniți în cadrul societății. Young a subliniat importanța înțelegerii și recunoașterii vulnerabilității ca o parte integrantă a umanității și a construcției identității. Ea a cercetat modul în care structurile sociale și normele pot influența, agrava vulnerabilitatea și a căutat modalități de a construi societăți mai incluzive și mai echitabile, expunându-le în lucrările sale *Justice and the Politics of Difference* [5], *Responsibility for Justice* [6], *Inclusion and Democracy* [7] și altele.

Emmanuel Levinas (1906-1995) a continuat să influențeze filosofia contemporană în care el a susținut că responsabilitatea față de celălalt și relația cu celălalt sunt centrale în etica sa și pot fi interpretate ca o recunoaștere a vulnerabilității umane [8].

Profesoară de filosofie și studii de gen, Sandra Lee Bartky (1935-2016) a abordat tema vulnerabilității în contextul corpului feminin și al normelor de frumusețe și de înfățișare. Ea a explorat modul în care aceste norme pot suprima autonomia și integritatea individuală.

Carol Gilligan (1936) este autoarea care consideră că vulnerabilitatea este esențială pentru construirea legăturilor autentice cu alți oameni. Ea a dezvoltat teoria eticii grijii, care subliniază importanța relațiilor interpersonale și a îngrijirii față de cei din jur în lucrarea. Potrivit lui Gilligan în lucrarea *Joining the Resistance: Psychology, Politics, Girls, and Women* (1990) [9], această etică a grijii se bazează pe recunoașterea și acceptarea vulnerabilității umane. Conform teoriei ei, oamenii sunt în mod natural vulnerabili și interdependenți, și această vulnerabilitate este o parte esențială a condiției umane. Pentru a construi conexiuni autentice și relații sănătoase cu alți oameni, Gilligan argumentează că trebuie să fim dispuși să recunoaștem și să îmbrățișăm această vulnerabilitate, atât în noi înșine, cât și în ceilalți. Vulnerabilitatea devine o cale de a ne conecta cu alții prin empatie și compasiune. Prin recunoașterea faptului că toți suntem vulnerabili în anumite feluri și că avem nevoie unii de alții pentru a ne susține reciproc, putem dezvolta relații autentice și sensibile. Gilligan susține că, într-o lume în care adesea se acordă prioritate valorilor masculine de independență și raționalitate, este important să se recunoască valoarea vulnerabilității și a relațiilor umane autentice.

Factorii generatori de pandemii, războaie, interese conflictuale, calamități naturale sunt numeroși, iar în viitor, ar putea fi și mai mare. Pentru că mediul de viață al oamenilor crește în complexitate, iar provocările, pericolele și amenințările generate sau adăpostite de aceasta proliferază și se diversifică, în timp ce vulnerabilitatea, în pofida efortului oamenilor de a le reduce, se complică, se diversifică și se multiplică. Perioada pandemică COVID-19, războaiele din lume, ne fac să înțelegem că toți putem să trăim din plin aceste stări oricât de asigurați și ocrotiți ne pare că suntem; că nu doar nou-născuții sau vârstnicii sunt dependenți de altcineva, ci întreaga societate, de la mic la mare, de la tânăr la adult, de la bogat la mai bogat, de la medic la inginer sau om politic, indiferent de statutul și rolul social, neam, etnie, religie, interese etc. [10].

În context personal, conștientizarea vulnerabilității poate însemna recunoașterea propriilor slăbiciuni sau puncte sensibile, fie că sunt legate de sănătate, relații, finanțe sau alte aspecte ale vieții. Aceasta poate determina oamenii să ia măsuri pentru a-și îmbunătăți sănătatea, pentru a-și dezvolta abilitățile sau pentru a-și gestiona mai bine resursele.

La nivel organizațional, conștientizarea vulnerabilității implică identificarea punctelor slabe în structura, operațiunile sau strategiile unei companii. Prin recunoașterea acestor vulnerabilități, organizațiile pot implementa măsuri de securitate sau strategii de gestionare a riscurilor pentru a preveni potențialele eșecuri sau pierderi.

Într-un context societal, conștientizarea vulnerabilității se referă la înțelegerea vulnerabilităților unor grupuri sociale sau comunități față de anumite riscuri sau probleme. Aceasta poate implica luarea de măsuri pentru a îmbunătăți resursele și sprijinul disponibil pentru aceste grupuri și pentru a reduce inegalitățile.

În general, conștientizarea vulnerabilității joacă un rol crucial în prevenirea problemelor și în promovarea unui mediu mai sigur și mai sustenabil, indiferent de nivelul la care este aplicată. Există numeroși factori care pot contribui la vulnerabilitatea noastră în diferite contexte:

- Factori personali, care se referă la probleme de sănătate fizică sau mentală pot să ne facă mai vulnerabili la stres și la diferite situații dificile.
- Lipsa abilităților sau cunoștințelor, fiindcă dacă nu deținem abilitățile necesare sau cunoștințele adecvate pentru a face față unei anumite situații, suntem mai vulnerabili în fața acelei situații.
- Lipsa resurselor financiare, care pot contribui la vulnerabilitate în fața problemelor sau schimbărilor neprevăzute.
- Izolare socială sau lipsa conexiunilor sociale, sau lipsa sprijinului din partea rețelelor de relații poate crește vulnerabilitatea în fața diferitelor provocări.
- Factori socio-economici. Oamenii aflați în situații de sărăcie sunt adesea mai vulnerabili la multiple riscuri, incluzând lipsa hranei, a locuinței și a asistenței medicale adecvate.
- Inegalitate socială. Disparitățile sociale și economice pot face anumite grupuri mai vulnerabile decât altele din cauza accesului limitat la resurse și oportunități.
- Factori de mediu. Dezastre naturale precum cutremurele, inundațiile sau uraganele pot crea vulnerabilitate prin distrugerea proprietăților, infrastructurii și resurselor. Schimbările climatice pot afecta disponibilitatea resurselor naturale și pot crește riscurile pentru anumite comunități și regiuni.

- Factori politici și geopolitici. Zonele afectate de conflicte armate sunt adesea mai vulnerabile din cauza distrugerilor și a lipsei resurselor. Lipsa stabilității politice poate crea un mediu în care populația este mai vulnerabilă la schimbări bruste și neprevăzute.
- Tehnologie și ciber spațiu. Într-o lume din ce în ce mai digitală, lipsa cunoștințelor tehnologice poate face oamenii vulnerabili la fraudă cibernetică sau încălcări ale securității online. Dependența excesivă de tehnologie poate face oamenii vulnerabili în cazul unor probleme tehnice sau întreruperi ale serviciilor.

Acești factori sunt doar câteva exemple, iar vulnerabilitatea este adesea rezultatul interacțiunii lor complexe. Înțelegerea acestor factori și luarea de măsuri pentru a-i adresa poate ajuta la reducerea vulnerabilității și la construirea rezilienței în fața provocărilor vieții.

Conștientizarea vulnerabilității umane este crucială pentru dezvoltarea unei perspective etice mai sensibile și mai umane asupra lumii înconjurătoare. Filosofia oferă un cadru valoros pentru a analiza și înțelege implicațiile profunde ale vulnerabilității umane, atât la nivel individual, cât și la nivel social. Integrarea conceptelor filosofice în discuțiile despre vulnerabilitate poate contribui la o mai bună apreciere a complexității și a subtilității acestei teme în cadrul societății. Examinarea critică a vulnerabilității umane dintr-o perspectivă filosofică poate conduce la descoperirea unor modalități inovatoare de a aborda problemele sociale și etice contemporane. Nu ar trebui să considerăm vulnerabilitatea ca pe o slăbiciune, ci mai degrabă ca pe o sursă de conexiune și înțelegere umană mai profundă, care ne permite să ne manifestăm empatia și compasiunea față de cei din jurul nostru.

Referințe bibliografice

1. Nussbaum, M. *The Fragility of Goodness: Luck and Ethics in Greek Tragedy and Philosophy* (2001) (p. 343-372). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511817915.021. Disponibil: <https://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/38067/08.Lisowska.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accesat: 15.09.2023).
2. Nussbaum, M., Sen, Am. *The quality of life*. Disponibil: <https://books.google.md/books?hl=ro&lr=&id=QurkDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=->

nussbaum&ots=1zGjQ_Tsgb&sig=7hYtGMINsgpjVyTJGZlovU1ZDBQ&re-dir_esc=y#v=onepage&q=nussbaum&f=false (accesat: 02.05.2023).

3. Butler, Judith. Rethinking Vulnerability and Resistance. Disponibil: <https://bibacc.org/wp-content/uploads/2016/07/Rethinking-Vulnerability-and-Resistance-Judith-Butler.pdf> (accesat: 23.08.2023).
4. Butler, Judith. Gender Matters: Feminism and the Subversion of Identity. Routledge. 2007, 272 p.
5. Young, Iris. Justice and the politics of difference. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990.
6. Young, Iris. Responsibility for justice. Oxford New York: Oxford University Press. 2011.
7. Young, Iris. Inclusion and democracy. Oxford New York: Oxford University Press. 2000.
8. Levinas, Em. Altfel decât a fi sau dincolo de esență. Editura Humanitas, București, 2006. 368 p.
9. Gilligan C. Joining the Resistance: Psychology, Politics, Girls, and Women. Disponibil: https://tannerlectures.utah.edu/_resources/documents/a-to-z/g/Gilligan_91.pdf (accesat: 12.09.2023).
10. Frunză, M. Suntem cu toții la fel de vulnerabili în fața lui COVID-19? În: Revista „Scena9”, 15 Aprilie 2020. Disponibil: <https://www.scena9.ro/articole/inegalitati-covid19-pandemie> (accesat: 02.05.2023).

FENOMENUL VURNERABILITĂȚII ÎN CONTEXTUL SĂNĂTĂȚII GLOBALE

Anatolie Eșanu

Globalizarea produce un impact major asupra stării de sănătate a populației, atât de o manieră negativă (risc înalt de proliferare prin transporturi și schimburi internaționale), cât și pozitive (noi posibilități de tratament și prevenție). Ea influențează în egală măsură accesul populației la sănătate, evidențiind, pe de o parte, existența unor impedimente relative în exercitarea dreptului fundamental la sănătate și dimensiunea sa de drept public, pe de alta. Prin rolul pe care îl joacă la nivelul de comercializare al bunurilor și serviciilor legate de sănătate, globalizarea provoacă extinderea sensului de bun comercial al acestor bunuri și servicii. Mai mult, interdependența accentuată a societăților și populațiilor încurajează statele să coordoneze eforturile lor în scopul prezervării stării de sănătate a populațiilor lor, în situația în care starea de sănătate a unora este susceptibilă de a modifica starea de sănătate a altora. De asemenea, ea influențează relațiile între instituțiile responsabile de sănătate, fapt ce pune în evidență problemele referitoare la modul cel mai eficient de guvernare locală și mondială pentru asigurarea acestui bun public global.

Sănătatea reflectă la nivel global realitățile aferente globalizării, inclusiv diseminarea la nivel mondial a riscurilor la adresa sănătății publice reprezentate de bolile infecțioase și non-infecțioase. Arhitectura sistemului de sănătate la nivel global este extrem de complexă, fiind necesară o coordonare mai bună între diversele organizații implicate. Există trei teme majore care se suprapun și care determină acțiunile și stabilirea priorităților în ceea ce privește sănătatea globală: *dezvoltare, securitate și sănătate publică*. Aceste teme au o legătură foarte strânsă cu schimbările de natură demografică, cu dezvoltarea socio-economică și cu urbanizarea. Bolile infecțioase rămân în continuare factori critici, fără să mai reprezinte în viitor o cauză esențială a îmbolnăvirilor și deceselor la nivel mondial. Indicatorii tradiționali de sănătate publică, cum ar fi mortalitatea infantilă și maternă, nu mai descriu societățile în ansamblul lor; această schimbare evidențiază astfel nevoia de investiții în înregistrarea și raportarea bolilor specifice.

Bolile netransmisibile, afecțiunile și sănătatea mintală presupun pe viitor o atenție mult mai mare la nivel internațional. Noul sistem de sănătate la nivel global presupune o implicare mai mare a organizațiilor de sănătate din toate țările în ceea ce privește obiectivele referitoare la capitalul alocat sănătății, de accesul la sistemele de sănătate și la acoperirea acestuia pe plan mondial – ca priorități specifice programului „Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului” [1].

Noțiunea de sănătate globală a apărut pentru prima dată într-un document al Institutului de Medicină, instanță de referință științifică afiliată Academiei de Științe a SUA. Raportul publicat în a. 1997 prezintă sănătatea globală drept un „interes vital pentru SUA” [2]. Ideea fondatoare a acestei formulări pornește de la aserțiunea că orice eveniment de sănătate produs într-un punct al globului poartă în sine un potențial de pericol pentru populația sau securitatea națională a unei țări, situată în alt punct al globului. Acest fapt ține de dezvoltarea spectaculoasă și rapidă a transporturilor și comunicațiilor asociate la globalizarea economică și financiară, care facilitează proliferarea maladiilor. De altfel, caracteristicile generale ale globalizării se pretează perfect și la fenomenul sănătății: a) internaționalizarea dincolo de frontierele naționale; b) liberalizarea, care facilitează schimburile ce depășesc restricțiile statelor naționale, creând astfel, o piață economică globală deschisă; c) universalizarea, care permite împărtășirea experiențelor și cunoștințelor la scară mondială; d) deterritorializarea, unde geografia contează mai puțin decât amploarea fenomenelor; e) occidentalizarea și modernizarea viziunilor de abordare.

Analizând diversele interpretări ale noțiunii de sănătate publică cu referință la spațiul planetar, unii autori au propus o definiție comună: „Sănătatea globală reprezintă un domeniu de studiu, cercetare și practică, care se axează pe prioritatea ameliorării sănătății și realizarea echității în sănătate pentru toți oamenii din întreaga lume. Sănătatea publică la nivel mondial evidențiază problemele sănătății transnaționale, factorii determinanți și soluțiile; implică mai multe discipline atât din interiorul cât și din afara științelor sănătății și promovează colaborarea interdisciplinară; constituie o sinteză de prevenție bazată pe grijă populației pentru starea clinică la nivel individual” [3].

Această definiție insistă asupra faptului că orice persoană de pe planetă este eligibilă la o sănătate de calitate, echitatea reprezentând valoarea filosofică fundamentală a sănătății publice. Autorii statuează un tablou didactic comparativ între „sănătatea publică”, „sănătatea internațională” și „sănătatea globală”, în accepțiunea lor „sănătatea publică” se axează de sănătatea populației în plan național, în timp ce „sănătatea internațională” se referă la situația în domeniu în țările în curs de dezvoltare, ceea ce mai mult de 40 de ani se numea „sănătate și dezvoltare”. Din această perspectivă sănătatea globală face referință degrabă la amploarea problemelor la nivel planetar, decât localizarea lor geografică, fiecare persoană, toată lumea în ansamblu fiind populația țintă a sănătății globale.

Așa dar, categoria de sănătate globală constituie o paradigmă relativ nouă în sociologia și filosofia medicinei contemporane, de asemenea în bioetica globală. În absența unui consens referitor la definiția acestei noțiuni, putem totuși să identificăm trei paliere de analiză a ei în literatura de specialitate. Aceste trei dimensiuni constitutive ale sănătății globale reprezintă caracterul ei transnațional și intersectorial ale problematicilor sale, precum și cadrul normativ ale drepturilor omului drept bază a misiunii sale. Din perspectiva acestor trei dimensiuni ar putea fi formulată următoarea definiție a sănătății globale: „*Sănătatea globală constituie un spațiu de studiu, de cercetare și de activitate în domeniul sănătății consacrate problematicilor cu caracter transnațional, a căror complexitate necesită o abordare interdisciplinară și a cărei finalitate constă în accesul echitabil la sănătate peste tot în lume*”.

Sănătatea globală este o zonă multidisciplinară, cuprinzând o serie de elemente, inclusiv cel de dezvoltare. Complexitatea din ce în ce mai mare a sănătății globale, în care sunt implicați atât de mulți actori, inclusiv organizații caritabile sau religioase, este reflectată în amploarea acesteia, care acoperă diverse boli, dar care se ocupă în același timp și de problemele legate de sistemele de sănătate și de finanțare. După cum am menționat mai sus, trei teme care se suprapun determină planul de acțiune privind sănătatea la nivel global: *dezvoltarea, securitatea și sănătatea publică*. Aceste teme oferă fundamentul umanitar și politic pentru angajarea țărilor bogate în problemele de sănătate existente la nivel internațional: în ceea ce privește dezvoltarea, pentru a promova sănătate în vederea stabilității, prosperității

ții și a unor relații internaționale mai bune; în ceea ce privește securitatea, pentru a proteja populația împotriva amenințărilor interne și externe; în ceea ce privește sănătatea publică, pentru a salva vieți, indiferent de loc. În ciuda cerințelor diferite, organizațiile și agențiile implicate trebuie să se adapteze la tendințele globale în dezvoltarea socio-economică, fertilitate, populație și urbanizare [4].

Pornind de la perspectiva anterioară a ONU, care considera starea de sănătate precară ca una dintre principalele amenințări la adresa siguranței umanității și a bunăstării, securitatea în domeniul sănătății surprinde nevoia de acțiune la nivel colectiv, astfel încât să fie redusă vulnerabilitatea la amenințările la adresa sănătății publice, care nu ține cont de granițe [5]. Optimismul din perioada de început, care prevedea eradicarea bolilor infecțioase, a fost înlocuit de recunoașterea amenințării la adresa sănătății globale pe care o aduc bolile infecțioase și rezistența larg răspândită la medicația antimicrobiană. Pandemia de HIV/SIDA, focarele repetate de infecții cu virusurile Ebola și Marburg, diseminarea rapidă la nivel mondial a sindromului acut respirator sever (SARS) și a gripei pandemice COVID-19, răspândirea internațională a agenților patogeni care au legătură cu alimentele și transmiterea intenționată a antraxului ilustrează în mod convingător vulnerabilitatea globală. Și alte aspecte ale globalizării afectează în mod negativ securitatea sănătății, inclusiv traficul de droguri și persoane, dar și mișcarea populației ca urmare a conflictelor și instabilității.

Cadrul global pentru securitatea în sănătate este cuprins în Regulamentul Internațional de Sănătate, care a fost revizuit în anul 2005 și adoptat de Adunarea Generală a OMS, dar a cărui implementare a depășit data limită, și anume 2012 [6]. Caracterul divers al amenințărilor la adresa sănătății a dus la implicarea și a altor sectoare, precum cel al apărării și al diplomației, dar și la legătura cu alte acorduri internaționale, de exemplu cu cele legate de controlul armelor chimice, biologice și nucleare.

Ca structură regională cu implicații globale, UE sprijină OMS, autoritatea de referință în materie de sănătate globală din cadrul sistemului Națiunilor Unite. Statele membre ale UE se exprimă într-un glas în organismele decizionale ale OMS. Comisia și guvernele naționale stabilesc o poziție comună pe care o prezintă OMS. Comisia cooperează cu Secretariatul OMS în aspecte legate de securitatea sanitară, cercetare și dezvoltare, boli

netransmisibile, inegalități în materie de sănătate, sisteme de sănătate și informații privind sănătatea.

UE sprijină și alte inițiative multilaterale relevante pentru sănătate, inclusiv: Consiliul Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului; Inițiativa Adunării Generale a ONU cu privire la bolile netransmisibile ; Obiectivele de dezvoltare ale mileniului legate de sănătate ; Convenția-cadru pentru controlul tutunului; Agenda asistenței pentru dezvoltare după 2015. Politica UE în domeniul sănătății globale, definită în Comunicarea Comisiei privind sănătatea globală din 31 martie 2010 și în Concluziile Consiliului privind rolul UE în materie de sănătate globală, adoptate în cadrul reuniunii Consiliului Afaceri Externe (Bruxelles, 10 mai 2010), identifică principalele provocări și stabilește principiile directe pentru consolidarea viziunii, discursului și acțiunilor UE: spiritul de inițiativă, acoperirea universală, coerența politicilor în interiorul UE și îmbunătățirea bazei de cunoștințe. În plus, Comisia a înființat „Forumul privind politica în materie de sănătate globală”, menit să asigure un dialog deschis între serviciile Comisiei și principalele părți interesate. Un astfel de dialog ar consolida poziția UE în ceea ce privește deciziile în materie de sănătate globală, asigurând coerența între politicile interne și externe în domeniul sănătății și vizând realizarea obiectivelor de sănătate globală.

UE își propune ca politicile sale interne și externe să fie perfect compatibile. O politică amplă în materie de sănătate globală presupune și integrarea unor aspecte legate de comerț, finanțare, asistență pentru dezvoltare, migrație, securitate, combaterea schimbărilor climatice și necesită colaborarea cu toate celelalte organizații și grupuri de interese relevante.

De asemenea, UE susține accesul tuturor oamenilor la servicii medicale de calitate. În același timp, joacă un rol central în îmbunătățirea progreselor înregistrate în abordarea provocărilor legate de sănătatea globală (Obiectivele de dezvoltare ale mileniului referitor bolilor netransmisibile etc.). UE și cele 28 de state membre promovează finanțarea eficace și echitabilă a cercetării care aduce beneficii sănătății tuturor, depune eforturi pentru a se asigura că produsele inovatoare sunt sigure, eficace, disponibile și accesibile.

De rând cu normele necesare ce vizează stabilirea parametrilor etici internaționali, guvernanta mondială a sănătății presupune, de asemenea,

coordonarea activității tuturor organismelor implicate în spațiul sănătății globale. Or, fragilizarea acestui spațiu, diversitatea lui determinativă, numărul mare de actori implicați face dificilă de a pune la punct un demers internațional eficace. Acest fenomen se produce și din cauza faptului că organismele internaționale responsabile de sănătate se bazează pe concepții diferite. Pe de o parte, organisme precum UNESCO, Programul Națiunilor Unite pentru Mediu (PNUM), Organizația ONU pentru agricultură și alimentație (FAO), OMS și organele ONU în general se pliază pe o viziune a sănătății drept bun public global. Pe de altă parte, așa instanțe precum Organizația Mondială a Comerțului (OMC), Acordul de liber-schimb Nord-American (ALENA) și Organizația de cooperare și dezvoltare economică (OCDE) mizează pe natura sănătății drept un bun de piață și asupra conexiunilor ce apropie economia de sănătate.

Una din organizațiile internaționale, neguvernamentale de mare prestigiu, care activează în domeniul sănătății globale este Federația Mondială a Asociațiilor de Sănătate Publică (FMASP), compusă din asociațiile multidisciplinare naționale de sănătate publică din întreaga lume. La nivel mondial, este singura societate profesională reprezentând și servind domeniul larg al sănătății publice. Misiunea FMASP este de a promova și proteja sănătatea publică globală. Ea face acest lucru prin sprijinirea, înființarea și dezvoltarea organizațională a asociațiilor de sănătate publică și societăților de sănătate publică, prin facilitarea și sprijinirea schimbului de informații, cunoștințe și transferul de competențe și resurse, și prin promovarea și inițiativele de promovare a politicilor publice, programe și practici care vor conduce la o lume mai sănătoasă și mai productivă. FMASP, prin intermediul asociațiilor sale membre, monitorizează care sunt cele mai importante și mai noi probleme de sănătate publică care afectează nu numai țara lor, dar care, de asemenea, au consecințe asupra sănătății publice globale.

Al 13-lea Congres mondial în domeniul sănătății publice organizat de către FMASP, a avut loc la Addis Abeba, în Aprilie 2012, și s-a finalizat prin elaborarea și aprobarea Declarației de la Addis Abeba despre Echitate și Sănătate Globală: „Un apel la acțiune”. Declarația de la Addis Abeba definește un set de arii de acțiune care să fie întreprinse și realizate de federație până la următorul congres mondial (care a avut loc la Calcuta, India, între 11–15 februarie, 2015). Principiile enunțate în declarația de la

Addis Abeba sunt: buna guvernare, solidaritate, echitate și corectitudine, emancipare și participare, și justiție socială - ca mijloc de a realiza cele mai înalte standarde posibile de sănătate, pentru toți oamenii, peste tot în lume. Pe lângă cele 10 acțiuni pentru care FMASP pledează a fi întreprinse, declarația include, de asemenea, un apel, adresat de către FMASP altor actori, de a acționa pentru asigurarea celor mai înalte standarde posibile de sănătate, pentru toți oamenii, peste tot în lume. De exemplu, FMASP face apel la Organizația Mondială a Sănătății de a-și îndeplini rolul său de lider în domeniul sănătății publice globale.

Actualmente sănătatea globală, în virtutea anumitor factori și diverselor circumstanțe se confruntă cu un accentuat fenomen al vulnerabilității. Vulnerabilitatea este un concept utilizat pe scară largă de actorii din sănătatea publică, atât la nivel local, cât și cel global, pentru a desemna grupurile sau indivizii afectați de o măsură sau intervenție. Cu toate acestea, acest concept este vast și poate avea mai multe semnificații. Desemnarea unui grup vulnerabil în cadrul unei populații cu scopul de a preveni sau proteja acest grup împotriva unuia sau mai multor pericole presupune riscul ca persoanele care o compun să fie repartizate unei identități sau unei situații care nu corespunde întotdeauna experienței lor. Pot rezulta consecințe negative pentru aceste grupuri, inclusiv stigmatizare și chiar discriminare.

Definiția vulnerabilității este variabilă și condiționată de utilizarea acesteia. O explorare a pluralității definițiilor conceptului și a utilizărilor sale face posibilă perceperea vulnerabilității ca un ansamblu complex de dispoziții specifice fiecărui context. Ea duce la o deconstrucție a ceea ce se ascunde sub eticheta de „vulnerabil” pentru a evita utilizarea instrumentală care i se poate face.

Abordările în ceea ce privește vulnerabilitatea sunt destul de recente, datează din anii 1960-1970 în lumea anglo-saxonă și anii 1980 în Franța. Conceptul de vulnerabilitate evaluează în măsura în care un sistem apreciază riscul socio-spațial de a fi afectat de efectele unui pericol și caută să cuantifice pierderile potențiale și reale. Vulnerabilitatea exprimă un grad de expunere la pericol, care poate fi evaluat după nivelul daunelor observate sau prevăzute. Vulnerabilitatea umană evaluează mai întâi potențialele daune aduse oamenilor, integrității fizice (deces, răni etc.). Vulnerabilitatea economică reflectă în general gradul de pierdere sau deteriorare a bunurilor

și activităților expuse fenomenului. Analiza vulnerabilității se bazează pe o descriere a impactului prejudiciului conform diferitor criterii: sensibilitatea la daune, gradul de dependență, transferabilitate, care măsoară capacitatea de adaptare, restabilire și reziliență.

Principali factori socio-spațiali ai vulnerabilității la nivel global sunt, în cea mai mare parte, legați de sărăcie. Este, de fapt, ceea ce împinge populațiile sărace din marile orașe ale țărilor din Sud la deplasarea și stabilirea în zone cu risc de alunecări de teren și inundații (Orașul Mexico, Quito, Orașul Guatemala, etc.) și ea (sărăcia) este cea care, prin intensificarea degradării ecologice a mediului (prin defrișări pentru cultivarea terenurilor noi în special), agravează consecințele hazardului natural. Astfel, raportat la populație, cifrele sunt elocvente: la un 1 milion de locuitori, riscul anual de deces prin cutremur este de 92 în Armenia, 41 în Turkmenistan, 29 în Iran și 25 în Peru, în timp ce este doar 0,6 în California, comparând locațiile cu seismicitate ridicată. Cu toate acestea, populațiile așa-ziselor țări dezvoltate nu sunt nici ele scutite de orice vulnerabilitate și uneori se stabilesc în zone cu risc în lipsa informațiilor necesare, și care stau la originea dezastrelor majore (cazul uraganului Katrina din New Orleans în 2005)

Utilizarea conceptului de vulnerabilitate în contextul pandemiei de COVID-19 este un exemplu pentru explorarea variabilității experiențelor pe care le acoperă. Confruntate cu imperativul de a controla focarele, măsurile de sănătate puse în aplicare pentru protejarea celor mai vulnerabili s-au luptat uneori să atingă obiectivul urmărit. Ele pot chiar să fi amplificat anumite inechități sau să fi contribuit la acumularea altora noi. La planificarea unei măsuri de sănătate publică, este indicată luarea în considerare a definiției vulnerabilității în contextul specific al utilizării acesteia. Pentru actori, aceasta înseamnă să privim în mod concret diversele sale fațete pentru a determina ce înseamnă a fi „vulnerabil” pentru acest grup, în acest context. Aceasta presupune și evidențierea valorilor pe care se bazează intervenția de sănătate publică și adecvarea acestora cu cele ale grupurilor vizate.

Ceea ce este descris ca fiind vulnerabil este definit în general ca „ceea ce este expus să primească răni, lovituri” sau „ceea ce este expus la atacurile unei boli, care poate servi drept țintă ușoară pentru atacurile unui inamic” sau chiar „ceea ce este, prin neajunsurile, imperfecțiunile sale, pot da naștere la atacuri” (Larousse, 2021). Vulnerabilitatea se referă așadar la

două elemente: o expunere sau o lipsă asociată cu un risc de vătămare sau pericol potențial. Dacă această dispoziție individuală este comună tuturor oamenilor, ea nu este distribuită în mod egal între ei. Astfel, vulnerabilitatea oamenilor va varia în funcție de context și de factori individuali, de exemplu, vârstă, boală, dizabilitate fizică sau intelectuală etc. Vulnerabilitatea depinde, de asemenea, de susceptibilitatea la evenimente dăunătoare, precum și de modul în care fiecare persoană se adaptează și revine (reziliența) în fața adversității.

Conceptul de vulnerabilitate este tratat în diverse moduri în domeniul filosofic și ocupă un loc proeminent în filosofia sănătății, în special în bioetică. Bioetica își propune să clarifice sau să rezolve problemele abordate de aplicarea progresului științific raportat la persoana umană. Reflecția pe care o implică poate fi bazată pe principism, curent care se bazează pe patru principii principale: principiul respectării autonomiei, principiul binefacerii, principiul non-maleficienței și principiul justiției. Aceste principii au fost formulate în raportul Belmont, publicat în 1979 în SUA. Din această perspectivă, subiectul uman devine vulnerabil atunci când autonomia îi este periclitată. Astfel, o persoană calificată drept „vulnerabilă” a pierdut sau este redusă în capacitatea sa de liberă alegere. Prin urmare, trebuie să facă obiectul unei atenții speciale și să primească, atunci când se consideră necesar, o protecție adecvată împotriva abuzului, prejudiciului sau neglijenței a căror victimă ar putea fi. Multe critici au fost ridicate împotriva ideii însăși a existenței unei ființe autonome, libere și suverane și a opoziției dintre autonomie și vulnerabilitate pe care se bazează acest principiu. Aceste rezerve au dat naștere unor curenți alternativi unde vulnerabilitatea poate fi gândită în afara acestei dihotomii.

Abordarea sociologică a vulnerabilității este una relațională și oferă o perspectivă critică asupra anumitor politici sociale care doresc să remedieze vulnerabilitatea, dar uneori contribuie, fără să vrea, la consolidarea sau exacerbarea acesteia. Urmând ideea de responsabilitate, conceptul de vulnerabilitate poate deveni un instrument indispensabil pentru analiza socialului și a politicului, ceea ce face posibilă înțelegerea mai bună a modului în care inegalitățile sunt încorporate în comunitate. Vulnerabilitatea în acest caz este concepută nu ca o formă comună de existență sau o condiție umană anterioară și imuabilă, ci mai degrabă ca un fapt social care pune

în lumină efectele structurii sociale asupra indivizilor. Din punct de vedere sociologic, vulnerabilitatea se traduce în condiții de existență multiple, diverse și contextualizate, înscrise în configurații culturale și istorice unice. Cu siguranță se poate baza pe criterii precum vârsta, sexul, clasa socială sau nivelul veniturilor, dar nu poate evita în niciun caz complexitatea structurilor și proceselor sociale care definesc aceste criterii. De fapt, evaluarea sa necesită o înțelegere profundă a interacțiunilor dintre grupurile sociale, precum și între grupuri și mediile lor.

Corelativă cu expunerea la risc, vulnerabilitatea socială include și o dimensiune a dependenței de altcineva decât de tine pentru a elimina sau a atenua, sau dimpotrivă a realiza, riscul de a fi afectat. Luați exemplul unui bărbat tânăr, educat și sănătos, care este forțat să-și părăsească țara și să ceară statutul de refugiat. Nestăpânind pe deplin limba și obiceiurile țării gazdă, el se trezește expus riscului de a nu putea comunica adecvat cu ceilalți. A priori, în afara de aceasta situație, acest individ nu aparține unei categorii considerate vulnerabile (tineri și bărbați). Totuși, situația prin care trece îi redefinește temporar statutul. Vulnerabilitatea situațională pe care o experimentează va stabili o dependență de ceea ce va sau nu va întâlni în drumul său și de societatea care îl va primi, ceea ce poate fie să-i reducă, fie să-și sporească vulnerabilitatea. Această dependență depășește astfel nivelul relației, dar se bazează pe o configurație socială stabilită anterior.

O astfel de definiție a vulnerabilității, dependentă de contextul socio-politic și de relațiile pe care le avem unul cu celălalt, face posibilă înțelegerea, definirea și analizarea mai bună a utilizării acestui concept în contextul intervențiilor de sănătate globală bazate pe determinanții sociali. Mai presus de toate, face posibilă re poziționarea sănătății globale în relația sa strânsă cu societatea globală, întrucât tocmai din această legătură determinantă noțiunea de vulnerabilitate ocupă un loc proeminent în sănătatea publică. În ultimii ani, abordarea intersecțională a demonstrat, de asemenea, într-un mod deosebit de eficient, modul în care structurile ne modelează relațiile. Subliniind articularea identităților multiple și inegalităților în ceea ce privește puterea rezultată din interacțiunile sociale globale, această abordare pune în lumină stigmatizarea și discriminarea instituită împotriva anumitor grupuri. Această perspectivă împinge mai departe reflecția asupra pericolului însuși al definirii grupurilor cu scopul de a interveni. În

același sens, reflecția etică poate determina actorii să regândească anumite intervenții și să propună altele noi care să ia în considerare disparitățile existente în încercarea de a reduce mai degrabă decât de a crește povara vulnerabilităților „impuse” social sau politic.

În sănătatea globală, conceptul de „vulnerabilitate” este utilizat pentru a identifica populațiile considerate a fi mai „la risc” pentru a interveni în mod ținut cu acestea sau pentru a evita stigmatizarea acestora prin anumite intervenții. Această definiție restrânsă are scopul în primul rând de a circumscrie mai bine responsabilitatea autorităților de sănătate publică la nivel local și global. Utilizarea conceptului de vulnerabilitate se limitează, prin urmare, la definirea persoanelor sau a grupurilor de persoane care au nevoie de o atenție specială la planificarea, proiectarea și implementarea intervențiilor cu impact sanogen. Trei elemente specifice contextului acestui exercițiu dictează o astfel de utilizare:

Responsabilitatea populației. Responsabilitatea populației presupune menținerea și îmbunătățirea sănătății și bunăstării populației prin punerea la dispoziție a unui set de servicii sociale și de sănătate, care răspund în mod optim nevoilor populației cu privire la fiecare dintre determinanții sociali ai sănătății.

Scopul preventiv. Cunoscând faptul că resursele sistemului de sănătate atât la nivel local, cât și cel global sunt limitate și că nevoile populației în materie de servicii sunt în creștere, actorii din sănătatea publică veghează la implementarea acțiunilor care să acționeze în amonte de problemele de sănătate.

Justiție socială. O valoare cheie a intervențiilor de sănătate globală, justiția socială reprezintă un ideal de șanse egale. Întrucât inegalitățile sociale în sănătate limitează atingerea acestui obiectiv, intervențiile de sănătate publică vor încerca să acționeze în special în condiții care nu pot fi controlate numai de indivizi, cum ar fi mediile sau structurile (informale, juridice, sociale etc.).

Acești trei piloni ai sănătății publice justifică definirea populațiilor față de care actorii din sănătatea publică au obligații și responsabilități. Cu toate acestea, acționarea echitabilă nu se limitează la identificarea „populațiilor vulnerabile” sau „grupurilor cu risc de stigmatizare” în fața intervențiilor sau politicilor implementate de sănătatea publică. Pentru a interveni într-un

mod sensibil din punct de vedere etic, este esențial să înțelegem ce semnifică eticheta de persoană sau grup „vulnerabil”, în contextul altor etichete, multe dintre ele indezirabile, pentru că sunt considerate peiorative, cum ar fi săraci sau defavorizați. Se pune, de asemenea, întrebarea dacă și în ce condiții faptul de a defini persoanele sau grupurile vulnerabile pe baza unor criterii specifice (economice sau de altă natură) face posibilă intervenția mai bună în privința acestora. După identificarea unui risc sau pericol, este logic să încercăm să-l atenuăm sau să îl eliminăm. În consecință, desemnarea grupului nu este suficientă și ar trebui să fie întotdeauna însoțită de reflecții sau acțiuni ulterioare privind intervenția în raport cu aceste grupuri.

Așadar, parafrazând definiția sănătății globale prezentate mai sus, putem afirma că vulnerabilitatea sănătății globale constituie un spațiu de studiu, de cercetare și de activitate în domeniul sănătății, consacrate problematicilor cu caracter transnațional, a căror complexitate necesită o abordare interdisciplinară și a cărei finalitate (vulnerabilității sănătății globale) constă în analiza, evaluarea și depășirea vulnerabilităților în sănătate peste tot în lume.

Vulnerabilitatea este inerentă condiției umane. Fiecare ființă umană este expusă riscului permanent de a fi „rănită” în integritatea sa fizică și psihică. Vulnerabilitatea este o dimensiune inevitabilă a vieții indivizilor și a relațiilor stabilite între ființele umane. A ține cont de vulnerabilitate înseamnă a accepta că fiecare dintre noi am putea într-o zi să nu avem mijloacele sau capacitatea de a ne proteja pe noi înșine, sănătatea și bunăstarea noastră. Cu toții ne confruntăm cu posibilitatea de a contracta boli, dezvolta dizabilități sau să fim expus la pericole de mediu. În același timp, toți trăim cu posibilitatea de a fi răniți și chiar uciși de alții.

Deși vulnerabilitatea reprezintă un fenomen inerent, ea nu se cere a fi protejată ca atare, ci mai degrabă se impune protecția indivizilor, familiilor și grupurilor vulnerabile în contextul în care trăiesc. Dacă anumite grupuri de populație (copiii de exemplu) pot fi considerați în continuare vulnerabili din cauza statutului lor, alții pot fi vulnerabili în anumite situații și în anumite perioade. Prin urmare, vulnerabilitatea nu ar trebui privită ca un concept unic. Pe de altă parte, tentativele de a defini vulnerabilitatea într-un mod general, generează riscul de a crea o viziune prea extinsă sau, dimpotrivă, o accepțiune prea îngustă a conceptului și, prin urmare,

provoacă controverse în loc să le rezolve. În cele mai multe cazuri, nu este dificil de a recunoaște vulnerabilitatea atunci când aceasta apare: faptul că ceva fundamental este pus în joc. Acesta este și motivul pentru care vulnerabilitatea umană și integritatea corporală sunt proxim conexe între ele, semnificând faptul că corpul uman este „atins” în mod nepotrivit, și în acest caz, viața noastră, sau cel puțin sănătatea noastră, poate fi amenințată. Când libertatea noastră este obstrucționată, fie de circumstanțe adverse sau de acțiuni ale altor oameni, suntem „răniți” în identitatea noastră, în valoarea și demnitatea ei. Păstrarea integrității înseamnă protejarea împotriva acestui tip de intruziune, prezența capacității de a „spune nu” tuturor formelor de încălcare a libertății noastre, de exploatare a corpurilor noastre sau mediului nostru. În acest sens, dorința de a respecta vulnerabilitatea umană și integritatea personală este o componentă necesară a responsabilităților politice, care sunt ele însele inevitabile.

În general, dacă încercăm să o definim, categoria „grup vulnerabil” poate include un grup de persoane care, din cauza unei situații, a unei caracteristici personale sau a vârstei lor, nu își pot proteja pe deplin interesele (inclusiv sănătatea) și amplifică riscul de a fi expuși sau afectați mai mult decât alții. De exemplu: copiii, bolnavii cronici sau cu afecțiuni grave, persoanele cu probleme cognitive sau de sănătate mintală, femeile însărcinate, imigranții, persoanele cu statut economic scăzut și multe alte grupuri. O astfel de definiție se bazează pe ideea de vulnerabilitate ca o abatere de la ceea ce este considerat a fi situația unui „individ normal”. Cu toate acestea, așa cum a evocat etica îngrijirii, acest individ există într-o realitate socială dinamică, care cu greu se pretează la categorizare fără a conduce la stereotipuri. Cum să țintim atunci un grup sau o populație prioritară evitând în același timp capcana etichetelor? Cum să vă asumați responsabilitatea pentru ceea ce revine autorităților sanitare, evitând în același timp efectele potențial stigmatizatoare care pot rezulta?

Aceste întrebări ne amintesc că utilizarea noțiunii de vulnerabilitate nu este doar complexă, ci și riscantă. Astfel, atunci când încercăm să recunoaștem una sau mai multe vulnerabilități în cadrul unei populații cu scopul de a le preveni sau proteja împotriva unuia sau mai multor pericole, este posibil să blocăm grupurile desemnate într-o identitate sau într-o situație care nu corespunde experienței lor [7]. Pe lângă generalizarea abuzivă

pe care o constituie, acest mod de a trata lucrurile poate duce și la răspunsuri politice paternaliste care pretind că remediază această condiție. Pentru a ieși din etichetele ineluctabile și fixe, unii autori [8] propun o concepție a vulnerabilității ca fiind alcătuită din mai multe straturi diferite, care pot fi dobândite și îndepărtate, unul câte unul. Aceste straturi interacționează, de asemenea, între ele. Acest mod de a percepe vulnerabilitatea duce la o contextualizare care poate include mai multe definiții în sine și nu necesită selectarea unei singure. În contextul acestei abordări se analizează orice situație de vulnerabilitate în funcție de trei niveluri: diferitele dispoziții de expus, rănit sau exploatat, condițiile care exacerbează aceste dispoziții și dispozițiile sau condițiile care au efect de domino sau în cascadă. Devine astfel posibil să se înțeleagă mai bine toată complexitatea unei situații, potențialele vulnerabilități care rezultă din aceasta și să se prioritizeze acțiunile care pot reduce riscurile la sursă. Această abordare prezintă un interes cert pentru intervenția în sănătatea publică, inclusiv cea globală. De exemplu, în loc să se definească un grup vulnerabil doar în raport cu capacitatea sa economică, sprijinul social oferit în cadrul comunității (de exemplu, prin intermediul organizațiilor comunitare sau al altora) va fi, de asemenea, explorat pentru a specifica pentru cine și cum poate fi benefică intervenția vizată. Această abordare este, de asemenea, propice pentru aprofundarea reflecției și analizei etice pentru a evalua mai concret riscul de stigmatizare asociat intervenției.

Prin definirea fiecărui nivel de vulnerabilitate dobândită, a originii acestora și a contextului apariției lor, din punctul de vedere al diferitelor grupuri, devine posibilă înțelegerea dinamicii complexe care se exercită în înțelegerea unei probleme, atenuând situația și generând apariția unor tactici de acțiune pentru reducerea sau eliminarea condițiilor de bază care pot exacerba vulnerabilitatea unora. În plus, acest mod de „deconstrucție” a vulnerabilității le redă oamenilor capacitatea de a acționa prin evidențierea naturii sale potențial temporare sau evitabile. Totodată face posibilă extinderea viziunii factorilor determinanți, atât favorabili, cât și nefavorabili, pentru a vedea unde se înclină balanța. În cele din urmă, ne invită să ne gândim la vulnerabilitate ca fiind multicauzală și multidimensională, ceea ce va face posibilă țeserea unei punți între dimensiunile sociale și de sănătate ale unei probleme.

Această înțelegere largă a vulnerabilității sociale și a modului în care aceasta afectează sănătatea populațiilor poate, la rândul său, angaja o responsabilitate mai mare pentru actorii implicați, atât la nivel local, cât și global. Provocarea devine atunci, când se realizează nu numai o identificare a evoluției și mecanismelor acestor vulnerabilități, ci și de a interveni prin politici publice care acționează asupra lor, le atenuează sau cel puțin nu le amplifică. A fi interesat de vulnerabilitate înseamnă așadar și a pune la îndoială posibilitatea de a schimba anumite condiții de viață sau anumite medii atunci când se demonstrează că acestea sunt nefavorabile sănătății.

Problema determinantilor sociali, politici și de mediu este mult mai complexă și implică aspectul fundamental al echității în relațiile dintre indivizi, grupuri și state. Astăzi, mulți indivizi, grupuri sau populații au devenit deosebit de vulnerabile din cauza factorilor creați și implementați de alte ființe umane, inclusiv în domeniul sănătății, care deseori încălcă în mod flagrant drepturile fundamentale ale omului.

Vulnerabilitatea sănătății globale este determinată de structura vieții de zi cu zi a oamenilor și comunităților din care provin. Situațiile de vulnerabilitate medicală reprezintă un obstacol serios în exercitarea de către indivizi a liberului lor arbitru și au ca efect sporirea riscului semnificativ de excluziune socială. Vulnerabilitatea medicală joacă un rol nu numai în cercetarea biomedicală, dar și în domeniul sănătății globale și în dezvoltarea, implementarea și aplicarea tehnologiilor emergente în științe biomedicale; această stare de vulnerabilitate face parte din viața de zi cu zi a unei părți considerabile a populației lumii. Vulnerabilitatea poate rezulta sau poate fi exacerbată de o lipsă de mijloace sau o incapacitate de a se proteja, ca în următoarele exemple:

- sărăcia, inegalitatea veniturilor, condițiile sociale, educația și accesul la informație (de exemplu: șomeri, fără adăpost, analfabeți, participanți la activități de cercetare când se practică politica standardelor duble, ceea ce înseamnă că un studiu clinic sau o cercetare medicală nu este supusă aceluiași cerințe etice în funcție de locul în care se practică);
- discriminarea de gen, lipsa accesului echitabil la îngrijirea medicală;
- situații în care libertatea individuală este limitată substanțial sau nu există (cazul prizonierilor);

- marginalizarea din diverse motive (imigranți, nomazi, minorități etnice sau rasiale);
- compromisuri între dreptul fiecărei persoane la îngrijire medicală de calitate și alte drepturi, cum ar fi drepturile de proprietate intelectuală, a căror protecție inadecvată ar putea avea, direct sau indirect, un efect negativ asupra împărțirii profitului derivat din progresul științific;
- exploatarea resurselor țărilor în curs de dezvoltare (consecințele defrișării care ar putea contraveni obligațiilor noastre față de generațiile viitoare);
- războaie (solicitanți de azil și persoane strămutate, ex.: războiul din Ucraina);
- efectele negative ale activității umane, cum ar fi schimbările climatice sau diverse forme de poluare;
- impactul dezastrelor naturale precum cutremure, uragane și tsunami care provoacă moarte și răni și provoacă deplasarea populațiilor.

Pandemia COVID-19 oferă un exemplu concludent al potențialelor probleme etice ale utilizării conceptului de vulnerabilitate a sănătății globale și, în special, a unor criterii specifice, cum ar fi vârsta, sexul, rasa, statutul socio-cultural. În contextul pandemiei, așa-zisele grupuri vulnerabile au fost vizate pe baza unui risc mai mare de morbiditate sau mortalitate din cauza bolii și această situație a fost însoțită de măsuri de prevenire mai restrictive care au avut ele însele consecințe negative, de exemplu, prin limitarea libertății persoanelor care deja erau izolate social. Deși atacurile la adresa libertății de mișcare și a autonomiei au fost motivate de nevoia de a proteja sănătatea grupurilor în cauză, acestea nu au fost justificate în toate contextele sau situațiile. Confrunțați cu constrângerile impuse de pandemie, factorii de protecție sociali, de mediu, fizici sau psihologici, precum reziliența, au fost distribuiți inegal. Când a apărut criza, diferitele grupuri sociale din cadrul comunităților, la nivel local și global, nu erau toate dotate în același mod sau nu aveau toate aceleași condiții de exercitare a autonomiei pentru a se conforma măsurilor puse în aplicare. De exemplu, a sta acasă într-un mediu sănătos nu reprezintă aceeași provocare ca atunci când mediul este toxic (amenințător sau restrictiv).

Repercusiunile dramatice ale pandemiei amenință să oprească și chiar

să inverseze progresul către obiectivele Agendei 2030 pentru Dezvoltare Durabilă. Milioane de oameni au murit. Peste 100 de milioane de oameni din întreaga lume au căzut în sărăcie extremă și multe milioane de oameni sunt subnutriți. Toate acestea, parțial, sunt cauzate de pierderea veniturilor și a locurilor de muncă și de incapacitatea statelor, aflate într-o situație financiară dificilă, de a reduce decalajul. Consecințele nefaste ale pandemiei au lovit cel mai dureros în grupurile vulnerabile precum femeile și copiii. Omenirea se confruntă acum cu perspectiva descurajantă de a pierde câștigurile obținute cu greu din ultimele decenii în domeniul sănătății globale, îmbunătățirea egalității de gen și abilitarea femeilor și fetelor.

Pandemia a provocat una dintre cele mai mari recesiuni economice internaționale din aproape un secol care, la rândul ei, generează o criză profundă a sănătății globale. Lanțurile de aprovizionare au fost întrerupte, comerțul global s-a micșorat, afacerile s-au închis, zborurile de pasageri se restabilesc cu dificultate, iar turismul global a suferit și el pierderi substanțiale. Criza economică a devenit globală, dar inegală, țările în curs de dezvoltare sunt cele mai puternic afectate, drept consecință, fiind afectate în modul cel mai dramatic și sistemele lor de sănătate.

Vulnerabilitatea sănătății globale din perioada pandemiei s-a manifestat și prin modul de gestionare și repartizare a resurselor de vaccinuri, mai ales la prima etapă. Țările în curs de dezvoltare, în care grupurile vulnerabile de populație sunt cele mai numeroase, au fost defavorizate în accesarea acestui element esențial al asistenței medicale. Acest lucru a afectat în mod semnificativ amploarea, profunzimea și durata crizei pandemice și consecințele acesteia. De asemenea, reflectă inegalitățile în accesul țărilor la resursele și spațiul fiscal de care au nevoie pentru a acționa, redresarea inegală pe care o înregistrează și, prin urmare, perspectivele inegale de dezvoltare cu care se confruntă. Perioada postpandemică generează și alte provocări de sănătate globală, inclusiv cele asociate cu bolile transmisibile și netransmisibile. O astfel de provocare globală este rezistența antimicrobiană și apariția rezultată a superinfecțiilor care au potențialul de a ucide milioane de oameni și de a afecta negativ dezvoltarea economică și socială și punerea în aplicare a Agendei 2030 pentru Dezvoltare Durabilă.

Actuala criză globală reprezintă o combinație nefastă dintre consecințele postpandemice și încălzirea globală. Schimbările climatice au devenit

o problemă pentru toți, o amenințare la adresa însăși a existenței celor mai vulnerabili. Criza climatică amenință sănătatea, siguranța și viața a milioane de oameni din întreaga lume, făcând implementarea efectivă a Acordului Climatic de la Paris mai urgentă ca niciodată. Asistăm în prezent la o creștere severă și pe scară largă a insecurității alimentare la nivel mondial, accentuată de războiul din Ucraina, care afectează gospodăriile vulnerabile din aproape toate țările, iar consecințele acestora sunt de așteptat să se facă simțite în deprecierea stării sănătății globale în viitorul imediat. Perioadele lungi de secetă, vremea anormal de caldă și încălzirea globală au dus la niveluri periculoase de deficit de apă, cu consecințe multiple, inclusiv și în sănătate. Evenimentele meteorologice extreme, cum ar fi inundațiile, uraganele și incendiile de vegetație, devin din ce în ce mai frecvente din cauza crizei climatice, care amenință comerțul internațional și lanțurile critice de aprovizionare și dăunează societăților și economiilor. Acest lucru subliniază importanța prioritizării fondurilor adecvate pentru reducerea riscului de dezastre, în conformitate cu Cadrul Sendai pentru Reducerea Riscului de Dezastre 2015-2030, pentru a evita deturnarea sistematică a fondurilor de la construirea unei economii durabile.

Ca rezultat al impactului combinat al pandemiei și al schimbărilor climatice, astăzi comunitatea mondială se confruntă cu o criză a binelui comun global. Această criză afectează fiecare aspect al vieții umane: sănătate, educație, locuințe, alimente sigure și hrănitoare, apă curată și muncă decentă, ca să nu mai vorbim de reziliența instituțiilor noastre. Ea pune în pericol dreptul și speranța fiecărei ființe umane la sănătate, de a trăi demn, în siguranță și libertate. Binele comun global generează aspirația de a acționa peste granițele religioase, culturale și naționale pentru a ajunge la o viziune etică comună pentru lumea noastră interconectată; un concept bazat pe respectul universal pentru drepturile omului și în special pe eradicarea rasismului structural, a discriminării structurale împotriva femeilor și a tuturor elementelor de prejudecăți involuntare.

O redresare globală completă nu este posibilă fără cooperarea globală și adoptarea de politici postpandemice eficiente în toate țările. O reîntoarcere mecanică la situația antepandemică nu va fi de bun augur, va împiedica economia globală să își revină, să evite degradarea în continuare a mediului, să asigure o sănătate decentă pentru toți oamenii, cu atât mai puțin

să susțină dezvoltarea. Criza a dezvăluit și identificat vulnerabilitățile și punctele slabe existente, în speță în sănătatea globală, care trebuie abordate. Pentru a realiza acest lucru, este nevoie de un nou acord de dezvoltare, prezența curajului și a imaginației de a trasa și crea o nouă cale către o lume mai rezistentă, incluzivă, sănătoasă durabilă și pacifistă.

Pentru atingerea acestor ținte este nevoie de un efort conjugat din partea întregii comunități mondiale, a tuturor organismelor internaționale, în primul rând a ONU, urmând să fie trasate un set de priorități precum revigorarea multilateralismului. Actualmente se simte necesitatea unei voințe politice consolidate la nivel global, furnizarea de mijloace de implementare și o abordare coordonată pentru a le atinge, menită să abordeze vulnerabilitățile și deficiențele care împiedică transformarea necesară pentru a construi o lume a prosperității comune. Se impune o ofertă de noi șanse organizațiilor internaționale, care au fost create cu zeci de ani în urmă în diferite circumstanțe, pentru a ne asigura că sunt la înălțimea sarcinii de astăzi. În trecutul recent, unii au pus la îndoială și chiar au atacat valoarea cooperării internaționale prin acțiuni unilaterale. Acum este o oportunitate ideală de a reafirma relevanța cooperării internaționale și necesitatea ei absolută pentru supraviețuirea omenirii. Este la fel de important să se utilizeze întregul potențial al integrării economice regionale și interregionale ca o forță motrice importantă pentru cooperare și dezvoltare durabilă, pentru fortificarea sănătății globale.

O altă prioritate care necesită o implementare urgentă reprezintă depășirea inegalității în interiorul și între țări. Procesul de globalizare, alimentat de extinderea comerțului liber și de revoluția digitală, a adus nenumărate beneficii tuturor țărilor, dar nu toate au reușit să profite de ele, ceea ce a dus la creșterea inegalității, manifestată în mod pregnant și în sănătatea globală. Economia globală modernă are nevoie de reguli, instrumente și instituții care să asigure cea mai largă și mai echitabilă distribuție a beneficiilor unei economii globale eficiente și dinamice. Se impune o atenție și un sprijin deosebit celor care sunt cei mai vulnerabili: femeii și fete, tineri, persoane cu dizabilități, vârstnici, popoare indigene, imigranți, refugiați, persoane strămutate în interior, persoanele fără adăpost și alte grupuri marginalizate, care în cele mai dese cazuri posedă și o sănătate precară. Devine actuală depășirea vulnerabilității țărilor în curs de dezvoltare, inclusiv a statelor

insulare mici în curs de dezvoltare, a țărilor în curs de dezvoltare fără ieșire la mare și a altor țări cu economii slabe din punct de vedere structural, vulnerabile și mici, țări africane, țări aflate în conflict și situații post-conflict, țări cu venituri medii și țări cu economii în tranziție, majoritatea covârșitoare dintre ele având și un sistem de sănătate publică extrem de vulnerabil. Vulnerabilitatea este o barieră majoră în calea dezvoltării incluzive și durabile în toate țările în curs de dezvoltare. Țările dezvoltate trebuie să se implice, să dezvolte și să implementeze soluții pentru a construi reziliența tuturor țărilor vulnerabile, de la construirea capacităților productive și diversificarea economiilor până la furnizarea de resurse financiare pentru a construi un viitor mai bun. Dar, printre toate amenințările cu care ne confruntăm, există una care prezintă un pericol deosebit pentru însăși existența umanității: schimbările climatice. Pentru multe țări în curs de dezvoltare, în special micile state insulare în curs de dezvoltare, schimbările climatice sunt mai mult decât un obstacol incomod; este o criză care îi împiedică să construiască o economie și o societate durabilă. Este o amenințare la adresa însăși a existenței lor. Cazul recent al poporului din Haiti este un exemplu clasic și tragic: un cutremur care a ucis mii de oameni și a strămutat peste 100.000 de oameni, urmat aproape imediat de un ciclon tropical. Vulnerabilitatea micilor state insulare în curs de dezvoltare la schimbările climatice este permanentă, deoarece acestea sunt expuse la creșterea nivelului mării, la evenimente meteorologice mai frecvente și intense, cum ar fi uraganele, fluctuațiile extreme ale precipitațiilor și creșterea temperaturii, ceea ce duce la schimbări nefaste, deteriorarea abruptă a sistemelor de sănătate publică deja vulnerabilizate, periclitarea biodiversității marine și terestre. Micile state insulare în curs de dezvoltare nu pot planifica dezvoltarea așa cum și-ar dori, deoarece își petrec cea mai mare parte a timpului făcând față crizelor fără vina lor. Eforturile de salvare a planetei se fac nu numai pe uscat, ci și pe mare. Pentru a salva planeta e necesar ca și de oceanele să fi la nivelul ecologic corespunzător. Prin urmare, gestionarea durabilă a oceanelor, mărilor și resurselor marine ale lumii este esențială pentru a proteja mijloacele de trai a milioane de oameni, de la cei din sectorul pescuitului până la cei din serviciile maritime și de turism, contribuind astfel la fortificarea sănătății globale.

În concluzie, criza sănătății globale pe care o traversăm oferă o oportu-

nitare de a amplifica eforturile de a trece de la inegalitățile și vulnerabilitățile existente la prosperitate pentru toți. Viteza de proliferare a pandemiei amintește că acum, mai mult ca niciodată, suntem legați de umanitatea noastră comună și că toți oamenii de pe planetă sunt vulnerabili. În timp ce guvernele naționale fac tot posibilul pentru a face față acestor provocări, într-o lume interdependentă se simte nevoia de instituții care implementează politici din domeniul sănătății globale de care să beneficieze umanitatea noastră comună.

Referințe bibliografice

1. De Cock Kevin M., Simone Patricia M., Davison Veronica, Slutsker Laurence. The New global Health. În: Revista Română de boli infecțioase. 2013, Vol. XVI, Nr. 4, pp.200-206.
2. America's Vital Interest in Global Health: Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests. Board on International Health. Washington: Institute of Medicine. National Academy Press, 1997. 72 p.
3. Koplan J., Bond T.C., Merson M.H., Reddy K.S., Rodriguez M.H., Sewankambo N.K., Wasserheit J.N. Towards a Common Definition of Global Health. In: Lancet. 2009, Vol. 373, Nr. 9679, pp.1993-1995.
4. De Cock Kevin M., Simone Patricia M., Davison Veronica, Slutsker Laurence. The New global Health. În: Revista Română de boli infecțioase. 2013, Vol. XVI, Nr. 4, pp.200-206.
5. Aldis, W. Health security as a public health concept: a critical analysis. Health Policy Plan. Disponibil: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czn030>, 2008, Nr.23, pp.369–375. (accesat: 21.07.2023).
6. Ijaz K., Kasowski E., Arthur R.R., Angulo F.J., Dowell S.F. International health regulations what gets measured gets done. In: Emerg Infect Dis. 2012, Nr.18, p.1054–1057. Disponibil: <http://dx.doi.org/10.3201/eid1807.120487> (accesat: 23.07.2023).
7. Numans, I., Regenmortel, T., Schalck, R. et Boog, J. Vulnerable persons in society: an insider's perspective. In: International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2021,16:1.
8. Luna, F. 2019. Identifying and evaluating layers of vulnerability-a way forward. In: Developing World Bioethics. 2019, pp.86–95.

VULNERABILITATEA UMANĂ ÎN ACTIVITATEA BIOMEDICALĂ. ASPECTE BIOETICE

Ion Banari, Vitalie Ojovanu

Introducere

Termenul „vulnerabilitate” derivă de la verbul latin „vulnerare” care semnifică „rănire” sau substantivul latin „vulnus” ce presupune „rană”. Sensul etimologic al noțiunii caracterizează susceptibilitatea unei ființe de a fi rănită fizic sau psihic. Interpretarea aceasta evidențiază atât o arie largă de cercetare a conceptului de vulnerabilitate, dar, păstrează și o oarecare opacitate. Putem susține că *vulnerabilitatea* este o noțiune folosită în mod obișnuit, dar, nu este definit în mod statornic, mai ales, în activitatea medicală. Preponderent, conceptul de vulnerabilitate este întrebuit în sfera îngrijirii sănătății pentru a justifica și facilita accesul la resurse și servicii medicale. Totodată, acesta este folosit pentru a constitui gama de date morale în protejarea subiecților ce nu au capacitatea să consemneze sau să-și reprezinte propriile interese în cercetările biomedicale. La rândul său, experiența umană a scos în evidență o serie de realități în care perceperea vulnerabilității a dus și la stigmatizare. Credem că cuvântul *vulnerabil* ar trebui folosit cu atenție, acordând prioritate postulatelor bioetice potențialelor persoane care cad sub particularitățile acestui fenomen, dar și a formării morale a celor care îngrijesc și oferă servicii de sănătate [5].

Faptul că vulnerabilitatea a obținut statut de principiu etic în *Raportul de la Belmont* sau *Declarația de la Helsinki*, care a abordat preocupările legate de tratamentul participanților la cercetarea umană, nu poate submina ideea că în perioadele anterioare nu a existat condiții morale prin care erau protejate și îngrijite persoanele vulnerabile. Însăși compasiunea sau trăirea neputinței celui la promovate în etica virtuții ca calitate morală asigură această ultimă relație. Plus la aceasta istoria medicinei este bogată în acte umane și realizări instituționale născute din sensibilități morale de a fi de ajutor persoanelor vulnerabile. Aici, boala este interpretată în calitate de condiție care îl face pe om vulnerabil. Totuși, de ce s-a ajuns la o astfel de reglementare? Răspunsul ar debuta prin relatarea schimbărilor ce au loc în activitatea medicală. Medicina, actualmente este caracterizată de tranziția

spre o activitate comercializată, informatizată și tehnologizată, iar, profitul poate genera interese ce eclipsează valoarea vieții și sănătății umane. Totodată, implicarea tehnologiei în activitatea medicală oferă o serie de reușite notorii (intervențiile chirurgicale neurologice, cardiovasculare, transplantologia etc.) prin care se salvează vieți și se îmbunătățește calitatea vieții. Dar, aceste beneficii sunt realizate într-o ambianță crescută de risc pentru viața și sănătatea omului, respectiv, neînțelegerea riscului implică susceptibilitatea la daune. Concomitent crește și o serie de inechități sociale, cum ar fi, accesul la servicii medicale costisitoare, unde, nu toți își pot permite. Mai mult, experimentele medicale derulate de către naștiți pe prizonierii din lagărele de concentrare sau cazurile Tuskegee, Willowbrook, din închisoarea Holmesburg etc. Toate acestea au determinat în mediul academic o adevărată controversă cu privire la semnificația și interpretarea vulnerabilității în activitatea și cercetarea biomedicală, dar și a modului cum este înțeleasă în dezbaterile bioetice.

În contextul raționamentelor expuse, observăm că în spațiul bioeticii vulnerabilitatea a fost interpretată și aplicată preponderent în etica cercetării biomedicale, ulterior, a cuprins și domeniul sănătății publice. Problema inițială survine în faptul că în ambele cazuri, accentul cade pe clasificarea grupurilor vulnerabile. Nu putem nega, că această incursiune este necesară în atenționarea cercetătorilor asupra unor daune comune cercetării biomedicale. Mai ales, realitățile în care principiile morale de îngrijire și protecție nu sunt aplicate. De exemplu, bine cunoscutele circumstanțele în care subiectul implicat în cercetare nu dispune de capacități de a înțelege și prevedea posibile riscuri pentru viață și sănătate sau în cazurile de abuz uman. Aceasta a manifestat un impact decisiv în perspectiva aplicativă a cerințelor bioetice privind grupurile vulnerabile, cum ar fi instituirea obligatorie a comitetelor sau comisii de etică a cercetării pentru a proteja integritatea cercetării și siguranța participanților implicați în cercetare. Realizările privind subiectul vulnerabilității din sănătatea publică a contribuit la apariția unor vaste lucrări care implică fie abordarea vulnerabilității în politicile de asistență socială, fie, problemele de sănătate a grupurilor vulnerabile în contextul acestor politici. Mai mult, centrarea abordărilor inițiale prin clasificarea grupurilor vulnerabile, au determinat strategiile de asistență socială și de sănătate să se axeze pe protecția și îngrijirea acestora în diferite

contexte. Ideia care nu poate fi trecută cu vederea este că în etica aplicată din sfera clinică există tendința de a considera boala ca o formă specifică de vulnerabilitate, iar, principala abordarea existentă inițial în bioetică era să se concentreze asupra grupurilor vulnerabile. Această înțelegere a vulnerabilității reprezintă o interpretare standardă, reflectând diversele domenii în care au fost dezvoltate, ceea ce, actualmente, dă naștere unor probleme interpretative cu consecințe bioetice în practica medicală. Problema esențială ce rezultă din concentrarea discursului bioetic pe grupurile vulnerabile este că această perspectivă exclude alte reflecții privind imaginea integrală a vulnerabilității ca condiție umană [9]. La fel, apare și o incertitudine, care se datorează faptului că vulnerabilitatea apare și se manifestă în viața socială diferit sau însăși gradul de vulnerabilitate este diferit, iar limitarea la o reglementare profesională ar putea fi nesatisfăcătoare, mai ales, dacă survin noi forme și exteriorizări nereglementate sau notate în listele normative. În acest caz, caracterele grupurilor vulnerabile nu pot fi justificate și se cere o nouă analiză sau actualizare. La nivel practic, nu putem ști cui ar trebui să li se acorde îngrijire și protecție necesară, cu alte cuvinte, ce formă ar trebui să ia această îngrijire și protecție [1; 6].

Încercarea noastră de a oferi interpretări bioetice privind vulnerabilitatea umană în activitatea biomedicală este una complementară, cu un caracter teoretic și aplicativ, care să reflecte conceptual componentele vulnerabilității. Astfel, pozițiile oscilează între doi poli: pe de o parte, găsim un principiu bioetic european al vulnerabilității, considerat o expresie universală a condiției umane [8; 21; 27; 28; 30; 32; 33] și care deschide multiple căi de implicare a bioeticii în activitatea medicală de cercetare și clinică, pe de altă parte, o expresie a persoanelor care nu sunt în măsură să dea consimțământul sau care sunt mai susceptibile de a fi exploatare [6; 15; 26; 34]. Ultima se fundamentează pe consimțământ, daune și etichetarea grupurilor vulnerabile și s-a dezvoltat preponderent în activitatea medicală de cercetare [6; 19]. Cele bazate pe consimțământ sunt propuse de unele acte normative [26]. Cele bazate pe daune și grupuri vulnerabile sunt găsite în diverse ghiduri etice [15; 20]. În consecință, aceste direcții de abordare au provocat o serie de contraverse. Fiind considerate prea largi sau prea restrânse [6]. Situația creată înaintea, analizei noastre, necesitatea unei delimitare clare privind subiectele cercetate în capitolul respectiv. În primă

fază va fi nuanțată modul în care conceptul de vulnerabilitate a evoluat normativ în domeniul bioeticii, ce dificultăți apare ca rezultat al acestei reglementări și care va culmina cu subiectul privind tipurile de vulnerabilitate. A doua, conturează studiul asupra dimensiunilor vulnerabilității. A treia cuprinde trăsăturile definitorii a vulnerabilității și a modului de aplicare prin bioetică în activitatea biomedicală.

1.1. Constituentul normativ și evoluția conceptului de vulnerabilitate în bioetică

A fost menționat supra că noțiunea de vulnerabilitate sa dezvoltat mai ales în contextul eticii cercetării biomedicale. Respectiv, analiza cu privire la acest concept în bioetică este marcată de diferite documente internaționale. Conținutul acestor documente evidențiază *direct* sau *indirect* reglementările privind vulnerabilitatea persoanei. Dintre primile documente cu impact internațional care protejează subiectul implicat în cercetare poate fi considerat *Codul de la Nürnberg* (1949). Aici sunt prezentate noțiuni specifice particularităților vulnerabilității, cum ar fi, risc, suferință, lezare fizică sau psihică. Mai concret, începând cu punctul 4 al codului este redat: „4. Orice suferință sau lezare fizică sau psihică inutile trebuie evitate în timpul desfășurării experimentului; 5. Nici un experiment nu trebuie efectuat dacă există indicii că acesta ar putea duce la decesul sau lezarea participanților, cu excepția situațiilor în care cercetătorul participă el însuși ca subiect în experiment; 6. Gradul de risc asupra subiecților nu trebuie să depășească importanța umanitară a problemei cercetate în experiment; 7. Trebuie luate măsuri adecvate pentru a evita lezarea sau decesul participanților; 8. Experimentele trebuie conduse numai de către persoane cu calificare științifică; 9. Participanții au dreptul de a decide terminarea participării într-o cercetare la orice moment dacă ei consideră că participarea nu mai poate fi continuată; 10. Cercetătorul care conduce experimentul trebuie să fie pregătit să-l încheie dacă el consideră că continuarea experimentului va duce la producerea de leziuni, dezabilități sau decesul participanților”. Tot în categorie a reglementărilor indirecte privind vulnerabilitatea persoanei este *Convenția de la Oviedo* (1997). În capitolele II cu titlul *Consimțământul* se referă prin articolul 6 la *protecția persoanelor lipsite de capacitatea de a consimți*, iar prin articolul 7 la *protecția persoanelor*

care suferă de o tulburare mintală. E bine să menționăm că aceste referințe prevede activitatea medicală și sunt identificate două criterii de a clasifica grupurile vulnerabile. Iar în capitolul VCercetarea științificăși ccapitolul VIPrelevarea de organe și țesuturide la donatori vii în scopul transplantării face apel la aceleași criterii.

Altă reglementare, care evidențiază direct subiectul vulnerabilității este *Raportul Belmont* (1979). Acest document se concentrează pe principiile respectul pentru persoane, pe binefacere și pe justiție în contextul cercetării medicale, iar problema vulnerabilității este argumentată cu privire la fiecare principiu[16]. Un alt document important este *Declarația de la Helsinki*, care în revizuirea din a 52-a Adunare Generală a Asociației Medicale Mondiale, Edinburg, Scoția, octombrie 2000 face referire la persoanele vulnerabile, dar această nominalizare s-arealizat lacunar și doar, în introducere la compartimentul principii de bază. În conținutul articolului 8 se face precizarea: „Cercetarea medicală este supusă standardelor etice care promovează respectul pentru toate ființele umane și le protejează sănătatea și drepturile. Unele populații incluse în cercetare sunt vulnerabile și necesită o protecție specială. Trebuie luate în considerație nevoile particulare ale persoanelor dezavantajate economic și medical. O atenție specială trebuie acordată, de asemenea, celor care nu pot consimți sau refuza pentru ei înșiși, cei care sunt în situația de a consimți sub presiune, cei care nu vor avea un beneficiu personal din cercetare și cei pentru care cercetarea este combinată cu îngrijire medicală”. Aici sunt categorisite grupurile vulnerabile, conform următoarelor particularități: *persoane dezavantajate economic și medical; persoane care nu pot consimți sau refuza pentru ei înșiși; persoane care sunt în situația de a consimți sub presiune*. Ulterior, la doar cinci ani de la această revizuire a Declarației de la Helsinki, a fost elaborat un alt document important – *Declarația Universală privind Bioetică și Drepturile omului*. Acest document conține prima declarație de principii bioetice acceptate de guverne. În cadrul articolului *Respectul vulnerabilității și integrității personalității* se prevede ca „în aplicarea și promovarea cunoștințelor științifice, a practicii medicale și a tehnologiilor asociate, vulnerabilitatea umană ar trebui să fie luată în considerare. Indivizii și grupurile vulnerabile trebuie protejate, iar integritatea acestor persoanetrebue respectată”.

Prevederile acestor coduri, convenții și declarații oferă importante înțelesuri și implicații ale vulnerabilității în ceea ce privește cercetarea biomedicală. Însă, atragem atenția și la unele semnificații cu o dublă orientare. Astfel, o reglementare juridică și morală privind persoanele vulnerabile în cercetarea științifică este un imperativ și mecanism util în încercarea de a evita exploatarea sau recrutarea subiecților fără autonomie sau incluse în grupuri vulnerabile, dar, ar putea să nu profite de beneficiile directe pentru subiectul vulnerabil în cercetare. În consecință, aceste grupuri pot fi supuse unor forme de discriminare, deoarece accesul la progresele științifice ar putea fi limitat. Concomitent, în Declarația de la Helsinki este stipulat că populațiile vulnerabile incluse în cercetare necesită o protecție specială, dar, trebuie să luăm în considerare că toți participanții la cercetare trebuie protejați, indiferent dacă sunt considerați vulnerabili sau nu, de exemplu, conform Codul de la Nürnberg și nu doar, nu se face așa delimitări. Printre acestea, mai putem constata pentru reflecție – *a fi vulnerabil sau a deveni vulnerabil* – realitate care se poate determina în contextul cercetărilor științifice. Complexitatea noțiunii de risc, precum și, incertitudinea potențialelor beneficii produse din cercetare fac din evaluarea lor o sarcină extrem de dificilă pentru comitetele de etică a cercetării [15, p. 8-64], indiferent de vulnerabilitatea subiecților.

Deși s-a relatat în introducere, mai facem trimitere încă o dată la teza – faptul că cercetătorii sunt axați pe o protecție specială față de populațiile vulnerabile, adică, sunt atenți la riscurile ce pot determina exploatarea acestora sau la condițiile de respectare a autonomiei este plauzibilă, însă, poate exclude alte aspecte privind dimensiunea vulnerabilității prezentă la persoană sau grup. Această teză a contribuit să apară în teoria vulnerabilității adevărate tratate bioetice, care completează incertitudinile evidențiate sumar supra.

Astfel, una dintre abordările de acest gen cu privire la interpretarea conceptului de vulnerabilitate în etica cercetării și axată pe populații vulnerabile este “The Limitations of ‘Vulnerability’ as a Protection for Human Research Participants” realizată de Carol Levine, Ruth Faden, Christie Grady, et. all. [22]. Convingerea cu care deputează aceștia e că „Vulnerabilitatea este unul dintre conceptele cel mai puțin examinate în etica cercetării. Vulnerabilitatea a fost menționată în Raportul Belmont și face referire la ches-

tiuni de justiție în selecția subiecților. Reglementările și documentele de politică privind conduita etică a cercetării s-au concentrat asupra vulnerabilității în ceea ce privește limitările capacității de a furniza consimțământul informat. Alte interpretări ale vulnerabilității au subliniat relațiile de putere inegale dintre grupurile dezavantajate din punct de vedere politic și economic și anchetatori sau sponsori. Atât de multe grupuri sunt acum considerate vulnerabile în contextul cercetării, în special al cercetării internaționale, încât conceptul și-a pierdut puterea. În plus, clasificarea grupurilor ca fiind vulnerabile nu numai că le stereotipează, dar poate să nu protejeze în mod fiabil pe multe persoane de un rău posibil. Anumite persoane necesită protecții continue de tipul celor deja stabilite prin lege și reglementări, dar atenția trebuie să se concentreze asupra caracteristicilor protocoalelor și a ambianței de cercetare care prezintă provocări etice” [22]. Constatarea dată la făcut pe Delgado Rodriguez Janet să susțină că termenul în sine este un nonsens din cauza „hiper condiției de vulnerabilitate” [9], deoarece, pe de o parte, este prea larg pentru că există atât de multe grupuri vulnerabile încât rezultă un paradox: termenul își pierde sensul de protecție specială pentru unele populații. Lista grupurilor vulnerabile este așa extinsă că în cele din urmă fiecare dintre noi aparținem unui astfel de grup (de exemplu, femei, bătrâni, copiii, bolnavi cronici etc.). Pe de altă parte, conceptul este prea restrâns deoarece se concentrează asupra dificultăților doar în ceea ce privește consimțământul. Atitudinile și politicile privind protecția sunt îndreptate aproape exclusiv spre îmbunătățirea procesului de consimțământ informat, care este insuficient pentru a asigura o protecție adecvată a persoanelor vulnerabile. Aceasta implică o concepție restrictivă a vulnerabilității, care neglijează alți factori decisivi în înțelegerea modului în care este o persoană situată într-o poziție de vulnerabilitate, cum ar fi în sărăcie, condiții precare de viață, muncă în situații de risc etc. Prin reducerea vulnerabilității la consimțământul informat, poate exista multe situații neobservate de cercetători în care oamenii sunt vulnerabili, astfel, ceea ce înseamnă că acești oameni nu pot fi protejați în mod adecvat [22; 9].

În continuarea replicilor opuse privind interpretarea conceptului de vulnerabilitate centrat pe populații vulnerabile în etica cercetării biomedicale este subiectul legat de „etichetare” persoanelor, abordată de Florencia Luna în articolul „Vulnerabilidad: la metáfora de las capas” [23]. Autorul consi-

deră că clasificarea persoanelor în grupuri vulnerabile are ca rezultat o formă de etichetare, care poate duce la discriminare și constituirea diverselor stereotipuri, iar, aceste grupuri par să fie constituite ca ceva fix și static. În rezultat, Florenția Luna propune, înlocuirea etichetării populațiilor vulnerabile în etica cercetării biomedicale cu metafora straturilor sau nivelurilor de vulnerabilitate. Subliniază, de altfel, că etichetare sunt multe surse potențiale de vulnerabilitate și fiecare dintre acestea constituie un strat diferit, suprapus. Această metaforă a straturilor prezintă un concept contextual și variabil al vulnerabilității, îndepărtându-se de viziunea fixă și statică. Prin aceasta, specialistul propune că dacă ne gândim la ideea de straturi, putem înțelege sau pot exista situații diferite în care sursele de vulnerabilitate se suprapun, toate operând cu aceeași persoană. Cu toții avem niște straturi inevitabile de vulnerabilitate din cauza condiției noastre finite, care decurg din fragilitatea de a fi am, dar, dacă adăugăm circumstanțe și condiții diferite, adăugăm mai multe straturi. În acest fel, este, de asemenea, mai ușor să identifici diferitele elemente care localizează o persoană într-o situație de vulnerabilitate deosebită, respectiv, odată ce aceste elemente au fost identificate, se va putea încerca să modifice și contextele [23]. Mai mult, Wendy Rogers, în capitolul “Vulnerability and Bioethics” [31], subliniază o altă problemă legată de etichetare. Astfel, o dată ce măsurile de protecție se stabilesc pe baza etichetării grupurilor vulnerabile, ușa este deschis la manifestare nejustificată spre paternalism. Faptul că există protecții speciale pentru cei vulnerabili, poate surveni pericol de o abordare paternalistă. Totodată, cercetarea clinică, practica clinică și organizarea sănătății publice axându-se pe etichetare există riscuri asociate de discriminare și paternalism. În plus, nu există o descriere completă a responsabilităților datorate persoanelor vulnerabile în ceea ce privește protecția, remediile, despăgubirile, beneficii sau ajutor. Din perspectiva dată, acest fapt indică necesitatea unei mai bune explicații a conexiunilor teoretice dintre vulnerabilitate și justiție. În consecință, noțiunea de populații vulnerabile poate submina autonomia individuală și poate duce la potențiale daune ca urmare a unor astfel de forme nejustificate de paternalism [9; 24].

Merită de adăugat încă o contribuție importantă în interpretarea vulnerabilității în discursul bioetic și anume a lui Michael H. Kottow. În articolul „The Vulnerable and the Susceptible” [21] acesta consideră că este mai

bine să opteze pentru o clarificare conceptuală, precum distincția între *susceptibilitate* și *vulnerabilitate*. Petru acesta „ființele umane sunt în esență vulnerabile prin faptul că existența lor în calitate de oameni nu este dată, ci interpretată. Această vulnerabilitate primește protecție de bază din partea statului, exprimată sub forma drepturilor universale de care toți cetățenii trebuie să se folosească. În plus, mulți indivizi cad pradă sărăciei și limitărilor, necesitând acțiuni sociale menite să recunoască daunele specifice ce le suferă și să ofere asistență de remediere pentru a atenua sau înlătura situația acestora. Cetățenii beneficiază de protecție împotriva vulnerabilității lor biologice prin intermediul unui drept fundamental accesul la îngrijire în sănătate, care este mai mult o atitudine de protecție declarativă, decât, un program specific de asistență medicală. Atunci când persoana devin sensibilă, adică, slăbită din punct de vedere fizic sau bolnavă, sporește predispoziția la vătămări suplimentare și necesită acțiuni sociale și medicale pentru a se trata. O astfel de asistență ia forma unor drepturi pozitive de asistență medicală. Astfel, Kottow consideră că problema este în etichetarea greșită a oamenilor ca fiind vulnerabili – o caracteristică pe care toți oamenii o împărtășesc – conduce cercetătorile să evite înregistrarea privațiunii pe care le suferă aceste persoane și să neglijează obligația lor etică de a le oferi un ajutor real. Distincția dintre vulnerabilitate și susceptibilitate marchează, diferența dintre a fi intact, dar fragil, adică, vulnerabil și a fi rănit sau predispus la vătămări suplimentar, adică, susceptibil. Conștientizarea acestei diferențe ar trebui să dea o forță suplimentară respingerii standardelor duble în etica cercetării în special, dar și în activitatea medicală, în ansablu [21].

Într-un final, reeșind din cele analizate putem susține căgăsirea unui consens hermeneutic și conceptual cu privire la vulnerabilitatea în activitatea medicală este puțin probabil, dar se cere o antrenare investigațională continuă, deoarece survin noi forme și exteriorizări ale vulnerabilității, cu noi forme de îngrijire și protecție. Mai mult, dacă nu există un acord cu privire la conceptul de vulnerabilitate în activitatea medicală, însă, putem înainta un șir de propuneri de nuanță bioetică identificate în abordările susținute supra, cum ar fi: de a atribui niveluri de vulnerabilitate persoanelor, mai degrabă, decât de a eticheta grupuri specifice ca fiind vulnerabile [23]; de a analiza problemele clinice și experiențele de vulnerabilitate [17; 18];

de a dezvolta un concept al vulnerabilității bazat pe nevoi în locul celui bazat pe consimțământ [18; 24]; de a include noțiunile de „a fi vătămat” și de „a fi nedreptățit” în cadrul conceptului de vulnerabilitate [19]; de a stabili o sistematizare mai detaliată a spectrului abilităților umane și a diferitelor moduri în care acestea conțin elemente de vulnerabilitate [6]; conceptul căutat de vulnerabilitate ar trebui să evite imaginea relației dintre beneficiarul de asistență medicală și furnizor ca relație între un individ dependent și neputincios, pe de o parte, și o altă persoană capabilă să ofere tot ajutorul necesar, pe de altă parte [6].

În continuare, ținem cont de potențialul acestor incursiuni complexe și multiaspectuale de a clarifica conceptul de vulnerabilitate în medicină și bioetică, dar, pentru a avea o imagine integrală asupra acestui fenomen prezent în societatea umană, considerăm necesar și o analiză a tipurilor de vulnerabilitate făcând referire la distincția principală și cea mai acceptată dintre vulnerabilitatea universală și situațională, dar, nu înainte de a schița o definiție rezultată din discursul realizat până acum.

Definiție

Vulnerabilitatea umană este o noțiune complexă și contextuală de natură existențială, situațională, relațională și temporală, ce se referă la o persoană sau grupuri de persoane, care din cauza unei stări fizice, afective, cognitive și de mediu se află în pericol de a fi lezată sau distrusă, ca rezultat a susceptibilității la influențe destabilizatoare, în consecință nu are abilități de a lua decizii proprii sau nu dispune de capacitate suficientă pentru a-și controla și proteja interesele [1].

1.2. Tipuri de vulnerabilitate și valoarea morală a acestora în discursul bioetic

În lucrarea „The relevance of the ethics of vulnerability in bioethics”, Delgado Rodriguez Janet, prezintă două moduri principale de a gândi despre vulnerabilitate și care au fost dezvoltate în etică: *vulnerabilitatea ontologică sau universală și vulnerabilitatea contingentă sau situațională*[9], ce sunt redată în tabelul 1.

Tabelul 1. Moduri de abordarea a vulnerabilității în etică după Delgado Rodriguez Janet [9].

Moduri de abordare a vulnerabilității în etică	
Vulnerabilitatea ontologică sau universală (ontological or universal vulnerability)	Vulnerabilitatea contingentă sau situațională (contingent or situational vulnerability)
Acest mod de interpretare este legată de originea latină „vulnus” și posibilitatea de a suferi care este inerentă ființei umane. Respectiva abordare există în studiile mai multor filosofiși caracterizează vulnerabilitatea în raport cu a fi fragil, a fi susceptibil la daune și, de asemenea, la suferință. Într-un context mai larg și general, aceste perspective evidențiază aspectul ontologic, antropologic și inerent al condiție comună. În plus, o altă caracteristică comună a acestor perspective este că leagă vulnerabilitatea umană cu sociabilitatea persoanei, adică, cu faptul inevitabil că oamenii sunt dependenți unii de alții. Această poziție accentuează ideea că ființa omului poate fi vulnerabilă sau potențial vulnerabilă.	Reprezintă un alt tip de răspuns la problema vulnerabilității, unde se pune accentul pe diferite forme de inegalitate, dependență, nevoi fundamentale, privare de libertate etc. Acestea scoate în evidență diferite forme de inechitate în aspect social, economic și politic, ceea ce îi face pe anumiți oamenii mai vulnerabili în comparație cu alții. Respectiva interpretare este utilizată atunci când se elaborează politicile de protecție socială, asistență socială și servicii de sănătate, referindu-se, totodată, la dreptul persoanelor sau grupurilor vulnerabile de a primi anumite beneficii, acces la anumite servicii și tratamente.

O altă tipologie o găsim la Wendy Rogers, Catriona Mackenzie și Susan Dodds, în studiul „Why bioethics needs a concept of vulnerability” [31] identifică trei tipuri de vulnerabilități cu surse diverse. Acestea sunt: *vulnerabilitatea inerentă* (inherent vulnerability), *vulnerabilitatea situațională* (situational vulnerability) și *vulnerabilitatea patogenă* (pathogenic vulnerability), care sunt descrise în tabelul 2.

Tabelul 2. Tipuri de vulnerabilitate după Wendy Rogers, Catriona Mackenzie și Susan Dodds [31].

Tipuri de vulnerabilitate		
Vulnerabilitatea inerentă (inherent vulnerability)	Vulnerabilitatea situațională (situational vulnerability)	Vulnerabilitatea patogenă (pathogenic vulnerability)
<p>Cuprind surse de vulnerabilitate care sunt inerente condiției umane. Acestea apar din corporalitatea, nevoia, dependențade ceilalți și de natura afectivă și socială a omului. Dimensiunea vulnerabilității inerente a unei persoane va varia în funcție de o serie de factori, cum ar fi, vârstă,sex, stare de sănătate și dizabilitate. De asemenea, va varia în funcție de rezistența și capacitatea unei persoane de a face față și de gradul de asistență socială disponibilă.</p>	<p>Este determinată sau agravată de starea personală, socială, politică, economică sau de mediu a unei persoane sau grup social. Acest tip de vulnerabilitate poate fi pe termen scurt, intermitentă sau de durată. De exemplu, o familie a cărei casă a fost deteriorată de inundație și care locuiesc în adaosturi de urgență. Vor fi vulnerabili pe termen scurt sau de durată în dependență de situației lor. Dar dacă trăiesc într-o țară bogată, suntasigurați, în siguranță financiară și susținuți de asistența statului,această vulnerabilitate situațională va fi doar temporară. În schimb, dacă trăiesco țară săracă, fără sprijin sau ajutor limitat din partea statului, efectul de a fi strămutați de acasă poate fi catastrofală șiîndurătoare, făcându-le mai mult sau mai puțin vulnerabile permanent</p>	<p>Poate fi generată de disfuncționalitatea morală arelațiilor interpersonale și sociale caracterizate, de obicei, prin lipsă de respect, prejudecăți și abuz sau prin situații sociopolitice caracterizate prin opresiune, dominație, represiune, nedreptate, persecuție sau violență politică. De exemplu, oameni cu dizabilitățile mintale, care sunt aparent vulnerabili din cauza nevoilor lor de îngrijire, sunt susceptibile la forme patogene de vulnerabilitate, cum ar fi, abuzul sexual din partea îngrijitorilor. Alte forme de vulnerabilitate patogenă apar atunci când intervențiile de politică socială care vizează ameliorarea vulnerabilității inerente sau situaționale au efectul paradoxal al creșterii vulnerabilității. O caracteristică esențială vulnerabilității patogene este modul în care subminează asistența socială și gravează sentimentul de neputință.</p>

În afară de această tipizare a vulnerabilității, autorii disting între diferitele stări de vulnerabilitate și cea *dispozițională* și *aparentă*. Distincția între cea dispozițională și aparentă se referă la stări de vulnerabilitate potențială sau reală și servește la separarea vulnerabilităților care nu sunt încă sau nu sunt susceptibile să devin surse de vătămare din partea celor care necesită acțiuni imediate pentru limitarea vătăării. Aceste două stări de vulnerabilitate vor necesita, de asemenea, acțiuni diferite pentru a ameliora vulnerabilitatea, în funcție de faptul că este dispozițională sau aparentă. Prin această deosebire, autorii încearcă să clarifice opacitatea care însoțește de obicei perspectiva vulnerabilității în bioetică.

Atât modurile de abordare a vulnerabilității în etică reflectată Delgado Rodriguez Janet, în lucrarea „The relevance of the ethics of vulnerability in bioethics” [9], cât și tipurile de vulnerabilitate descrise de Wendy Rogers, Catriona Mackenzie și Susan Dodds, în studiul „Why bioethics needs a concept of vulnerability” [31] permite clasificarea altor forme și dimensiuni ale vulnerabilității în dependență de necesitatea aplicativă a acestui principiu bioetic în activitatea biomedicală. Acest lucru îl putem observa în *tabelul 3*, unde este redată o structură aplicată la protecția subiecților vulnerabili în cercetarea biomedicală, iar, în *tabelul 4* este exemplificată interpretarea dimensiunilor vulnerabilității în îngrijirea și asistarea persoanelor vârstnicilor.

Tabelul 3. Tipuri și forme de vulnerabilitate în activitatea biomedicală aplicate de Comisiei de Etică a Cercetării din cadrul Universității din București în evaluarea cercetarilor care implică subiecți vulnerabili [36].

Tipuri și forme de vulnerabilitate în activitatea biomedicală
Vulnerabilitatea cognitivă și comunicațională
<p>Pacienții care prezintă aceste trăsături este probabil să nu poată înțelege în întregime informațiile care li se transmit și, în consecință, să nu poată delibera corect cu privire la deciziile pe care le au de luat, sau să nu poată înțelege ce li se transmite cu privire la studiu. Vulnerabilitatea cognitivă se referă la situațiile de vulnerabilitate în care, deși persoanele nu sunt lipsite de abilitatea de a discerne/decide se regăsesc în situații care nu le permit exercitarea acestei abilități. În această situații se regăsesc și persoanele care se află în situații de urgență care presupun stres. În asemenea cazuri, se întâmplă adesea ca persoanei supuse unor asemenea situații să le fie limitată capacitatea de a înțelege sau consimți participarea la cercetare, date fiind caracteristicile specifice situațiilor de urgență: constrângerea timpului, poate spitalizarea, etc. persoanele pot fi de asemenea traumatizate sau sedate, fapt care limitează de asemenea caracterul voluntar al participării.</p> <p>În categoria vulnerabilității comunicative se încadrează persoanele cărora le lipsește capacitatea de înțelege și de a decide pentru ele însele, dar care nu înțeleg limba în care se desfășoară etapele studiului sau limba în care este informat cu privire la aceste etape.</p>
Vulnerabilitatea instituțională
<p>Participanții au capacitatea de lua decizii dar sunt subiecții unei autorități formale – adică sunt subordonați cuiva. Există riscul ca procesul decizional să nu fie pe deplin voluntar, crescând, în consecință, riscul de a nu se respecta adecvat condiția respectului pentru persoană.</p>

Vulnerabilitatea cauzată de subordonarea socială informală

Este posibil ca unii subiecți să se afle într-o situație de subordonare informală față de o altă persoană. Acest lucru s-ar putea datora rolurilor din interiorul unei culturi sau societăți. De pildă, în anumite culturi, femeile ar putea ține cont de dorințele soților lor cu privire la participarea la cercetare, sau pacienții ar putea ține cont de dorința – exprimată sau intuită – a medicului său, ca rutină. În această situație se află care se simt constrânși de o autoritate informală: constructe sociale: bazate pe gen rasă, inegalități de clasă sau statut; inegalități de putere sau cunoaștere/educație: relația medic-pacient; referitoare la subiect sau subiectivă: decizia adultului care are întâietate în fața deciziei copilului.

Vulnerabilitatea medicală

Din această categorie de vulnerabilitate fac parte pacienți care au o condiție foarte gravă a sănătății pentru care nu există nici un tratament satisfăcător. Problema care poate submina caracterul voluntar al consimțământului este percepția înșelătoare pe care ar putea-o avea subiectul cum că participarea la cercetare este singura și ultima sa șansă. Acest lucru poate foarte lesne influența subiectul să nu mai calculeze raportul riscuri beneficii corect și să participe nu voluntar, ci constrâns de condiția sa.

O altă variantă a aceluiași tip de vulnerabilitate este cauzată de înțelegerea greșită a scopului cercetării: respectiv confundarea cercetării cu o formă de terapie personalizată. Aceasta este o formă de înțelegere deformată a cercetării, iar consecința sa directă ar putea fi crearea unui raport greșit riscuri-beneficii, caz în care caracterul voluntar al participării este alterat.

Vulnerabilitatea economică

Subiecții aflați în condiții de viață dificile sau precare din punct de vedere economic, respectiv sunt săraci, au venituri foarte mici, sau nu au deloc – au dificultăți referitoare la adăpost, hrană, serviciile de sănătate, etc- sunt subiecți vulnerabili. Ofertele mari de bani sau acces la diferite servicii, precum asistență medicală la care altfel nu ar fi avut acces, poate încuraja participarea în defavoarea unui calcul riscuri-beneficii adecvat.

Vulnerabilitatea socială

Persoanele marginalizate, stigmatizate, subapreciate sunt subiecții acestei categorii.

Persoanele care pot induce această vulnerabilitate pot fi: membrii societății, fie cercetătorii. Membrii societății pot crea stereotipuri pe care le consideră universal valabile pentru acești subiecți, lipsa de apreciere față de aceștia, de valorile sau interesele lor – comportamente care duc la tratamente inegale și stigmatizare. Cercetătorii pot neglija, subaprecia valorile unui anumit grup, lucru care poate conduce la supunerea acestora la riscuri pe care altfel le-ar considera inacceptabile pentru populația generală.

Tabelul 4. Dimensiunile vulnerabilității vârstnicilor după Virginia Sanchini, Roberto Sala și Chris Gastmans [35; 3].

Dimensiuni ale vulnerabilității vârstnicilor

Vulnerabilitatea fizică

Starea fizică a vârstnicilor se caracterizează prin deteriorarea funcțiilor fiziologice, proces intrinsec al pierderii viabilității și al creșterii fragilității somatice. În linii generale, îmbătrânirea transformă adulții, majoritatea sănătoși și care nu au nevoie de îngrijiri, în persoane cu necesități de asistență socială și medicală. Mai mult, deteriorarea corporală, adică, declinul fizic/fiziologic nepatologic și patologic tinde să afecteze în mod disproporționat pe aceștia. Deteriorarea fiziologică nepatologică, pe de o parte, sunt afecțiunile care poate determina o serie de susceptibilități, cum ar fi: instabilitate fizică, mobilitate redusă, pierderea puterii, probleme cu vederea și auzul etc. Deteriorarea patologică, pe de altă parte, se referă la afecțiuni patologice specifice care pot afecta doar anumite persoane în vârstă, cum ar fi boala, demența și dezabilitate. În alt sens, dacă o persoană adultă, în general, prezintă o singură boală, la cea vârstnică se întâlnește deseori boli asociate sau polipatologia.

Vulnerabilitatea psihologică

Condiția psihologică ale bătrânilor este caracterizată în literatura de specialitate printr-o serie de modificări ale parametrilor fiziologici, schimbarea condițiilor sociale de viață și transformările în plan psihologic alcătuiesc situații vulnerabile. Cele mai multe probleme ale vârstnicilor pleacă de la statutul care i se acordă acestora în structura societății contemporane. Astfel, pensionarea peste 65 de ani ar putea fi considerată, pe de o parte, ca o măsură binefăcătoare, pe de altă parte, însă, ar putea constitui un factor traumatizant pentru persoanele care sunt în plină putere din punct de vedere psihic și somatic, care ar putea fi în stare să ofere încă mult în domeniul profesional și să păstreze astfel clar simțul utilității și al prezenței lor active în spațiul social. Moartea persoanelor dragi și mai ales a partenerului de viață, îndepărtarea de familie a copiilor și izolarea socială, care survine treptat, reducerea posibilităților economice și, în cele din urmă, sfârșitul într-un azil, un sfârșit atât de obișnuit al bătrâneților în lumea contemporană, alcătuiesc un șir de experiențe traumatizante, care dau naștere sau amplifică problemele psihice deja existente ale persoanelor în vârstă. Din punctul de vedere al expresiei psihice patologice în perioada senectuții, majoritatea fenomenelor decurg din afecțiuni organice cerebrale. Obișnuite la această vârstă sunt afecțiunile vasculare, care fie provoacă leziuni la nivel cerebral, cu consecințe asupra funcțiilor senzitive și senzoriale și, deseori, și asupra funcțiilor psihomentale, fie produc deformări generalizate la nivelul scoarței cerebrale și al centrilor subcorticali, cu consecințe severe în sfera mentală și afectivă. Aceste deformări, mai ales atunci când sunt legate de lobul frontal sau temporal, provoacă modificări ale comportamentului și mai ales ale comportamentului social al individului, stabilirea inhibițiilor și orientare defectuoasă în timp, în spațiu și la condițiile de mediu. Printre consecințele foarte frecvente ale acestor stări se numără pierderea memoriei și a capacității de a judeca, tulburările afective (care constau, în principal, în lipsa de stăpânire a sentimentelor) și tulburărilor funcțiilor senzoriale, precum slăbirea acuității vizuale și acustice, care fac de multe ori anevoioasă comunicarea individului cu mediul, amplificându-se astfel susceptibilitatea de a fi rănit.

Vulnerabilitatea relațional/interpersonală

Această dimensiune se referă la impactul interdependenței umane în contextul vârstei, precum și a modului în care aceasta este analizată ca o formă de susceptibilitate la influențe destabilizatoare în relație cu cei din jur. Persoanele în vârstă sunt vulnerabile în măsura în care treptat devin din ce în ce mai dependenți de ceilalți. Aceasta există datorită declinului progresiv al abilităților fizice și cognitive. Bătrânii pierd din ce în ce mai mult controlul asupra propriilor activități zilnice, respectiv, poate să-și piardă și capacitatea de luare a deciziilor. În afară de această situație vulnerabilă există anumite condiții specifice ce îi fac pe unele persoane în vârstă mai susceptibili la o noi forme de vulnerabilitate relațională, cum ar fi în cazul celor dependenți, lipsiți de sprijin familial adecvat și/sau în cazul în care trebuie să locuiască singuri.

Vulnerabilitatea morală

Condiția morală a vârstnicilor își găsește expresia în grija pe care ar trebui să o arate cei din jur pentru demnitatea adulților în vârstă, respect pentru înțelepciunea dobândită și atenție la cultura lor morale. „Asemenea celorlalte perioade ale vieții, și caracterul senectuții e minunat, fiindu-i conferit de mulțimea anilor adunați în decursul unei viețuiri îndelungate; această vârstă se bucură de alte câteva calități deosebite care-i sporec podoaba: în ea strălucește înțelepciunea, iar sfatul, pricepera și cugetul senin și cuprinzător îi încununează gândul... Bătrânețea se află în căutarea unei alte vieți; ea nu poate îndura gândul că duhul care sălășluiește în trup și îi dă viață urmează să se piardă definitiv...”. Persoana în vârstă este chipul devenirii morale în ființa sa. Iar autoritatea morală pe care au dobândit-o merită empatie, răbdare, indulgență, etc., în situațiile vulnerabile.

Vulnerabilitatea socioculturală, politică și economică

Este caracterizată de diverse inechități sociale prin care trec vârstnicii. Bătrânii devin vulnerabili atunci când sunt excluși din viața socială și/sau sunt izolați, marginalizați și stigmatizați. Această dimensiune de vulnerabilitate afectează mai mult persoanele cu niveluri scăzute de educație, nivel scăzute de sprijin social și economic, implicați în multiple forme de discriminare în furnizarea de asistență medicală și sociale, precum și implicarea în sisteme judiciare nedrepte.

Vulnerabilitatea existențială/spirituală

Dimensiunea existențială/spirituală face parte din categoria mai largă de vulnerabilitate a ființei umane. Aceasta caracterizează condiția ontologică specifică umanului și cuprinde chintesența omului ca un tot întreg. Subiectele subtile legate de sensul vieții în raport cu trecerea vieții sunt expres nuanțate la vârstnici. Altfel redat, persoanele în vârstă adesea experimentează mai viu finitudinea umană, adică, se simt mai aproape de moarte și, de asemenea, se confruntă în mod disproporționat cu perturbarea competențelor de zi cu zi. Mai mult, respectiva dimensiune de vulnerabilitate apare sub forma unei „lentile” prin care se intensifică experiențele umane. Motivul este la făcut pe bătrânul Antonie să exclame: „Bărbatul viclean iubește lăcomia și nesocotește dreptatea. El nu ia seama la nestatornicia, la amăgirea și la vremelnicia vieții acesteia, nici nu se gândește la moarte... Iar dacă e bătrân nerușinat și fără minte, ca și un putregai, nu mai folosește la nimic”. Aici intervine așa subiecte precum autenticitate umană, confruntare cu lipsa de sens a vieții și lipsa de speranță. În aceste circumstanțe asistența spirituală și religioasă devine o preocupare tot mai evidentă.

Discursul bioetic are un conținut interdisciplinar, respectiv, natura morală a vulnerabilității trebuie acceptată întâi de toate într-o abordare ontologică cu orientare valabilă universal. Iar, această direcție o putem justifica, pe de o parte, prin tipologia întâlnită la Delgado Rodriguez Janet cu privire la modurile de abordarea a vulnerabilității în etică, pe de altă parte, o interpretăm în condiția teoretică expusă în opera Marthaei Fineman.

1.2.1. Vulnerabilitatea ontologică sau universală

Teoria vulnerabilității dezvoltată de Martha Fineman este valoroasă și are influență conceptuală în ultimul deceniu. Aceasta debutează de la convingerea că vulnerabilitatea este universală și ține de condiția umană. Mai mult, susține că „conceptul de vulnerabilitate reflectă faptul că toți ne naștem, trăim și murim într-o materialitate fragilă care ne face pe toți în mod constant susceptibili la forțele externe distructive și dezintegrarea internă” [12, p. 71]. Respectiva condiție (adică, vulnerabilă) definește ce este să fim oameni, iar această concepție ne amintește de corporalitatea și fragilitatea noastră. Această trăsătură este comună tuturor ființelor umane și, din cauza universalității implicate în conceptul de vulnerabilitate, trebuie să-l considerăm ca fiind manifestarea umanului din noi în relațiile interumane.

Substrat, în temeiul căruia se poate articula o serie de responsabilități de protecție socială și de stat.

Însă, până a susține această judecată morală, cu 8 ani mai devreme, în lucrarea „The Autonomy Myth” [10], Fineman, explică teoria dependenței interumane, care ulterior îi va oferi un sens ontologic în cadrul abordărilor privind fenomenul vulnerabilității. Aici, face referire la retorica politică și conștiința socială din Statele Unite și suținecă acestea au devenit atât de fixate pe mitul autonome, în cât, cetățenii nu reușesc să recunoască sau să perceapă inevitabilitatea și normalitatea dependenței. Fineman optează împotriva mitului predominant al autonomiei, deoarece, dependența este o trăsătură inevitabilă a oricărei societăți și relații umane. Teoria dependenței sociale o extinde mai târziu, în 2010 și asupra conceptului de vulnerabilitate, în lucrarea “The Vulnerable Subject and the Responsive State” [11, p. 255]. Conceptul a evoluat din articulații timpurii până la caracteristica care poziționează omul unul față de celălalt ca ființe umane și sugerează la rândul său o relația durabilă fundamentată pe responsabilitatea între stat și persoană. Vulnerabilitatea naturii umane, consemnează Fineman, formează temeiul unei revindicări existențiale, că statul trebuie să fie mai receptiv la această vulnerabilitate.

Ideea că vulnerabilitatea caracterizează condiția umană, Fineman, întemeiază dimensiune analitică pune sub semnul întrebării modelul dominant desubiect liber. Poziționarea modelului menționat sub lupa criticii evidențiază neajunsurile acestuia. Persoana autonomă și independentă este „o ficțiune” și prin ea se perpetuează inegalitățile. Conștientizarea propriei vulnerabilități și a celor din jur determină omul să se gândească la obligațiile sale individuale și comunitare pentru a oferi asistență sau îngrijire. Imaginea subiectului vulnerabil este construită în opoziție cu imaginea lui subiectului autonom ca model liberal în filosofia modernă. Fineman consideră că persoana suverană (autonomă, rațională etc.) eclipsează corporalitatea, fragilitatea și interdependența, care formează esența spirituală și materială a vieții umane. Putem înțelege umanitatea într-un sens mai larg doar prin recunoașterea vulnerabilității și interdependenței noastre universale, iar când ne referim la interdependența, aceasta implică relațiile și legăturile umane stabile și naturale [11, p. 250-260]. Ipotezele morale ale Marthei Fineman subliniază valoarea corpului uman și a dependen-

țeiomului în contextul îngrijirilor sau nevoilor sale. În acest sens, modul ei de a înțelege vulnerabilitatea permite o nouă perspectivă morală, care se concentrează pe corporalitatea noastră. Vulnerabilitatea și dependența umană nu au loc în abordările filosofice care echivalează moralitatea cu raționalitatea. Agentul morală cu agentul rațională. Astfel, vulnerabilitatea are puțin de-a face cu morala contemporană, deoarece, interdependența este teză, iar, individualismul și raționalismul accentuează antiteza. După cum subliniază Fineman, doar recunoscând vulnerabilitatea noastră ne putem înțelege umanitatea [11, p. 255-259].

Dincolo de cele relatate, un aspect important în convingerile Marthei Fineman este faptul că vulnerabilitatea nu este doar o condiție negativă. Conștientizarea propriei vulnerabilități poate oferi rezultate atât pozitive, cât și negative, dar trebuie mai întâi acceptate și nu ignorate. Într-adevăr, recunoașterea aspectelor pozitive ale vulnerabilității poate îmbunătăți experiențele persoanelor. „Înțelegă corect în contextul condiției umane, vulnerabilitatea este și generativă. Important este că vulnerabilitatea prezintă oportunități de inovare și creștere, creativitate și împlinire. Ne face să ajungem la alții, să formăm relații și să construim instituții” [12, p. 96]. Principalul aspect pe care Fineman îl evidențiază este de a recunoaște vulnerabilitatea ca un fenomen inevitabil. Acest fapt va contribui la o mai bună înțelegere a conceptului și va redefini responsabilitățile noastre în cadrul societății. Trăim într-un sistem social profund sau chiar radical interdependent, pe care ideologia individualistă o neagă. Actualment, realitatea existențială arată că idealul unei ființe autonome și auto-transparente nu permanent încurajează un comportament responsabil din punct de vedere moral. Dimpotrivă, eul liberal, teoretizat în termenii noțiunii predominante de autonomie –în sinele individualist și narcisist — promovează etica violenței. Vulnerabilitatea provoacă iluzia modernă a autosuficienței și ne permite să descoperim și să cultivăm viața comună [12, p. 97-100].

1.2.2. Vulnerabilitatea contingentă sau situațională și îngrijirea medicală

A fost susținută în mai multe rânduri judecata că conceptul de vulnerabilitate caracterizează ființa omului, însă această vulnerabilitate comună poate fi trăită sau se manifestă în diferite moduri. Astfel, vulnerabilitatea

universală devine exacerbată în anumite situații sociale, politice și de mediu. Perspectiva abordării vulnerabilității la nivel individual și situațional, în general, implică descoperirea mecanismelor de distribuție a resurselor sociale inegal și încercarea de a rezolva inechitățile. Recunoașterea faptului că inegalitatea este atribuită diferit poate fi direcționată către elaborarea unor politici sociale specifice. Dacă să ne referim la ceea ce Fineman subliniază că vulnerabilitatea este o trăsătură umană care poate fi exprimată în diverse feluri. Atunci, fiecare persoană este poziționată diferit, iar vulnerabilitatea este dependent de diferitele poziții pe care le ocupă omul în spațiul social sau a modurilor în care sprijină instituțiile sociale. consecința omul nu este vulnerabil în același mod sau în același grad [11, p. 31]. Persoanele își organizează viața în diferite forme de realizare, respectiv, se poziționează diferit în relațiile economice și instituționale. Drept urmare, vulnerabilitățile variază în intensitate și potențialitate la nivel particular și situațional. Vulnerabilitatea este trăită în mod unic de fiecare, prin urmare, experiențele individuale de vulnerabilitate variază în funcție de resursele pe care le avem. Iar, ideea cu privire la conștientizare individuală și socială a vulnerabilității implică această problemă. Sigur, societatea nu poate anihila în totalmente vulnerabilitățile umane, dar ceea ce să facă este acțiunea colectivă drept mediator compensând diferite poziții prin intermediul programelor de asistență și îngrijire la nivel instituțional prin structuri de resort. În această privință, Ten Have, în baza concepției M. Fineman, privind vulnerabilitatea ca condiția umană, leagă vulnerabilitatea și responsabilitatea ca obligații morală de a îngriji și proteja pe ceilalți [17, p. 107]. În timp ce avem aceeași condiție vulnerabilă, unii oameni sunt situați într-o poziție mai proastă decât alții în spațiu social, din cauza inechităților sociale și a accesului lor limitat la resurse. Astfel, nu este suficient să se asigure o protecție egală tuturor, deoarece condițiile sociale nu sunt aceleași pentru toată lumea. Gradul de dependență implicat în vulnerabilitatea poate varia, astfel încât unii oameni au mai multe nevoi decât alții.

În bioetică, așa cum s-a arătat mai sus, cea mai extinsă viziune asupra vulnerabilității este legată la grupurile vulnerabile. Utilizarea denumirii grup vulnerabil poate crea situații de stigmatizare, deoarece termenul de populație vulnerabilă are un aer de victimizare, privare, dependență sau patologie asociată acestuia [11, p. 27-28]. Respectiv, în bioetică ar trebui să

evităm aplicarea acestei clasificări. Cum este posibil? În contextul acestei întrebări, considerăm valoros să reflectăm cele trei dimensiuni ale vulnerabilității dezvoltate de Joachim Boldt în activitatea medicală și cerințele îngrijirii clinice a persoanelor vulnerabile înaintate de Samia A. Hurst.

În lucrarea „The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy” [6; 1], Joachim Boldt dezvoltă trei forme ale vulnerabilității întâlnite în asistența medicală:

1. Vulnerabilitate fizică – boala, durerea și în general suferința, motivul esențial al asistenței medicale, sunt semne vizibile ale vulnerabilității fizice a corpului uman. În același timp, corpul bolnav este caracterizat de o vulnerabilitate fizică crescută în sine. În comparație cu corpul sănătos, sensibilitatea sa la vătămare, la infecții și dureri, de exemplu, este adesea ridicată semnificativ [6; 1].

2. Vulnerabilitate emoțională – diagnosticul unei afecțiuni cronice progresive severe sau perspectiva morții poate provoca frică, furie și disperare. Arhitectura spitalului și rutina clinică pot evoca intimidare și confuzie. Aceste stări emoționale sunt semne vizibile ale unei vulnerabilități emoționale anterioare și crește uneori probabilitatea ca aceste stări să persiste în continuare. Autorul le exemplifică, și anume, că disconfortul poate duce la lipsa complianței la tratament, stările de agitare influențează negativ succesul terapiilor, iar durerea prelungită poate duce la pierderea relațiilor sociale și la izolare [6; 1].

3. Vulnerabilitate cognitivă – descrie dificultățile crescute ale pacienților în anumite situații de a înțelege faptele medicale și alte lucruri vitale. Mai mult, înțelegerea acestor fapte încorporează întotdeauna și aspecte evaluative. Atunci când se înțelege impactul potențial al unei boli cronice asupra vieții viitoare a pacientului, scenariile sunt construite și evaluate în funcție de modul în care acestea afectează interesele, preferințele, valorile și ideile care descriu o calitate bună a vieții. Atunci când li se cere să aleagă o opțiune de tratament, pacienții trebuie să examineze aceste opțiuni din punctul de vedere al preferințelor lor. Uneori, adaptarea vieții pacienților la o boală cronică poate pune în discuție valorile și preferințele care au format până acum viața unui pacient. Pacienții s-ar putea simți îndemnați să înlocuiască valorile pe care le respectau odinioară. Toate acestea înseamnă că vulnerabilitatea cognitivă cuprinde atât înțelegerea faptică, cât și rațio-

namentul evaluativ. Înțelegerea faptică poate fi compromisă de incertitudine și frică cu privire la viitor. Raționamentul evaluativ presupune luarea deciziilor cu efecte grave și pe termen lung în ceea ce privește sănătatea și viața viitoare a persoanei, iar aceste mize mari pot provoca anxietate. Raționamentul evaluativ poate consta, de asemenea, în nevoia de a restructura valorile și ideile umane, care definesc parțial cine este și ceea ce reprezintă o persoană. În acest caz, raționamentul evaluativ devine un proces de tranziție a identității personale care este orientat de experiențe, preferințe și valori, dar care nu este ghidat în mod ferm de aceste preferințe și valori. Din nou, acest proces va fi adesea însoțit de o incertitudine neliniștitoare [6; 1].

Dimensiunile constituite de Boldt înaintează două teze esențiale. Prima implică discursul etic de natură formativă, prin care se subînțelege că exteriorizarea și manifestarea vulnerabilității la pacient și lucrătorul medical este dependent de nivelul de devenire a acestora întru ființa morală. Lipsa unei calități morale devine situație vulnerabilă în potență pentru unul din subiecții implicați în relația terapeutică. A doua teză vizează capacitatea lucrătorului medical de a antrena bioeticapentru a îngriji și proteja persoana vulnerabilă prin reperatele sale. Ambele cazuri sunt complementare în relația medic-pacient.

La rândul său, Samia A. Hurst continuă cele dezvoltate de Boldt și oferă cerințe pentru o îngrijire etică clinică. Important este că Hurst, în lucrarea „Vulnerability in research and health care: describing the elephant in the room?” [19], susține că protecția nu se bazează pe vulnerabilitatea în sine, ci pe o altă sursă valabilă ce cauzează vulnerabilitate. Aceasta apare ca o cerere de protecție specială la *probabilitatea crescută de producere a greșelilor și a daunelor în activitatea medicală*, care includ accesul la asistență medicală, acoperire financiară adecvată, autodeterminare, confidențialitate, luarea în considerare corectă a alocării resurselor și beneficierea de asistență medicală. Accesul la asistență medicală poate fi împărțit în continuare în: *disponibilitatea* sau gradul în care furnizorul are resursele necesare pentru a satisface nevoile pacientului; *accesibilitatea* sau ușurința cu care pacientul poate ajunge fizic la locația serviciilor de sănătate; *acomodarea* sau gradul în care serviciul de sănătate este organizat în moduri care îndeplinesc constrângerile și preferințele pacienților; *facilitatea* sau modul în care tarifele furnizorului se potrivesc cu capacitatea și disponibi-

litate de plată a pacienților și *acceptabilitatea* sau măsura în care pacienții sunt compatibili cu caracteristicile serviciilor de sănătate și invers [19]. Exemple de vulnerabilitate legate de aceste cerințe expuse de Samia A. Hurst sunt prezentate în *tabelul* de mai jos.

Tabelul 5. Vulnerabilitatea în îngrijirea clinică după Samia A. Hurst [19].

Accesul la asistența medicală	<i>1. Disponibilitate</i>	✓ Pacienții cu boli rare, au nevoie de intervenții care necesită o tehnologie costisitoare.
	<i>2. Accesibilitate</i>	✓ Distanța față de serviciul de sănătate, responsabilitatea rudelor dependente.
	<i>3. Acomodare</i>	✓ Ore de lucru lungi sau inflexibile.
	<i>4. Facilitate</i>	✓ Sărăcia, lipsa de asigurare, distanța (costuri mari de transport).
	<i>5. Acceptabilitate</i>	✓ Populații cu motive de neîncredere în sistemul de asistență medicală.
Acoperire financiară adecvată	✓ Probabilitate mai mare de a fi refuzat asigurarea, cum ar fi condițiile preexistente sau factorii de risc.	
Evitarea neglijării sau a nu fi ofensat	✓ Pacienții mai susceptibili de a fi tratați în moduri neobișnuite, ar fi, furnizorii de servicii medicale și familiile acestora sau pacienții care pretind a avea anumite litigii.	
Autodeterminare / autonomie	✓ Dificultăți în primirea sau înțelegerea informațiilor relevante: necunoașterea limbii.	
	✓ Dificultăți în solicitarea unui rol în luarea deciziilor.	
	✓ Lipsa capacității de luare a deciziilor: unii copii, unii pacienți cu tulburări mentale, pacienți comatoși.	
	✓ Lipsa libertății de a face o alegere voluntară	
	✓ Prin libertate limitată: prizonieri	
✓ Prin slăbiciune socială: minorități, refugiați, uneori femei.		
✓ Prin slăbiciune ierarhică: angajați din spital, studenți.		
Confidențialitatea	✓ Persoane publice, furnizori de servicii medicale, familii de furnizori de servicii medicale.	

Obținerea unei considerații corecte în alocarea resurselor	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacienții cu risc de a-și vedea dobânda la reducere, cum ar fi: <ul style="list-style-type: none"> ○ pacienți bolnavi în stadii terminale, ○ pacienți vârstnici, ○ persoane cu dizabilități, ○ persoane discriminate sau marginalizate social.
Având o voce în calitate de părți interesate în asistența medicală	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Persoanele desfășurate sau marginalizate social.
Prevenirea bolilor	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Persoanele cu mai puțin acces la educația în sănătate.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Persoanele aflate la capătul inferior al spectrului socioeconomic.

Dimensiunile vulnerabilității analizate de Joachim Boldt și modalitatea de prezentare a susceptibilității producerii de greșeli și daune în medicină la Samia A. Hurst accentuează raționamentul precum că conceptul de vulnerabilitate în activitatea medicală este unul contextual, ce rezultă dintr-o realitate interdependentă de subiecții relației terapeutice, instituțiile medicale, mediul social și cel natural. Perceperea și înțelegerea dată îi oferă vulnerabilității și statut de principiu bioetic, devenind astfel parte din mecanismul metodologic de luare a deciziilor morale [1]. Tabelul descris de Hurst antrenează principiile morale ale bioeticii (autonomiei, binefacerii, non-dăunării, demnității, integrității, echității, vulnerabilității)[4, p. 45-60; 28] în evaluarea continuă a accesului la asistență medicală, acoperire financiară, autodeterminare etc., specifice activității medicale.

Teza susținută supra cu privire la exteriorizarea și manifestarea vulnerabilității la pacient și lucrătorul medical este dependent de nivelul de devenire a acestora întru ființa morală, face a orienta analiza și asupra unor interpretări etice privind vulnerabilitatea lucrătorului medical în exercitarea profesiei.

1.3. Interpretări etice privind vulnerabilitatea lucrătorului medical

Fundalul celor relatate determină a evidenția o serie de surse situaționale de natură etică întâlnite în experiența medicală, care îl poate face pe

lucrătorul medical vulnerabil din punct de vedere moral. Dacă există surse ce-l prezintă pe medic în potență vulnerabil, atunci acesta (medicul) trebuie să posede conștiința vulnerabilității pentru a se proteja în acest sens. Respectiv, o sursă ar fi situațiile când medicul se confruntă cu probleme, dileme, dificultăți și/sau conflicte de natură etică în luarea unor decizii cu privire la metodele de diagnostic și tratament; decizii legate de insuficiența resurselor medicale; decizii cu privire la asigurarea accesului echitabil la investigații și diagnostic; decizii cu privire la o serie de tratamente costisitoare de care pacientul nu-și poate permite; decizii cu privire la distribuirea sarcinilor în cadrul instituțional; decizii cu privire la distribuirea resurselor medicale în cadrul instituțional, exemplu, lipsa resurselor sau alocarea limitată a resurselor medicale în instituție etc. O altă sursă ar fi diverse probleme morale în relație cu colegii, exemplu, indiferență sau nu oferă ajutor când se cere o decizie comună, în echipă; conflicte morale în relație cu superiorii instituției medicale, exemplu, atribuirea unor sarcini care nu țin de atribuția și competența medicului sau supra sarcină; conflicte morale în relație cu alți reprezentanți ai altor instituții, exemplu, asistența socială; conflicte morale în relație cu rudele pacientului și/sau a reprezentanților legali; probleme morale în relație cu pacienții; probleme legate de îngrijirea pacienților la final de viață, exemplu, pacientul are nevoie de îngrijire paliativă, dar nu sunt paturi în secția paliativă sau pacientul refuză, iar familia nu-l poate îngriji; dificultăți cu privire la informarea diagnosticul grav sau comunicarea unei vești rele; probleme legate în realizarea acordului informat; probleme legate de conlucrarea și decizia pacientului; probleme legate de necompleanța pacientului etc. Altă sursă se referă la situațiile de conflict dintre valorile religioase, valorile morale, normele juridice și valorile culturale în activitatea medicală etc. Următoarea sursă poate fi situațiile când lucrătorul medical trebuie să aleagă dintre interesele unui coleg și interesele unui pacient sau rudă a pacientului; dintre doi pacienți, unul social-vulnerabil și nu poate suporta cheltuelile de diagnostic și tratament, altul cu o stare socială mai bună; dintre binele pacientului și avantajele economice ale instituției medicale, exemplu, conducerea cere economia resurselor medicale în detrimentul metodelor de diagnosticare și tratament necesar pacientului; dintre ofertele atractive unor companii farmaceutice și posibilitățile financiare ale pacientului; dintre interesul companiei de asi-

gurări în medicină și beneficiul pacientului; dintre o instituție medicală publică și privată, mai ales când instituția privată motivează medicul financiar etc[2].

Contextul acestor surse de vulnerabilitate face întâi de toate referire la abilitățile medicului în luarea deciziilor morale în situații dificile (problematică, de dilemă sau conflictuale). Apoi, în al doilea rând, implică a face legătura dintre caracterul medicului cu problema etică. Respectiv, la primul subiect, un rol important îl joacă gândirea critică, imaginația morală și cadrul normativ etic (etica virtuții, deontologia, etica consecinționistă, principismul bioetic). Mai mult la acest subiect, cunoaștem că lucrătorul medical în exercitarea profesiei se confruntă des cu diverse situații lipsite de claritate și precizie, în care de obicei oscilează între ce este bine și ce este rău, ce este corect și ce nu este corect, între ce este adevărat și ce este fals, între ce este normal și ce este anormal. Ritmul intens care i se impune în practică face ca specialistul să nu realizeze că se confruntă cu multiple dificultăți ce implică abilități de luare a deciziilor morale. Un lucru este cert, că hotărârea luată va determina satisfacția pacientului și nu în ultimul rând calitatea actului medical. Acțiunea medicului ca urmare a unei împrejurări profesionale este dependentă de gândirea sa. Ansamblul de idei ce survin în minte, care de obicei caracterizează situația existentă, servește temei în adoptarea soluției în vederea viitoarei atitudini sau acțiuni. Luarea unor decizii adecvate, conforme cerințelor profesionale, morale și sociale cere cultivarea și posedarea unei gândiri analitice or critice. Respectiv, apare întrebarea, de ce este necesar o gândire critică în activitatea medicală? Drept răspuns poate fi: 1. pentru a ține sub control o situație cu un grad sporit de dificultate sau emotiv; 2. pentru a înțelege valoarea practică a unui gând sau idei; 3. pentru a identifica consecințele sau impactul unei judecăți; 4. pentru a percepe justificările ascunse a unor opinii, credințe și argumentări; 5. pentru a construi judecăți noi întemeiate pe cunoștințele și experiența acumulată; 6. pentru a distinge între fapte, credințe și judecăți morale or pentru a observa un bine aparent sau bine real etc. cu alte cuvinte, scopul gândirii critice este de a forma o imagine clară în contextul unei împrejurări profesionale. Printre acestea, survine o altă interogație, ce este imaginația morală? Abilitatea de a vedea or percepe lucrurile integral, adică a ține cont de consecințele ce pot surveni dacă iau o anumită decizie

și răspunde la întrebarea: ce se va întâmpla dacă...? Mai mult, este o formă de reflecție, care implică „proiecție empatică” și abordare creativă a multiplelor posibilități ale unei situații concrete. Prin urmare imaginația este un instrument de luare a deciziilor morale [4, p. 82-83].

Dintr-o altă perspectivă, situațiile enumerate mai sus îl plasează pe medic în fața întrebării „ce trebuie să facă”. Această interogație valorează ca problemă etică fundamentală. O analiză profundă la această dificultate etică o realizează Nicolai Hartmann. Întâi de toate filosoful prezintă riscurile în a lua sau a nu lua în serios această întrebare. Tangențial putem compara discursul cu realitatea din activitatea medicală punând accent pe condiția morală a lucrătorului medical. „Fiecare situație nouă ne-o prezintă drept nouă; pas cu pas în viață noi trebuie să-i răspundem din nou, inevitabil și fără ca vreo putere să ne împiedice de la aceasta, adică să putem trece dincolo de necesitate. Iar la întrebări tot mai noi, acțiunea noastră, atitudinea noastră reală, răspunsurile sunt tot mai noi. Căci de fiecare dată acțiunea conține chiar hotărârea convenabilă. Iar acolo unde nu ne-a fost conștientă, totuși, o putem recunoaște ulterior, eventual pentru a o regreta. Dacă găsim dreptate în acel pro și contra aceasta nu se află în întrebare și nici în situație, pentru aceasta nu există nici o necesitate, nici o călăuzire prin altul. În acest caz fiecare se raportează la sine însuși, ia hotărârea singur de la sine. Și el singur poartă, dacă a greșit, răspunderea și vina” [16, p. 114-115]. Apoi oferă alte interogații călăuzitoare, care cheamă la contemplarea problemei. „Dar cine întrevede însemnătatea acțiunii sale? Cine cunoaște lanțul de consecințe, cine își dă seama de proporția responsabilității?” [16, p. 115].

Însă, elementul cheie al expunerii lui Hartmann este legătura dintre planul faptei conceput în minte și efectul acesteia o dată consumată. „Faptul o dată consumat aparține realității, și nu mai poate fi făcut din nou neconsumat. Ceea ce a lipsit din el este irevocabil ratat, ireparabil în sensul strict al cuvântului. Situația este unică, nu se mai întoarce, este individuală ca tot ce este realitate. Dar ea este prezentă în mod irevocabil, este strâns împletită ca o verigă în corelația fenomenelor lumii. Același lucru este valabil pentru faptă, când aceasta are loc. Efectele ei atrag tot mai multe cercuri, modul ei de existență este o continua producere. O dată împletită în existența umană, ea continua să trăiască, nu mai moare; chiar dacă valurile care por-

nesc din ea și se sparg în mod felurit, slăbesc, se restabilesc în curente mai mari ale cursului vieții, ea este nemuritoare, ca tot ce este realitate. Oricât de nereală și de necauzală ar putea fi originea ei, o dată fixată în existența umană ea urmează o altă lege, legea realității și eficienței. Această lege îi conferă o viață proprie, o putere de a da forme sau a distruge viața și ființa, față de care regretul și disperarea sunt neputincioase. Fapta crește dincolo de faptaș, îl marchează, îl pune la punct fara mila” [16, p. 115]. Mai mult, filosoful accentuează pericolul consecințelor neobservate pentru persoană în actualitate și efectul lor în viitor asupra noilor generații. „Nu în orice comportare umană vedem însă lanțul de consecințe. Dar orice are urmări, iar posibilitatea constă întotdeauna în faptul că ele atârna greu, adesea cel mai mult acolo unde noi ne gândim cel mai puțin la aceasta. Și ceea ce în mic este valabil pentru atitudinea particularului, valorează sporit și pentru atitudinea unei comunități, a unei generații, a unei epoci. De ceea ce astăzi percepem, înțelegem, hotărâm, acționăm, depinde, poate, viitorul generațiilor. Viitorul culege întotdeauna ceea ce a semănat prezentul, după cum acesta culege ceea ce a semănat trecutul. În sens determinat, aceasta valorează și acolo unde ceea ce este vechi s-a perimat, iar ceea ce este nou, neexperimentat urmează să se formeze, acolo unde patrund la suprafața forțe tinere, se agită forțe întunecate necunoscute. Aici se vede că până și modesta contribuție a particularului la inițiativa întregului se poate afla pentru secole sub povara unei nevăzute responsabilități” [16, p. 116].

Discursul lui Hartmann și realitatea actuală face să concluzionăm că specialistul de azi preferă judecăți cu privire la o serie de situații profesionale gata făcute, iar această deprindere îl face vulnerabil, mai ales, când nu este cine săi ofere judecăți. De altfel, cum se explică lipsa de interes pentru etică, spiritualitate și orientarea spre bunuri materiale. „Etica nu ne învață direct ceea ce urmează să se petreacă aici și acum, în situația dată, ci, în general arată cum este alcătuit ceea ce urmează în genere să se întâmple. Sunt posibile multe și diferite, care ar putea, în genere, să se petreacă. Nu se poate petrece însă în orice situație dată tot ce ar trebui în genere să aibă loc. Aici momentul, cu cerințele sale, menține spațiul de acțiune în cadrul a ceea ce ne învață conștiința etică. Etica creează o bază generală, pornind de la care actualul se vede în mod obiectiv, ca din perspectivă. Sarcinile individului și sarcinile epocii sunt față de ea cu totul particulare. Față de

amândouă, ea păstrează aceeași distanță, pentru ambele ea înseamnă ridicarea deasupra cazului, eliberarea de influența din afară, de sugestie, de falsificare, de fanatism. Etica... nu ne învață judecăți gata făcute, ci însuși „judecarea”. Tocmai în acest sens, etica își asumă întrebarea „ce trebuie să facem”. Ea nu determină, nu descrie, nu definește „ce” -ul propriu-zis al imperativului, însă dă criteriile după care acesta poate fi recunoscut” [16, p. 117].

În acest context, caracterul eticii practice pierde orice îndrăzneală. Ea nu se amestecă în conflictele vieții și în cele profesionale, nu dă nici un fel de prescripții, care să facă aluzie la aceasta, nu este un codex de dispoziții și interdicții, ca dreptul. Ea se orientează direct spre ceea ce este creator în om, spre ceea cum este condiția existențială a omului, care să se vadă în orice nou caz nou. Etica aplicată nu trebuie limitată doar la cazuistică, pentru că cu aceasta ar putea săucidă în om ceea ce trebuie să trezească și să devină: creativitatea, spontaneitatea, contactul intern viu al omului cu ceea ce trebuie să fie, cu ceea ce este valoros în sine. Aceasta nu este o renunțare la înalta sarcină a „practicului”. Numai astfel ea poate să fie practică: în măsura în care arată, întreține și maturizează tot ce este practic în om, respectiv ceea ce este activ și apt pentru creație spirituală în el. Țelul eticii nu-l constituie punerea sub interdicție și închistarea omului într-o schemă, ci ridicarea lui la deplina maturitate și capacitate de răspundere [16, p. 117].

În loc de închiere

Analiza subiectelor cu referire la vulnerabilitatea în îngrijirea medicală și interpretările etice privind vulnerabilitatea lucrătorului medical înaintea imperativului de a sistematiza cele abordate și a identifica câteva modalități de aplicare a principiului bioetic al vulnerabilității în activitatea biomedicală. Aceste perspective sunt cristalizate și expuse succint în *tabelul 6*.

Tabelul 6. Morala vulnerabilității și modul de aplicare prin bioetică în activitatea biomedicală reflectată de Delgado Rodriguez Janet [9].

Morala vulnerabilității și modul de aplicare prin bioetică în activitatea biomedicală

Concepția liberală despre subiectul autonom și vulnerabilitatea persoanei

Conceptul de vulnerabilitate este dezvoltat în cadrul unei teorii critice susținute opus poziției liberale despre subiectul autonom, care a fost extins în etică și politică, dar și în bioetică. Cert este, bioetica e articulată în relația medic-pacient cu consimțământul informat fiind model de respectare a autonomiei persoanei. În unele privințe, a fost necesar să se concentreze asupra autonomiei din cauza dominației paternalismului în relația dintre lucrătorii medicali și pacienți. Problema este că acest accent considerabil pe autonomie lasă în afara discursului bioetic alte tipuri de principii și concepte care sunt de mare importanță pentru înțelegerea responsabilităților și preocupărilor noastre în domeniul asistenței medicale – de exemplu, vulnerabilitatea, demnitatea, echitatea, grija și solidaritatea. Orientarea critică a bioeticii are nevoie de acest cadru, ce să se concentreze mai degrabă pe subiectul vulnerabil, decât pe subiectul autonom. În același mod în care Fineman a indicat importanța conceptului de vulnerabilitate ca instrument critic, considerăm că această concepție este esențială în discursul interdisciplinar al bioeticii. Dacă, excludem percepția și asocierile negative și unilaterale cu privire la vulnerabilitate, aceasta într-un final, poate fi un instrument conceptual, cu posibilitatea de a defini obligațiile instituționale ale statului, să asigure garanția egalității. Ca trăsătură universală a ființelor umane, vulnerabilitatea e situată în centrul reflecțiilor noastre bioetice. Aceste reflecții se confruntă cu provocarea schimbării relațiilor dintre profesioniști și pacienți, concentrându-se pe ceea ce gândesc pacienții și pe ceea ce este cu adevărat important pentru a le oferi o îngrijire mai bună. De exemplu, îngrijirea centrată pe pacient sau îngrijirea bazată pe relație, reprezintă, modele de dialog medical, care a fost dezvoltat în ultimele decenii. În același timp, este important să evidențiem faptul că pacienții pot fi atât vulnerabili fără autonomie, cât și autonomi, dar vulnerabili; în plus, același lucru este valabil și pentru profesioniștii din domeniul sănătății. Vulnerabilitatea împărtășită a pacienților și a profesioniștilor din domeniul sănătății ar trebui recunoscută în loc să fie ascunsă sau limitată tehnic la grupuri.

Vulnerabilitatea persoanelor și cadrul normativ

Teoria vulnerabilității oferă diferite instrumente conceptuale pentru dezvoltarea unei abordări mai complexe a problemelor din bioetică. De exemplu, gândirea la dependență, la o înțelegere mai completă a dizabilității și la modalități de a răspunde mai bine nevoilor oamenilor în acest sens, schimbă substanțial atitudinea când începem să recunoaștem că suntem cu toții vulnerabili. Vulnerabilitatea este expresia relaționalității și interdependenței umane. A fi vulnerabili ne provoacă să devenim oameni. Vulnerabilitatea antropologică afirmă că existența umană începe întotdeauna într-un context normativ. De obicei, vulnerabilitatea este folosită ca instrument descriptiv, cu un scop pragmatic de a încerca a remedia o situație anume, dar nu ca element normativ. Gândirea la vulnerabilitate ca trăsătură comună a condiției umane are o forță normativă pentru că cere un răspuns, generând responsabilitate și obligații implicite. Aceste obligații sunt deosebit de importante din perspectiva instituțiilor medicale în special, și a statului, în general. Odată ce am redefinit conceptul de vulnerabilitate și l-am plasat în centrul reflecțiilor noastre, se deschid multe posibilități în ceea ce privește implementarea măsurilor de îmbunătățire a relațiilor – de exemplu, cele care apar predominant în condiții clinice specifice. Înțelegând în acest fel, vulnerabilitatea ar putea fi folosită nu doar ca instrument descriptiv, așa cum este de obicei folosit în cercetare și, prin urmare, în bioetică, ci mai ales ca instrument normativ, care ne îndeamnă la acțiune.

Vulnerabilitatea ca modalitate de îmbunătățire a relațiilor dintre lucrătorul medical și pacient

În bioetică, înțelegerea vulnerabilității implică a fi atent la modul în care relațiile sunt puse în aplicare în sistemul de sănătate. Bazându-ne în special pe teoria vulnerabilității, putem dezvolta o empatie mai mare, precum și abilități sau strategii care vizează îmbunătățirea comunicării și a relațiilor dintre profesioniștii din domeniul sănătății și pacienți. Conștientizarea faptului că oamenii sunt vulnerabili este important pentru profesioniștii din domeniul sănătății. Înfruntarea bolii, dizabilității, suferinței și morții accentuează experiența de vulnerabilitate atât la pacienți, cât și la familiile și prietenii acestora, precum și în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății. Vulnerabilitatea ca o condiție comună în îngrijirea sănătății și are un impact asupra modului de înțelegere a vulnerabilității în ceea ce privește relațiile dintre pacienți, profesioniștii din domeniul sănătății și instituții. Vulnerabilitatea ne poate conduce să înțelegem mai bine starea noastră comună și efectul pe care această condiție îl are asupra relațiilor din domeniul sănătății.

Delgado Rodriguez Janet face referire la Kirsti Malterud și colaboratorii, care au explorat pe larg vulnerabilitatea în ceea ce privește profesioniștii din domeniul sănătății. În special, studiile acestora analizează, prin intermediul cercetării calitative, modul în care vulnerabilitatea poate fi un punct forte în contextul îngrijirii sănătății. E descrisă două tipuri de situații care îi obligă pe medici să-și expună vulnerabilitatea: identificarea lor cu circumstanțele pacienților și trăirea acestora, de exemplu, sentimentul de incertitudine. Vulnerabilitatea cu care se confruntă medicii în una dintre aceste două situații și dezvăluită pacienților poate crește receptivitatea medicilor la chestiuni sensibile. Expriarea vulnerabilității poate ajuta oamenii să se implice unii cu alții și să aibă grijă unii de alții într-un mod mai semnificativ, precum și, să ajute pe alții să facă față situațiilor dificile. Poate declanșa empatia, care motivează acțiunea socială, respectiv, medicală. Recunoașterea omului ca fiind vulnerabil poate contribui la îmbunătățirea căldurii umane, a respectului și a îngrijirii în cadrul relațiilor de sănătate, în toate direcțiile, inclusiv îngrijirea pentru profesioniști.

Vulnerabilitatea și echitatea socială

Abordarea vulnerabilității reprezintă un rol important în bioetica globală, deoarece poate oferi un nou mod de a gândi despre responsabilitățile statului și ale instituțiilor internaționale pentru problemele globale. Bioetica globală are printre preocupările sale cele mai urgente și complexe inegalitățile enorme în sănătate la nivel mondial. Dreptul la sănătate, definit în cadrul drepturilor omului, implică fiecare persoană ce are dreptul la un nivel de trai adecvat asigurat și familiei sale. Un nivel de trai adecvat se referă atât la sănătate, cât și la bunăstare, precum și la factori în special hrana, îmbrăcămintea, locuința, îngrijirea sănătății și serviciile sociale. Observația generală privind dreptul la sănătate a Națiunilor Unite, cuprinde nu numai îngrijirea medicală în timp util, ci și factorii determinanți ai sănătății, cum ar fi accesul la apă potabilă și condiții sanitare adecvate, furnizarea adecvată de alimente sănătoase, alimentație adecvată, locuințe adecvate, condiții de muncă și de mediu sănătoase și acces la educație și la informații privind problemele legate de sănătate, inclusiv îngrijirea sănătății sexuale și reproductive. În ceea ce privește accesul global la asistență medicală, există o nevoie urgentă de a îndrepta atenția către justiția socială în legătură cu vulnerabilitatea. În ceea ce privește această abordare, Henk ten Have, realizează o analiză importantă a impactului globalizării și politicilor neoliberale asupra creșterii vulnerabilității în întreaga lume. Folosind acest cadru, el aduce câteva argumente care arată de ce justiția socială ar trebui considerată printre principalele preocupări pentru bioetică.

Primul său argument este că, în general, justiția în domeniul sănătății este centrată pe accesul la sistemele de sănătate și pe distribuirea resurselor pentru cei care sunt afectați. În acest sens, justiția ar trebui să ia în considerare modul în care au apărut acele nevoi. Al doilea argument este legat de globalizare: politicile neoliberale beneficiază sectorul privat al sănătății, în timp ce serviciile publice de sănătate au devenit slabe și mai puțin accesibile. Al treilea argument este că dacă interpretăm vulnerabilitatea nu ca slăbiciune individuală, ci ca o consecință a unei ordini de exploatare produsă de globalismul neoliberal, ea va concentra atenția asupra nedreptății structurale. Preocuparea despre nedreptatea structurală este comună teoriei vulnerabilității, a cărei pretenție majoră vizează obligațiile și responsabilitățile atât ale statului, cât și ale instituțiilor medicale. Aceasta este o preocupare esențială și în legătură cu dreptul la sănătate, ca subiect fundamental pentru bioetica globală.

Morala vulnerabilității și regândirea autonomiei în discursul bioetic

Recunoașterea vulnerabilității universale sugerează că va trebui să regândim și modelul de autonomie. Această considerație implică necesitatea de a prezenta relația și legătura dintre autonomie și vulnerabilitate în loc să le plasăm în opoziție. În acest scop, este fundamentală dezvoltarea noțiunii de autonomie relațională. Autonomia nu trebuie înțeleasă doar ca o trăsătură a unei ființe individualiste, autosuficiente. Cu toții suntem vulnerabili și suntem cu toții ființe constituite social care necesită sprijin social și relații pentru a ne exercita și dezvolta capacitățile, printre care și capacitatea de autonomie. Dezvoltarea autonomiei necesită anumite condiții în ceea ce privește oportunitatea; aceste condiții pot fi asigurate doar în contextul relațiilor sociale, care sunt ceea ce face posibilă autonomia. În plus, recunoașterea acestui element relațional presupune și acceptarea faptului că, în multe situații, exercițiul autonomiei poate fi frustrat sau blocat de diferite relații. Prin evidențierea comunei interpretări dintre vulnerabilitate și autonomia relațională, contribuie la depășirea simplei protecții a persoanelor vulnerabile: este vorba despre căutarea sprijinului social pentru a promova autonomia și împuternicirea oamenilor. În cele din urmă, reflecția morală despre vulnerabilitate ar trebui să fie ghidată de valoarea autonomiei relaționale din două motive: 1) pentru a contracara sentimentul de pierdere a controlului asociat cu vulnerabilitatea; 2) pentru a evita riscul de paternalism nejustificat care poate rezulta din practicile și politicile de „protejare a celor vulnerabili”. Conștientizarea vulnerabilității relevă faptul că există obligații și îndatoriri față de pacienți care trebuie asumate de instituțiile medicale și de stat. Aceste obligații includ crearea condițiilor pentru încurajarea și promovarea autonomiei pacienților, înțeleasă relațional. În acest sens, trebuie să încorporăm teoria vulnerabilității în reflecția bioetică.

Referințe bibliografice

1. Banari I., Federiuc V., Șargu E. Conceptul de vulnerabilitate în activitatea medicală. Sinteze bioetice. În: Sănătate publică, economie și management în medicină. Chișinău, 2020, vol. 5(87), pp.13-18.
2. Banari I. Interpretări etice privind vulnerabilitatea lucrătorului medical. În: Filosofia și perspectiva umană. Materialele Conferinței Științifice consacrate Zilei Mondiale a Filosofiei, 17 noiembrie 2022. Coord. științific: A.Pascaru. Chișinău: Institutul de Istorie, 2023, pp.147-159.
3. Banari I., Ojovanu V. Abordarea bioetică a vulnerabilității persoanelor în vârstă. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale. Ediția a 6-a, 6-7 oct. 2023. Red. resp. și coord.: V.Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2023, pp.89-102.
4. Banari I. Îndrumări metodice la Bioetică. Chișinău: Print-Caro, 2022.
5. Beth C., Preto N. Exploring the concept of vulnerability in health care. In: Canadian Medical Association journal. 2018, vol. 190 (11), pp.308-309. Disponibil: <https://doi.org/10.1503/cmaj.180242> (accesat: 27.06.2023).
6. Boldt J. The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. In: Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine. 2019, vol. 14(6). Disponibil: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13010-019-0075-6#Bib1> (accesat: 10.06.2022).
7. Cestari Vrf., Moreira Tmm., Pessoa VImp., Florencio Rs., Silva Mrf., Torres Ram. The essence of care in health vulnerability: a Heideggerian construction. In: Revista Brasileira de Enfermagem REBEn. 2017, nr. 70 (5), pp.1112-1116.
8. Cunha T., Garrafa V. Vulnerability. A Key Principle for Global Bioethics? In: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2016, vol. 25, pp.197-208. Disponibil: <https://doi.org/10.1017/S096318011500050X> (accesat: 23.06.2023).
9. Delgado R.J. The relevance of the ethics of vulnerability in bioethics. In: Les ateliers de l'éthique / The Ethics Forum. 2017, 12 (2-3), 154-179. Disponibil: <https://doi.org/10.7202/1051280ar> (accesat: 22.02.2023).
10. Fineman M.A. The Autonomy Myth: A Theory of Dependency. New York: The New Press, 2004.
11. Fineman M.A. The vulnerable subject: anchoring equality in the human condition. In: Yale journal of law and feminism. 2008, vol. 20 (1), pp.8-40. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/228137515_The_Vulnerable_Subject_Anchoring_Equality_in_the_Human_Condition (accesat: 15.02.2023).
12. Fineman M.A. Equality and Difference - The Restrained State. In: Emory Legal Studies Research Paper, vol. 66, no. 3, 2015, pp.609-626. Disponibil:

<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2591689> (accesat: 28.02.2023).

13. Fineman M.A. Vulnerability in Law and Bioethics. În: *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2019, vol. 30 (4), pp.52-61. Disponibil: <https://ssrn.com/abstract=3869063> (accesat: 10.02.2023).
14. Grabovschi C., Loignon C., Fortin M. Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. In: *BMC Health Services Research*. 2013, vol. 13. Disponibil: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/94> (accesat: 14.06.2023).
15. Gramma R., Paladi A. Aspecte conceptuale și normative ale cercetării. În: *Etica cercetării biomedicale: Ghid pentru cercetători*. Chișinău: Tipografia T-Par, 2017, pp.8-64.
16. Hartmann N. Vechea și noua ontologie și alte scrieri filosofice. București: Paideia, 1997. 205 p.
17. Henk Ten Have. *Vulnerability. Challenging bioethics*. London and New York: Routledge is an imprint of the Taylor & Francis Group, 2016.
18. Hoffmaster B. What Does Vulnerability Mean? In: *The Hastings Center Report*. 2006, vol. 36 (2), pp.38-45. Disponibil: <https://doi.org/10.1353/hcr.2006.0024> (accesat: 28.01.2023).
19. Hurst S.A. Vulnerability in research and health care; describing the elephant in the room? In: *Bioethics*. 2003, vol. 22 (4), pp. 191-202. Disponibil: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00631.x> (accesat: 12.02.2023).
20. *International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans, Fourth Edition*. Geneva. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). 2016. Disponibil: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf> (accesat: 04.07.2020).
21. Kottow M. H. The Vulnerable and the Susceptible. In: *Bioethics*, vol. 17, no. 5-6, 2003, pp.260-271. Disponibil: <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00361>. (accesat: 04.07.2020).
22. Levine C., Faden R., Grady Ch., Hammerschmidt D., Eckenwiler L. And Sugarman J. The Limitations of Vulnerability' as a Protection for Human Research Participants. In: *The American Journal of Bioethics*, vol. 4, no. 3, 2004, pp.44-49. Disponibil: <https://doi.org/10.1080/15265160490497083>. (accesat: 04.07.2020).
23. Luna F. Elucidating the Concept of Vulnerability: Layers not Labels. In: *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. 2009, nr. 2, pp.121–139.
24. Macklin R. Bioethics, Vulnerability and Protection. In: *Bioethics*, 2003, vol. 17(5-6), pp.472-486. Disponibil: <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00362> (accesat: 12.01.2023).
25. Meek L., M., Rogers W., Dodds S. Vulnerability in research ethics: a way forward. In: *Bioethics*. 2013, Volume 27, nr. 6, pp.333–340.

26. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavior Research. The Belmont Report (1979), Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. Disponibil: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/> (accesat: 04.07.2020).
27. Ojovanu V. *Axiologia și Medicina. Dimensiuni teoretico-metodologice*. Chișinău: UASM, 2012. 304 p.
28. Rendtorff J.D. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability – towards a foundation of bioethics and biolaw. In: *Med Health Care Philos*, 2002, vol. 5, pp.235-244.
29. Reynolds J.M. Renewing Medicine’s basic concepts: on ambiguity. In: *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2018, vol. 13(8). Disponibil: <https://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13010-018-0061-4> (accesat: 19.08.2020).
30. Ries N.M., Thomson M. Bioethics and universal vulnerability: exploring the ethics and practices of research participation. In: *Medical Law Review*, 2019, vol. 28 (2), pp.293–316. Disponibil: <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwz026> (accesat august 2023).
31. Rogers W., Mackenzie C., Dodds S. Why bioethics needs a concept of vulnerability. In: *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 2012, vol. 5(2), pp.11–38. Disponibil: <https://www.jstor.org/stable/10.2979/intjfe-mappbio.5.2.11> (accesat: 23.08.2023).
32. Thomson M. Bioethics & Vulnerability: recasting the objects of ethical concern. In: *Emory Law Journal*, 2017, vol. 67, pp. 1207-1233. Disponibil: <https://scholarlycommons.law.emory.edu/elj/vol67/iss6/6> (accesat: 11.08.2023).
33. Țirdea T. N. *Bioetică. Curs de bază: Manual*. Chișinău: CEP „Medicina”, 2017.
34. Weissman J. Vulnerability and obligation in science and medicine. In: *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 2019, vol. 44 (3), pp.263–278. Disponibil: <https://doi.org/10.1093/jmp/jhz006> (accesat: 12.09.2023).
35. Sanchini V., Sala R., Gastmans Ch. The concept of vulnerability in aged care: a systematic review of argument-based ethics literature. In: *BMC Med Ethics*. 2022; 23:84. Disponibil: <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00819-3> (accesat: 14.09.2023).
36. Studiile/Cercetarile care implică subiecți vulnerabili. În: *Evaluare Comisia de Etică a Cercetării*. Disponibil: <https://cometc.unibuc.ro/index.php/proiecte-care-implica-subiecti-vulnerabili/> (accesat: 25.08.2023).

II. VULNERABILITATEA ÎN CADRUL EXISTENȚIAL AL SĂNĂTĂȚII

ASPECTE MEDICO-BIOETICE ALE VULNERABILITĂȚII PERSOANELOR VÂRSTNICE INTERNATE ÎN SECȚIILE DE GERIATRIE

Ana Popescu, Gabriela Șoric, Ion Banari, Vitalie Ojovanu

Introducere

Procesul de îmbătrânire umană este unul complex și multifactorial, fiind însoțit de diminuarea capacităților funcționale și cognitive. Populația lumii este într-un proces continuu de îmbătrânire, creșterea procentuală a populației vârstnice reprezintă un fenomen demografic comun tuturor țărilor. Potrivit raportului mondial al OMS privind îmbătrânirea și sănătatea, discutat la reuniunea din Tübingen, Germania, pe 18 martie 2017, numărul persoanelor cu vârsta peste 60 de ani este de așteptat să se dubleze până în 2050. Iar, prognozele statistice estimează că persoanele de peste 65 ani tinde să reprezinte în secolul XXI, un sfert din populație. Mai mult, la începutul anului 2022, circa 771 milioane de persoane la nivel mondial aveau vârsta de 65 ani și peste. În Republica Moldova în ultimii cinci ani a crescut cel mai mult ponderea vârstnicilor din grupul de vârstă de 70-74 de ani – cu 8,4 p.p. (de la 12,3%, la începutul anului 2018, până la 20,7% la începutul anului 2022). În afară de aceste realități statistice, fenomenul abordat determină schimbări sociale cu provocări fără precedent, atât pentru îngrijirile sociale, cât și pentru sistemul medical. Trecerea de la necesități „terapeutice” la cele de „îngrijire” sau îmbinate cere crearea de noi condiții în furnizarea asistenței medicale și în cercetarea calității vieții persoanelor în vârstă. Îngrijirea vârstnicilor implică atât atitudini, cât și experiență, adică, conține o interacțiune dinamică între persoana care îngrijește și persoana îngrijită. Calitatea vieții persoanelor în vârstă este strâns legată de resursele, capacitatea și dorința asistenței medicale, a celei sociale și a rudelor, de a acționa ca îngrijitori pentru perioade îndelungate sau chiar scurte. Cei din urmă, însă, în multe cazuri nu sunt disponibili, fie din cauza migrației,

fie din cauza natalității în descreștere sau ruda care îngrijește are deja alte sarcini atunci când oferă îngrijire și din motive personale tinde să-și reducă sprijinul pe măsură ce severitatea și durata bolii crește.

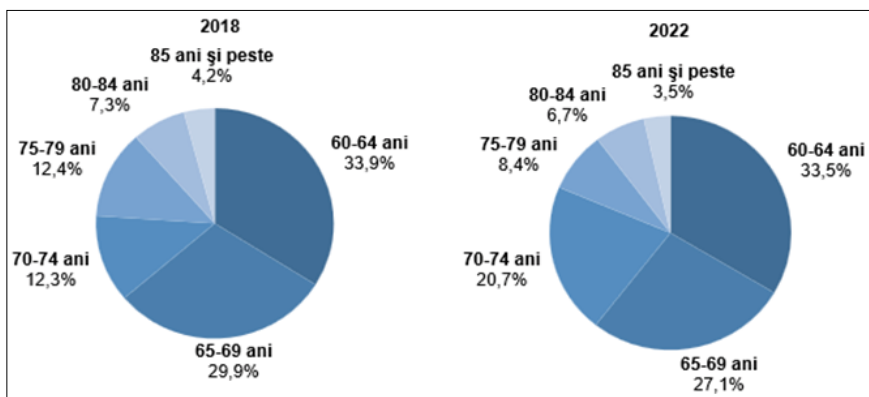


Figura 1. Populația vârstnică pe grupe de vârstă, la începutul anilor 2018 și 2023 [12].

Astfel, vârstnicii reprezintă un grup heterogen din punct de vedere social, demografic și economic. Modificări apar în toate organele și sistemele de organe, iar evaluarea vârstnicului necesită o interpretare interdisciplinară. Aceasta categorie de persoane se confruntă cu un grad înalt de vulnerabilitate pe fundalul modificărilor determinate de vârstă. Printre acestea, termenul „vulnerabilitate” sau “pre-fragilitate” în geriatrie implică o abordare multidimensional, deoarece, multimorbiditatea, incapacitatea funcțională, problemele cognitive și socio-economice, afectează calitatea vieții populației vârstnice. În rezultat, survine declinul fizic, cognitiv și senzorial, cu scăderea autonomiei și cu un grad înalt de dependență. De obicei, îmbătrânirea este caracterizată de riscul crescut pentru dezvoltarea vulnerabilității biologice sub aspect socio-economic și/sau psiho-social, care interacționează cu procesele socio-culturale și cu efectele cumulative ale educației, veniturile mici și a condițiilor precare de existență pe tot parcursul vieții. Aceste circumstanțe pot avea un impact semnificativ negativ asupra vârstnicilor, favorizând vulnerabilitatea individuală asociată cu componentele biofizice [1]. Noțiunile „fragilitate” și „vulnerabilitate” sunt folosiți pe larg în literatura

gerontologică, dar nu sunt la fel. Respectiv, pentru a aborda în mod adecvat aspectele medico-bioetice ale vulnerabilității persoanelor vârstnice internate în secțiile de geriatrie, este necesar a analiza acestui concept la diferite niveluri de îngrijire a sănătății prin adoptarea unor instrumente de screening pentru a identifica persoanele vârstnice vulnerabile.

Așadar, este bine cunoscut faptul că, termenul de vulnerabilitate sau de fragilitate a apărut în limbajul medical în ultimul deceniu al secolului trecut [2]. Vulnerabilitate, cuvânt derivat din latinescul „vulnus” care înseamnă rană, tradusă în limbajul comun - slăbiciune, deficiență, lipsă, hipersensibilitate specifică, care este susceptibilă să se distrugă, să se diminueze sau să modifice integritatea unei ființe sau a anturajului. Aici, avem de a face cu așa judecați: „fragilitate vis a vis de agresiune”, „punct de slăbiciune”, „vulnerabilitatea poate fi: o consecință a vârstei, a maladiei, un deficit fizic sau psihic sau a unei infirmități”. Mai mult, vulnerabilitatea vârstnicilor este caracterizată de crizele morale și spirituale amplificate de mulțimea anilor adunați în decursul vieții. Concomitent, subiectele subtile legate de sensul vieții în raport cu trecerea vieții sunt expres nuanțate la bătrâni. Altfel redat, persoanele în vârstă adesea experimentează mai viu finitudinea umană, adică, se simt mai aproape de moarte și, de asemenea, se confruntă în mod disproporționat cu perturbarea competențelor de zi cu zi. Acestea apar sub forma unei „lentile” prin care se intensifică experiențele umane. Odată cu înaintarea în vârstă, apare îmbătrânirea biologică, respectiv modificări la nivelul tuturor organelor, deteriorarea unui sistem atrăgând după sine deteriorarea altuia și astfel favorizează manifestarea vulnerabilității în diverse dimensiuni, cum ar fi: fizică, psihologică, relațional/interpersonală, morală, socioculturală, politică, economică și existențială/spirituală. Totodată, în contextul gerontologiei, conceptul vulnerabilitate este explorată particular, care poate fi definită individul cu un risc crescut de pierdere a autonomiei și de progresie a dependenței [1,3].

Identificarea persoanelor în vârstă drept vulnerabile, atrage în sine necesitatea de a înțelege cauzele și consecințele acestora. Aceasta reprezintă o sarcină cheie a politicilor medicale și sociale în elaborarea protocoalelor și măsurilor de îmbunătățire a calității vieții persoanelor în vârstă vulnerabile. În ultima perioadă, ca urmare a creșterii speranței de viață și a unor probleme tot mai complexe cu care se confruntă economiile nați-

onale, îmbătrânirea populației reprezintă o problemă socială deosebit de importantă. Corelarea cu tendințele proceselor demografice și prognozele pentru următoarele decenii sporesc motivele de îngrijorare și necesită găsirea unor soluții pentru păstrarea unei calități a vieții [4].

FACTORI de risc majori ai vulnerabilității vârstnicului:

- ✓ Dependența funcțională
- ✓ Pierderea autonomiei
- ✓ Precaritatea socială
- ✓ Limitarea accesului la îngrijiri. Figura 2 [5].

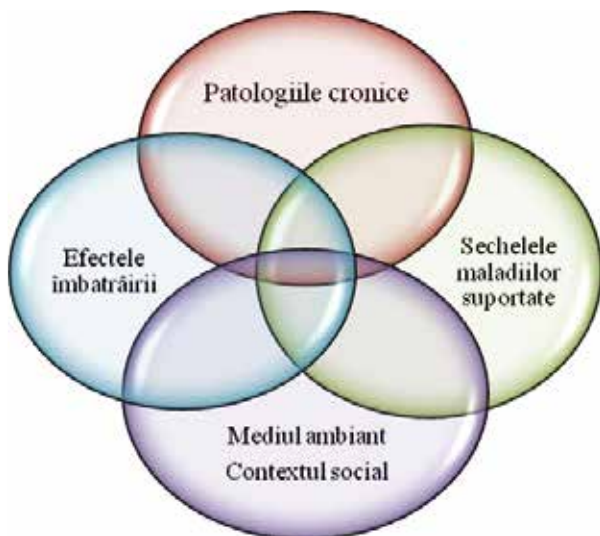


Figura 2. Vulnerabilitatea persoanei vârstnice multidimensională [5].

Schimbările de vârstă apar treptat la nivelul organelor și sistemelor [6], formând baza îmbătrânirii biologice, dar unele evenimente ce survin în viața vârstnicului o precipită și survine o amplificare a vulnerabilității în plan psihic, numită în unele surse și îmbătrânire psihologică [7]. Potrivit teoriei lui E. Erikson (1968), ultima perioadă din viață reprezintă o integritate în luptă cu disperarea, dar fiecare persoană vârstnică percepe diferit evenimentele ce se petrec în viața sa și aceasta depinde de experiența de viață, de situația materială sau de relațiile cu cei din jur [8]. La îmbătrânirea biologică și cea psihologică se adaugă îmbătrânirea socială, pentru că, din

păcate, bătrânețea a ajuns să fie asociată, de către cei din jur, cu boala, cu neputința, conservatorismul, lipsa de discernământ, iritabilitatea și dependența de alții [9]. În acest studiu s-a ținut cont de cele cinci domenii majore ale stării de sănătate identificate în anul 1996 de B. Spilker: starea fizică, capacitatea funcțională, starea și bunăstarea psihologică, interacțiunile sociale, factorii economici/statutul social și starea spiriuală religioasă, precum și sistematizarea [10], printre care aceste domenii corespund și unor dimensiuni ale calității vieții: dimensiunea fizică, dimensiunea emoțională, dimensiunea socială, dimensiunea spirituală și dimensiunea ocupațională.

În ciuda numărului tot mai mare de publicații care analizează vulnerabilitatea, totuși, se poate observa că există încă cunoștințe insuficiente despre înțelegerea vulnerabilității persoanelor în vârstă [3, 11]. Astfel, obiectivele studiului nostru este de a evidenția principalele aspecte ale viziunii contemporane asupra vulnerabilității în literatura de specialitate, cauzele apariției, factorii de risc și impactul asupra calității vieții vârstnicilor și a societății în general.

Scopul principal al acestui studiu este axat pe analiza conceptului de vulnerabilitate și a particularităților vulnerabilității la vârstnicii spitalizați în contextul medico-bioetic pentru identificarea indicilor informaționali de valoare.

Material și metode. Studiul descriptiv a fost realizat în secțiile de geriatrie a IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății și IMSP Spitalul Cărpineni în perioada aprilie-august 2023. Lotul de studiu a inclus 260 de vârstnici chestionați prin „Chestionar privind evaluarea gradului de vulnerabilitate a populației vârstnice internați în secțiile de geriatrie”, care este parte a studiului de apreciere a gradului de vulnerabilitate a populației vârstnice în cadrul Programului de Stat 2020-2023 „Abordarea interdisciplinară bioetico-socio-medicală a contingentului vulnerabil de populație cu stare severă de sănătate și posibilități de reabilitare”. Persoanele incluse în studiu au avut vârsta medie a de $72,71 \pm 0,34$ de ani, a predominat genul feminin 65,15% vs 31,82% de bărbați (Figura 3).

Rezultate și discuții

Analiza situației medico-sociale a populației vârstnice spitalizate, așa ca singurătatea, întâlnită destul de frecvent, atât în sensul fizic (bătrânii sunt lăsați singuri, locuiesc fără familie), cât și cel psihologic (trăind inutilitatea

lor față de familie, societate) a relevat că persoanele vârstnice solitare și izolate social/familial/geografic, reprezintă categoria de populație cu grad divers de vulnerabilitate, cu un puternic impact negativ asupra sănătății și a calității vieții [13,14]. Rezultatele evaluării situației sociale a vârstnicilor din studiu au prezentat o pondere a vârstnicilor care locuiesc cu soțul/soția - 44,70%, cu partener(ă) - 7,20%, divorțat(ă) – 6,06%, văduv(ă) – 39,77%.

Totodată a fost stabilită ponderea vârstnicilor izolați familial, cu copii 74,24% cazuri și vârstnici izolați familial fără copii, 12,50% de cazuri. Lotul de studiu a cuprins vârstnici din toate grupele de vârstă (Figura 3). Conform rezultatelor analizei situației demografice, dintre persoanele vârstnice, o pondere mai mare au fost din mediul rural – 171(64,77%) versus mediul urban – 89(34,23%), în ceea ce privește domeniul profesional, au prevalat vârstnicii cu studii medii – 158(60,77%), superioare 51(19,61%) și fără studii - 51(19,61%).

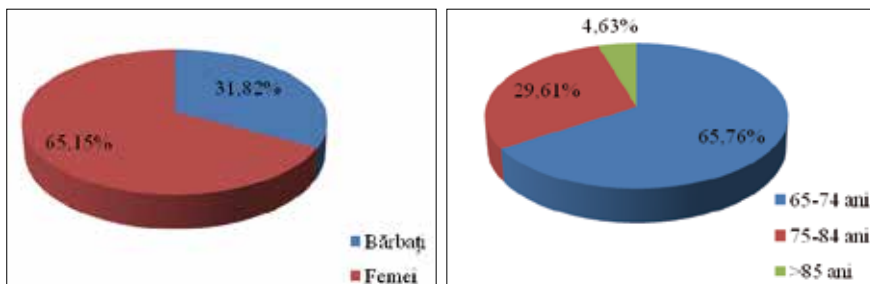


Figura 3. Structura lotului de studiu după gen și grupe de vârstă.

Vârsta înaintată este asociată cu multiple boli cronice, concomitente[15]. Studiarea patologieilor cu o incidență înaltă la vârstnici are o însemnătate majoră, ținând cont de impactul acestora asupra calității vieții a populației vârstnice, și totodată, asupra speranței de viață. Conform scopului, persoanele chestionate au fost rugate să-și autoevalueze starea de sănătate, astfel, analiza rezultatelor a stabilit starea mai puțin bună – 56,06% de cazuri, starea de sănătate rea – 19,70% de cazuri și starea de sănătate bună – 16,29% de cazuri. De asemenea, în baza răspunsurilor persoanelor vârstnice, care au evaluat starea lor de sănătate în spital comparativ cu cea de la domiciliu, a fost stabilit: starea de sănătate la moment mai bună în

spital, au raportat 51,52% de pacienți, starea de sănătate nu s-a schimbat nimic în spital – 20,83% de pacienți. Pacienții vârstnici care au prezentat acutizări la momentul spitalizării, nu au putut determina cauzele acutizării stării de sănătate – 36,36% de pacienți, dar, 22,35% de pacienți au raportat acutizarea stării de sănătate din cauza lipsei contactului cu oamenii dragi.

Odată cu înaintarea în vârstă, persoanele prezintă unele schimbări fiziologice ale sistemelor și organelor cu impact asupra funcționalității, agravate fiind de maladiile concomitente și polifarmacia, astfel, inducând dezabilitatea, imobilizarea și anumite grade de dependență. Datele evaluării impactului dezabilităților este reprezentat în Figura 4, a fost stabilit un anumit grad de dificultate pentru toate din cele 7 tipuri de activități.

Analiza rezultatelor a solicitării ajutorului de către pacient în cazul că starea de sănătate nu este bună au fost raportate următoarele: 58,71% vârstnici apelează la copiii/rude, 25% la soț/soție, 9,85% la vecini /prieteni, 9,47% se descurcă singuri, 4,92% la asistent social și 0,76% nu au pe nimeni la cine apela. Reieșind din datele acumulate a fost analizat statutul psiho-emoțional al vârstnicilor singuratici cărora le lipsește ajutorul în caz de necesitate, datele sunt reflectate în Figura 5.

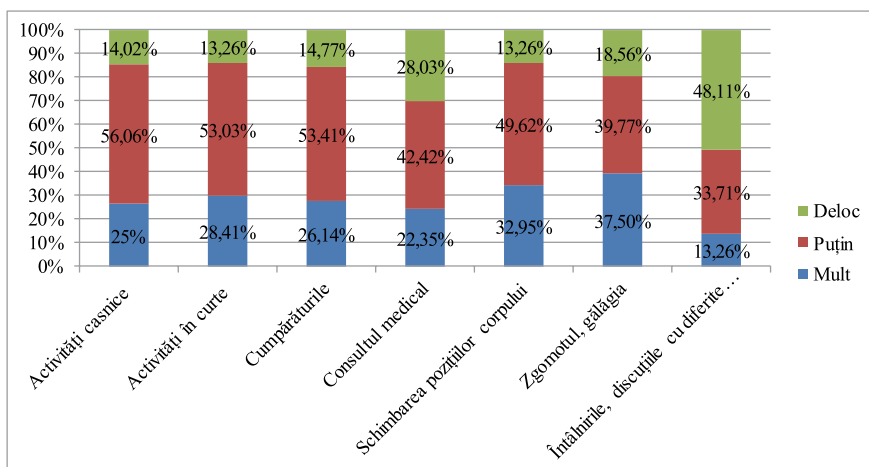


Figura 4. Prezentarea grafică a gradului de dificultate la pacienții din studiu în realizarea activității fizice casnice.

Consecințele îmbătrânirii populației impun elaborarea și aplicarea unor strategii de tratament și îngrijire pe termen îndelungat, care vizează o continuitate medico-socială în vederea îmbunătățirii serviciilor medico-sociale pentru ameliorarea calității vieții persoanelor vârstnice. Consecințele îmbătrânirii populației impun elaborarea și aplicarea unor strategii de tratament și îngrijire pe termen îndelungat, care vizează o continuitate medico-socială în vederea îmbunătățirii serviciilor medico-sociale pentru ameliorarea calității vieții persoanelor vârstnice. Problematika persoanelor vârstnice, este una complexă, din punctul de vedere al asistenței medicale și sociale acordate acestei categorii de populație. Analizând problemele medicale, a fost stabilit că 54,17% vârstnici au avut nevoie de îngrijiri medicale o dată în lună, 19,70% - săptămânal, 13,64% - niciodată și 6,82% - zilnic. Din cei care s-au adresat la medic, din propria inițiativă, când s-a agravat starea de sănătate au fost - 63,64%, la insistența copiilor/rudelor/prietenilor – 37,88%, la recomandarea medicului de familie – 37,88%, la recomandarea asistentului social – 10,98%, la insistența îngrijitorilor – 5,68%.

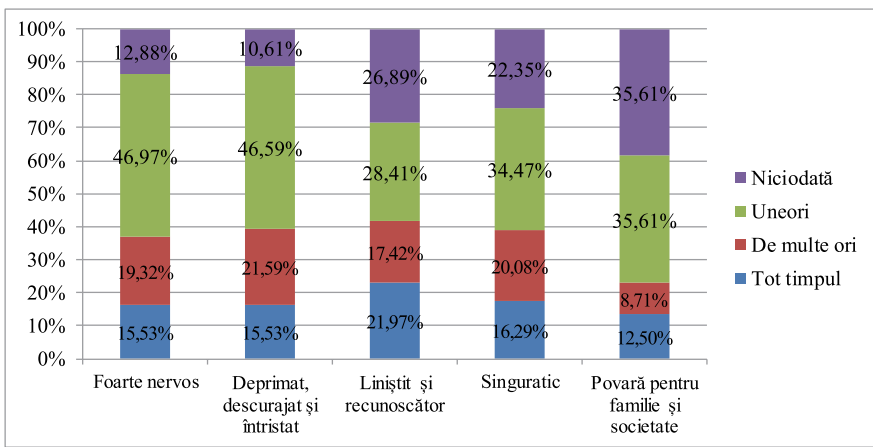


Figura 5. Prezentarea grafică a statutului psiho-emoțional la pacienții din studiu.

Calitatea dialogului cu medicul, vârstnicii au apreciat-o, preponderent satisfăcător, 64,77% dintre pacienții vârstnici au fost informați de către

medic despre starea de sănătate, 64,77% - au fost informați despre necesitatea spitalizării, informația oferită a fost bine înțeleasă de către 63,26% de vârstnici, relația cu medicii este apreciată ca benefică pentru sănătate de către 78,79% de vârstnici intervievați, iar 69,70% au stabilit verbal împreună cu medicul tratamentul administrat, inițial doar în 69,70% cazuri a fost obținut acordul informat, iar opinia referitor la acțiunile medicale aplicate a fost exprimată în - 65,15% de cazuri. În perioada spitalizării pacienților vârstnici a fost evaluat comportamentul medicului vs de pacient, astfel, vârstnicii care au solicitat mai multe informații și explicații, au raportat că medicul a avut un comportament superficial – 28,70% de cazuri, indiferent – 8,33% de cazuri, arogant – 4,17% de cazuri, înjositor – 1,52% de cazuri.

Analiza datelor referitor la integrarea socială și respectul demnității au stabilit că, vârstnicii cu autonomie redusă sau cu diverse grade de dependență necesită frecvent ajutorul persoanei terțe. Astfel, apelul de solicitare al ajutorului pentru diferite activități ale persoanelor vârstnice, în decursul ultimei luni, au raportat că nu au avut la cine apela, cca. 42,05% de persoane chestionate (Figura 6).

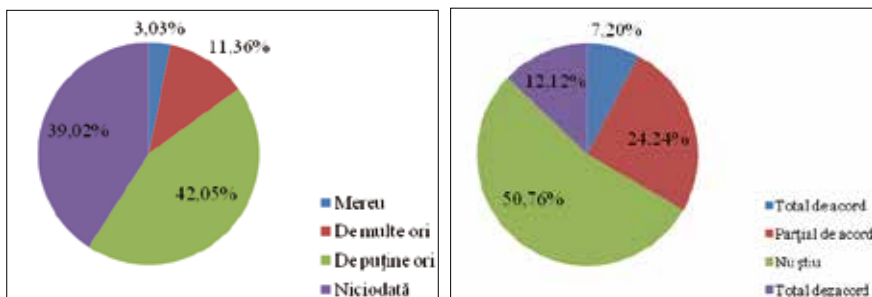


Figura 6. Prezentarea grafică a nivelului de integrare socială.

Un alt fenomen social răspândit în societatea contemporană este violența, în fața căreia persoanele în etate devin una din cele mai vulnerabile categorii de populație. În studiul dat a fost stabilit procentajul de vârstnici care au fost supuși violenței, astfel, în familie au fost martor al violenței - 15,53% de cazuri, victimă a violenței (fizice sau psihice) - 12,50% de cazuri, inițiatorul unor acțiuni de violență - 6,44% de cazuri, implicat în acțiuni de violență - 3,79% de cazuri, se simte victima violenței în fami-

lie - 3,79% de cazuri. În ultima perioadă, în societate (stradă, transport public, magazin, spital, etc.) au fost martori a violenței - 32,20%, victimă a violenței (fizice sau psihice) - 20,08%, inițiatorul unor acțiuni de violență - 1,52%, des implicat în acțiuni de violență - 3,41% de cazuri.

În literatura de specialitate se subliniază că bătrânii reprezintă un contingent de oameni cu risc major de abuzuri și victimizare, atât în cadrul familiei, cât și în afara ei [16]. Cei care au raportat un abuz, au menționat locul unde s-a petrecut (Figura 7), cel mai frecvent raportat a fost alte instituții sociale 48,86% de cazuri, urmat fiind de 8,33% de cazuri, raportate la domiciliu, 7,95%, în cadrul policlinicilor, iar 2,27% de cazuri, în centrele de îngrijiri medicale. Analiza comportamentului necorespunzător al anturajului vârstnicului a fost raportat de 34,11% de vârstnici, dintre care, din partea familiei – 10,98% de cazuri, a vecinilor – 9,85% de cazuri, asistentul social – 4,55%, lucrătorul medical - 3,79%, alții – 19,32% de cazuri raportate.

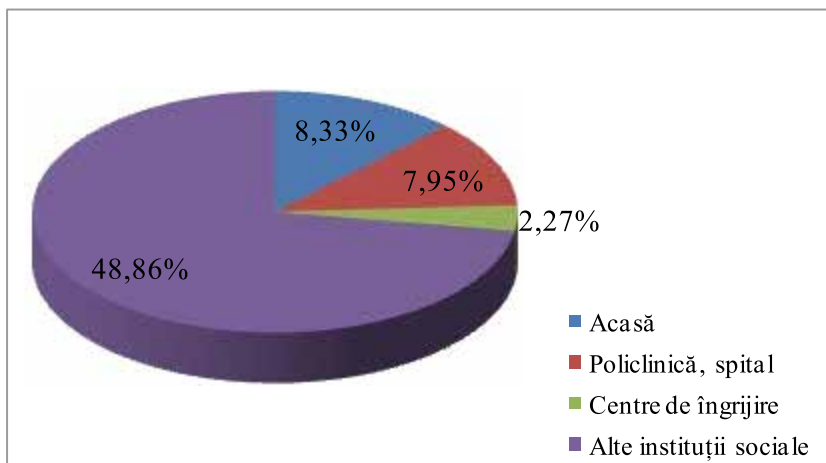


Figura 7. Prezentarea grafică a locului unde vârstnicii s-au simțit abuzați.

Starea psihică a fost stabilită la examenul obiectiv a tuturor pacienților pe măsura internării în secțiile de geriatrie. Datele evaluării factorilor cognitivi și celor psiho-emoționali au determinat sindromul depresiv la vârstnicii chestionați, totodată, vârstnicii au raportat date despre sentimentul de

abandon, singurătate, inutilitate, povară și gânduri suicidale, reprezentate în Figura 8.

Evaluarea situației psiho-emoționale a persoanelor vârstnice în perioada pandemiei Covid-19, a elucidat următoarele date: persoanelor vârstnice le-a fost frică să nu-și piardă viața din cauza Covid-19 - 44,70% de cazuri, s-au simțit neglijați de familie și de cei din jur (vecini, medici, asistenți sociali etc.) - 18,56% de cazuri, au avut dificultăți fizice, psihice, de sănătate și nimeni a putut ajuta din cauza Covid-19 - 18,94% de cazuri, li s-a refuzat spitalizarea din cauza pandemiei Covid-19 în 12,12% de cazuri, au refuzat spitalizarea de frică să nu se infecteze cu Covid-19 - 34,85% de cazuri.

Pacienții vârstnici singuratici, grabatari, instituționalizați și cei aflați la îngrijiri paliative reprezintă grupul cel vulnerabil, cu un procentaj elevat de comorbidități, sindroame geriatrice, incapacitate funcțională și respectiv dependenți, de unde nevoia de servicii sociale adecvate și bine adaptate tuturor necesităților acestei categorii de populație. Pe fundal de declin psiho-emoțional avansat nevoia de sprijin – psihologic, prin necesitatea de a comunica au raportat 38,64% de vârstnici, de a fi înțeleși 34,47%, asistență religioasă - de a ierta și a fi iertat 46,21%, participarea la rugăciunea în comun - 26,52%, susținere morală - de a fi protejat - 33,33%, de a fi tratat cu demnitate - 29,55%, accesul la informație - 24,24%, dreptul de a alege - 20,83% (Figura 9).

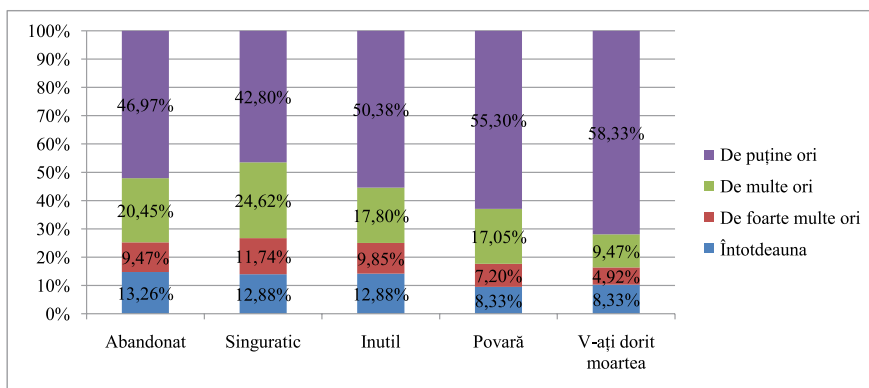


Figura 8. Prezentarea grafică a statului emoțional la vârstnicii din studiu.

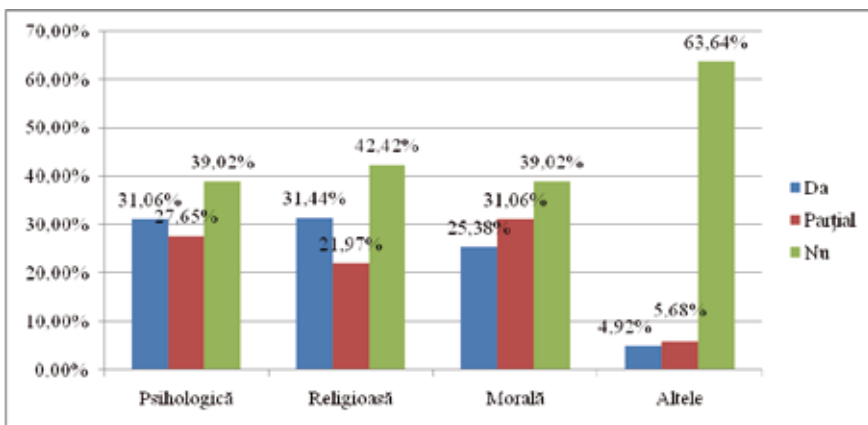


Figura 9. Prezentarea grafică a altor tipuri de îngrijiri solicitate de către persoanele vârstnice.

Rezultatele studiului relevă aspectul multidimensional al conceptului de vulnerabilitate la populația vârstnică, ceea ce reprezintă un risc foarte crescut de reziliere a stării de sănătate pe parcursul procesului de senescență, ce implică declinul fizic, cognitiv și cel psiho-emoțional al vârstnicilor cu scăderea funcționalității globale și impact negativ asupra calității vieții și longevității. Identificarea perspectivei multiaspectuale și a riscurilor bio-psiho-sociali de vulnerabilitate a vârstnicilor permite nu doar a înțelege formele de vulnerabilitate a acestora sau a modului în care vârstnicul își percepe starea subiectivă vulnerabilității sale, dar oferă și o tendință de a contura dimensiunea etică a atitudinii și a comportamentului persoanelor implicate în îngrijirea lor, care de fapt, devine un imperativ și o necesitate în evaluarea diferitor ipostaze ale vulnerabilității pacienților geriatrici.

Mai mult, particularitățile vulnerabilității vârstnicilor reflectate în analiză direcționează abordarea spre o perspectivă bioetică. Iar, subiectul vulnerabilității pacientului geriatric în sens bioetic este centrat pe două sarcini și anume: (1) diminuarea suferinței, (2) îmbunătățirea și ameliorarea calității vieții. Natura acestor sarcini deschide posibilitate unui discurs bioetic neordinar situat de realitatea contemporană la doi poli, percepute deseori ca fiind opuse. Însă, una fără alta nu poate fi, pe de o parte este persoana umană, pe de altă, este instituția socială. Astfel, o instituție socială (din

orice sferă) este formată din persoane. Mai mult, instituțiile își întemeiază activitatea în ambianța cerințelor morale. Atunci poate să apară întrebarea: cum vor respecta prevederile morale persoanele imorale și amorale? În context analogic se poate parafraza întrebarea și pentru asistența socială și medicală a vârstnicilor sau echipa medicală care îngrijește pacientul geriatric, respectiv, instituțiile geriatrice. Putem constata că îngrijirea calitativă a persoanelor în etate debutează prin interesul și înțelesul moral pe care îl dă îngrijitorii față de cei pe care îi îngrijesc. Iar îmbunătățirea calității vieții este dependentă de ameliorarea morală a celui îngrijit în raport cu cel care îngrijește. Valentin Mureșan referindu-se la subiectele de etică aplicată constata: „Ceea ce e îngrijorător în lumea de azi e că există o enormă tentație de a lua în derâdere asemenea angajamente civice și programe publice de perfecționare morală” [17]. Există o legătură reală între caracterul moral al unei persoane și bunul mers al lucrului unei societăți, instituție socială și o activitate profesională. Cei responsabili de strategiile de dezvoltare a societății pare să nu vadă o asemenea legătură dacă ne ghidăm după atitudinea generală față de problemele moralei ale societății, de parcă nu va veni perioada când va cădea pradă propriei indiferențe sau ignoranță în timp. Azi tot mai mult se vorbește de regulamente juridice, drepturi ale omului, trăim într-o lume a declarării respectului autonomiei și demnității omului, dar nu a practicării acestora, se discută de virtuți, dar nu de exersarea virtuților. Iar realitatea conștiinței sociale ne menține în limitele primitive ale concepției după care singurul criteriu de performanță demn de respect e profitul; valorile morale nu au nici un interes, decât doar declarativ. Omul contemporan își face o iluzie dacă crede că etica poate fi redusă la respectarea spontană a legilor și a regulamentelor. Cu alte cuvinte, conștiința morală e înlocuită cu o conștiință juridică, unde este focalizată preponderent pe organele de ocrotire a normelor de drept, pe prinderea post factum a infractorilor, a celor care comit greșeli profesionale și de parcă abia așteptăm să găsim pe cineva pentru a putea discuta, cum de a îndrăznit să facă, pe când, tehnicile de prevenire a comportamentelor neetice nu sunt practicate [17]. Ideea prevenirii comportamentelor imorale cere o conștiință morală, o judecată morală și un caracter moral. Iar acestea nu pot fi obținute limitând activitatea specialistului în etică la constituirea codurilor morale și deontologice sau la rapoarte finale unde se arată cât de

mult se încalcă acestea, arătând mai degrabă un iz de moralism față de cei investigați.

Revenind la sarcinile bioetice redată supra în paralel cu obiecțiile evidențiate. Un rol important în diminuarea suferinței vârstnicilor, precum și îmbunătățirea calității vieții acestora, îl are teoria etică a virtuții, care constituie temeiul sau ambianța morală în discursul interdisciplinar al bioeticii. Teoriile virtuții accentuează dimensiunea morală a persoanei și o prezintă ca purtător al moralei, adică este un agent al moralității, iar acțiunile sunt rezultatul „cum ești așa trăiești”. În etica virtuții totul se raportează la devenirea morală a persoanei în etate, ce are nevoie de îngrijire și caracterul moral a celui care îngrijește. La nivel instituțional, atingerea obiectivelor bioetice nominalizate se realizează în contextul unui management etic profesional. Instrumentele de realizare a controlului etic ar fi: consiliile și comitetele de etică, trainingul etic în îngrijire și asistare socială și medicală a vârstnicilor, codurile etice, practicarea metodelor de decizie etică în discursul interdisciplinar de îngrijire și asistare socială și medicală a vârstnicilor etc.

Concluzii

1. Natura multiaspectuală a îngrijirii pacientului geriatric, evidențiată în rezultatul investigației, determină a aborda vulnerabilitatea fizică, psihologică, relațional/interpersonală, morală, socioculturală și existențială sau spirituală a bătrânilor în contextul managementului etic instituțional. Astfel, instrumentele de realizare a controlului etic în îngrijire și asistare medicală a vârstnicilor va conține subiecte specifice fiecărei forme de vulnerabilitate. Mai mult, dacă ne referim la vulnerabilitatea fizică a vârstnicilor aceasta va debuta de la faptul că deteriorarea corporală, adică, declinul fizic/fiziologic nepatologic și patologic tinde să afecteze în mod disproporționat existența, atunci asistența socială și medicală va fi axată pe diversele susceptibilități ale pacienților geriatrici și nu doar, cum ar fi: instabilitate fizică, mobilitate redusă, pierderea puterii, probleme cu vederea și auzul etc. Fundalul susceptibilități fizice intensifică și vulnerabilitatea psihologică ale bătrânilor caracterizată de schimbarea condițiilor sociale din viață și o serie de transformări în plan psihologic. Cele mai multe probleme ale vârstnicilor pleacă de la statutul care i se acordă acestora în structura so-

cietății contemporane. Printre acestea, pensionarea peste 65 de ani ar putea fi considerată, pe de o parte, ca o măsură binefăcătoare, pe de altă parte, însă, ar putea constitui un factor traumatizant pentru persoanele care sunt în plină putere din punct de vedere psihic și somatic, care ar putea fi în stare să ofere încă mult în domeniul profesional și să păstreze astfel clar simțul utilității și al prezenței lor active în spațiul social. Moartea persoanelor dragi și mai ales a partenerului de viață, îndepărtarea de familie a copiilor și izolarea socială, care survine treptat, reducerea posibilităților economice și, în cele din urmă, sfârșitul într-un azil, un sfârșit atât de obișnuit al bătrâneților în lumea contemporană, alcătuiesc un șir de experiențe traumatizante, care dau naștere sau amplifică problemele psihice deja existente ale persoanelor în vârstă.

2. Politicile sociale și de sănătate ale comunității umane necesită actualizate la schimbările existențiale contemporane care transformă sensul relațiilor umane. Această constatare se referă la impactul interdependenței umane în contextul vârstei, precum și a modului în care aceasta este analizată ca o formă de susceptibilitate la influențe destabilizatoare în relație cu cei din jur. Persoanele în vârstă sunt vulnerabili în măsura în care treptat devin din ce în ce mai dependenți de ceilalți. Bătrânii pierd din ce în ce mai mult controlul asupra propriilor activități zilnice, respectiv, poate să-și piardă și capacitatea de luare a deciziilor. În afară de această situație vulnerabilă există anumite condiții specifice ce îi fac pe unele persoane în vârstă mai susceptibili la o noi forme de vulnerabilitate relațională, cum ar fi în cazul celor dependenți, lipsiți de sprijin familial adecvat și/sau în cazul în care trebuie să locuiască singuri. În anturajul acestor realități se atestă diverse inechități sociale prin care trec vârstnicii. Bătrânii devin vulnerabili atunci când sunt excluși din viața socială și/sau sunt izolați, marginalizați și stigmatizați. Această dimensiune de vulnerabilitate afectează mai mult persoanele cu niveluri scăzute de educație, nivel scăzut de sprijin social și economic, implicați în multiple forme de discriminare în furnizarea de asistență medicală și sociale, precum și implicarea în sisteme judiciare nedrepte.

3. Existența vârstnicilor schițată în dimensiunile vulnerabile prezentate supra conturează și vulnerabilitatea morală ce își găsește expresia în asistența pe care ar trebui să o arate îngrijitorul pentru demnitatea celor

în vârstă, respect pentru înțelepciunea dobândită și atenție la cultura lor morale. Autoritatea morală pe care au dobândit-o bătrânul merită empatie, răbdare, indulgență, etc., în situațiile vulnerabile. În cazul lipsei acesteia la unele persoane în vârstă, datoria morală în asistența socială și medicală nu justifică acțiuni imorale în dialogul dintre îngrijitor și cel îngrijit.

4. Finalitatea discursului etic în îngrijirea pacientului geriatric este centrat pe subiectele subtile legate de *sensul vieții* în raport cu *trecerea vieții* sunt expres nuanțate la vârstnici. Altfel redat, persoanele în vârstă adesea experimentează mai viu finitudinea umană, adică, se simt mai aproape de moarte și, de asemenea, se confruntă în mod disproporționat cu perturbarea competențelor de zi cu zi. Mai mult, respectiva dimensiune de vulnerabilitate apare sub forma unei „lentile” prin care se intensifică experiențele umane.

Referințe bibliografice

1. Blain H., Franco A. Document européen posant les bases des actions à venir dans le domaine de la promotion de la santé de la prévention, de la recherche fondamentale et des aspects cliniques des affections liées au vieillissement. In: La Revue de Gériatrie. 2009, Mars, Tome 34, Nr.3.
2. Godeau P. Vulnérabilité et vieillissement: comment les prévenir, les retarder ou les maîtriser? Vulnerability and aging: can they be prevented, delayed or controlled? Elsevier SAS: Éditions scientifiques et médicales, 2002.
3. Bălăceanu-Stolnici C. Geriatrie practică. București: Editura Medicală Amaltea, 1998.
4. Meire Ph. La vulnérabilité des personnes âgées. In: Louvain médical. Bruxelles, 2000, p.119.
5. Lacour C. Gérontologie et société. In: Fond.National de Gérontologie.2009, 4, no131.
6. Donca V. Geriatrie și Gerontologie. Suport de curs. Cluj-Napoca: Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, 2008.
7. Dumitrașcu H. Dezvoltare umană. Iași: Editura Fundației Axis, 2006.
8. Bocsa E. Psihologia vârstelor. Petroșani: Editura Edyro, 2003.
9. Bucur V.M. Asistența socială în fața vârstei a treia. În: Ana Muntean, Juliane Sagebiel. Practici în asistența socială. Iași: Editura Polirom, 2007.
10. Hahn Dale, Wayne Payne. Transparency masters to accompany Focus on health. Brown and Benchmark, 1997.
11. Cruz-Jenytoft J. A., Franco A, Sommer P, Baeyens J-P, Jankowska E, Maggi A

- et al. European silver paper on the future of health promotion and preventive action, basic research, and clinical aspects of age-related diseases. In: *Gerontechnology*. 2008, nr.7, pp.331-339.
12. Biroul Național de Statistică, 2017.
 13. Carmo ME, Guizardi FL. The concept of vulnerability and its meanings for public policies in Health and social welfare. In: *Cad Saúde Pública*. 2018, nr.34(3), Aug. 03, p.114. Disponibil: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf>. (accesat: 10.08.2023).
 14. Barbosa KTF, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Aging and individual vulnerability: a panorama of older adults attended by the Family Health strategy. 2017 26(2):1-10. Disponibil: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/0104-0707-tce-26-02-e2700015.pdf>. (accesat: 10.08.2023).
 15. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA. Campinas, SP. In: Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2012, nr.17(8), pp.2129-39.
 16. Corcea N. Violența în familie asupra vârstnicilor: aspecte criminologice și juridico-penale. În: *Revista institutului național al justiției*. București, România. 2015, nr.2 (33).
 17. Mureșan V. Managementul eticii în organizații. București: Editura Universității din București, 2009, p.9.

VULNERABILITATEA COPILOR CU HIPOACUZIE. ABORDARE BIOETICĂ

Ludmila Rubanovici, Vladislav Rubanovici

Surditatea, în termeni medicali – *hipoacuzie*, este infirmitatea congenitală sau dobândită de slăbire a acuității auzului în perceperea sunetului sau în transmiterea acestuia, care duce la apariția tulburărilor în dezvoltarea intelectuală, la probleme de sănătate mintală și la apariția diferitelor tulburări în comunicare. Starea patologică de hipoacuzie este caracterizată prin scăderea acuității auditive care poate avea aspecte variabile, de la forma ușoară până la cea profundă (cofoză), poate fi unilaterală, afectând o singură ureche sau poate fi bilaterală, afectând ambele urechi. Auzul normal este definit prin praguri auditive de 20 dB sau mai bune pe toate frecvențele testate pe ambele urechi.

Organizația Mondială a Sănătății raportează că peste 5% din populația lumii (432 de milioane de adulți și 32 de milioane de copii) au nevoie de reabilitare pentru afectarea „invalidantă” a auzului ce poate manifesta diverse forme și grade de surditate. Previziunile de viitor cu privire la această afecțiune nu sunt deloc optimiste, estimându-se că până în 2050, peste 700 de milioane de persoane (una din zece persoane) vor prezenta o pierdere de auz invalidantă [1]. Conform datelor statistice din literatura de specialitate, un copil la 1000 se naște cu surditate și unul la 1000 o achiziționează în perioada copilăriei. Incidența surdității este de 60 ori mai mare decât incidența afecțiunilor metabolice congenitale, pentru care există un program de screening universal, de exemplu în fenilcetonurie, incidența căreia este de 1/20 000 nou-născuți vii [2].

Multe deficiențe de auz pot fi soluționate prin intervenții chirurgicale, în timp ce altele pot fi ameliorate doar cu ajutorul dispozitivelor auditive. În unele situații, destul de rare, nu există niciun remediu disponibil. Cauzele care stau la baza problemelor auditive pot varia în funcție de nivelul sistemului auditiv afectat. Dacă pierderea auditivă se datorează deteriorării celulelor senzoriale din cohlee, atunci vorbim despre o deficiență auditivă cohleară, în timp ce o deficiență auditivă retrocochleară apare din cauza problemelor la nivelul fibrelor nervoase. Când problema se află în urechea

externă sau mijlocie, vorbim despre o deficiență auditivă de transmisie, deși este similară în grad și aspect cu una de natură neurosenzorială, are un impact mai mic asupra calității auzului. În cazul unei deficiențe auditive de transmisie, pragul auditiv pentru sunetele cu tonalități înalte poate fi crescut, iar aceasta poate fi singura problemă legată de funcționarea incorectă a componentelor urechii externe sau medii. Atunci când surditatea are originea la nivelul cohleei sau retrocohleei, se poate adăuga și percepția distorsionată a sunetelor puternice la diminuarea sensibilității auditive. De asemenea, deficiența auditivă de percepție poate duce la reducerea câmpului dinamic auditiv, prin creșterea pragului auditiv pentru sunete și scăderea pragului de disconfort - acest fenomen este cunoscut sub numele de „recruitment”. Discriminarea frecvențială poate fi afectată și în cazul deficiențelor auditive de origine cohleară, din cauza scăderii capacității de a distinge diferite frecvențe. În majoritatea deficiențelor auditive de origine cohleară, pragul auditiv este mai scăzut pentru sunetele cu tonalități înalte, ceea ce poate duce la masacrarea sunetelor acute de către cele grave, care vor fi percepute cu o intensitate mai mare.

Un copil care nu poate auzi nu își poate dezvolta capacitatea de gândire abstractă, iar dacă nu primește îngrijire și educare adecvată într-un stadiu timpuriu, va avea probleme pe tot parcursul vieții. Acești copii, trăind într-un mediu social și cultural creat de persoane care aud, se simt singuri și excluși din cauza handicapului lor. Evenimentele la care asistă nu sunt interpretate corespunzător pentru ei din punct de vedere auditiv sau senzorial, ceea ce le face să se simtă neînțeleși, neadaptabili și într-un mediu ostil. Astfel, surditatea nu doar provoacă sentimentul de izolare la acești copii, ci contribuie și la restrângerea activităților pe care le pot desfășura și la lipsa integrării sociale în viitor [3].

Hipoacuzia la copii depășește ramura medicinei – *otologia* – care se ocupă cu studiul urechii din punct de vedere anatomic și patologic. Auzul este simțul cu ajutorul căruia se percep sunetele, iar împreună cu percepție vizuală, percepție auditivă, olfactivă, gustativă și percepție tactilă stau la baza dezvoltării vorbirii și capacităților cognitive ale copilului, contribuind la formarea acestuia ca individualitate și personalitate. Prin incidență și consecințele grave, care deseori duc la infirmitate, surditatea necesită a fi în atenția cercetătorilor din diverse domenii nu doar cel medical.

Datorită complexității și impactului său extins asupra individului și societății în ansamblu hipoacuzia reprezintă un subiect de studiu interdisciplinar. Hipoacuzia poate avea un impact semnificativ asupra calității vieții individului, afectând comunicarea, interacțiunea socială, educația și performanța profesională. Astfel, studiul hipoacuziei în cadrul psihologiei și sociologiei poate ajuta la înțelegerea profunzimii și complexității impactului acestei afecțiuni asupra bunăstării emoționale și sociale a persoanelor afectate. Studiul hipoacuziei din perspectiva educației și a integrării sociale este esențial pentru dezvoltarea metodelor și strategiilor de predare adaptate, care să sprijine procesul de învățare al copiilor cu deficiențe de auz și să promoveze integrarea lor în societate. Aceasta implică dezvoltarea programelor speciale de educație, facilitarea accesului la tehnologii adaptate și crearea unui mediu educațional incluziv. Dezvoltarea tehnologiei a jucat un rol esențial în îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu hipoacuzie. Prin studiul hipoacuziei în contextul tehnologiei, se pot identifica noi modalități de a îmbunătăți accesul la aparate auditive, implanturi cohleare, tehnologii de asistență auditivă și alte inovații care să sprijine comunicarea și integrarea socială a persoanelor cu deficiențe de auz. Studiul hipoacuziei în contextul politicii publice și al legislației poate contribui la promovarea drepturilor persoanelor cu deficiențe de auz, la crearea unor norme și reglementări care să asigure accesul la servicii de sănătate adecvate, la educație de calitate și la o integrare socială echitabilă. Aceasta poate implica adoptarea de politici care să sprijine incluziunea socială și să reducă inegalitățile în accesul la servicii și oportunități.

Bioeticienii și experții în domeniul eticii medicale care se preocupă tot mai mult de problema copiilor cu deficiență de auz și a drepturilor lor examinează dilemele etice și morala implicate în îngrijirea și tratamentul copiilor cu deficiențe de auz, în cercetarea lor și în asigurarea unei abordări juste și incluzive pentru acești copii. De exemplu, Arthur L. Caplan, unul dintre autorii cunoscuți în bioetica și filosofia medicală, a adus contribuții semnificative în drepturile copiilor cu dizabilități. Caplan subliniază faptul că vulnerabilitatea este o caracteristică intrinsecă a condiției umane și că toți oamenii, într-un fel sau altul, se pot confrunta cu vulnerabilitatea în diferite etape ale vieții lor. De asemenea, el evidențiază rolul sistemelor de sănătate și al politicilor publice în abordarea vulnerabilității umane,

subliniind importanța asigurării accesului la îngrijiri medicale adecvate și la servicii de suport pentru grupurile vulnerabile. În analiza sa, Caplan evidențiază necesitatea de a promova dreptatea și egalitatea în sistemul de sănătate și de a dezvolta politici care să protejeze și să sprijine persoanele vulnerabile. În contextul bioeticii, Arthur L. Caplan aduce o contribuție semnificativă prin abordarea critică a problemelor legate de etica sănătății, drepturile pacienților și politicile de sănătate publică [4]. Lucrările sale evidențiază importanța sensibilizării față de vulnerabilitatea umană și necesitatea de a dezvolta soluții etice și comprehensive pentru a răspunde nevoilor celor mai vulnerabili membri ai societății.

Adrienne Asch (1946-2013), cercetătoare și bioeticiană, a abordat teme etice complexe legate de drepturile la viață și la egalitate. Perspectiva cercetătoarei asupra vulnerabilității umane a adus contribuții semnificative la înțelegerea etică a nevoilor și drepturilor persoanelor cu dizabilități și a promovat sensibilizarea asupra acestor aspecte în cadrul dezbaterilor bioetice și politice privind drepturile omului. În una din lucrări, ea a menționat: „Este încă considerat o tragedie și o nenorocire și ceva... Este de fapt ceva... oamenii cu dizabilități fie ar trebui să fie foarte nemulțumiți, fie foarte mândri de care, iar eu nu sunt nici nefericită, nici mândră. Doar sunt” [5].

Până în prezent nu există o metodă unică de evaluare a funcției auditive la nou-născuți și copii de vârstă fragedă. Părerile sunt diferite atât referitor la screeningul audiologic la vârsta de testare a auzului, cât și la metodele folosite. Unii specialiști susțin că screeningul audiologic ar trebui să fie realizat chiar în primele zile de viață ale nou-născutului, pentru a identifica rapid eventualele deficiențe de auz și a interveni într-un stadiu timpuriu. În acest sens, se cer tehnici precum audiometria de răspuns evocat auditiv sau masca auditivă. Metodele folosite în evaluarea auditivă la nou-născuți și copii mici includ testarea reflexului de sursură, observarea reacțiilor la sunete sau utilizarea testelor comportamentale precum jocul audiologic sau testul cu obiectele care produc sunete. Pe de altă parte, alți experți afirmă că testarea propriu-zisă a auzului la bebeluși și copii este dificilă, din cauza incapacității acestora de a coopera în mod activ. Ei susțin că evaluarea funcției auditive ar trebui realizată mai târziu, în jurul vârstei de 3-4 ani, când copilul poate să participe mai activ la testare și să ofere răspunsuri adecvate.

În ciuda divergențelor de opinie, importanța depistării și intervenției timpurii în cazul problemelor de auz este larg recunoscută. Identificarea și tratamentul precoce al deficiențelor de auz pot avea un impact semnificativ asupra dezvoltării ulterioare a copilului, inclusiv asupra dezvoltării limbajului și integrării sociale. Prin urmare, este necesar o cercetare mai amplă și o colaborare între specialiști pentru a găsi metode eficiente de evaluare a funcției auditive la bebeluși și copii mici.

Complementar datelor de anamneză și bilanțului audiologic, în depistarea cauzelor hipoacuziei un rol important revine diagnosticului și screeningului genetic. Motivele esențiale, pentru care se impune efectuarea unui screening mutațional-genetic, sunt:

- *Stabilirea etiologiei deficienței de auz.* Mulți factori pot contribui la apariția hipoacuziei, inclusiv factori genetici și non-genetici. Diagnosticul genetic poate ajuta la identificarea mutațiilor genetice sau a altor anomalii genetice care pot fi responsabil de pierderea de auz. Aceasta poate oferi informații valoroase despre modul de transmitere a hipoacuziei și despre riscul recurenței în familie.

- *Determinarea statutului de purtător și elaborarea unui algoritm complex de diagnostic al surdității la copii.* Screeningul genetic poate identifica persoanele care poartă mutații genetice asociate cu hipoacuzie, dar care nu prezintă simptome clinice evidente. Acest lucru poate fi important în planificarea familială și în consilierea genetică, deoarece permite identificarea riscului transmiterii mutației în generațiile următoare.

- *Elaborarea unui algoritm complex de diagnostic.* Diagnostic hipoacuziei la copii poate fi complicat, deoarece poate fi cauzat de o varietate de factori, inclusiv factori genetici și non-genetici. Screeningul genetic poate contribui la elaborarea unui algoritm complex de diagnostic, care să includă atât factorii genetici, cât și factorii non-genetici în evaluarea cauzei hipoacuziei.

Prin depistarea precoce a hipoacuziei sensorineurale la copii și intervenția timpurie, se pot reduce sau elimina impactul negativ al surdității asupra dezvoltării limbajului și incluziunii sociale. Aceasta se poate realiza prin teste de evaluare a auzului și a intervenției terapeutice specializate, cum ar fi terapia logopedică și utilizarea tehnologiilor auditive sau a implantului. Este bine cunoscut faptul că centrele auditive superioare, având

o capacitatea maximală de achiziționare a informației auditive în primii ani de viață ai copilului, se dezvoltă în măsura în care primesc impulsuri sonore [6]. Cu toate că progresul tehnic a pus la dispoziția medicilor metode obiective noi de examinare audiologică a copiilor chiar din primele zile de viață, cazurile de diagnostic tardiv sunt încă destul de frecvente [7]. Lipsa unui suport de reabilitare protetică timpurie și psihopedagogică sunt cauzele instituționalizării copiilor cu surditate în grădinițe și școli speciale pentru copiii cu dizabilități de auz. Acest lucru se datorează în mare parte lipsei de informare a părinților și a factorilor implicați în educația copilului cu deficiențe auditive. De multe ori, părinții nu sunt conștienți de importanța evaluării audilogice timpurii și a intervenției precoce în cazul copiilor cu deficiențe auditive.

Diagnosticul tardiv al hipoacuziei la copii este un fenomen foarte des întâlnit la noi în țară, iar copiii cu deficiențe de auz continuă să fie trimiși la grădinițe și școli speciale, deoarece în Republica Moldova este dificil să se ofere reabilitare timpurie pentru acești copii. În prezent, în țara noastră sunt înregistrați peste 1400 de copii cu diferite forme de hipoacuzie, iar numărul copiilor cu dizabilități din cauza pierderii auzului ocupă un loc impunător în structura dizabilităților, ocupând locul trei în rândul bolilor care cauzează invaliditatea. În fiecare an, se înregistrează noi cazuri de hipoacuzie la copii. Nu există statistici disponibile cu privire la incidența hipoacuziei la nou-născuți.

Cazurile de depistare tardivă a hipoacuziei la copii din Republica Moldova sunt în număr mare, iar copiii cu pierdere a auzului continuă să fie îngrijiți în grădinițele și școlile speciale, deoarece în țara noastră este dificil să se ofere reabilitare timpurie pentru acești copii. Una dintre cauzele depistării tardive a hipoacuziei la copii este lipsa de cunoaștere a simptomelor de hipoacuzie în rândul multor părinți și întârzie să caute ajutor medical. În plus, lipsa de resurse și infrastructură adecvată în țara noastră face dificilă oferirea reabilitării timpurii pentru copiii cu hipoacuzie. Există o lipsă de centre specializate și de specialiști în domeniul auzului în țară, ceea ce face ca mulți copii să fie trimiși în instituții speciale pentru a primi îngrijire și educație adecvată.

Conform studiului din cadrul proiectului „Abordarea interdisciplinară bioetico-socio-medicală a contingentului vulnerabil de populație cu stare

severă de sănătate și posibilitățile de reabilitare” din cadrul Programului de Stat 2020-2023, cod 20.80009.8007.36, în care unul din subiectele esențiale fiind și gradul de vulnerabilitate al copiilor cu hipoacuzie, a demonstrat un șir de probleme și particularități deosebite pentru acești copii de la noi din țară. Rezultatele cercetării din acest studiu au rolul de a sprijini noile schimbări în cadrul sistemului medical național și politici publice de îmbunătățire a calității asistenței medicale și sociale, furnizând informații relevante și valide despre contribuția bioeticii și eticii medicale în consolidarea stării de bine și îmbunătățirea calității vieții copiilor cu hipoacuzie.

Colaborarea Catedrei de filosofie și bioetică, USMF „Nicolae Testemițanu” și Școala Specială nr. 12 pentru copii Hipoacuzici și Surditate tardivă, din Chișinău ne-a dat posibilitatea de a cerceta contingentul vulnerabil – copiii cu hipoacuzie, unde au fost implicați 34 copii, dintre care 19 băieți și 15 fete, 20 copii din mediul urban, iar 14 copii – din mediul rural, 16 participanți în studiu sunt elevi din clasele primare, iar alți 18 – elevi din clasele gimnaziale. Chestionarul a fost realizat în perioada decembrie 2022 – martie 2023.

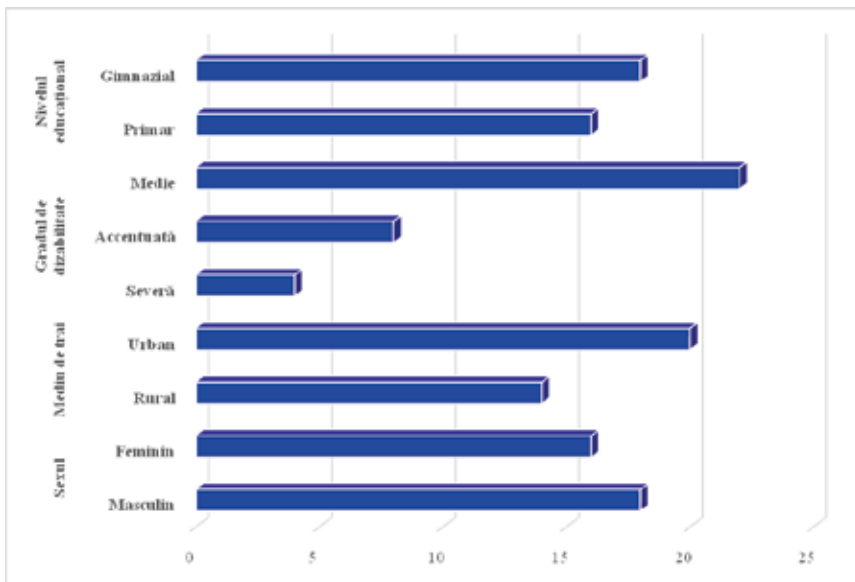


Figura 1. Date socio-demografice și nivelul de educație

Este important să se adopte o abordare holisitică pentru a sprijini copiii cu deficiență de auz și pentru a le oferi șanse egale în dezvoltarea personală, educație și integrare socială. O atitudine empatică și deschisă, împreună cu servicii specializate și tehnologie asistivă, pot face o diferență semnificativă în viața acestor copii. Prin urmare, hipoacuzia reprezintă un subiect de studiu interdisciplinar datorită complexității sale și a impactului extins asupra individului și societății. Abordarea sa din multiple perspective este esențială pentru a dezvolta soluții eficiente și comprehensive care să sprijine integrarea și bunăstarea persoanelor afectate de această afecțiune.

Principiile bioetice în contextul cercetării și practicii medicale, în special atunci când este vorba despre persoane vulnerabile, oferă un cadru important pentru a ghida deciziile etice și îngrijirea adecvată a persoanelor cu deficiențe de auz:

Principiul respectării autonomiei subliniază importanța respectării autonomiei individuale și a dreptului fiecărui pacient de a lua decizii informate cu privire la propria sănătate [8]. În cazul hipoacuziei, este esențial să se ofere pacienților informații complete despre opțiunile de tratament disponibile, inclusiv avantajele și riscurile acestora, pentru a-i implica în procesul decizional în mod activ și informat.

Copiii cu deficiențe de auz trebuie tratați cu respect și demnitate, la fel ca orice alt individ. Acest lucru implică asigurarea că toate deciziile legate de sănătatea lor sunt luate luându-se în considerare drepturile lor fundamentale. Respectarea demnității umane a copiilor cu hipoacuzie este un principiu fundamental și esențial care trebuie să stea la baza tuturor interacțiunilor cu acești copii. Este important să se evite etichetele depreciative sau termenii denigratori, să se folosească termeni corecți și să se promoveze o atitudine pozitivă și de acceptare a acestora. Consimțământul informat este un element esențial pentru respectarea autonomiei și drepturilor individuale. Consimțământul informat pentru copiii cu hipoacuzie implică unele considerații speciale, având în vedere necesitatea de a asigura înțelegerea clară a informațiilor medicale de către copii și de a le implica, în măsura posibilităților, în procesul decizional. Iată câteva principii cheie ale consimțământului informat pentru copiii cu hipoacuzie:

- *Comunicare clară și adaptată* – informațiile medicale trebuie prezentate într-un limbaj clar și adaptat vârstei și nivelului de înțelegere al

copilului. Utilizarea de materiale vizuale sau tehnologii adaptate, cum ar fi modele tridimensionale sau desene explicative, poate sprijini înțelegerea mai bună a afecțiunii și a opțiunilor de tratament. Datele studiului, reprezentate în figura 2, referitoare la dreptul de a fi informat arată că în mare parte medicul discută informația despre starea de sănătate cu părinții și copilul, sau tutorele.

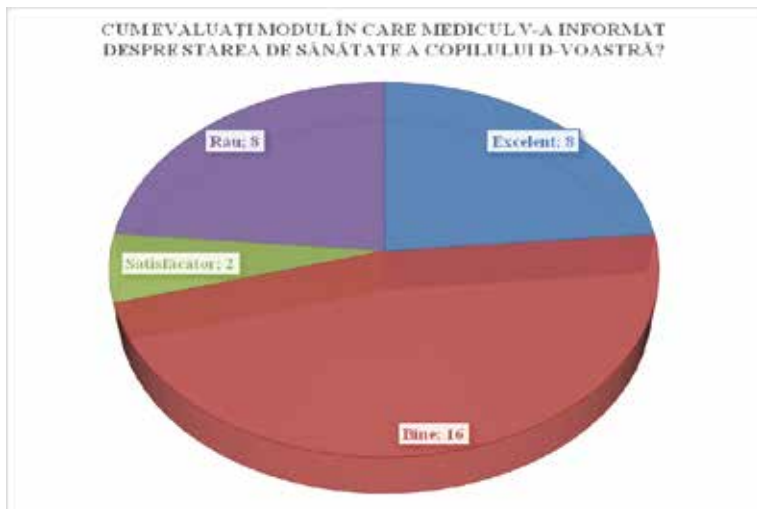


Figura 2. Informarea despre starea de sănătate

- *Implicarea părinților sau a tutorei legal* – în special în cazul copiilor mici sau a celor cu deficiențe de comunicare semnificative, implicarea părinților sau a tutorei legal este esențială pentru a asigura că informațiile sunt transmise în mod adecvat și pentru a lua decizii în interesul superior al copilului.

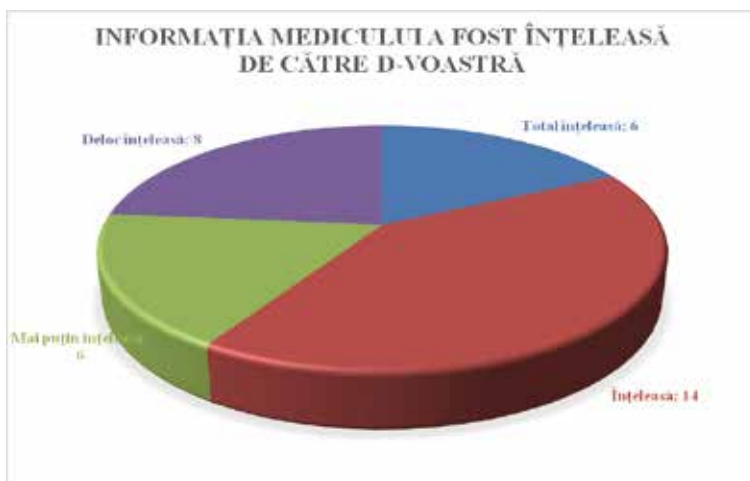


Figura 3. Înțelegerea informației de către părinți sau tutore

- *Explorarea opțiunilor și a consecințelor* – copiii cu hipoacuzie ar trebui să aibă posibilitatea de a explora diferite opțiuni de tratament și de a înțelege posibilele consecințe și riscuri asociate cu acestea. Explicarea clară a beneficiilor și a efectelor secundare potențiale ar trebui să fie realizată într-un mod adaptat vârstei și nivelului de dezvoltare al copilului.

Consilierea și sprijinul emoțional – sunt esențiale pentru a susține copiii, părinții, tutorele în procesul de luare a deciziilor cu privire la tratament, astfel contribuind la reducerea anxietății și a stresului asociate cu diagnosticul și tratamentul hipoacuziei. Situația de la noi este reprezentată, mai

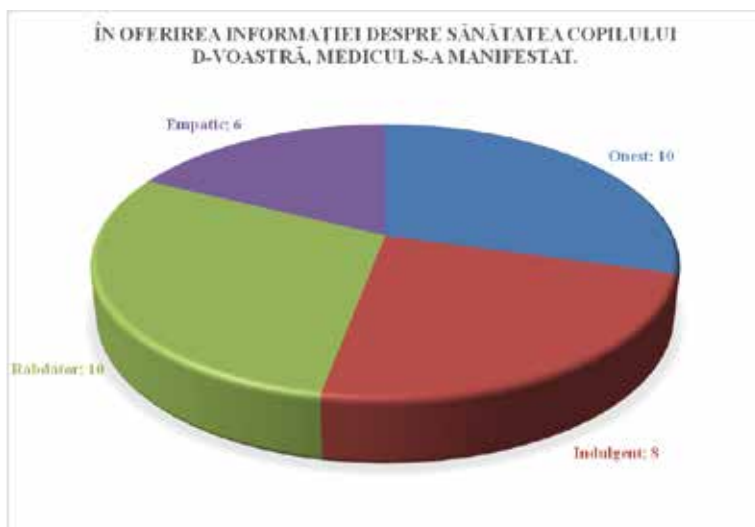


Figura 4. Atitudinea medicului față de copiii hipoacuzi în procesul de informare

- *Respectarea dorințelor și opiniei copilului* – este important să se respecte dorințele și opinia copilului în măsura posibilităților și în funcție de capacitatea sa de înțelegere. În situațiile în care copilul este suficient de matur pentru a lua anumite decizii, este important ca acestea să fie luate în considerare în procesul de luare a deciziilor medicale.

Confidențialitatea copiilor cu hipoacuzie reprezintă o altă preocupare importantă ce este atribuit principiului respectul autonomiei, având în vedere nevoia de a proteja informațiile medicale sensibile și de a respecta intimitatea și demnitatea copiilor. Este esențial ca informațiile medicale privind diagnosticul și tratamentul hipoacuziei să fie protejate în conformitate cu standardele legale și morale relevante. Acest lucru implică implementarea măsurilor de securitate adecvate pentru a preveni accesul neautorizat la dosarele medicale ale copiilor și pentru a asigura confidențialitatea informațiilor lor personale. În funcție de vârsta și nivelul de dezvoltare al copilului, ar trebui să fie înțelese și respectate drepturile lor la confidențialitate și la protecția datelor personale. Accesul la informații medicale sensibile ar trebui restricționat la personalul medical și de îngrijire direct implicat în

tratamentul și îngrijirea copilului. Este important să se stabilească politici și proceduri clare referitoare la accesul la dosarele medicale și la modul în care informațiile pot fi utilizate și partajate în cadrul instituțiilor medicale. Copiii cu hipoacuzie ar trebui să fie sprijiniți să învețe cum să comunice în mod eficient cu personalul medical și cu alte persoane implicate în îngrijirea lor. Acest lucru poate implica furnizarea de instruire și sprijin pentru utilizarea tehnologiilor de asistență auditivă și a altor instrumente de comunicare, precum și încurajarea deschiderii în ceea ce privește nevoile și preocupările lor medicale. Respectarea dorințelor și alegerea copiilor cu privire la modul în care doresc să fie comunicate sau partajate informațiile medicale. Copiii cu deficiențe de auz au dreptul de a refuza participarea sau tratamentul propus în măsura în care capacitatea lor de înțelegere și discernământ permite. Părinții sau tutorele legali ai copiilor cu deficiențe de auz pot juca un rol important în luarea deciziilor legate de tratament și intervenții medicale sau educaționale. Aceștia trebuie să fie implicați și informați adecvat.

Principiul binefacerii/beneficiului indică necesitatea de a acționa în interesul pacientului și de a maximiza beneficiile pentru sănătatea sa. În ceea ce privește hipoacuzia, se impune asigurarea accesului la tratamente și tehnologii adecvate, cum ar fi aparate auditive, implanturi cohleare sau terapii de reabilitare, pentru a îmbunătăți calitatea vieții și integrarea socială a persoanelor cu deficiențe de auz. La fel de important este promovarea culturii de incluziune și acceptare în școli, comunități și în societate în general. Despre necesitatea integrării în societate a copiilor cu deficiență de auz și susținerea altor specialiști și organizații sociale, vorbesc de la sine datele chestionarului, reprezentate în figura 5.

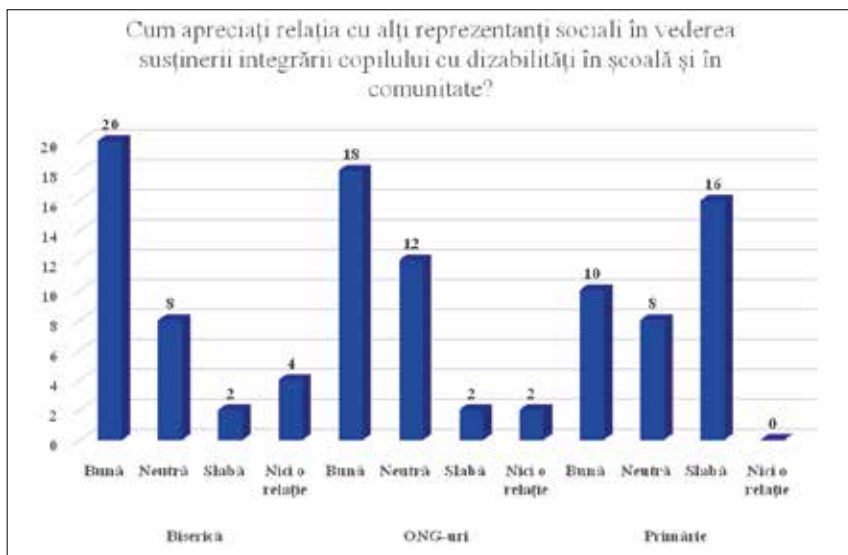


Figura 5. Abordarea multidisciplinară

Respectarea demnității umane înseamnă sprijinire în dezvoltarea abilităților și independenței copiilor cu deficiențe de auz, încurajarea pentru ași atinge potențialul și să participe activ la viața lor cotidiană. Promovarea educației și sensibilizării în rândul populației cu privire la nevoile, drepturile și demnității copiilor cu deficiențe de auz poate contribui la crearea unei societăți mai respectuoase și mai incluzive, ceea ce în societatea noastră trebuie de educat, iar studiul a prezentat anumite aspecte în necesitatea de a schimba felul de comportament.

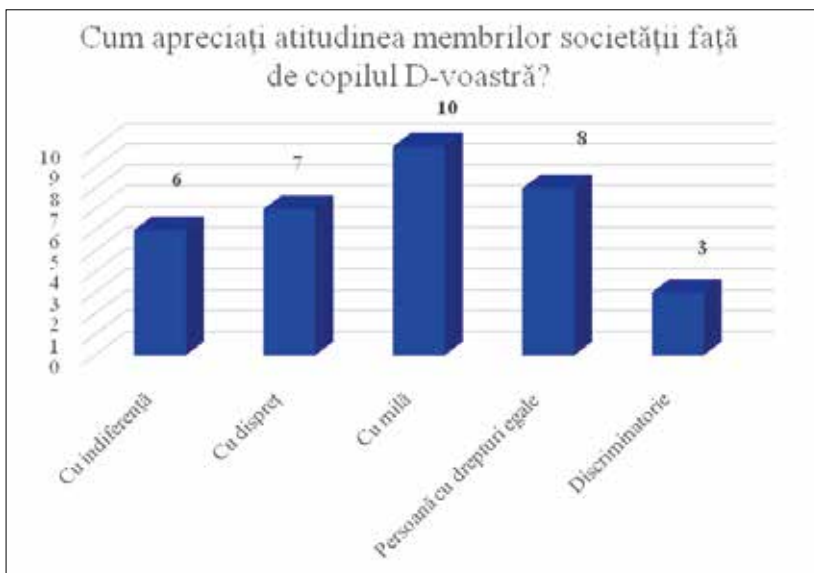


Figura 6. Respectarea demnității copiilor suferinzi de surditate

Respectarea demnității umane a copiilor cu deficiențe de auz nu este doar un drept fundamental, ci și o responsabilitate morală și etică pentru întreaga societate. Prin promovarea unei culturi de respect și incluziune, putem crea un mediu în care toți copiii se simt apreciați, acceptați și sprijiniți pentru a-și atinge potențialul maxim.

- *Principiul nonmaleficienței* sugerează evitarea cauzării de rău pacienților și minimizarea riscurilor asociate cu anumite tratamente sau intervenții medicale. În gestionarea hipoacuziei, este important să se ia în considerare posibilele efecte secundare sau complicații ale anumitor tratamente și să se acorde atenție minimizării acestor riscuri.

- *Principiul dreptății* vizează asigurarea egalității de acces la servicii medicale și de sănătate, indiferent de caracteristicile individuale ale pacientului. În contextul hipoacuziei, se impune o atenție deosebită asigurării unei distribuiri echitabile a resurselor, inclusiv a serviciilor de diagnostic, tratament și reabilitare, pentru a reduce inegalitățile și pentru a sprijini integrarea socială a persoanelor cu deficiențe de auz. Accesibilitatea și ega-

litatea în îngrijirea medicală a copiilor cu deficiențe de auz sunt aspecte critice pentru a asigura că acești copii primesc serviciile medicale și tratamentul necesar în mod corespunzător și nediscriminatoriu. Aici sunt câteva aspecte esențiale de luat în considerare pentru a promova accesibilitatea și egalitatea în îngrijirea medicală a copiilor cu deficiențe de auz:

Profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să fie sensibilizați și pregătiți cu privire la nevoile și particularitățile copiilor cu deficiențe de auz. Formarea lor în privința comunicării eficiente și a metodelor de îngrijire adecvate poate îmbunătăți calitatea serviciilor medicale oferite acestor copii. Părinții și tutorii copiilor trebuie să primească informații adecvate cu privire la drepturile și opțiunile de tratament ale copiilor lor. O educație adecvată poate ajuta părinții să devină parteneri activi în luarea deciziilor legate de sănătatea copiilor lor. Instituțiile medicale ar trebui să ofere facilități de comunicare adaptate pentru copiii cu deficiențe de auz, cum ar fi interpreți de limbaj semnelor, terapeuți vorbitori sau tehnologii de asistență. Acest sprijin asigură o interacțiune adecvată și o înțelegere mai bună a nevoilor medicale ale copiilor.

În cadrul cercetărilor care implică copii cu deficiențe de auz, este important să se evite exploatarea și să se asigure echitatea în includerea lor. Orice cercetare ar trebui să fie justificată prin posibile beneficii pentru copii și să aibă în vedere minimizarea riscurilor potențiale. Echitatea în cercetarea copiilor cu deficiențe de auz este un aspect crucial pentru a asigura că acești copii beneficiază de oportunități egale de a participa la cercetările care îi vizează și de a beneficia de pe urma descoperirilor științifice. De asemenea, este important să se evite exploatarea sau discriminarea acestor copii în contextul cercetării. Chestionarul a determinat un grad înalt de discriminare a copiilor cu surditate.

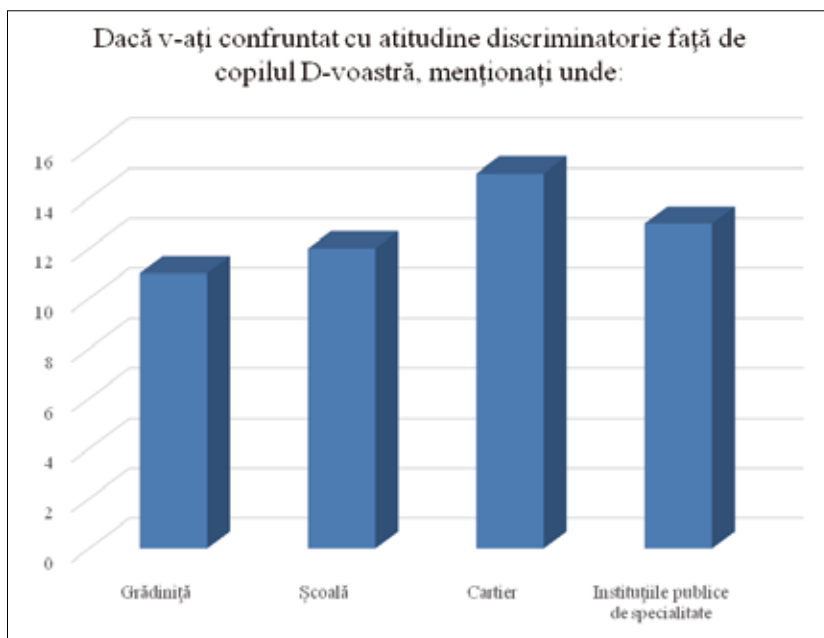


Figura 7. Atitudine discriminatorie față de copiii cu hipoacuzie

Iată câteva principii și aspecte cheie de luat în considerare pentru a asigura echitatea în cercetarea copiilor cu deficiențe de auz: Orice cercetare care implică copii cu deficiențe de auz ar trebui să fie supusă unei evaluări etice riguroase pentru a asigura că drepturile și bunăstarea copiilor sunt protejate. În multe țări, cercetările cu copii sunt reglementate de comitete etice care verifică aspecte precum beneficiile, riscurile și consimțământul informat. Cercetările ar trebui să fie proiectate astfel încât să includă copii cu deficiențe de auz, atunci când este relevant pentru întrebările cercetării. Excluderea lor poate perpetua inechități și poate duce la rezultate incomplete sau incorecte. Cercetările ar trebui să fie proiectate astfel încât să asigure accesibilitatea pentru copiii cu deficiențe de auz. Acest lucru poate însemna furnizarea de facilități de comunicare adecvate, inclusiv interpretare de limbaj semnelor sau utilizarea tehnologiei asistive pentru comunicare. Cercetătorii ar trebui să fie sensibilizați cu privire la nevoile și particularitățile copiilor cu deficiențe de auz și să fie pregătiți să lucreze

cu acești copii într-un mod respectuos și incluziv. Rezultatele cercetărilor ar trebui diseminate într-un mod accesibil și ușor de înțeles, astfel încât să poată fi folosite pentru a informa practica clinică și politica în beneficiul copiilor cu deficiențe de auz.

Confidențialitatea și protecția datelor sunt esențiale pentru a construi încredere între copiii cu deficiență de auz, părinți, profesioniști și instituții. Respectarea acestor principii etice contribuie la asigurarea că datele personale și medicale sunt utilizate într-un mod etic și responsabil în beneficiul acestor copii și al comunității în ansamblu.

Profesorii și personalul din școli, dar și întreaga societate ar trebui să primească formare și instruire adecvată pentru a lucra cu copiii cu deficiență de auz și pentru a asigura un mediu educațional incluziv și adaptat nevoilor lor.

Prin promovarea unei abordări incluzive și respectarea drepturilor lor, putem contribui la crearea unei societăți mai juste și mai incluzive pentru toți copiii. Datele cercetării din proiect reprezintă următoarea situație, redata în figura 8.

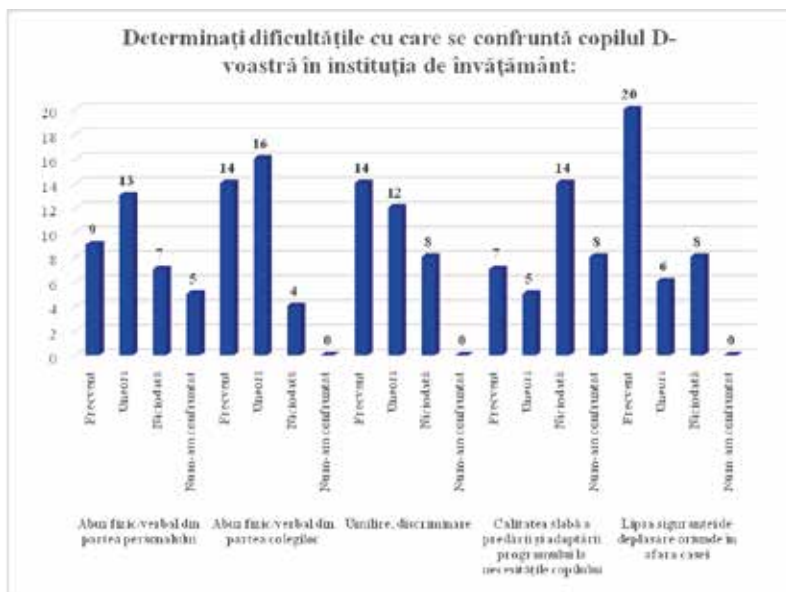


Figura 8. Atitudine față de copiii cu hipoacuzie în școală

Instituțiile publice, organizațiile non-guvernamentale și autoritățile locale pot organiza platforme de consultare, unde părinții, copiii cu deficiență de auz și alte părți interesate pot oferi feedback, sugestii și preocupări cu privire la serviciile, politici sau programele în curs de dezvoltare. Faptul că avem nevoie de astfel de implicare este reprezentat în figura de mai jos.



Figura 9. Comportamentul relațional față de copiii hipoacuzi în societate

Profesioniștii din domeniul sănătății, educației și asistenței sociale ar trebui să primească formare adecvată cu privire la modul de implicare și sprijinire a participării copiilor cu deficiență de auz în procesele decizionale.

În cadrul abordării bioetice despre vulnerabilitate, se pune accentul pe necesitatea de a proteja grupurile vulnerabile, cum ar fi copiii cu hipoacuzie. Acești copii se confruntă cu provocări specifice, care necesită atenție și intervenții adecvate din partea societății și a sistemului medical. Prin prisma principiilor bioetice, se recunoaște importanța unei abordări sensibile și morale față de nevoile acestor copii, luând în considerare perspectiva lor în procesul decizional. Este esențială implicarea familiilor, comunității și

a specialiștilor în furnizarea de suport și soluții pentru îmbunătățirea calității vieții copiilor cu hipoacuzie. Accesul la servicii de îngrijire medicală specializată și educație adaptată nevoilor lor reprezintă piloni esențiali în susținerea dezvoltării acestor copii într-un mod armonios și integrativ. Astfel, este necesară o abordare comprehensivă, care să integreze perspectiva bioetică, luând în considerare drepturile individuale, demnitatea umană și respectul față de autonomia persoanelor afectate, asigurând în același timp accesul la oportunități egale și justiție în sistemul de sănătate și educație. Este important ca politicile publice să reflecte aceste valori, promovând incluziunea socială și sprijinind integrarea copiilor cu hipoacuzie în comunitate.

Referințe bibliografice

1. World Health Organisation. Soins de l'oreille et de l'audition : outil d'analyse de la situation. Paris: WHO, 2018.
2. Molini E., Calzolaio L., Lapenna R., Ricci G. Universal newborn hearing screening in Umbria region, Italy. In: *Int J. Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016 doi:10.1016/j.ijporl.2016.01.007. Disponibil: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> (accesat: 12.06.2023).
3. Manley A., Gummer A., Popper N., Fay R. *Understanding the cochlea.* 1 Edition. USA: ASA Press, 2017.
4. Caplan AL. Why autonomy needs help. In: *Journal of Medical Ethics.* 2014, 40 (5), pp.301-302.
5. Asch A., Blustein J., & Wasserman D. Criticizing and reforming segregated facilities for persons with disabilities. In: *Journal of bioethical inquiry.* 2008, 5(2-3), pp.157-167.
6. Jason A. Galster. *Audiology treatment.* 3d Edition. USA: Thieme, 2018.
7. Senf D. *Cochlea-implantat-mit dem CI leben, horen und sprechen.* Germany: Schulz Kirchner Verlag, 2004.
8. Rubanovici L. *Principiile bioeticii – revirimente în medicina contemporană.* În: *Bioetica: teorii, instrumente, utilitate.* Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Institutul Național de Patologie „Victor Babeș”, București, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca. Coordonatori: Vitalie Ojovanu, Mircea Leabu. Chișinău; București; Cluj-Napoca: Print-Caro SRL, 2021, pp.45-61.

MODUL DE VIAȚĂ ȘI STAREA DE SĂNĂTATE A DEȚINUȚILOR CA MANIFESTARE A VULNERABILITĂȚII

Viorel Cojocaru

Subiectul vulnerabilității devine pentru cercetătorul contemporan un subiect foarte interesant și actual. Vulnerabilitatea este analizată din mai multe perspective, dependente de profilul științific al cercetătorului. Unele țări europene au reușit să-și revizuiască fondul legislativ funcțional pentru a oferi un grad sporit de protecție și securitate a persoanelor vulnerabile. Vulnerabilitatea mereu a atras asupra ei o atenție sporită din partea specialiștilor, preponderent a sociologilor, medicilor, teologilor. Spre deosebire de alte state, în Republica Moldova persoanele vulnerabile dezvoltă o credibilitate sporită față de persoanele fizice și deseori dezaprobă instituționalizarea din partea statului. ONG-urile devin și ele o parte componentă a instituțiilor ce prezintă interes din partea persoanelor vulnerabile.

Mediul penitenciar devine o zonă de cercetare tot mai des accesată în aspect multidisciplinar. Cele mai multe cercetări pe mediul carceral s-au axat pe subiecte juridico-penale. Mai nou se fac analize din perspectiva sociologiei, psihanalizei, pedagogiei, medicinei și bioeticei.

Aspectul vulnerabil, din perspectiva bioeticei este foarte puțin studiat, poate tocmai din considerentul răsfrângerii asupra cercetătorilor a accesibilității limitate din motivul privațiunii. În urma cercetărilor s-a constatat că persoanele private de libertate sunt toate vulnerabile, din motivul lipsei de libertate fizică, a spațiului, a izolării de familie și de societate, de activitatea profesională și de o formă constrânsă a libertății spirituale. Principiul metodologic al vulnerabilității în mediul penitenciar trebuie interpretat în perspectiva celor trei sensuri. Primul - abordarea vulnerabilității în sens general, indiferent că persoana este sau nu privată de libertate, se manifestă distinctiv la toate ființele vii care posedă trăsături echivalente cu fragilitatea și moartea. Omul este dezarmat în fața acestor fenomene, intensificându-se și vulnerabilitatea lor dintr-o stare a libertății constrânse. Vulnerabilitatea constituie o manifestare universală a existenței viului, nu doar a existenței umane. În acest context, principiul vulnerabilității se referă direct pe condamnat, considerat vulnerabil din perspectiva vitalității, suveranității,

exercitării profesionale, culturale, a izolării etc. Din acest punct de vedere toți deținuții sunt vulnerabili, astfel că lipsa libertății depline în diverse acțiuni favorizează vulnerabilitatea în exercitarea autonomiei depline. Al doilea sens se caracterizează nu doar prin vulnerabilitatea în general, ci a unor categorii de deținuți în special, cum ar fi: femeile, minorii, condamnații cu deficiențe mintale și fizice, cetățenii străini, bătrânii etc. Și al treilea sens ține de vulnerabilitatea accentuată a unor grupe de condamnați: femeile însărcinate, bolnavii terminali, bolnavii cu TBC și infecții cu virusul HIV-SIDA, bolnavii cu diabet zaharat și alte patologii cronice.

Până a reveni la caracterizarea fiecărui sens, necesită analiza factorii primordiali determinanți ai vulnerabilității persoanei private de libertate ce limitează calitatea vieții și sănătății în mediul penitenciar. Perioada încarcerării reprezintă condiționări ce determină efecte psihologice și fizice negative ale deținerii, aspect studiat extensiv de cercetătorii abilitați în drept, psihologie, sociologie, implicând un set de forme și adaptări care se produc în proporții și etape diferite, ca rezultat la extraordinarele solicitări ale vieții private de libertate. În termeni generali, procesul instituționalizării deținuților implică încorporarea, asimilarea normelor vieții în mediul penitenciar de habitare, de gândire, acțiune și simțire al condamnatului, determinând diverse probleme exprimate prin manifestări negative ale acestor persoane. Aceste probleme sunt supuse diverselor clasificări, în dependență de criteriul și specificul teoretic abordat, de exemplu, sociologul american G. Sykes determină o singură provocare negativă pe tot parcursul detenției, aceasta fiind suferința, respectiva producând cinci tipuri de probleme de adaptare a persoanei private de libertate: 1. cele legate strict de privarea de libertate: izolarea dublă (de lumea exterioară și separați în celule), de culturalizarea și devalorizarea eului civil, deposedarea de roluri etc; 2. probleme provocate de suferința deposedării de bunuri și servicii: izolarea și neîncrederea în sine, subaprecierea, anxietatea etc; 3. fiind suferința, după opinia lui G. Sykes, producând probleme legate de privarea de relații heterosexuale: dificultăți fiziologice sexuale și hormonale, psihologic-sexuale, determinarea unor sentimente voluntare sau involuntare de relații homosexuale, agresivitate etc; 4. problemele provocate de suferința pierderii autonomiei: deficit de sinceritate, demnității și integrității persoanei, depersonalizare, diminuarea stimei de sine, de responsabilizare, anu-

larea inițiativelor; și 5. sunt cele derivate din suferința produsă de privarea de securitate, de violența verbală și fizică, vulnerabilitatea, încălcarea confidențialității, neîncrederea etc. [1]. Unele studii psihologice asupra problemelor deținuților s-au axat pe procesul, modalitățile și strategiile adaptării deținuților la mediul privat de libertate, mulți dintre deținuți își dezvoltă mecanisme proprii defensive, care-i ajută să depășească problemele iscate, uneori chiar și după eliberare, doar condamnatul devine prizonierul acestor mecanisme. Din acest punct de vedere, studiile psihologice au clasificat problemele în trei categorii: din prima fac parte cele legate de efectele privațiunii – pierderea libertății, pierderea contactului cu sexul opus, monotonia, mortificarea relațiilor cu societatea liberă, alienarea și stigmatizarea; a doua categorie ține de problemele axate pe adaptare: neîncrederea, deficitul de sinceritate, violențele fizice și verbale, ipohondria, depresia etc.; a treia – cele legate de consecința privațiunii de libertate: nevroze instituționale (transformarea deținuților în iritați, apatici, nervoși, anxioși, deprimați), lenea, lipsa intereselor, somn agitat, coșmaruri. Această ultimă categorie unii psihiatri o numesc „sindromul posttraumatic” [2], existent la mulți dintre foștii deținuți. Specialiștii în psihologie care susțin această taxonomie a problemelor [3; 4] introduc un nou concept de interpretare a mecanismelor de apărare prin adaptarea așa-numitului „coping”.

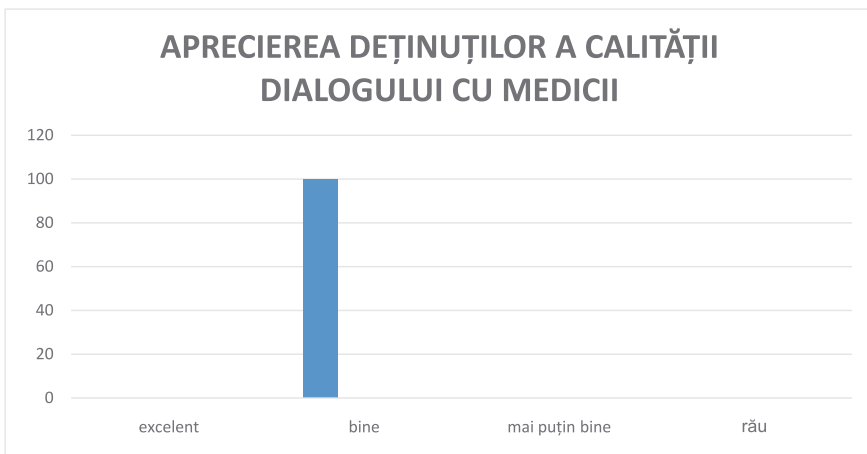


Figura 1. Relația medic-deținut.

Ambele clasificări (sociologice și psihologice) sunt utile prin specificul lor. De exemplu, suferința în mediul privat de libertate este sursa principală a problemelor deținuților, așa cum e considerată în abordarea sociologilor. Clasificarea problemelor din punct de vedere psihologic nu satisface explorările etice ale analizei axate pe repere bioetice. În urma cercetărilor s-au evidențiat două mari grupuri de probleme ale deținuților în mediul penitenciar: primul grup include manifestările negative ce-l implică personal pe deținut, și anume: anxietatea, ipohondria, suferința, vulnerabilitatea în fața condițiilor vieții private de libertate, dar și în fața legilor nescrise a lumii interlope. A doua grupă de probleme include manifestările negative ce implică și pe cei din jur: deficitul de încredere, agresivitatea, violențele fizice și psihice, perversiunile sexuale. Contracurarea acestora necesită o analiză în grup, axată pe educarea calităților morale: analiza și discutarea diverselor cărți și vizionarea filmelor, conferințelor ce conțin informația necesară în depășirea crizelor existente; participarea în comun la activități culturale și religioase desfășurate cu diferite ocazii, participarea comună la susținerea spirituală a deținuților defavorizați prin implicarea voluntară. Factorul primordial ce declanșează deficitul spiritual se consideră abținerea pur și simplu a deținutului să „interacționeze cu un partener potențial, iar această interacțiune îl face vulnerabil la incompetență sau oportunism” [5].

Prezența violatorilor și agresorilor sexuali în mediul penitenciar constituie alt factor serios „în plus” de izolare, iar condamnatul necesită a fi prudent în acțiunile sale fizice și verbale. Această vigilență se atribuie tuturor angajaților și consilierilor din mediul penitenciar, pentru a evita apartenența unor grupe de interes indispensabile mediului. Studiile internaționale din instituțiile penitenciare demonstrează că există ocupații sexuale în acest mediu, majoritatea contactelor sexuale fiind cu persoane de același sex. În mediul privat de libertate aceste raporturi sexuale pot fi consensuale sau constrânse. Statistica europeană arată că „1-3% dintre deținuți devin victime ale violului” [6]. În urma unor cercetări efectuate în țările din Europa de Vest de către Comitetul European pentru Prevenirea Torturii și a Pedepselor sau Tratamentelor Inumane sau Degradante, s-a constatat că violența sexuală în mediul penitenciar va fi și în continuare o problemă stringentă, deoarece politicile de prevenire a violențelor includ: evitarea supraaglomerării instituțiilor penitenciare și a camerelor, asigurarea unui

număr suficient de angajați, supraveghetori și specialiști, îmbunătățirea structurală a instituției ce ar permite personalului să protejeze deținuții potențial vulnerabili împotriva violenței sexuale, ne tolerarea ierarhiilor și a „status”-urilor în mediul condamnăților etc. Tocmai din acest motiv „agresorii sexuali, inclusiv parafilia, în mediul penitenciar sunt orientați spre pedepsire, nu spre tratament, chiar și în cazurile în care este adecvată și eficace administrarea unui tratament” [7; 8]. Excepție de la acest concept fac doar persoanele deținute alienate mintal.

Un factor marcant ce trebuie cuantificat este prezența ridicată a numărului de deținuți cu tulburări psihice, producând un disconfort spiritual condamnaților sănătoși. Condamnații simptomatic psihiatrici devin în mod deosebit vulnerabili, comparativ cu cei sănătoși, provocând deseori conflicte între deținuți, pentru o majoritate se accentuează vulnerabilitatea și se complică procesul recuperării din motivul că unii au „probleme legate de aritmetică și alfabetizare, unii din ei au un nivel de inteligență sub cel mediu” [9]. Deținuții cu termenul de execuție major sunt în mod particular vulnerabili la procesul combinării apatiei cu pierderea capacității de a iniția și dirija un comportament la propria inițiativă, deseori culminând cu o depresie clinică până la tulburări psihice. Pentru această categorie de condamnați, asistența medicală, socială, spirituală și cea psihologică elaborează opțiuni terapeutice comune, implicându-i pe acești pacienți în activități de reabilitare pentru depășirea crizelor și pregătirea lor pentru viața independentă, specialiștii în domeniul psihiatriei penitenciare recomandând tehnica ergoterapiei multidisciplinară. Ergoterapia necesită a fi parte din programul de recuperare, asigurând motivația participării la programe psihosociale, dezvoltând competențele de relaționare și învățare, orientate spre îmbunătățirea propriei imagini. Nu toate instituțiile penitenciare din Republica Moldova posedă un specialist în domeniul psihiatriei, iar până la internarea într-o unitate de psihiatrie penitenciară deținutul bolnav mintal este izolat și plasat în zone sporite de securitate a instituției. În aceste cazuri, asistența individuală a deținuților cu tulburări psihice are ca scop păstrarea integrității corporale, deoarece majoritatea dintre ei sunt capabili la autorâniri și automutilări.

Un alt factor ce amplifică procesul de izolare în mediul penitenciar este prezența manipulatorilor și a vulnerabililor. Manipulatorii în micro mediul social privat de libertate manifestă comportamente deviate ce interacți-

onează direct și indirect cu ceilalți colegi, prin agresiuni verbale, fizice, sexuale, iar cel indirect reprezintă o formă de manipulare în care intențiile sale cu alți condamnați devin neclare sau camuflăte în poziții acceptabile, caracterizate printr-o gamă largă de maniere, cum ar fi: glumele și critica exagerată, bârfa și lansarea de zvonuri etc. Toate acestea formează un cadru specific mediului ce pulsează sistematic impresii și circumstanțe nesigure în comportamentul condamnaților. Evitarea acestor deraieri comportamentale devine practic imposibilă, deoarece construirea ierarhiei și a statusului în relație cu ceilalți deținuți se axează pe diverse interpretări și jonglări verbale focusate anume pe aceste maniere.

Pe lângă factorii determinanți ai vulnerabilității individului privat de libertate analizați mai sus, vom enumera și alții care necesită a fi luați în considerație: privarea dreptului de a te consulta la medicii specialiști cunoscuți sau recomandați; lipsa intimității, zgomotul, plictiseala, condiționarea subculturilor penitenciare și a unui program de activitate strict, iar după eliberare, vulnerabilitatea se accentuează prin discriminarea fostului deținut de către societate, familie și rude. De aici pornește și lipsa locului de trai și a locului de muncă.

Existența vulnerabililor sau a comportamentelor vulnerabile în mediul penitenciar amplifică potențialul problemelor deja existente. Aceste grupuri riscă a deveni ușor ținta unor agresiuni sau intermediarii constrânsi a unor fapte imorale, fiind deja victimizați, tind să fie vulnerabili la alte forme ale victimizării. Aceste tipuri de manifestări „nu se limitează doar la apariția unei slăbiciuni fizice, se suprapune altor caracteristici pentru creșterea pericolului de a fi atacat” [10]. Efectul impunității și a vulnerabilității crește riscul ca persoana privată de libertate să fie agresată, este consecința unor demonstrații publice a slăbiciunilor ce determină vulnerabilitatea.

O atenție sporită din grupurile vulnerabile ne-o atrage partea feminină. Unul din factorii caracteristici vulnerabilității femeilor deținute este predispoziția sporită dezvoltării unor tulburări mintale pe parcursul detenției. Problemele de sănătate mintală apar „în perioada de carantină sau imediat după aceasta și au ca origine abuzurile fizice, psihice, sexuale etc., suferite de către femei în trecut, precum și șocul separării de copii și de cei dragi” [11]. Stările depresive sau anxioase sunt mai frecvente în mediul penitenciar feminin decât în cel masculin. Cugetarea femeii la forma și prerogati-

vele vieții este abordată altfel în mediul penitenciar decât în libertate. Din punctul lor de vedere, femeia, ca dătătoare de viață, nu poate fi privată de libertate. Tocmai din acest motiv în unele țări femeile însărcinate sunt scutite de privațiunea de libertate (exemplu Federația Rusă), principiu abordat în Codul Penal al Republicii Moldova până în anul 2004, iar modificările ulterioare acordă mamei dreptul să stea cu copilul nou-născut în penitenciar până când acesta atinge vârsta de trei ani. Revolta feminismului delicvent s-a manifestat printr-o puternică explozie a întreruperilor de sarcină în momentul detenției. Probleme de bioetică stringente și de anihilarea unor vicii din penitenciarele pentru femei, și anume: avorturile, alcoolismul, fumatul, orientările spre lesbianism, violența verbală și cea fizică etc.

Femeia deținută, avortând, participă la procesul integru de omucidere, astfel agravându-și singurătatea, ea recurge în sistemul penitenciar la tot felul de unelte care finalizează cu avortul criminal. Frica de a fi sesizată sarcina de colegele celulei și gardieni va recurge la identificarea metodelor criminale de întrerupere a sarcinii în mediul de detenție. La moment nu se cunoaște câte femei cer să li se întrerupă sarcina în perioada satisfacerii pedepsei, nu sunt statistici oficiale, și totuși majoritatea dintre ele recurg la diverse metode subversive de avortare criminală.

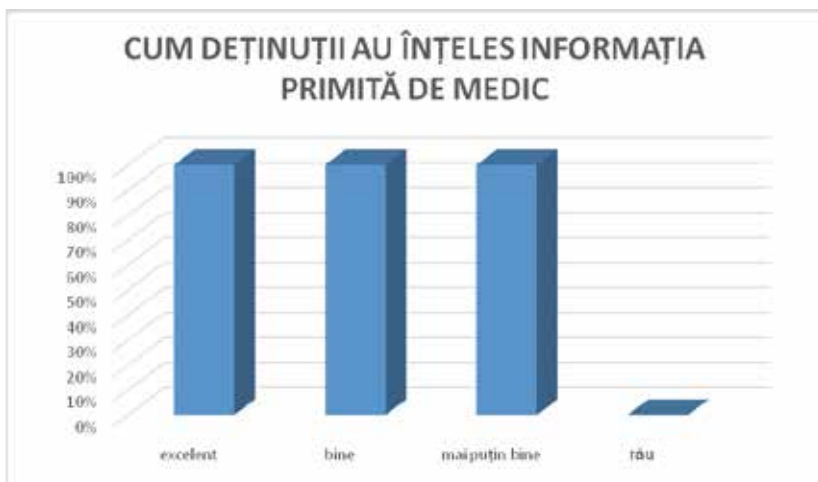


Figura 2. Informarea deținuților de către medici.

În urma cercetărilor realizate, s-a constatat că femeile deținute care au avortat au o tendință mai sporită spre sinucidere decât cele care nu au avortat [12; 13]. Suferința singurătății și feminitatea privată de libertate nasc traume emotive, iar emanciparea și dominarea feminină în mediul penitenciar produc fisuri comportamentale. Sensibilitatea emotivă feminină se evidențiază și în mediul penitenciar. Lupta pentru eliberare sau pentru dominație dezvoltă în femeia-deținut o formă ascunsă de agresiune. Aceste forme sunt evidențiate prin unele deprinderi vicioase, ca: fumatul, înjurăturile, violența verbală, lesbianismul etc. Respectarea principiului bioetic al confidențialității valorifică efortul consilierului spiritual, întrucât feminismul privat de libertate suferă de neîncredere colegială, astfel că prin metoda comunicării, mai ales prin mărturisirea vieții condamnatei și compătimirea ei ca ființă feminină, contribuie la restabilirea încrederii în asistentul spiritual. Această consiliere se desfășoară în particular, iar datele oferite prin anamneza spirituală devin strict confidențiale pentru consilier. În mediul privat feminin asistentul spiritual deseori este testat anume în respectarea secretului oferit de condamnat, depășind această etapă consilierul va reuși cu succes implementarea.

O problemă acută în mediul penitenciar feminin este înclinarea spre lesbianism, fapt care necesită o mai amplă tratare bioetică. Unele din deținute, explorând opinia biomedicală privind necesitatea relațiilor sexuale pentru menținerea sănătății somatice și psihice, recurg la actul lesbian. În mediul penitenciar nu se poate afirma despre lesbianism drept un stil de viață, ci despre unele grupuri alternative, care se satisfac sexual periodic [14]. În mediul penitenciar feminin, unde lipsesc bărbații, iar energia sexuală necesită să fie realizată, neavând o persoană de sex opus, ea se realizează pe persoane de același sex. În atare condiții consilierul spiritual poate aborda în discuții de grup sensul vieții calitative și consecința non-valorilor, precum și impactul lor biomedical. Tratarea prezentului subiect în consilierea spiritual-medicală, axată pe principiile moralității și integrității, va rezulta că omul necesită să fie o persoană proporționată, iar sexualitatea este preponderent biologică, ea ține de o vârstă anumită, de orientare ce se dezvoltă artificial sau într-un anumit mediu. Conștientizând că pentru unele femei acest mecanism este temporar, prin consiliere se evită factorii ce stimulează această orientare sexuală drept una permanentă. Orientarea respectivă

produce o schimbare de personalitate, finalizată prin mari deficiențe în lă-sarea urmașilor după expirarea termenului de detenție, în atitudinea față de bărbați, neîncrederea și repulsia față de sexul opus etc.

În afară de femeile mature deținute, reprezentative grupului de condam-nați vulnerabili, probleme considerabile se ridică și în cazul deținuților mi-nori, specifici aceleiași categorii vulnerabile [15]. Conform studiilor reali-zate de sociologi și diverși specialiști, s-a remarcat drept o reală sursă a de-licvenței juvenile o constituie disfuncționalitățile din sânul familiei; la copii se formează o prezență vie a mentalității infracționale, de la cea mai fragedă vârstă, iar pe viitor se va realiza, în cele mai dese cazuri, în crimă organizată [16]. Deținuții minori necesită o atenție sporită în formarea calităților mora-le, pregătirea pentru viață, și mai ales relevanța sensului vieții și al integrității spirituale. În toate sistemele de detenție a țărilor Uniunii Europene minorii constituie 5-10% din totalul deținuților [17], iar în R. Moldova numărul lor este într-o ușoară creștere. Indiferent de crimele săvârșite, minorii delicvenți cu dificultate acceptă regulile și condițiile vieții private de libertate cauzate de gradul scăzut de dezvoltare fizică, emoțională și spirituală. În acest con-text, responsabilitatea consilierului spiritual se axează pe principiile diminiu-ării factorilor negativi progresivi ce contribuie la inadaptarea minorului la mediul de detenție, astfel omițându-se replicile violente și distructive care-i pun în pericol viața și integritatea fizică. Drept expresie antipatică mediului penitenciar, inclusiv inadaptarea la normele penale ale instituției, delicvenții juvenili simulează diverse boli, ajungând până la automutilare și chiar suicid, toate aceste fiind doar mecanisme de șantaj.

Pentru această categorie vulnerabilă a mediului penitenciar se necesită o atenție specifică, fapt obligat și de Consiliul Europei, reglementat prin Regulile Națiunilor Unite privind Protecția Minorilor Privati de Libertate. În atare cazuri, cea mai reușită relație consilier-deținut ar fi cea antipater-nalistă, consilierul spiritual creându-și pârgii metodologice de asistență axate pe unele principii: principiul moral al nondăunării, al binefacerii, principiul echității. Tipul de relație paternalist se justifică din câteva puncte de vedere: în primul rând, minorul este slab pregătit de viața de sine stă-tătoare, în al doilea rând, relația cu familia este întreruptă și din motivul provenirii lui dintr-un mediu social vulnerabil, și, în ultimul rând, în cele mai dese cazuri familia îl abandonează, el rămânând singur în fața noilor

provocări din mediul penitenciar. În această situație de criză este firească oportunitatea consilierului spiritual de a proteja minorul, oferindu-i consolare și încredere, reconciliindu-l spre o viață mai bună. În acest context, consilierul spiritual în comun acord cu asistenții juridici, sociali, cu pedagogii și profesorii elaborează proiecte de menținere a sănătății somatice și psihice a minorului. Fără o colaborare armonioasă între modurile de aplicare a tratamentelor de recuperare spiritual-somatice șansele reușitei spirituale în acest mediu sunt foarte mici.

Problema delincvenței juvenile rămâne nerezolvată nu doar în țările ex-sovietice, ci și în cele europene. Factorii primordiali care stimulează delincvența juvenilă sunt: atitudinea falsă a familiei față de viață, participarea precoce a copilului la violențele domestice, formarea grupărilor nocive din cartier, ce au consecință negativă, de durată, asupra gândirii și formării tânărului. Gravitatea deținuților juvenili se manifestă prin o abordare specială, constituind promovarea unui habitat privat de libertate decent, axat pe valorile interumane ce promovează mecanismele de susținere a calității vieții. Toate situațiile de marginalizare, „de la viața de familie la cea privată de libertate, de la grupul social la cel privat, de la libertatea însăși la cea condiționată etc., asumă un semnificat diferit, dacă se evaluează după parametrii empirici” [18]. În urma cercetărilor aplicate s-a constatat că majoritatea acestor minori vor mai reveni pe culoarele penitenciarelor sau, mai grav, vor deveni persoane cu deficiențe mintale în urma consumului excesiv de alcool și droguri.

Categoria deținuților cu deficiențe mintale fac parte și ei din grupul de vulnerabilitate specială. Incidența mare a tulburărilor mintale în instituțiile penitenciare crește responsabilitatea cercetărilor. Problema dificilă o constituie faptul că deseori deținutul simulează și medicii îi atribuie o patologie psihiatrică. Simulările se întâmplă mai ales în perioada arestului. În alte cazuri, dacă crima nu este gravă, deținutului i se recomandă tratament psihiatric ambulatoriu sau în spitalele civile și este scutit de privarea libertății, în cazurile crimelor grave, condamnatul își ispășește pedeapsa în instituția penitenciară, continuându-și tratamentul psihiatric. O altă problemă care apare la această categorie de deținuți este raportată la psihiatrul instituției de corecție, acesta atribuindu-i deținutului cu diagnostic psihiatric simularea bolii, excluzându-l de la tratament. În acest caz boala depășește limitele

normalului, iar în urma diagnosticării corecte condamnatul, ne mai dorind să participe la tratament, este izolat de ceilalți bolnavi și starea de sănătate devine tot mai precară. În astfel de circumstanțe consilierea medicală a deținutului se întreprinde în comun cu mai mulți specialiști, fapt recomandat de CPT [19]. Cei care simulează vor fi deconspirați, iar deținuții cu deficiențe mintale vor urma tratamentul cuvenit, punând accentul pe schimbarea tiparelor comportamentale din obișnuite în dezobișnuite, încât prioritar să fie valoarea vieții somatice și spirituale în mediul penitenciar.

Consilierea medicală în mediul penitenciar a deținuților schizofrenici constituie cea mai dificilă problemă, deoarece simptomele bolii (suspectarea că cineva mereu îl urmărește, că toți îi doresc răul, aud voci străine, vedenii etc.) condamnatul și le atribuie drept consecința unei înalte trăiri spirituale în dorința de a se evidenția de alți colegi de celulă. În astfel de instituții activează „personal calificat corespunzător în domeniul medical, care poate să dezvolte relații pozitive cu pacienții prin intrarea în contact direct cu aceștia” [20], recomandând acestor categorii de deținuți să fie supuși unui examen medical riguros, să se excludă bolile organice (tumoare pe creier, tulburare de percepție datorită unei disfuncții chimice a organismului etc.) sau „perioada de insomnie cauzată de stările stresante în perioada detenției ce a adus la o încordare psihologică, la perioade nocive spirituale și somatice” [21].

Tot izolați de restul condamnaților sunt și cetățenii străini care-și ispășesc pedeapsa în instituția penitenciară până la extrădare sau până la eliberare, catalogându-se și ei în grupurile deținuților vulnerabili. În desfășurarea unei consilieri medicale eficiente se ține cont de limba, cultura, profesiunea și statutul condamnatului. S-a constatat că cele mai reușite consilieri sunt fără traducător, evitându-se barierele între consiliat și consilier, când nu există suspiciune de violare a confidențialității.

O categorie aparte de deținuți cu vulnerabilitate specială o constituie persoanele cu infracțiuni sexuale, acestea fiind considerate fapte social-periculoase prevăzute de legea penală, săvârșite intenționat, care încalcă în mod abuziv regula morală stabilită în societate în ceea ce privește relațiile sexuale. Juriștii specializați în dreptul penal menționează că „legea penală nu îndeplinește funcția de regulator pozitiv al relațiilor sexuale, ci stabilește interdicția de a săvârși fapte care vin în contradicție flagrantă cu

principiile eticii sexuale și ale regulilor firești de conviețuire, încetățenite în societatea noastră” [22]. Cu aportul acestui postulat s-a punctat în Codul Penal al Republicii Moldova o categorie de infracțiuni care atentează asupra libertății și inviolabilității sexuale a persoanei, definindu-le în următoarea categorie: violul. Acțiuni violente cu caracter sexual (art. 171 și 172); Hărțuirea sexuală (art. 173) și Raporturi sexuale cu o persoană care n-a atins vârsta de 16 ani (art. 174 și 175) [23].

Gravitatea delictului sexual o stabilește judecătorul în baza probelor aduse. Părerile specialiștilor privind factorii declanșatori ai infracțiunilor sexuale sunt împărțite. Juristul canadian K. Blanchette menționa că infracționalitatea sexuală apare atunci când bărbatului i se atribuie caracterul dominant în familie, fapt ce uneori se extinde și în afara acesteia. Acest factor se raportează la o perioadă istorică anume și la tipul de infracțiuni sexuale, cum ar fi incestul. Un alt factor este cel propus de M. Cooper, specificând că o parte dintre delicvenții sexuali comit asemenea infracțiuni din cauza unui deficit psihiatric, sau a unor condiții organice specifice. După anii 1970, această viziune devine dominantă în gândirea jurisprudenței, întrucât infractorii sexuali erau considerați ființe anormale, monștri, perverși etc., viziune justificată din perspectiva disfuncționalității familiale. O serie de studii au demonstrat faptul că există o relație „între abuzul copilului și transformarea acestuia la maturitate din victimă în abuzator” [24], totuși, această teorie nu explică de ce nu toți copiii abuzați comit atrocități sexuale când devin maturi? În urma studiilor efectuate, s-a constatat că majoritatea deținuților cu antecedente sexuale, anterior au consumat erotică și pornografie, care i-au provocat disfuncții sexuale. În acest context, se impune a evidenția relația între masturbare, fantezii erotice, pornografie și infracțiunile. Astfel, se observă o distorsionare în timp a unor paradigme etice ale vieții, criminalii sexuali au percepții greșite despre viață în raport cu alte persoane, toate rezumându-se doar la satisfacerea poftelor sexuale, indiferent de consecințe și împrejurări.

Din categoria deținuților vulnerabili fac parte și cei dependenți de droguri, alcool, jocuri de noroc etc. În mediul penitenciar, chiar din momentul privațiunii de libertate, aceste categorii de deținuți sunt încadrați în diverse proceduri de dezintoxicare, iar readucerea lor în lumea reală cauzează diverse probleme atât de ordin somatic, cât și spiritual [25]. Pentru Republica Moldova și țările post-socialiste devine dificilă depășirea perioadelor de

criză în rândul tinerilor consumatori de droguri, cauzate, pe de o parte, de cultura sovietică, iar pe de altă parte, de „ideologiile ateiste, secularizarea, totalitarismul, ca produse ale culturii europene, ce pun omul contemporan în situația de confruntare cu dezorientarea și lipsa țelului spiritual și cultural” [26]. În multe țări au crescut considerabil condamnările pentru încălcarea normelor de interdicție a drogurilor. În țările Uniunii Europene până la 30% dintre condamnați prezintă un istoric de consum de droguri exercitat prin injectare, majoritatea dintre aceștia îndeplinesc criteriile de diagnosticare a dependenței fizice sau psihice de droguri [27]. Efectele adverse de asemenea sunt psihice și somatice, cauzate de dependența consumării, iar toxico-dependența culminează cu adaptarea la o conduită deviantă și delicventă până la sinucidere [28]. Unii din cercetătorii fenomenului toxicomaniei susțin că principala cauză a narcomaniei este afecțiunea „considerată în prezent a fi năzuința omului de a-și lărgi posibilitățile intelectuale și fizice” [29]. În aceste situații de criză cauzate de regulile habitatului privat de libertate și de dependența drogurilor, condamnatul va fi pasibil de automutilare sau chiar sinucidere, iar întreruperea bruscă a consumului de droguri va perturba starea de sănătate. Catalogarea acestei categorii de condamnați la grupurile vulnerabile se manifestă și de cotarea la nivel inferior pe scara ierarhică a deținuților, confruntându-se cu prejudecățile colegilor și a personalului instituției. Conform etiologiei, există diverse forme de tratament axate pe tehnici motivaționale, dar una dintre cele mai reușite, paralel cu medicația, o constituie consilierea spirituală [30], adaptată mediului penitenciar, axată pe îmbunătățirea moral-biomedicală a tulburărilor comportamentale umane. Din acest punct de vedere, asistentul se angajează în consilierea acestei categorii de condamnați evitând promisiunile și compromisurile, chiar dacă este supus unui șantaj. Asistentul abandonează procedura consilierii și o reia după dezinxicarea medicamentoasă.

Ultimul sens al vulnerabilității deținutului, ține de vulnerabilitatea accentuată. Din acest grup fac parte femeile însărcinate sau cele care-și cresc copiii în condițiile limitate de libertate, acest aspect a fost analizat mai sus, la categoria femeilor deținut. O problemă stringentă ține de bolnavii terminali, sau de paliativă în instituția penitenciară. Dacă în Republica Moldova adaptarea condițiilor paliative autohtone la cele europene a durat mai bine de 20 de ani, și totuși cu multe lacune, atunci adaptarea acestor condiții în mediul penitenciar poate fi considerată fabulație. Valorificarea științifică a

procesului de îngrijire paliativă în mediul penitenciar se raportează direct la configurarea unui model teoretic și practic al bioeticii sociale, sau, comparat cu alte țări, având puterea aplicabilității eficiente prin manifestarea multiplelor tipuri de consiliere (spirituală, medicală, psihologică, socială). Rolul bioeticii este esențial în rezolvarea dilemelor medicale în sistemul penitenciar, și ține de competențele teoretice și practice ale consilierii deținuților prin implicarea reperelor bioetice, desfășurată de medici, teologi, juriști, psihologi, etc. Bioetica se referă direct la modul de viață condiționat de privarea libertății și ține la păstrarea integrității somatice și spirituale la deținuții bolnavi terminali, sau cei care au nevoie de îngrijiri speciale.

Modul de viață în mediul penitenciar, în diferitele sale ipostaze, este studiat destul de superficial, iar în unele cazuri deloc, cu atât mai mult subiectele ce țin de atitudinea etică față de viață și sănătate în procesul îngrijirii paliative. Condițiile din instituțiile penitenciare autohtone de îngrijire paliative sunt pe departe de a fi racordate la standardele mondiale. Conștientizarea importanței problemei abordate, indiferent de mediu social, va contribui la fundamentarea unei paradigme științifice polidisciplinare, dedicate consilierii spirituale, medicale, psihologice și sociale a pacienților bolnavi terminali, tratată prin prisma reperelor bioetice.

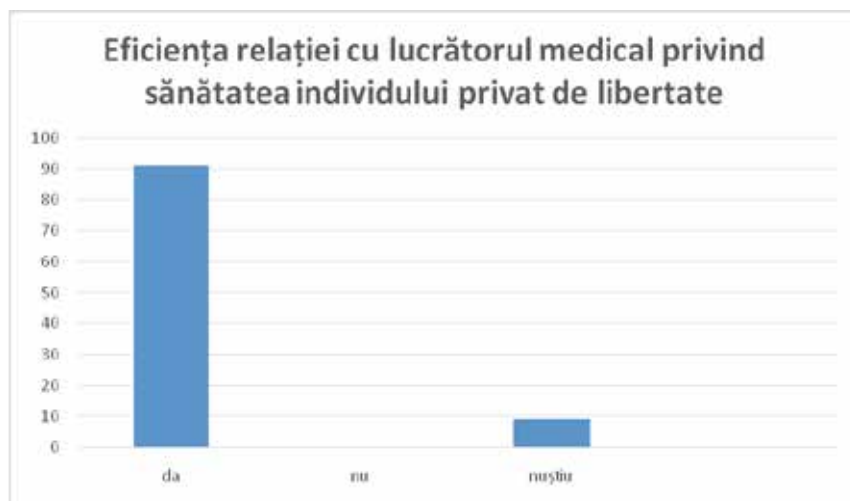


Figura 3. Relația medicului de penitenciar cu pacientul deținut.

Despre problemele etice în mediul penitenciar s-a scris foarte puțin, tendințe ce au propulsat atenția diversilor cercetători spre crearea unei imagini peiorative asupra modului de trai în condițiile private de libertate. În multe cazuri reflectările mass-mediei asupra formelor și stărilor medicale, sociale și morale în acest sistem vital sunt doar repercusiuni asupra neglijenței relațiilor interumane, nu tabloul real al problemelor. Nicidecum penitenciarul nu corespunde condițiilor vitale din libertate, dar nici nu necesită reactualizarea sistemului social după acel nivel ci devine oportună valorificarea stării de sănătate a individului privat de libertate, considerat obiectiv esențial al medicului din instituția penitenciară, mai ales că acel mediu condiționează negativ integritatea somatică și spirituală a persoanei umane.

Instituția penitenciară nu poate să corespundă tuturor cerințelor actuale posibile de asistență medicală a deținuților bolnavi, mai ales la nivel autohton. Unele servicii medicale ce nu pot fi realizate în instituția penitenciară necesită prevăzute în colaborare cu instituțiile medicale din vecinătate sau contractate, aspect practicat în majoritatea penitenciarelor europene.

Ca și în instituțiile medicale publice sau private, în mediul privat de libertate, personalul medical nu trebuie să efectueze examinări sau tratamente fără acordul deținutului. Implementarea eficientă a unui consimțământ adevărat în instituția penitenciară, presupunere o informare corectă a deținutului bolnav, ținând cont de analfabetism, bariere lingvistice, sau dificultăți de înțelegere. Derogarea de la consimțământul informat al deținutului se justifică doar dacă este conformă cu legea, spre exemplu, în cazul tratării de urgență a condamnaților bolnavi care și-au pierdut cunoștința sau a celor bolnavi psihic, ce nu au capacitatea de a înțelege consecințele netratării. Asistarea corect medicală a deținuților bolnavi în fază finală este o provocare pentru întreg sistemul penitenciar, din moment ce „medicina paliativă este o medicină globală care se îngrijește de persoana pacientului – privită în totalitatea sa – pe patru planuri: medical, psihologic, social și spiritual” [31]. În acest context durabilitatea și eficacitatea îngrijirii deținutului suferind ține de cooperativ multidisciplinar, antrenat prin complianța diversilor specialiști din instituția penitenciară.

Configurarea problemelor teoretice și practice ale bioeticii sociale în raport cu valorificarea științifică, va contribui la o eficientă aplicabilitate

a consilierii multidisciplinare: medicale, spirituale psihologice, sociale a deținuților bolnavi terminali. Aceasta nu doar va contribui esențial la îmbunătățirea calității vieții finale a deținutului, ci va dizolva sentimentul de abandon social, pe care-l nutrește un pacient bolnav terminal în mediul penitenciar.

În procesul cercetărilor la subiectul paliativei în mediul penitenciar necesită a se lua în considerație și multiplele forme de mutilare și șantaj la care recurg asemenea categorii de condamnați, ajungând până tentative de suicid. Reperetele bioetice, axate pe abordarea sistemico-structuralistă va defini orientativ nivelurile gnoseologice a problemelor etice existente, iar metoda bioetică tratată prin asistența pluridisciplinară va restabili echilibru moral între deținut și boală, deținut și moarte. Investigarea sinergetică a fenomenului medical penitenciar în general și a fiecărui bolnav individual, va revitaliza moral activitatea de îngrijire paliativă a deținuților în fază terminală. Obiectivul suprem al unei instituții penitenciare nu este doar ispășirea pedepsei cu privarea de libertate (încarcerarea), ci și redresarea morală, păstrarea integrității somatice și spirituale a deținutului, iar o insuficiență sau inconștientă abordare umană, provoacă curențe și deficit profesional, atât medical cât și social.

Ca și în societatea liberă, în mediul penitenciar există anumite categorii de persoane cu un nivel sporit de vulnerabilitate, iar asistarea acestora prea o formă antipaternalistă în restabilirea relațiilor atât între deținuți, cât și între administrația penitenciarului. Respectul pentru libertatea personală a deținutului sau pentru autonomie necesită pusă în echilibru cu interesul și responsabilitatea pacientului în comunitatea socială sau familială, tot dată ținându-se cont de normele penale, după care se conduce o instituție penitenciară. Deținutul bolnav este axat pe lupta psiho-emoțională, pe dorința de libertate, dublată odată cu pronunțarea unui diagnostic terminal. Aceste situații critice complică procesul de medicație în sistemul penitenciar, mai ales când deținutul bolnav este abandonat de familie. Creșterea numărului de condamnați bolnavi terminali se explică și prin creșterea epidemiilor bolilor terminale în libertate, noncompliance la tratament a deținutului și condițiile social-spirituale pe care le oferă azi instituțiile penitenciare. Dintre toate instituțiile penitenciare ale Republicii Moldova, doar Instituția Penitenciară nr. 6, Pruncu, mun. Chișinău are aranjate saloane pentru bol-

navii terminali, atât pentru cei diagnosticați cu TBC separat, cât și pentru celelalte tipuri de patologii. Printre pacienții deținuți din sectorul îngrijire paliativă, există o categorie de persoane marginalizate, care au un istoric de traume familiale, dependenți de droguri, sunt în conflict cu autoritățile penitenciare și cu întreaga societate [32].

Îngrijirea paliativă în viața publică ridică diverse probleme etice, cum ar fi: libertatea pacientului de a alege modul de tratament, libertatea de a alege locul, mediul unde să-și finiseze viața, libertatea de ași identifica un individ uman dorit care să-l îngrijească, etc. În instituția penitenciară toate aceste „libertăți” sunt cu mult marginalizate, astfel că vulnerabilitatea deținutului terminal de acutizează cu mult. Acest aspect condiționează și medicația paliativă în mediul carceral, făcându-o presantă.

De categoria vulnerabilității accentuate fac parte și grupul deținuților infectați cu virusul HIV-SIDA sau cu bacilul Koch (TBC). Studiile în domeniul medical constată că în țările cu venituri mici cresc indicii epidemiei duble: HIV-SIDA și TBC. Toxicomanii fac parte din categoria persoanelor cu risc major de infectare. Faptul că un procent mare de condamnați au comis delictе fiind sub influența drogurilor sau a stării de ebrietate, ne face să concluzionăm că densitatea infecțiilor HIV în penitenciare este mai mare ca cel din libertate. Dacă în societate pacienții infectați cu HIV-SIDA sau TBC sunt stigmatizați, desconsiderați, atunci în mediul de penitenciar aceste persoane nu se deosebesc cu nimic de ceilalți. Probabilitatea ca și în continuare IP să fie focare de infecție este determinată de câteva cauze. În primul rând, problema habitatului în comun repartizat strict pe sexe va crește numărul celor infectați, mai ales în perioada arestului. Din cercetările realizate s-a constatat că majoritatea din condamnați inhalează microbul TBC în perioada arestului, deoarece izolatoarele sunt supra aglomerate atât cu deținuți, cât și cu arestați. În acest spațiu de cercetare se conturează câteva probleme bioetice: confidențialitatea deținuților infectați HIV-SIDA, libertatea condamnaților sănătoși de a-și selecta un spațiu sănătos, responsabilitatea angajaților medicali, care târziu atestă prezența bacilului TBC la noii deținuți etc. Confidențialitatea bolnavilor necesită a fi respectată în câteva condiții: deținuții infectați să fie izolați de cei sănătoși și să fie supuși tratamentului, iar divulgarea confidențialității se va face doar personalului care supraveghează acești condamnați ori celorlalte persoane care vin în

contact direct, obligatoriu și pentru condamnații infectați cu TBC. Pentru ambele grupuri de bolnavi, consilierul spiritual poate desfășura activități și asistență în comun, respectând formele de protecție.

În urma cercetărilor întreprinse s-a constatat, că majoritatea studiilor în mediul penitenciar axate pe principiile bioeticii se refereau doar la probleme legate de bolnavii mintal, de cei infectați cu HIV-SIDA și TBC, dar mai puține privitor la vulnerabilitatea deținuților, fiind evitate aprecierile efectelor negative ale crizelor moral-comportamentale asupra stării psihosomatice a deținuților manifestate mai ales prin agresiune și automutilare până la suicid. Adaptarea reperelor bioetice în studierea vieții din condițiile izolate de trai facilitează elaborarea conceptelor destinate în armonizarea diverselor relații ale deținuților. Proiectele filosofiei moderne stabilite, în acest context, pretind să fructifice pozițiile bioetice în menținerea vieții și ridicarea calității ei prin abordarea principiilor bioeticii medicale și a celei sociale. Cele mai semnificative tentative de a stabili un criteriu obiectiv pentru estimarea practică a diverselor sisteme morale, ajustate mediului penitenciar o constituie consilierea multidisciplinară, recurgând la un criteriu de ordin superior: – e instituționalizarea, raționalizarea reperelor bioetice în diversele politici penale ale Republicii Moldova. Cu alte cuvinte, se referă la eșecul pe care-l manifestă azi sistemul penitenciar național, fiind departe de a suscita cu interes moral, din moment ce crește numărul deținuților cu două sau mai multe condamnări. Cauza e și însăși funcționarea și alcătuirea unei societăți cu declinare morală, fragmentată, vulnerabilă social și intelectual, grupul țintă de unde și provin majoritatea condamnaților, iar mediul penitenciar este un laborator de modificări comportamentale, unde se transmit aceleași convingeri morale, poate fi mecanismul de transformare a multora din ei.

Depășind nuanțele vulnerabilității deținuților și a diferitor grupări vulnerabile din sistemul penitenciar, apare un alt subiect important de bioetică – calitatea vieții, derivând, posibil și în altele, cum ar fi: perpetuarea vieții și diminuarea suferinței, raportul libertate-viață, sexualitatea netraditională și deviațiile sexuale, suicidul, autoagresiunea și automutilarea etc. Aceste subiecte de bioetică cercetate în mediul penitenciar sunt tratate în mod insuficient în sfera științifică. Totuși, obiectivele politicilor actuale procedural-penale naționale și internaționale se conturează spre menținerea unei

calități vitale de supraviețuire a mediului penitenciar. Bioeticienii americani au atras o atenție sporită la formularea conceptului de „calitate a vieții”. În procesul de îngrijire a sănătății, noțiunea se axează pe cinci criterii de bază, care mențin, restaurează sau furnizează echivalente funcționale vitalității normale umane adaptabile și mediului penitenciar. Cele cinci criterii reprezintă: nutriție adecvată și adăpost; condiții sanitare sigure acasă și la muncă; odihna și alte caracteristici stilului de viață sănătos; servicii medicale de prevenire, curative și reabilitare; servicii de asistență personală non-medicală: socială și spirituală. În acest context, criteriile menționate sunt realizate destul de modest și în instituțiile penitenciare ale Republicii Moldova.

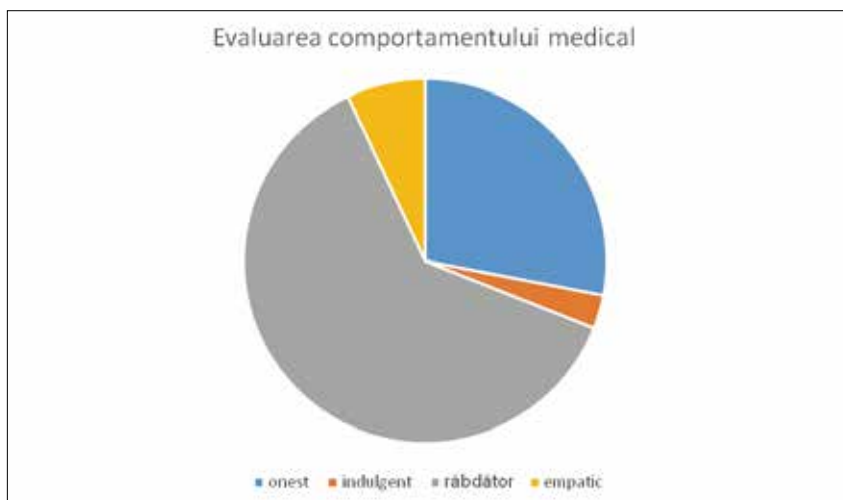


Figura 4. Comportamentul cadrelor medicale.

Un alt subiect de bioetică ce necesită a fi explorat în mediul penitenciar îl constituie valorificarea calității vieții, asigurând procesul cotidian de menținere a normalității vieții și diminuare a suferinței, implementate prin diverse proiecte și activități de consiliere și medico-sociale. Abordarea bioetică a acestor subiecte fructifică efortul asistentului medical și al personalului instituției carcerale, de a proteja persoana privată de libertate, axând activitatea pe următoarele principii: a moralității, a libertății, a res-

ponsabilității, a integrității terapeutice, a respectului față de personalitate, a binefacerii și echității susținând deținutul în crizele psihice declanșate pe parcursul detenției. Dificultatea stringentă în perioadele de criză se manifestă prin accentuarea singurătății și lupta cu tentativele de automutilare până la suicid. Un subiect nerezolvat în mediul penitenciar ține de diminuarea suferinței. Majoritatea cercetătorilor interpretează această problemă drept una de ordin somatic, rezolvată de metodele terapeutice medicale. Însă, majoritatea condamnaților suferă nu numai din cauza bolilor, ci din „amenințarea propriei identități fizice, psihice și sociale. Și ceea ce se însoțește în mod paralizant mai ales spiritual este frica: teama că totul este pierdut, că nu se poate controla” [33]. Din acest punct de vedere, e dificil, dar necesar de aplicat diverse modalități de consiliere spirituală ce ar diminua frica deținuților, dar, totuși, cea mai rezonabilă acțiune psiho-terapeutică este transformarea suferinței din teamă în virtute veritabilă.

Referințe bibliografice

1. Sykes G.M. The Society of captives. A study of maxim un security prison. New York: Ed. Princeton University Press, 2007, p.65-83.
2. Jameison R., Grounds, A. Release and adjustment: perspectives from studies of wrondyconvicted and plitically-motivated prisoners. În: The Effect of Imprisonment. Coord. A. Liebling, S. Maruna. Collumpton: Ed. Willam Publishing, 2005, pp.33-63.
3. Boderson U. Prisons in Prison Societies. Transaction Publishers. New Jersey: Edit. New Brunswick, 1989.
4. Goffman E. Aziluri. Eseuri despre situația socială a pacienților psihiatrici și a altor categorii de persoane instituționalizate. Iași: Ed. Polirom, 2004.
5. Elster J. Comportamentul social: fundamentele explicației în științele sociale. București: Ed. ALL, 2013, p.325.
6. Leht mets A., Pont J. Îngrijirea sănătății și etica medicală în penitenciare. Manual pentru personalul medical și alți angajați ai penitenciarelor, responsabili de bunăstarea deținuților. Chișinău: Consiliul Europei, 2016, p.62.
7. Leht mets A., Pont J. Îngrijirea sănătății și etica medicală în penitenciare. Manual pentru personalul medical și alți angajați ai penitenciarelor, responsabili de bunăstarea deținuților. Chișinău: Consiliul Europei, 2016, p.46.
8. Berlin F.S. Sex Offender Treatmentand Legislation. In: The Journal of the American Academi, of Psychiatryandthe Lawh. 2003, nr. 31(4), februarie, pp.510-513.

9. Lehtmetts A., Pont J. Îngrijirea sănătății și etica medicală în penitenciare. Manual pentru personalul medical și alți angajați ai penitenciarelor, responsabili de bunăstarea deținuților. Chișinău: Consiliul Europei, 2016, p.29.
10. O'Dannell I., Edgar K. Routine victimization în Prison. In: The Howard Journal of Crime and Justice. 2002, nr. 37(3), p. 269.
11. Durnescu I. Asistența socială în penitenciar. București: Ed. Polirom, 2009, p.158.
12. Despre avort. Motive, traume, consecințe. București: Ed. Agapis și Ed. Pridvor, 2015, pp.134-135.
13. Fisher B.E. Avortul. Ultima exploatare a femeilor. București: Ed. Pro valori Media, 2014.
14. Singer P. Tratat de etică. București: Ed. Polirom, 2006, p.335.
15. Conducting Research with vulnerable populations. In: Research ethics consultation. Coord. M. Danis, E. Largent, D. Wendler et al. New York: Ed. Oxford University Press, 2012, pp.100-102.
16. Ilea I. Pastorația celor din penitenciare. În: Porunca Iubirii. Făgăraș, 2004, nr. 5-6, p.118.
17. Durnescu I. Asistența socială în penitenciar. București: Ed. Polirom, 2009, p.158.
18. Cojocaru V. Premise bioetice în consilierea spirituală a deținuților cu tentativă de suicid. În: Studia Universitatis Babeș-Bolyai, Bioethica. Cluj-Napoca. 2018, nr. 1-2, p.75.
19. Council of Europe. European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. In: Text of the Convention and Explanatory Report. European Treaty Series, No.126/CPT/inf/C(2002)1/english, p. 75. Disponibil: <https://rm.coe.int/16806dbaa3>. (accesat: 19.09.2019).
20. Lehtmetts A., Pont J. Îngrijirea sănătății și etica medicală în penitenciare. Manual pentru personalul medical și alți angajați ai penitenciarelor, responsabili de bunăstarea deținuților. Chișinău: Consiliul Europei, 2016, p.32.
21. Jay A.E. Manualul consilierului spiritual creștin. Practicarea consilierii spirituale nouetice. București: Ed. Societatea Misionară Română, 1993, p.408.
22. Brînză S. Infracțiuni contra vieții, sănătății, libertății și demnității persoanei. Chișinău, 1999, p.174.
23. Codul Penal al Republicii Moldova nr. 985 din 28.04.2002. Republicat: Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 72-74 din 14.04.2009.
24. Durnescu I. Asistența socială în penitenciar. București: Ed. Polirom, 2009, p.167.
25. Messina N., Calhoun St., Wanda U. Gender-responsive drug court treatment: a randomized controlled trial. In: Criminal Justice and Behavior. 2012, vol. 3, p. 1542-1546.

26. Popescu L. Pastorația copiilor și a tinerilor în noul context social. În: Teologie și Educație la Dunărea de Jos. Galați: Ed. Episcopiei Dunării de Jos, 2003, p.243.
27. Lehtmetts A., Pont J. Îngrijirea sănătății și etica medicală în penitenciare. Manual pentru personalul medical și alți angajați ai penitenciarelor, responsabili de bunăstarea deținuților. Chișinău: Consiliul Europei, 2016, p.76.
28. Popescu L. Bioetica și perspectiva creștină. Brăila: Ed. Istros, 2009, p.121.
29. Danion V. Lanțurile drogurilor. Galați: Ed. Egumenița, 2004, p.34.
30. Poledna S. Modelul rezolutiv. În: Manualul consilierului de reintegrare socială și supraveghere. Edit. I. Dumescu. Cariova: Ed. Themis, 2001, pp.228-235.
31. Larchet J. Sfârșit creștinesc vieții noastre, fără durere, neînfruntat, în pace... București: Basilica, 2012, p.209.
32. Cojocaru V. Specificul paliatizei în penitenciare. În: Cercetarea, dezvoltarea și inovarea din perspectiva eticii globale. Materialele conferinței științifice internaționale, 16 apr. 2021. Red. resp.: E. Lozovanu. Chișinău: Tehnica-UTM, 2021, pp.93-98.
33. Popescu L. Suferința între practica medicală și actul moral. În: Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 16-17 noiembrie 2018. Red. resp. V.Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2018, p.27.

SPECIFICUL VULNERABILITĂȚII COPIILOR CU DIABET ZAHARAT TIP 1

Vitalina Ojovan

Complicațiile provocate de afecțiunile endocrine ocupă un loc de frunte în cadrul patologiilor ce afectează accentuat nu numai starea de sănătate, ci și întregul mod de trai al omului contemporan, influențând determinant starea generală a sănătății populației și, respectiv, a capacității socio-economice a societății. Diabetul se consideră endemie globală în cadrul bolilor neinfecțioase. Problema evaluării complicațiilor diabetului zaharat și a posibilităților de recuperare a acestora, constituie un deziderat tot mai accentuat ce persistă în medicina secolului XXI.

Diabetul zaharat la copii și adolescenți este o boală cronică progresivă. Incidența sa este în continuă creștere la nivel mondial și în țara noastră. Pentru a atinge țintele terapeutice, așa cum recomandă orientările internaționale și utilizarea rațională a resurselor în conformitate cu obiectivele dezvoltării durabile promovate de Organizația Mondială a Sănătății, sunt necesare o serie de măsuri complexe pentru gestionarea corectă la orice nivel de asistență medicală. Aceste măsuri includ utilizarea insulinei moderne, furnizarea de dispozitive pentru monitorizarea glicemiei, accesul la educația terapeutică pe o nutriție adecvată, precum și posibilitățile de reabilitare în centrele specializate [1].

În pofida prezenței diverselor studii privitor la etiopatogeneza de ordin genetic, imunitar, metabolic, toxicologic etc., diabetul zaharat tip 1 rămâne a fi maladia preponderent a copiilor și tineretului. Stabilindu-se, în majoritatea cazurilor, până la vârsta majoratului, diabetul zaharat deja manifestă complicații asupra organismului, accentuându-se în timp și fără capacități reversibile de tratament. Până la vârsta de 18 ani persoanele minore trec prin etapele firești ale dezvoltării lor: biologice, psihologie, sociale cu toate stările afective dominante și cu problemele cauzate de unele disproporții ale dezvoltării lor, dar care se înscriu în cadrul admisibilului, sau cele survenite din mediul familial sau cel social. Însă unele situații, numite „de criză” sau „probleme presante” în lipsa unor asistențe corespunzătoare, pot evolua în mari dificultăți de ordin psihologic cu accentuate repercusiuni

asupra comportamentului sau/și a modului de funcționare a sistemului psiho-somatic ș.a. [2].

Copiii cu diabet zaharat tip 1 reprezintă un contingent vulnerabil specific. Minorii însăși constituie partea populației vulnerabilă în esența sa. Nivelul vulnerabilității crește prin alăturarea maladiilor cronice cu efect degradant sporit asupra organismului. Manifestarea vulnerabilității la copii cu diabet zaharat tip 1 evidențiază o serie de probleme de ordin medical, managerial și comportamental.

La contingentul de copii cu diabet zaharat tip 1 se observă un grad sporit de vulnerabilitate, fapt ce influențează negativ calitatea vieții lor. Printre factorii ce influențează această stare de lucruri se numără: 1) deficiențe de abilități practice la copii pentru a manifesta o conduită medicamentoasă și un regim alimentar corespunzător; 2) carențe informaționale despre maladia ce o au și despre modul potrivit de viață ce trebuie urmat; 3) probleme psihologice – o mare parte manifestă periodic stări depresive moderate, alții sunt indiferenți față de patologia ce o au și consecințele pe viitor. O importanță majoră are întreținerea corespunzătoare a relațiilor medic-pacient-părinte, încrederea în medic, respectarea acțiunilor comune menite să asigure integritatea terapeutică adecvată [3].

Sunt interesante unele rezultate obținute de la rezondenți părinți ce telează minori cu diabet zaharat de tip 1 ce a fost identificat la o perioadă nu mai mică de 5 ani. Studiul s-a realizat în cadrul proiectului de cercetare „Abordarea interdisciplinară bioetico-socio-medicală a contingentului vulnerabil de populație cu stare severă de sănătate și posibilitățile de reabilitare” pe un eșantion de 72 respondenți în perioada noiembrie 2022 – mai 2023.

Aproape 10% dintre părinți au remarcat lipsa unui ajutor referitor la starea de sănătate a copilului cu diabet de tip 1 (*Figura 1*). Este interesant acest fapt dacă ținem cont că respectivului contingent de pacienți i se acordă diferite consultații medicale, sunt la evidență pentru tratament sanatorial etc. Se percepe existența a rezervelor neexplorate în această privință.

C2. Cât de des v-ați simțit neajutorat/fără suport psihologic, social, financiar cu privire la starea de sănătate a copilului D-voastră în decursul ultimei luni?

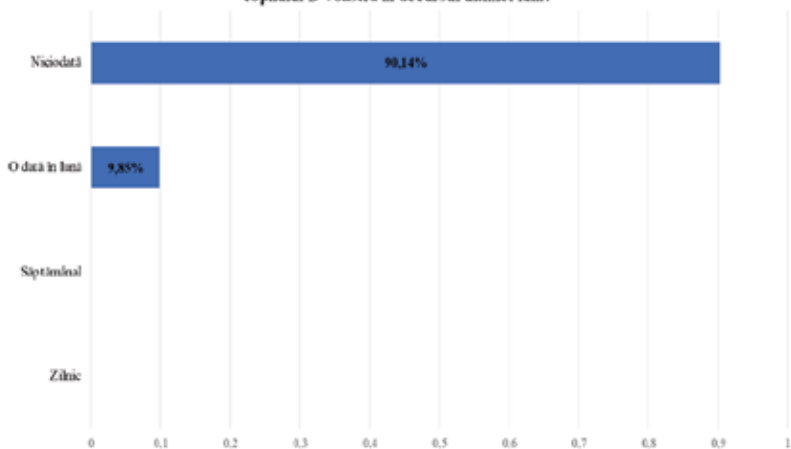


Figura 1. Unele dificultăți întâlnite datorită stării de sănătate a copilului.

Cu o serie de probleme se confruntă minorii în cadrul instituțiilor de învățământ. Aproape zece la sută remarcă calitatea slabă a predării și adaptării programului referitor la necesitățile copilului diabetic. Peste 4% se confruntă cu umilire sau discriminare pe criterii a stării de sănătate (nu numai de cât vizibilă, uneori doar cunoscută, survenită ca informație), iar 7% suferă abuz fizic sau verbal din partea colegilor. Această stare în mare parte se datorează curenților de ordin pedagogic din instituțiile de învățământ preuniversitare, lipsei unui management adecvat. Persistă și îngrijorarea lipsei de siguranță pentru deplasarea nesinistătoare a copilului în afara domiciliului – 5,63%, fapt ce reflectă prezența problemelor accentuate de sănătate, inclusiv dezechilibrul psihic (Figura 2).

C7. Determinați dificultățile cu care se confruntă copilul D-voastră în instituția de învățământ:

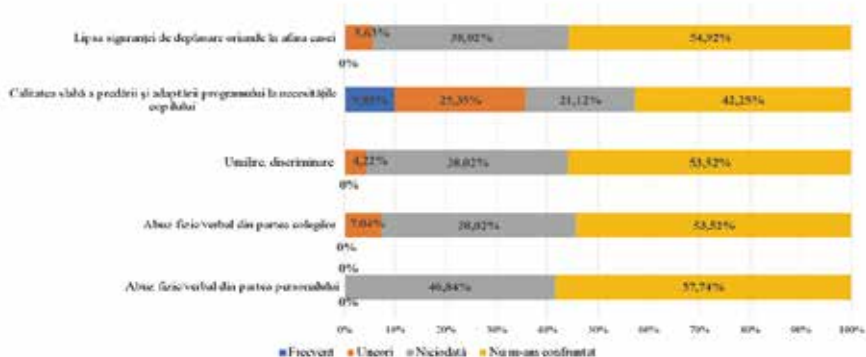
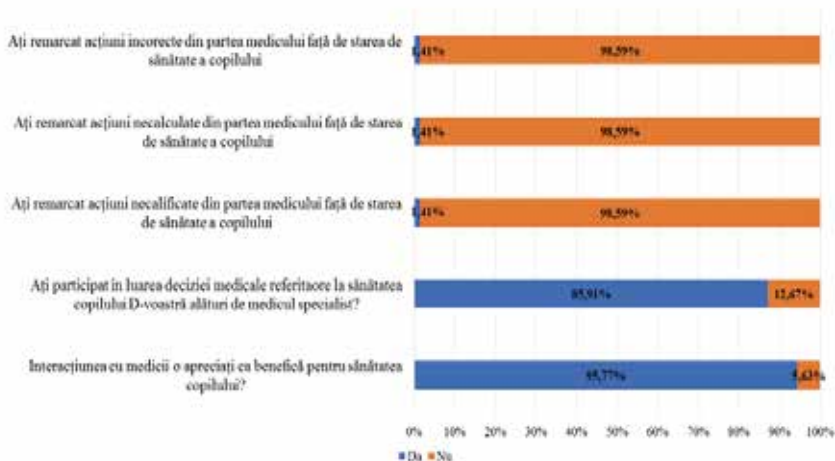


Figura 2. Dificultăți (inconveniențe) ale copilului în cadrul instituției de învățământ.

Un rol de bază în acordarea asistenței necesare copilului diabetic revine medicului specialist endocrinolog, căruia îi revine sarcina determinată în conduita actului terapeutic și a acțiunilor de reabilitare, extrem de necesare încă până la atingerea majoratului. În acest context doar puțin peste un procent (1,41%) din părinți au constatat manifestări necorespunzătoare ale medicului privind medicația copilului lor. Din contra, 85,91% respondenți menționează participarea părinților la luarea deciziilor împreună cu medicul, iar 95,77% apreciază drept benefică pentru sănătatea copilului a interacțiunii permanente cu medicul (Figura 3). Se întrevăd perspective de reabilitare biopsihosocială a minorului, sarcină ce inițial revine medicului endocrinolog în colaborare cu medicul reabilitolog.



B4. Vă rugăm să alegeți un răspuns care se apropie de felul cum ați perceput consultul medical?

Figura 3. Aprecierea profesionalismului medicului.
Coparticiparea la actul medical.

Utilizarea modelului biopsihosocial ca ghid de practică clinică permite medicului să fie conștient de toți factorii care influențează starea de sănătate a pacientului. Prezența factorilor psihosociali la anumiți pacienți contribuie la intervenția mai multor medici specialiști din domeniul sănătății. În același timp este important să se țină cont de limitele profesionale, precum și de principiile etice care asigură managementul cuprinzător al pacientului [4].

Diabetul zaharat la copii și adolescenți este una dintre cele mai frecvente patologii cronice întâlnită la vârsta pediatrică. Definită printr-o hiperglicemie persistentă ca urmare a deficitului secreției sau acțiunii insulinei, în lipsa tratamentului adecvat, această maladie are o evoluție progresivă și dezvoltă complicații incompatibile cu viața. Deoarece nu există metode de profilaxie primară, tratamentul cu insulină, pe măsură ce asigură supraviețuirea propriu-zisă a persoanelor cu diabet zaharat de tip 1, reprezintă totodată și o provocare continuă la acțiuni din partea pacientului, familiei, comunității pe de o parte și a sistemului medical de cealaltă parte, pentru utilizarea rațională a resurselor, îndreptate spre preîntâmpinarea dezvoltării complicațiilor specifice [5].

Cercetările descriptive identifică o serie de obiective potențiale pentru a îmbunătăți managementul și adaptarea diabetului zaharat tip 1 la copii, fiind necesare intervenții orientate pentru a reduce riscurile pentru complicațiile pe termen lung și pentru a îmbunătăți conduita cu derularea afecțiunii mai rapid și a spori calitatea vieții [6]. Până la vârsta de 18 ani persoanele minore trec prin etapele firești ale dezvoltării lor: biologice, psihologie, sociale cu toate stările afective dominante și cu problemele cauzate de unele disproporții ale dezvoltării lor, dar care se înscriu în cadrul admisibilului, sau cele survenite din mediul familial sau cel social. Însă unele situații, numite „de criză” sau „probleme presante” în lipsa unor asistențe corespunzătoare, pot evolua în mari dificultăți de ordin psihologic cu accentuate repercusiuni asupra comportamentului sau/și a modului de funcționare a sistemului psiho-somatic ș.a.

Dezvoltarea este un proces dinamic prin care copilul trece, în mod treptat, de la dependența de ceilalți pentru toate activitățile din perioada copilăriei, la maturitatea fizică, socială și psihologică în perioada adolescenței. În acest proces dinamic, funcționarea copilului este dependentă de interacțiunea continuă cu familia sau alte persoane care au grijă de el, într-un mediu apropiat, social. De aceea, dezvoltarea copilului nu poate fi văzută în mod izolat, ci din perspectiva copilului aflat în contextul sistemului familial. Acest aspect este foarte important atunci când se fac aprecieri care privesc funcționarea copilului în situații de viață. Influența interacțiunilor cu familia asupra funcționalității organismului copilului este mai accentuată în această etapă de dezvoltare, decât în orice alte momente ulterioare din viața sa individuală. Mai mult, pentru că pe baza acestor interacțiuni se construiește însușirea diverselor deprinderi în primii douăzeci de ani de viață, rolul mediului fizic și social este crucial.

Unele rezultate constată prezența stării de vulnerabilitate a minorului cu diabet în mediul social, fapt ce acționează asupra stării de sănătate în ambianță psiho-somatică. Referitor la aprecierea atitudinii față de copilul cu diabet tip 1 s-au obținut următoarele rezultate: 43,66% din părinți consideră că membrii societății văd în contingentul de copii ce această maladie cronică persoane cu aceleași drepturi ca și ale lor; 33,8% au o atitudine indiferentă; 19,71 au un sentiment de milă față de acești copii, iar 2,81% îi discriminează (*Figura 4*).

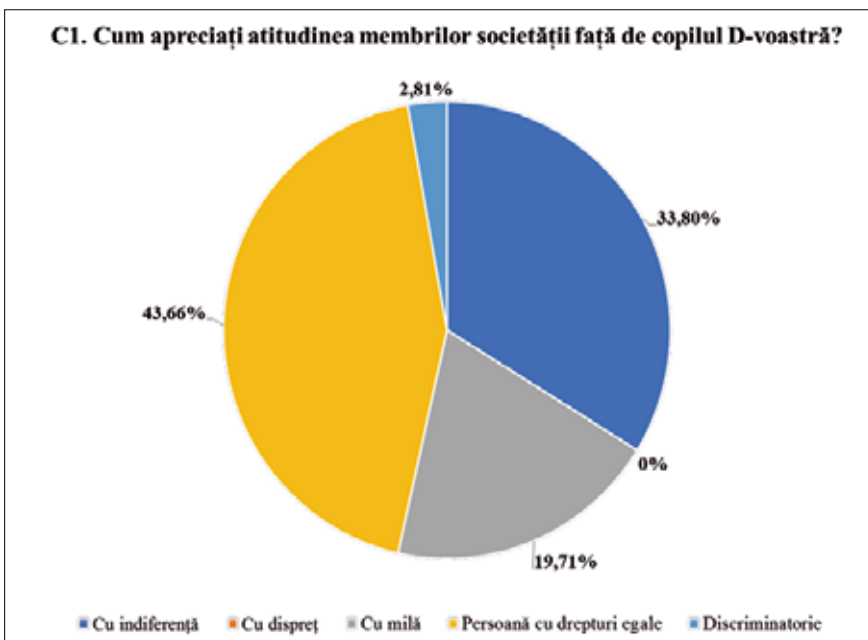


Figura 4. Situația copilului în mediul social.

Pe fondul dependenței copilului aflat în proces de dezvoltare, elementele fizice și sociale ale mediului au un impact semnificativ asupra funcționării organismului său. Factorii de mediu negativi au deseori un impact mai puternic asupra copiilor decât asupra adulților. De aceea, eforturile de prevenire și intervenție pentru promovarea sănătății și bunăstării copiilor se concentrează pe modificarea sau îmbunătățirea mediului fizic, social sau psihologic [7].

Configurarea contingentului de pacienți cu diabet zaharat tip 1 ce cuprinde vârsta de 12-18 ani constituie un interes deosebit pentru investigațiile științifice. Diabetul la acest nivel de vârstă se manifestă prin valori labile ale glicemiei fapt ce provoacă apariția sau agravarea complicațiilor. Este o perioadă dificilă a vieții când, pe de o parte, sunt prezente dificultăți psihoemoționale, comportamentale, fiziologice, probleme ale persoanei în micromediul social, și toate acestea fiind amplificate de maladia cronică de diabet tip 1, iar, pe de altă parte, anume în acest timp sunt necesare acțiuni

complexe de reabilitare, redresare a stării de sănătate și a calității vieții. Totodată, începând cu vârsta de 12 ani minorii pot fi mai facil școlarizați, informați și consiliați, de aceea e necesar de aplicat asistența psihosocială corespunzătoare.

Complicațiile cele mai frecvent întâlnite la intervalul de vârstă 12-18 ani sunt cele microvasculare: polineuropatia, nefropatia, retinopatia. Luând în considerație impactul negativ al bolii asupra pacientului, precum și prevalența crescândă a acesteia și amploarea la nivel mondial, educația referitor la cele mai bune practici în managementul și profilaxia diabetului este extrem de importantă. Devine tot mai actuală necesitatea implicării capacităților de a interveni cu procedee recuperatorii nu doar în cazuri grave, cu evidente complicații și incapacitate de redresare eficientă a funcționalității somatice și/ori psihice a organismului, ci și în cazul perioadelor de vârstă juvenilă, începând cu identificarea afecțiunii. O serie de publicații din ultimii cincisprezece ani accentuează tot mai evident faptul necesității unor măsuri de reabilitare imediat ce s-a stabilit diagnoza de diabet zaharat tip 1 la minori.

Un potențial enorm de influență benefică asupra minorilor revine medicilor care, în paralel cu specialiștii altor domenii, au o capacitate enormă nu numai în conduita terapeutică sau de reabilitare fizică, ci și în redresarea stării psiho-sociale și chiar a celei existențiale a persoanei afectate. Desigur că acest potențial reiese din gradul de pregătire corespunzătoare (profesională, psiho-pedagogică, comunicativă ș.a.) a specialistului în medicină [8].

Un factor important și determinant în conlucrarea eficientă dintre medic și pacientul minor, în paralel asistat și de reprezentantul acestuia, este cel al informației. Accentul se pune preponderent pe faptul cum medicul informează părintele despre starea sănătății copilului. Au survenit următoarele aprecieri: excelent – 52,11%, bine – 39,43%, satisfăcător – 7,04%, rău – 1,4% (Figura 3). Deci destul de vizibil este apreciat pozitiv medicul în informarea părinților (Figura 5).

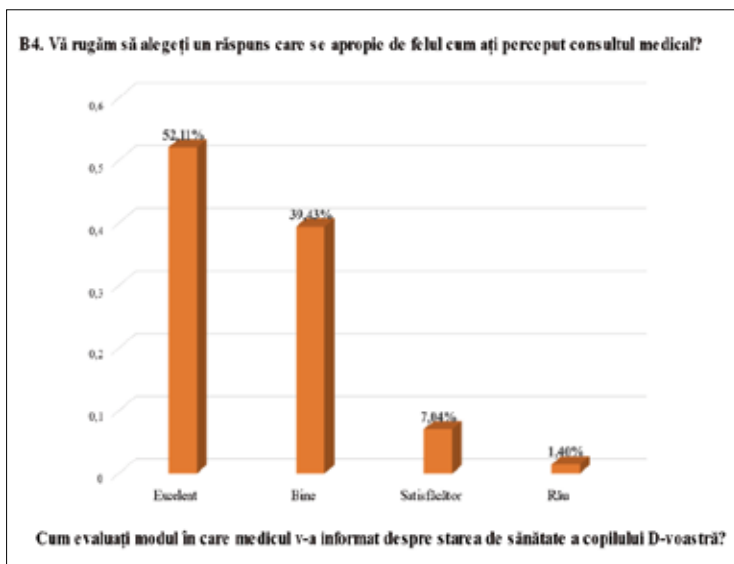


Figura 5. Informarea de către medic a stării de sănătate a copilului.

Concomitent s-a apreciat și faptul dacă informația a fost expusă explicit: total înțeleasă – 50,7%; înțeleasă – 36,61%; mai puțin înțeleasă – 11,26%; deloc înțeleasă – 1,4% (Figura 6).

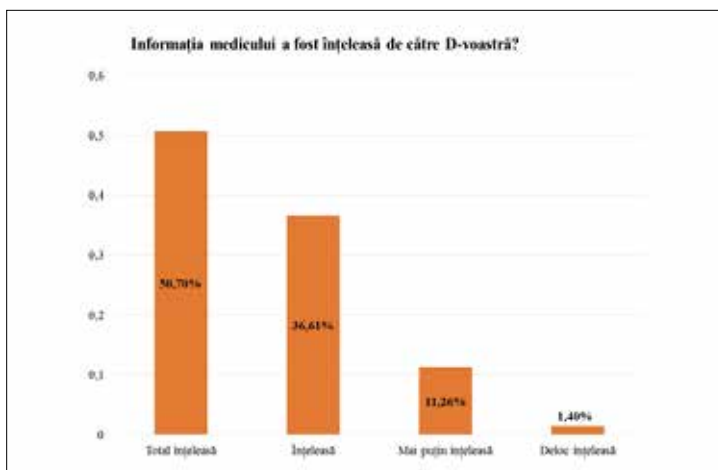


Figura 6. Informarea în mod explicit de către medic a stării de sănătate a copilului.

Abordarea modernă, pretutindeni acceptată, a prevenirii și tratamentului diabetului reprezintă acțiuni fragmentate sau preponderent unilaterale care, în general, se ghidează de indicele glicemic prevăzut în dietă, de asemenea de utilizarea medicamentelor hipoglicemice și a insulinei. Dar mult mai puțin, sau aproape deloc, se acordă atenție unor factori atât de importanți precum stilul de viață și sistemul psihosomatic, care sunt de fapt principalele cauze ale diabetului.

Factorul psihologic în cazul pacienților cu diabet zaharat de tip 1 reprezintă un cadru important în ajutorul pacienților minori care sunt în dependență permanentă, de administrarea insulinei și care au nevoie de auto-monitorizarea constantă a parametrilor metabolici. Problemele psihologice ale pacienților cu diabet zaharat pot fi cauza decompensării metabolismului glucidic. În unele studii, s-a arătat că la pacienții cu diabet zaharat de tip 1 tulburările de alimentație sunt mai frecvente în comparație cu populația. Comportamentul alimentar special poate fi motivul inexplicabilei imposibilități de a atinge compensația.

În cazul stabilirii unui obiectiv de a menține sau restabili sănătatea, atunci trebuie să se țină cont de faptul că acest proces nu se va produce instantaneu. Aceasta este o lucrare realizată pas cu pas, care necesită o abordare complexă, cu o utilizare lentă, graduală și regulată a algoritmilor de corectare a sindromului cognitiv-emoțional. În același timp omul dispune de posibilități și capacități practic nelimitate. Tot ceea ce conștiința umană este capabilă să-și imagineze, ea este capabilă să primească, pentru aceasta sunt necesare cunoștințe necesare și anumite eforturi. Corpul uman dispune de capacități unice: autoperfecționarea, autoreglare și autovindicare, pentru aceasta trebuie doar de creat condiții necesare și de eliminat cauzele apariției patologiei [9].

Diabetul zaharat de tip 1 la copii reprezintă o problemă medico-socială importantă în legătură cu creșterea progresivă anuală a prevalenței ei și nivelul înalt de invalidizare precoce. Probleme de ordin psihologic pot apărea la diferite etape de evoluție a diabetului zaharat și în special după stabilirea diagnozei. Debutul unei boli cronice confruntă copiii cu o situație care este extrem de stresantă în diferite moduri. Mai mult, diagnosticul și gestionarea bolii prezintă factori de stres majori pe termen lung și pentru părinți. Factorul psihologic reprezintă o verigă importantă în ajutorul copi-

ilor cu diabet zaharat tip 1 care sunt în dependență zilnică de administrarea insulinei și care au nevoie de automonitorizarea constantă a parametrilor biologici. Pentru un copil cu diabet zaharat de tip 1, scopul tratamentului constă în reducerea riscului de a dezvolta complicațiile pe termen lung, cauzate de nivelul ridicat al glicemiei, evitând hipoglicemia și asigurând creșterea și dezvoltarea normală atât din punct de vedere fizic, cât și din punct de vedere emoțional. Managementul diabetului în fiecare zi poate fi copleșitor, mai ales pentru copii. A trăi cu diabet poate fi extrem de solicitant atât pentru organism, cât și din punct de vedere psihosocial, întrucât diabetul adaugă un stres adițional vieții pacientului [10].

Modelul biopsihosocial se bazează pe înțelegerea naturii dinamice a diferiților factori care afectează experiența pacientului și rezultatele finale. Factorii sociali pot influența răspunsul comportamental al pacientului la condițiile sau simptomele fizice. Acest lucru se datorează în mare măsură faptului că factorii socioculturali — credințele despre boală sau tratament — pot determina pacienții să gândească diferit despre condițiile lor, eficacitatea tratamentului sau chiar disponibilitatea lor de a participa. Învățarea socială influențează dezvoltarea comportamentelor de răspuns la durere de către pacient, exprimarea durerii și chiar așteptările privind rezultatele. Influențele sociale afectează, de asemenea, modul în care familiile, grupurile comunitare și cunoștințele interacționează cu persoanele care se confruntă cu afecțiuni cronice, durere sau boli. În plus, așteptările etnice, normele culturale, chiar și stereotipurile de sex și vârstă afectează relația pacient-medic. O abordare de evaluare sau evaluare folosind modelul biopsihosocial ca ghid subliniază nu numai simptomele și factorii biologici sau fizici, ci și perspectiva experiențială a pacientului. Acesta abordează probleme mai largi, cum ar fi componentele biologice, psihologice și sociale, care rămân unice pentru acel pacient individual. Atunci când se selectează unele măsuri de utilizat într-o evaluare, trebuie de luat în considerare măsurile care vor fi asimilate unei analize complete a stării și experienței unice a pacientului. În general, se recomandă să se urmeze o abordare pas cu pas a evaluării [11].

Crearea unei abordări integrate a diabetului zaharat, care să țină cont alături de aspecte biomedicale și de cele psihosociale ale bolii, este una din cele mai actuale probleme în endocrinologie. Cu toate acestea, există

încă provocări în recunoașterea și gestionarea dimensiunilor psihologice și sociale ale bolilor cronice precum e diabetul. În acest context este necesară studierea aspectelor psihosociale ale diabetului zaharat tip 1 la copii și impactul acestora asupra calității vieții pentru eficientizarea metodelor actuale de tratament și reabilitare [12].

Reabilitarea include multe aspecte și metode și vizează atât sănătatea psihică, cât și cea fizică, a integrității organismului pacientului în general. Există diverse direcții și profiluri de reabilitare a copiilor în dependență de grupul socio-medical al pacientului concret. Reabilitarea minorilor cu diabet zaharat tip 1, insulino-dependent, e o problemă atât medico-socială, cât și una specială, multidisciplinară și multivalentă. Nu întâmplător o mare parte din respondenți (71,83%) remarcă, fie și parțial, necesitatea unei asistențe suplimentare pentru copil (*Figura 7*). Se poate presupune că acest număr reprezintă partea cea mai atentă, grijulie față de starea de sănătate a copilului, intuind acțiuni suplimentare, în afară de cele curative propriu-zise – cele de reabilitare. Iar o satisfacere mai cuprinzătoare a necesităților de sănătate ale pacienților pentru vârsta de până la 18 ani poate fi realizată doar printr-un complex biopsihosocial bine pus la punct de către medicii specialiști endocrinologi și reabilitologi.

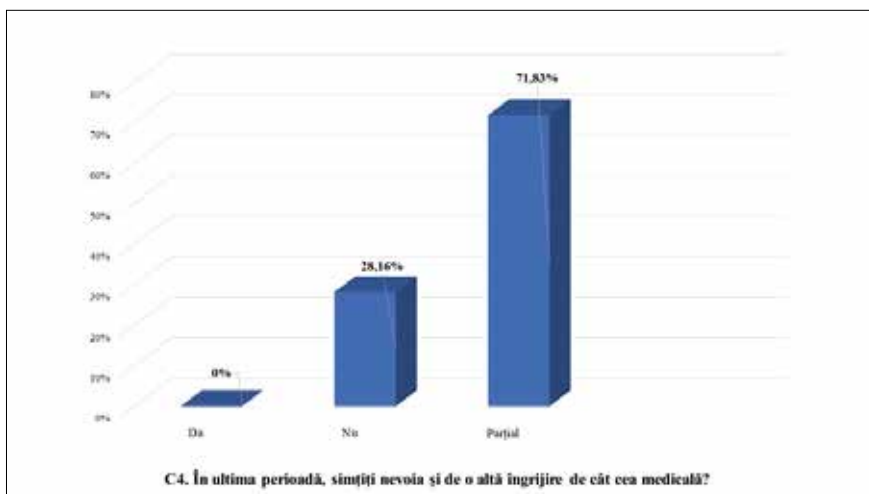


Figura 7. Necesitatea unei asistențe suplimentare a copilului.

Pentru a propune un program de reabilitare personalizat la acești copii cu diabet zaharat tip 1, e necesar inițial de a chestiona subiectul și a determina anumite scale – funcționalitate, emoționalitate, socială la diferite etape în dependență de vârstă, școlarizare, psiho-socială etc. E necesar de evidențiat complicațiile diabetului zaharat inclusiv angiopatiile, de determinat stilul de viață personificat și biotipizat, regimul alimentar, monitorizarea – starea de sănătate, somnul, înălțimea, greutatea, creșterea și dezvoltarea. Menținerea compensației metabolismului general și cel glucidic și a glucozemiei, sporirea calității vieții și procesului educațional al copiilor cu diabet zaharat tip 1 este problema principală a diabetologiei și reabilitării copiilor. Dezvoltarea continuă a tehnologiilor, dar și a științei medicale a permis noi oportunități terapeutice și de reabilitare și de control al glucozemiei, a determinat metode și tehnologii noi a insulinoterapiei. Aceste metode noi de substituție permanentă a insulinei a permis controlul metabolismului și a fost subiectul diferitor cercetări. Adaptabilitățile copiilor la un mod specific de viață, în condițiile permanente de insulinoterapie, a modului de alimentație, de monitorizare a glucozemiei, dar și de readaptare sau reabilitare, este actuală și determină calitatea vieții copiilor cu diabet zaharat tip 1 [13].

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 sun 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. Gradul de implicare diversă și activă a componentelor teoretice în elaborarea unui concept de reabilitare a diabetului zaharat tip 1 la copii, 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 [14].

Reabilitarea pacienților în toată lumea reprezintă multiple probleme de sănătate publică și de stat. Invaliditatea, ca urmare a diferitor boli induce pierderi umane și economice. Toate acestea atestă caracterul inadecvat al soluțiilor în acest domeniu în prezent și necesită o investigație cu privire la motivele precum și justificările acțiunilor practice. Nivelul actual al cunoașterii problemei ne permite să găsim noi abordări a problemei, iar realizarea pozitivă a acesteia e posibilă la scară regională. Evidentă este necesitatea elaborării detaliate a abordărilor metodologice pentru studiul procesului de reabilitare sistemică și stabilirea unei platforme științifice și practice a serviciilor de reabilitare, inclusiv a pacienților cu diabet zaharat tip 1. Toate acestea trebuie să fie făcute astăzi, pentru că sistemele necoordonate de reabilitare a pacienților în majoritatea instituțiilor nu găsesc o alternativă rezonabilă nici în aspect medical, nici în aspect social. Elaborarea și punerea în aplicare a infrastructurii de reabilitare pentru copiii cu diabet zaharat tip 1, precum și a măsurilor complexe de reactivare pentru dirijarea procesului de autoreglare și reabilitare eficace – este calea reală de a îmbunătăți asistența medicală și calitatea vieții lor. Deci, actualitatea reabilitării precum și a bolnavilor cu diabet zaharat tip 1, dar și necesitatea creării unor noi forme de organizare a acestor servicii pe teritoriul Republicii Moldova – este evident [15].

Așa dar, contingentul de pacienți cu diabet zaharat tip 1 sub vârsta de 18 ani reprezintă un grup de populație cu vulnerabilitate specifică, suprapus pe câteva paliere: maladie cronică incurabilă cu capacitatea de deteriorare treptată, dar progresivă a funcționalității unor organe; vârstă minoră în care persoana este încă incapabilă de a-și asigura existența independent;

evoluare psihică și fizică dinamică cu unele schimbări de comportament și prezența unor procese hormonale intense. Diabetul la acest nivel de vârstă se manifestă prin valori labile fapt ce provoacă apariția sau agravarea complicațiilor.

În atare perioadă a vieții când, pe de o parte, sunt prezente dificultăți psihoemoționale, comportamentale, fiziologice, probleme ale persoanei în micromediul social, și toate acestea fiind amplificate de maladia cronică de diabet tip 1, iar, pe de altă parte, anume în acest timp sunt necesare acțiuni complexe de reabilitare, redresare a stării de sănătate și a calității vieții. Actualitatea de a interveni cu diverse metode de reabilitare este evidentă nu doar în cazuri grave, cu prezența complicațiilor și incapacității de redresare eficientă a funcționalității somatice și/ori psihice a organismului, ci și în cazul perioadelor de vârstă juvenilă, începând cu identificarea afecțiunii. Corelarea acțiunilor de reabilitare propriu-zise cu cele clinico-endocrinologice formează un potențial cu posibilități aplicative novatorii și accentuat de efectiv. Debutul acțiunilor întreprinse în acest context e necesar de al derula prin realizarea unui concept teoretico-practic eficient.

Referințe bibliografice

1. Chiriac A. et all. Managementul contemporan al diabetului zaharat la copii și adolescenți. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. 2018, Nr. 1 (58), pp.35-39.
2. Ojovan Vitalina. Oportunitatea reabilitării minorilor cu diabet zaharat de tip 1. În: Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale. Ediția a V-a. 7-8 octombrie 2022, Chișinău. Chișinău: Print Caro, 2022, pp.249-256.
3. Ojovan Vitalina. Configuring the essential topics of vulnerability in children with type 1 diabetes. In: MedEspera 2020: The 8th International Medical Congress for Students and Young Doctors. 2020, 24-26 september, Chisinau, Rep. of Moldova. Abstract Book. Chișinău: F.E.-P. „Tipografia Centrală”, 2020, p.318.
4. Biopsychosocial model. Disponibil: https://www.physio-pedia.com/Biopsychosocial_Model (accesat: 02.10.2023).
5. Chiriac A. et all. Managementul contemporan al diabetului zaharat la copii și adolescenți. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. 2018, Nr. 1 (58), pp.35-39.

6. Streisand R., Monaghan M. Young children with type 1 diabetes: challenges, research, and future directions. In: Current Diabetes Reports. 2014, Vol. 14(9), p.520.
7. Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății: versiunea pentru copii și tineri: CIF-CT. Geneva: Organizația Mondială a Sănătății, 2007.
8. Ojovan Vitalina. Oportunitatea reabilitării minorilor cu diabet zaharat de tip 1. În: Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale. Ediția a V-a. 7-8 octombrie 2022, Chișinău. Chișinău: Print Caro, 2022, pp.249-256.
9. Mereuță I., Ojovan Vitalina, Fedăș V. Diabetul zaharat: Sistemul integral de corecție a stării funcționale în hiperglicemie. Chișinău: Poliviz-Design, 2022, pp.44-45.
10. Ojovan Vitalina. Aspecte psihosociale ale diabetului zaharat de tip 1 la copii. În: Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale. Ediția a V-a. 7-8 octombrie 2022, Chișinău. Chișinău: Print Caro, 2022, pp.299-301.
11. What is the Biopsychosocial Model? How does it apply to Rehabilitation Treatment? Disponibil: <https://rehabupracticesolutions.com/biopsychosocial/> (accesat: 12.10.2023).
12. Ojovan Vitalina. Aspecte psihosociale ale diabetului zaharat de tip 1 la copii. În: Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale. Ediția a V-a. 7-8 octombrie 2022, Chișinău. Chișinău: Print Caro, 2022, pp.299-301.
13. Ojovan Vitalina. Calitatea vieții și modul de viață al copiilor cu diabet zaharat tip I cu vârsta de 12-18 ani în dependență de modul de administrare a insulino-terapiei. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. 2022, Nr. 2(73-S), pp.148-152.
14. Ojovan Vitalina. Repere teoretice prioritare în tactica acțiunilor de reabilitare a diabetului zaharat de tip 1 la copii. În: Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale. Ediția a II-a. 8-9 noiembrie 2019, Chișinău. Chișinău: Print Caro, 2019, pp.327-333.
15. Ojovan Vitalina. Reabilitarea copiilor de 12-18 ani cu diabet zaharat tip 1. În: Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale. Ediția a IV-a. 29-30 octombrie 2021, Chișinău. Chișinău: Print Caro, 2022, pp.377-380.

VULNERABILITATEA PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI ÎN ACCESAREA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRE A SĂNĂTĂȚII

Elena Șargu

Dreptul la sănătate este un drept fundamental care presupune oferirea de servicii de asistență medicală de calitate prin furnizarea de dispozitive necesare, echipamente medicale, personal medical calificat etc. Astfel, dincolo de afecțiunile medicale cu care se confruntă pacienții, aceștea pot deveni vulnerabili în anumite circumstanțe ceea ce afectează calitatea sau conduita actului medical. Vulnerabilitatea este un concept cuprinzător folosit în general pe scară largă de identificare a persoanelor, grupurilor sau populațiilor a căror autonomie este lezată, în vederea înțelegerii intrinseci sau natura extrinsecă a conceptului și, de asemenea, pentru a explica modul în care anumite fenomene macrosociale generează starea de vulnerabilitate.

Vulnerabilitatea privită ca „fragilitate umană” aplicată tuturor este considerată o abordare care generează un sens considerat a fi prea larg, pentru că dacă toată lumea este vulnerabilă, atunci devine și conceptul vag pentru a deveni semnificativ. Vulnerabilitatea ca sensibilitate de a fi vătămat și predispus are o conotație mai restrânsă centrată pe caracteristicile de grup ale populațiilor vulnerabile, cu accent pe capacitatea de a consimți, adică cei care sunt expuși la anumite condiții de nedreptate, suferință sau, din diverse motive se fac vinovați de situațiile lor. Bioetica, în eforturile sale de identificare, definire și clasificarea vulnerabilității, relevă aspecte semnificative ale grupurilor marginalizate, inclusiv copiii, prizonierii, femeile însărcinate, sau pacienți cu HIV/SIDA, abuz de alcool sau droguri, persoane predispuse la sinucidere sau crimă, violență domestică, persoane fără adăpost, imigranți, refugiați etc. De remarcat caracterul deschis al listei de norme comune pentru populații vulnerabile, subliniate de faptul că aproape toată lumea, la un moment dat al vieții, se va confrunta cu o boală, care reprezintă și o stare de vulnerabilitate [1].

Vulnerabilitatea prin stigmatizare și marginalizare are un impact major asupra stării de sănătate, a instabilității acesteia, fiind frecvent consecința politicilor și practicilor publice fără o cauză justă care are un impact major

în mod special asupra persoanelor cu dizabilități. La nivel global, una din șapte persoane trăiesc cu o anumită formă de dizabilitate. Cu toate acestea, nevoile lor sunt frecvent neglijate. Ca și în cazul tuturor membrilor populației generale, nevoile de sănătate ale persoanelor cu dizabilitățile în mare măsură pot varia. Gama de servicii disponibile pentru populația generală trebuie să fie, de asemenea, accesibilă și persoanelor cu diverse grade de dizabilitate. De asemenea, o atenție deosebită necesită satisfacerea nevoile de sănătate a persoanelor cu dizabilități psihosociale și alte afecțiuni de sănătate mintală. Asigurarea unei sănătăți mentale optime este o parte integrantă a furnizării serviciilor de sănătate, care a primit atenție insuficientă din partea factorilor de decizie politică și, de asemenea, a societății în general. Ca urmare, această situație impune o povară enormă de boli și obstacole tot mai mari în calea asigurării bunăstării acestei categorii de populație. Deși guvernele nu pot oferi garanții împotriva anumitor afecțiuni și dizabilități, acestea sunt responsabile pentru întreprinderea de măsuri pentru promovarea sănătății și satisfacerea necesităților persoanelor cu dizabilități, inclusiv pe plan social, mediu fizic, juridic sau economic.

Un tablou al *Modelului Medical vs. Modelul Social* al dizabilității presupune următoarele:

Modelului Medical al dizabilității

Poate cea mai semnificativă și răspândită prejudecată care afectează drepturile omului și persoanele cu dizabilitate, este ideea că dizabilitatea este pur și simplu o problemă medicală care trebuie rezolvată sau o boală care trebuie „vindecată”. Această noțiune implică faptul că o persoană cu dizabilități este cumva „deteriorată” sau „bolnavă” și necesită reparare sau vindecare. Prin definirea dizabilității drept problemă și intervenția medicală ca soluție, indivizii, societățile și guvernele evită responsabilitatea de a aborda barierele care există în mediul social și fizic. În schimb, ei plasează povara abordării „problemei” persoanei cu dizabilități pe profesia medicală. Multe guverne din întreaga lume au alimentat modelul medical prin finanțarea cercetărilor medicale extinse care își propune să găsească „tratamentul” pentru anumite dizabilități, fără a oferi în același timp finanțare pentru a elimina barierele care le creează dizabilitatea în societate, responsabilitatea de a aborda barierele care există în mediul social și fizic.

Modelul Social al dizabilității

Modelul social percepe dizabilitatea ca fiind ceva care este creat de

barierele și atitudinile din societate, nu o trăsătură sau o caracteristică inerentă persoanei. În cadrul modelului social, societatea creează multe dintre barierele sociale și fizice pe care le considerăm „invalidante”, iar acest model se concentrează pe eliminarea acelor bariere, nu pe „remediarea” sau „vindecarea” dizabilităților. Aceasta include modificarea mediului creat, furnizarea de informații în formate accesibile și asigurarea faptului că legile și politicile sprijină exercitarea participării depline și a nediscriminării persoanelor cu dizabilități [2].

Starea de sănătate a persoanelor cu dizabilități este adesea mai precară decât cea a populației generale. Până relativ recent, astfel de diferențe erau considerate frecvent ca fiind o consecință inevitabilă a dizabilității, dar este din ce în ce mai recunoscut faptul că reprezintă rezultatul inegalităților și inechităților în accesul la asistență medicală. Problemele de dizabilitate se manifestă în mare măsură în contexte sociale și relații sociale, mai degrabă decât în starea medicală a unei persoane. În contextul sănătății, stigmatizarea și prejudecățile dau naștere unor bariere suplimentare cu care se confruntă persoanele cu dizabilități. Acestea includ bariere fizice care împiedică accesul persoanelor cu dizabilități la instituțiile de sănătate, bariere informaționale care limitează accesul persoanelor cu dizabilități la alfabetizare în domeniul sănătății, bariere atitudinale care dau naștere la discriminări care pot avea implicații grave pentru drepturile persoanelor cu dizabilități, în special pentru cele cu dizabilități psihosociale. Accesul la asistență medicală pentru această categorie de persoane se extinde cu mult dincolo de factorii descriși mai sus. Pot apărea diferențe de acces la servicii de sănătate și sociale datorită disponibilității în măsura în care serviciile pot fi rare sau pur și simplu nu pot fi furnizate anumitor grupuri, calitatea poate varia între grupuri.

Exemple:

- Acolo unde accesul la tratamente medicale este limitat, este posibil ca persoanele cu dizabilități să nu aibă prioritate pentru tratament. De exemplu, în cazul HIV/SIDA, persoanele cu dizabilități pot să nu primească terapie aniretrovirală și profilaxie post-expunere din cauza stigmatizării și discriminării legate de dizabilitate.
- Confidențialitatea poate fi compromisă pentru persoanele cu dizabilități care solicită tratament sau consiliere medicală din cauza prezenței asistenților personali sau a specialiștilor care interpretează limbajul semnelor.

- Persoanele care oferă asistență tehnică pentru implementarea programelor de sănătate publică nu au experiență în domeniul dizabilității și, prin urmare, lasă dizabilitatea în afara evaluărilor lor.

- Este posibil ca materialele scrise despre probleme de sănătate să nu fie accesibile persoanelor nevăzătoare. Mesajele radio nu pot fi accesate de persoanele cu deficiență de auz [3].

Barierile de atitudine pot avea un impact devastator asupra calității sănătății în special pentru persoanele cu dizabilități care au o lungă istorie de neînțelegere, stigmatizare. Realitatea demonstrează o serie de curențe ale sistemului medical ceea ce ține de asistența de urgență și anume *accesibilitatea* și prioritățile în astfel de cazuri. Acest lucru poate fi redat prin următoarea situație [4]:

O mamă își duce fiul autist în vârstă de șapte ani la serviciul de urgență pentru că și-a tăiat mâna cu un ciob de sticlă. Nu este o rană profundă sau gravă, dar ea continuă să sângereze. Copilul este vizibil agitat. Se plimbă în zona de așteptare, strigând intermitent și fluturând mâna sângerândă. Este vineri seara, zona de așteptare este plină, iar timpii de așteptare sunt de patru ore sau mai mult. Pe măsură ce timpul trece, copilul devine tot mai agitat. Se întinde pe podea și începe să scoată un țipăt străpungător. Alți pacienți din zona de așteptare se plâng de zgomot.

În acest scenariu, există o problemă legată de timpul lung de așteptare pentru îngrijirea de urgență a unui pacient care nu are nevoie fizic de îngrijire imediată. Cu toate acestea, cu cât acest pacient trebuie să aștepte mai mult în zona de urgență, cu atât va avea mai multe dificultăți în acceptarea tratamentului. Unele persoane cu autism sunt afectate de schimbările de rutină, medii nefamiliare și stimuli de mediu, cum ar fi lumini fluorescente pâlpâitoare, zgomote, culori strălucitoare și alți stimuli. Referitor la luarea în considerare a modului de reducere a timpului de așteptare de urgență și a modului de triaj a cazurilor mai puțin urgente, asistentele medicale de practică avansată trebuie să ia în considerare multe alte aspecte ale îngrijirii „accesibile”. Există o serie de resurse care pot fi utilizate pentru a reduce factorii declanșatori de mediu pentru probleme de comportament pentru persoanele cu autism și pentru a crea medii favorabile și primitive pentru această categorie de persoane.

Sensibilizarea este esențială pentru construirea capacității organizaționale și individuale de a furniza o gamă de servicii de sănătate care să per-

mită persoanelor cu dizabilități să trăiască o viață pe deplin incluzivă în comunitățile lor. Referitor la criza declanșată de pandemia COVID-19, etica sănătății publice susține că echitatea necesită maximizarea numărului total de vieți salvate pe parcursul acestei crize. Pentru mulți din comunitatea persoanelor cu dizabilități, totuși, echitatea înseamnă că persoanele cu dizabilități și boli cronice au aceleași șanse de a primi îngrijire medicală maximă ca și persoanele sănătoase. Multe persoane cu dizabilități, care au trăit de mult timp realitățile socio-politice, percep aceleași criterii medicale drept motive obișnuite de discriminare. Există puncte importante de consens larg în care bioeticienii, profesioniștii din domeniul medical și reprezentanții persoanelor cu dizabilități sunt preocupați de procesul de triaj al persoanelor cu dizabilități care reprezintă o etapă importantă în procesul de evaluare și stabilire a priorităților din punct de vedere clinic. O serie de dileme apar în acest context în mod special în perioadele de criză când este dificil de a oferi asistență echitabilă tuturor cetățenilor. De exemplu, pentru personalul medical perioada COVID-19 a reprezentat o adevărată provocare în ceea ce privește distribuirea resurselor limitate, inclusiv dileme ce includ spațiul (paturi de terapie intensivă), personal (asistenți de îngrijire a pacienților în stare gravă, terapeuți și alți clinicieni formați și dotați cu echipamente esențiale) și rechizite (echipament de protecție personală, ventilatoare). Deciziile de triaj care ridică și o serie de dileme se referă la includ:

- determinarea cine ar trebui internat într-o unitate de terapie intensivă atunci când nu există suficiente paturi pentru toți pacienții care au nevoie de acest nivel de îngrijire;
- alocarea ventilatoarelor atunci când numărul de pacienți în stare critică depășește numărul de ventilatoare disponibile.

Niciun sistem de triaj nu poate fi „perfect”, iar unele decizii luate în situații de criză pot reprezenta o adevărată povară pentru echipele de triaj și pentru profesioniștii din domeniul. Guvernele, din cauză că nu au reușit să planifice această situație de criză, pandemia COVID-19 a fost considerată un dezastru de sănătate publică fără egal.

Cu perspective diferite asupra echității și, prin urmare, obiective diferite ale triajului, metodele de triaj oferite persoanelor cu dizabilități precum și a persoanelor sănătoase diferă și ele. Mulți din comunitatea persoanelor cu dizabilități preferă metodele care elimină luarea în considerare a condițiilor de sănătate subiacente și nu abordează supraviețuirea pe termen scurt

sau lung. Un rezumat al politicii Fondului pentru educație și apărare pentru drepturile persoanelor cu dizabilități (DREDF) prezintă în mod explicit acest argument și sugerează ca atunci: „Când se confruntă cu pacienți cu un nivel similar de urgență a tratamentului, furnizorii ar trebui să-și mențină practica existentă de „primul venit, primul servit”, în loc să acorde prioritate oamenilor care ar avea nevoie de cele mai puține resurse”. Metodele standard de sănătate publică alocă resurse pe baza probabilității de a supraviețui tratamentului de îngrijire critică și a mortalității pe termen lung, chiar dacă acest lucru sfârșește prin a avantaja persoanele fără afecțiuni comorbide majore, deoarece aceasta ar maximiza numărul de vieți salvate.

În speranța minimizării discriminării și a neglijării persoanelor cu dizabilități în perioadele de criză se propun următoarele măsuri:

- Într-un forum online public și accesibil, efectuarea unor propuneri pentru serviciile de triaj disponibile pentru propuneri și sugestii din partea comunității. Menținerea legăturilor cu grupurile locale pentru drepturile persoanelor cu dizabilități pentru a oferi informații. Comunicarea publicului protocolului finalizat și raționamentul din spatele acestuia în mai multe formate și limbi.
- Formarea unui comitet multidisciplinar, independent de echipa de triaj, care supraveghează deciziile luate cu privire la alocarea resurselor limitate de îngrijire critică (cum ar fi paturile de terapie intensivă și ventilatoarele). Acest comitet ar trebui să includă reprezentanți ai pacienților cu dizabilități, al căror rol ar trebui să includă monitorizarea eventualelor părtiniri sau modele discriminatorii.
- Instruirea echipelor de triaj și a comitetelor de supraveghere cu privire la evitarea discriminării împotriva persoanelor cu dizabilități, inclusiv pericolele asumării unor decizii non-echitabile în acest sens.
- Implicarea comunităților cu dizabilități în planificarea crizelor, de preferință înainte de apariția unui dezastru de sănătate publică [5].

Încrederea joacă un rol vital în sănătatea publică. Din cauza eșecurilor de administrare, există o reală neîncredere în sistemul medical. Încrederea este o componentă crucială în sănătatea publică, lipsa căreia generează o punte de neajutorare, îndoială față de asistența medicală. Este nevoie de o abordare bazată pe încredere, mai degrabă decât o abordare bazată pe control. Neîncrederea duce la o interacțiune slabă cu sistemul de sănătate în timp ce încrederea este esențială, deoarece duce la o mai bună conformita-

te, deschidere etc. Astfel, sistemele de sănătate ar trebui să depună eforturi pentru a dezvolta și îmbunătăți încrederea în rândul persoanelor cu dizabilități în care acest grup vulnerabil nu se simte lăsat în afara sistemului de sănătate. Dobândirea încrederii va fi punctul forte de reducere a barierelor la nivelul sistemului de sănătate în calea asigurării unei îngrijiri medicale mai bune pentru persoanele cu dizabilități și îmbunătățirea calității vieții acestora. Îmbunătățirea managementului, v-a construi încrederea între sistemul de sănătate și persoanele cu dizabilități [6].

Datorită vulnerabilității în fața problemelor de sănătate menționate mai sus, în medie, persoanele cu dizabilități sunt susceptibile să solicite și să utilizeze serviciile de sănătate într-o măsură mai mare decât persoanele fără dizabilități. Persoanele cu dizabilități necesită aceleași servicii generale de sănătate ca și persoanele fără dizabilități, de la promovare, prevenire și tratament, până la reabilitare și îngrijiri paliative. Persoanele cu dizabilități pot necesita, de asemenea, diferite tipuri de servicii specializate (de exemplu, reabilitare sau dispozitive de asistență) sau anumite adaptări (de exemplu, comunicare în limbajul semnelor). Raportul mondial referitor la dizabilitate rezumă rezultatele Studiului Mondial al Sănătății în 50 de țări, raportând comportamentul indivizilor în căutarea îngrijirii în funcție de nivelul de venit al țării. Analiza a constatat că, în țările cu venituri mici, o proporție semnificativ mai mare atât de bărbați, cât și de femei cu dizabilități (>18 ani) au căutat îngrijire în regim de internare și ambulatoriu. Un aspect cheie este dacă există echitate în calitatea sănătății și a asistenței medicale între persoanele cu și fără dizabilități. Echitatea în sănătate poate fi împărțită în *echitate verticală* – se referă la grupuri diferite de persoane cu aceleași nevoi tratate la fel – și *echitate orizontală* – sunt persoane cu nevoi diferite tratate diferit în funcție de nevoile lor de sănătate. Deoarece necesitățile persoanelor cu dizabilități și ale persoanelor fără dizabilitate nu sunt aceleași, măsura echității în sănătate nu ar trebui să fie o paritate în accesarea acestora: ar trebui să funcționeze în măsura în care serviciile de sănătate răspund nevoilor medicale și de reabilitare complexe ale persoanelor cu dizabilități, de ex. echitate orizontală în sănătate [7]. Filosoful american Martha Nussbaum, consideră că resursele ar trebui folosite pentru a-i ajuta pe cei cu deficiențe să se bucure de o calitate mai bună a vieții. Credința lui Nussbaum în importanța utilizării corecte și alocarea resurselor provine din teoria ei referitoare la capacitățile umane. Nussbaum

susține că există zece categorii fundamentale de capacități umane pe care fiecare om trebuie să fie capabil să le realizeze pentru a trăi o viață împlinită. Cele zece capacități sunt: viața, sănătatea corporală, integritatea corporală, utilizarea simțurilor, imaginația și gândirea, emoțiile, rațiunea practică, apartenența la un grup, recunoașterea altor specii, controlul asupra mediului înconjurător. Nussbaum consideră că „dacă oamenii sunt sub pragul oricăreia dintre capacități” societatea și guvernele au obligația de a se asigura, pe cât posibil, că fiecare are capacitatea de a realiza toate cele zece capacități umane. Dacă există un standard universal pentru ceea ce presupune o viață umană împlinită, atunci societatea trebuie să furnizeze resursele de îngrijire și schimbările sociale necesare pentru a ridica pe toată lumea la standardul universal de viață. De exemplu dacă cineva are nevoie de un aparat auditiv pentru a avea întreaga capacitate de „a auzi”, atunci societatea are obligația de a furniza acelei persoane un aparat auditiv. În esență, resursele sunt mecanismul prin care unei persoane cu o deficiență i se reduc sau i se elimină deficiența.

Multe persoane cu dizabilități consideră că viața lor este mai bună din cauza dizabilității lor și nu ar dori să intervină nici sub o formă pentru a elimina deficiența dacă o astfel de opțiune ar fi disponibilă pentru ei; în plus, mulți cred că crearea de „remedii” pentru dizabilități care elimină sau atenuază unele dintre efectele negative ale unei deficiențe sunt discriminatorii pentru persoanele cu dizabilități prin concepția precum că ei nu sunt bineveniți în societate decât dacă își conformează corpul și afecțiunea lor la normele sociale. De exemplu, ca răspuns la un medicament care promovează creșterea despre care se crede că ajută la „vindecarea” nanismului prin atenuarea efectelor secundare negative ale bolii și stimularea creșterii, unul din membrii *Little People for America* (una dintre cele mai mari organizații din SUA care reprezintă persoanele cu nanism) a declarat: „oameni ca mine sunt pe cale de dispariție și acum vor să mă declare dispărut”. Spre deosebire de Martha Nussbaum, filozoful Iris Marion Young nu este de acord cu abordarea capacităților și, alternativ, consideră că în loc ca statele să se concentreze asupra distribuției resurselor pe baza capacităților umane, societatea ar trebui să se concentreze mai întâi pe cum dominația și opresiunea afectează anumite grupuri ale societății. Young susține că simpla concentrare pe alocarea resurselor poate ignora multe dintre probleme care sunt importante pentru grupurile marginalizate, inclusiv pentru

populația cu dizabilități. Cauza principală a multora problemele societale, inclusiv dizabilitățile, din perspectiva lui Young sunt societatea însăși. Filosoful consideră, că din punct de vedere al modelului social al dizabilității, societatea definește ce este capacitatea și, prin urmare, creează un grup de persoane cu dizabilități compus din orice persoană care nu corespunde cu definiția de capacitate. Societatea recunoaște acest grup diferit și caută să distribuie resurse să contribuie la atenuarea diferenței dintre grupurile de persoane apte de muncă și persoane cu dizabilități. Totuși, această soluție nu reușește să recunoască originea și impactul real al problemei [8].

Filosoful Kittay consideră că „o etică a îngrijirii trebuie să mențină împreună o concepție tripartită bazată pe muncă, atitudine și virtute”. Îngrijirea ca muncă în mod corespunzător recunoaște efortul și priceperea oferită persoanei cu dizabilitate de către un îngrijitor. O atitudine de grijă este un respect pentru importanța relației îngrijit/îngrijitor, înțelegerea nevoilor care trebuie să facă parte din relație pentru ca viața celui îngrijit să fie una calitativă. Grijă ca virtute semnifică valoarea pe care atât indivizii, cât și societatea ar trebui să o acorde îngrijirii dacă se dorește a se obține o înțelegere adecvată a valorii îngrijirii. Înțelegerea celor trei aspecte ale îngrijirii creează o lume în care umanitatea este conectată prin relații de îngrijire în care finalul este îmbunătățirea calității vieții indivizilor care au nevoie de această îngrijire.

În mod similar, o politică de succes nu poate fi pusă în aplicare fără a lua în considerare anumite realități și probleme cu care se confruntă societatea. A lăsa aceste realități fără a acționa înseamnă a implementa politici care nu sunt corespunzătoare mediului care este afectat. Astfel de considerații devin din ce în ce mai pertinente pe măsură ce lumea noastră socială devine din ce în ce mai individualistă, lumea politică mai îndepărtată iar distribuția resurselor economice este tot mai dificilă pe măsură ce încercăm să abordăm problemele din societatea noastră.

În timp ce climatul politic actual nu pare să se preteze pentru implementarea politicilor menționate mai sus, Covid-19 a învățat lumea importanța valorii îngrijirii. O pandemie care a separat familiile de îngrijirea unuia către celălalt, când de fapt era necesar îngrijirea personalizată, a poziționat mii de oameni într-o stare de dependență, prin evidența prezenței dependenței în viața noastră și necesitatea implementării abordării etice ce se referă la îngrijire și dependență. Pandemiile reprezintă perioade de incertitudini care

necesită acțiuni rapide și integrarea eticii în toate procesele decizionale.

Principiul solidarității justifică eforturile de a depăși inechitățile în materie de sănătate prin protejarea drepturilor categoriilor marginalizate. Domeniul emergent al eticii dizabilității poate ajuta factorii de decizie politică în utilizarea abordărilor antidiscriminatorii pentru valorizarea vieții persoanelor cu dizabilități în triaj. Etica poate reforma raționalizarea medicală prin eliminarea prejudiciilor și protecția echitabilă a intereselor persoanelor cu dizabilități.

Conceptele care stau la baza noțiunii tradiționale de vulnerabilitate, cum ar fi capacitatea/ incapacitatea, autonomia/paternalismul, egalitatea/ inegalitatea și împuternicirea/protecția sunt prezentate ca binare, ceea ce complică și mai mult problema sprijinirii persoanelor cu dizabilități. Nimeni nu se potrivește perfect în aceste binare construite social, deoarece oamenii fie sunt împovărați cu așteptări scăzute, deoarece punctele forte ale unei persoane sunt ignorate, fie nu pot accesa sprijinul de care au nevoie, deoarece necesitățile lor sunt ignorate. De exemplu, elevii considerați a avea „incapacitate” din cauza dizabilității intelectuale se confruntă adesea cu segregarea față de colegii lor fără dizabilități în educație, în ciuda a patru decenii de cercetare și educație incluzivă [8].

Dependența și dizabilitatea nu se limitează la cei care „sunt” cu dizabilități. În schimb, dependența are un impact omniprezent asupra societății, creând o lume în care umanitatea există într-o rețea interconectată de relații de dependență. Astfel, în ciuda realităților politice și economice cu care se confruntă lumea, necesitatea unor politici inspirate din punct de vedere etic care să abordeze dizabilitățile și dependența trebuie să fie omniprezentă și nu poate fi ignorată.

În ultimii ani s-au produs o serie de progrese pentru a îmbunătăți spațiile medicale și a le adapta la necesitățile persoanelor cu dizabilități. Medicalizarea dizabilității și acceptarea din ce în ce mai mare a diferențelor de capacități individuale va contribui mult la îmbunătățirea îngrijirii sănătății pentru persoanele cu dizabilități, precum și pentru populație în ansamblu. Abilitățile pe care profesioniștii din domeniul sănătății le vor dobândi ca urmare a acestei schimbări, cum ar fi empatia sporită și îngrijirea centrată pe pacient, vor avea ca rezultat o îngrijire medicală mai bună pentru toată lumea, nu numai pentru persoanele cu dizabilități. Schimbarea modului în care medicina vede dizabilitățile va deschide, de asemenea, calea pentru

o mai bună reprezentare a persoanelor cu dizabilități în profesiile medicale. Încorporarea studiilor privind dizabilitățile în programele de studii la medicină, fie ca curs, fie prin utilizarea uneia dintre numeroasele resurse disponibile online astăzi, va schimba modul în care medicii văd lumea. În mod specific medicii care au o mai bună înțelegere a diferențelor individuale, fapt ce ar reduce stigmatizarea, ar promova acceptarea de sine și formarea identității sănătoase la persoanele cu dizabilități, vor construi încrederea și sinceritatea.

Referințe bibliografice

1. Toader E., Damir D., Toader T. Vulnerabilities in the Medical Care. In: Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2013, No 92, p.937.
2. Lord J., Franco A. Human Rights Yes! The Convention on the Rights of Persons with Disabilities, The Right to Health. Disponibil: <http://hrlibrary.umn.edu/edumat/hreduseries/HR-YES/chap-8.html>. (accesat: 02.09.2023).
3. Inclusive health services for persons with disabilities. Disponibil: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Inclusive-Health.pdf>. (accesat: 12.09.2023).
4. Marquis S., Baumbusch J. The Ethics of Caring for People With Disabilities. In: *Toward a Moral Horizon: Nursing Ethics for Leadership and Practice*. Canada, 2012, p.494.
5. Savien K. Confronting Disability Discrimination During the Pandemic. Join the conversation. In: *Chronic Conditions and end of life Care, Covid_19*. Ethics Resource Center, Disability Bioethics, 2 april, 2020. Disponibil: <https://www.thehastingscenter.org/confronting-disability-discrimination-during-the-pandemic/> (accesat: 22.09.2023).
6. Rajeswaran T., Vijayaprasad G. Hilarias S. Ethical Framework to Address Barriers to Healthcare for People with Disabilities in India. In: *Asian Bioethics Review*. 2023, vol. 15, p.313.
7. McColl M.A., Jarzynowska, A., Shortt, S.E.D. Unmet health care needs of people with disabilities: population level evidence. In: *Disability & Society*, 20, No 25(2).
8. Gibson P. Care Ethica, Disability and Public Policy. In: *Honors Theses and Capstones*. Durham: University of New Hampshire, 2021, p.17.

CONSECINȚELE FUMATULUI ASUPRA SARCINII, STRATEGII ȘI PROGRAME ANTIFUMAT

Victoria Voloceai

Actualitatea problemei. La nivel mondial, consumul de tutun reprezintă una dintre principalele cauze de morbiditate și mortalitate care poate fi prevenit. În lupta cu acest fenomen, Uniunea Europeană și guvernele statelor membre au înăspriț legislația europeană, stabilind noi recomandări și promovând pe larg campaniile anti-tabac. Scopul acestor politici este de a informa populația despre efectele periculoase ale oricărui consum de tutun, inclusiv fumatul pasiv. Politicile de asemenea au menirea de a-i determina pe cetățeni nu doar să abandoneze fumatul, dar promovează în special, diminuarea maximală a inițierii fumatului în rândul adolescenților, având în vedere că 93% dintre fumători încep să fumeze înainte de a împlini vârsta de 26 de ani.

Conform datelor oferite de către OMS, prevalența fumatului printre femei, rămîne o problemă serioasă de sănătate publică. Impactul consumului de tutun printre femei este extrem de ridicat în țările europene comparativ cu SUA, Canada și Australia, confirmând că 18% consumă produse de tutun, mai mult decăt în orice altă regiune a lumii. În ciuda unor politici dure, acest fenomen continuă să se mențină la un nivel ridicat. Fumatul desfășoară modificări ale metabolismului hormonilor sexuali la femei, care au drept consecință hipoestrogenemie și hiperandrogenemie ovariană. Astfel, hipoestrogenemia contribuie la instalarea sângerărilor uterine anormale de cauză ovulatorie, *asigură creșterea algodismenoreei rezistente cu aproape 50% și pe o perioadă mai îndelungată de timp.* Apariția acestor complicații în viața femeilor de vârstă reproductivă este în strânsă corelație cu intensitatea fumatului: „cele care fumează zilnic mai mult de 10 țigări au risc aproape dublu, iar cele care au fumat cel puțin 9 ani au risc de 3,4 ori mai mare”. Consumul de tutun are consecințe și asupra fertilității feminine. Este cunoscut faptul, că fumătoarele concept mai dificil, iar prognosticul fertilității este în corelație directă cu intensitatea fumatului. *Ponderea avortului recurent este cu 25% mai mare la fumătoare. Tehnicile de fertilizare asistată oferă rezultate cu o rată de succes mai mică în rândul femeilor fumătoare.* Acest fapt se explică printr-o calitate diminuată a oocitelor

și prin rezultate slabe în stimulările ovariene. În plus, fumătoarele sunt mai predispuse la a pierde prematur sarcina după transferul embrionar.

În urma recunoașterii efectelor adverse rezultate în urma fumatului, a devenit evident că expunerea la un mediu fumător, reprezintă deasemenea un factor de risc. Îngrijorător, este că printre femeile fumătoare din întreaga Europă se regăsesc și femei gravide, care consumă tutun pe tot parcursul sarcinii. S-a estimat, că 4,2-18,9 % dintre femeile gravide din 15 state Europene au continuat să fumeze pe tot parcursul sarcinii. OMS a raportat o prevalență a fumătoarelor gravide în Danemarca între 5-10%. Aceste rezultate se regăsesc în o serie de studii, care au fost efectuate în țări precum Finlanda, Norvegia, Islanda.

Există multiple studii, care confirmă că consumul de tutun este determinat de poziția socio-economică, nu doar în populația generală, dar și printre gravidele fumătoare. Printre indicatorii de impact se enumeră și nivelul de școlarizare, veniturile financiare. De asemenea, mediul de reședință și cel familial se pare că joacă un rol important în modelarea comportamentului fumătoarelor gravide.

Cu toate acestea, dat fiind heterogenitatea prevalenței fumatului la gravide în toate țările lumii, datele obținute din studiile internaționale ar putea să nu reflecte în totalitate particularitățile specifice pentru gravidele fumătoare din Republica Moldova. Identificarea determinantilor comportamentului la gravidele fumătoare din țara noastră, este crucial pentru dezvoltarea și implementarea unor măsuri de prevenție care au drept obiectiv reducerea consumului de tutun printre gravide.

Consumul produselor de tutun a demonstrat că reprezintă o adevărată amenințare asupra sănătății publice Mondiale și este responsabil de decesul a cca 8 milioane de persoane pe an. „Mai mult de 7 milioane din decese sunt rezultatul direct al consumului de tutun, în timp ce aproximativ 1,2 milioane sunt rezultatul expunerii nefumătorilor la fumul de tutun ambiental – fumatul pasiv”. Prezența acestui fenomen în întreaga lume este favorizat de prețurile relativ scăzute, de comercializarea accesibilă, de lipsa campaniilor anti-tabac privind pericolele utilizării produselor de tutun, dar și de politicile publice inconsistente.

Fumatul este cel mai „important factor de risc pentru bolile obstructive pulmonare” cronice. Utilizarea a 25 de țigări pe zi se asociază cu o rată de

mortalitate mai mare de 20 ori comparativ cu cea printre nefumători. Astfel de patologii ca: bronșita cronică, astmul bronșic, emfizemul pulmonar, fibroza pulmonară, sunt atestate extrem de frecvent printre fumătorii activi. Marii fumători au un risc de 2,3 ori mai mare de a face tuberculoză pulmonară decât nefumătorii. Concomitent, utilizarea produselor de tutun implică creșterea cazurilor printre maladiile cardiovasculare. Afectarea acestui sistem devine tot mai persistentă în cazul fumătorilor cronici cu o perioadă de consum îndelungată, care pot dezvolta cauze de mortalitate concomitente cu boala ischemică cardiacă, degenerarea miocardică, anevrismul aortic, ateroscleroză, tromboza cerebrală, etc. Este demonstrat deja că utilizarea produselor de tutun contribuie și la afectarea lumenului vascular, prin vasoconstricție în rezultatul proceselor de ateroscleroză, implicand și funcția hematiilor, trombocitelor, leucocitelor, etc. Dezvoltarea patologiei neoplazice este de 7,8 ori mai mare la fumători față de nefumători și este la fel de mare la bărbați ca și la femei, este legat direct de numărul de țigări fumate pe zi, de durata fumatului și de conținutul de nicotină al acesteia. Printre tipurile cele mai frecvente de cancer depistate la fumători sunt: cancerul bronhopulmonar, al cavității bucale și laringelui, esofagian, renal, pancreatic, gastric, de vezică urinară, de piele, hepatic, precum și leucemia. „*Cancerul pulmonar omoară mai mulți oameni decât orice alt tip de cancer (90% fiind cauzat de fumat)*”. Fumatul se asociază cu consecințe și asupra sistemului ocular, cutanat, dentar, olfactic și gustativ.

Utilizarea produselor de tutun în timpul sarcinii se asociază cu creșterea riscului de avort spontan și al nașterii premature, incluzând ruptura prematură a membranelor, placenta praevia și placenta abruptio. În rezultatul deteriorării statutului hormonal, dar și al vascularizării endoteliului, fumatul contribuie la dezvoltarea unui șir de complicații ale sarcinii, inclusiv sarcina ectopică. În plus, există o manifestare a hipoestrogenemiei pe fon de hiperandrogenie, fapt care instalează ciluri anovulatorii și scăderea fertilității feminine la fumătoare.

Costul total al fumatului (cheltuielile de sănătate și pierderile de productivitate) este de peste 1.400 miliarde de dolari, reprezentând echivalentul a 1,8% din produsul intern brut (PIB) anual al lumii. Aproape 40% din aceste costuri apar în țările în curs de dezvoltare, amplificând povara substanțială pe care o resimt aceste state.

Prevalența consumului de tutun în regiunea europeană conform datelor OMS reprezintă 29% pentru populația de 15 ani și peste, fiind cea mai mare, comparativ cu restul regiunilor, indicatorul fiind mai mare în cazul sexului masculin”. Literatura de specialitate confirmă că „Utilizarea anuală de țigarete per capita la persoanele cu vârsta ≥ 15 ani în 2016 a fost cel mai ridicat în statele CSI, Grecia, Slovenia, Belgia și Cehia (>2000 țigări), în timp ce în Peninsula Scandinavă, Islanda, Franța și Marea Britanie a fost cel mai scăzut (40% fumători).

Epidemia tabagică în Republica Moldova. O pătrime din populația adultă (25,3%) din Republica Moldova fumează. Proporția bărbaților fumători (43,6%) este mult mai mare în comparație cu cea a femeilor fumătoare (5,6%). Rata femeilor fumătoare este mai mare în mediul urban (10,4%) în comparație cu mediul rural (1,3%). Proporția fumătorilor este mai mare printre persoanele tinere, atât printre bărbați, cât și femei. Patru din 10 fumători au încercat să renunțe la fumat pe parcursul ultimelor 12 luni. Dintre persoanele adulte 17% sunt expuse la fumatul la domiciliu, iar 26% la locul de muncă. Cota bărbaților expuși la fumatul de tutun la locul de muncă (35%) este de 2 ori mai mare în comparație cu cea a femeilor (17,2%).

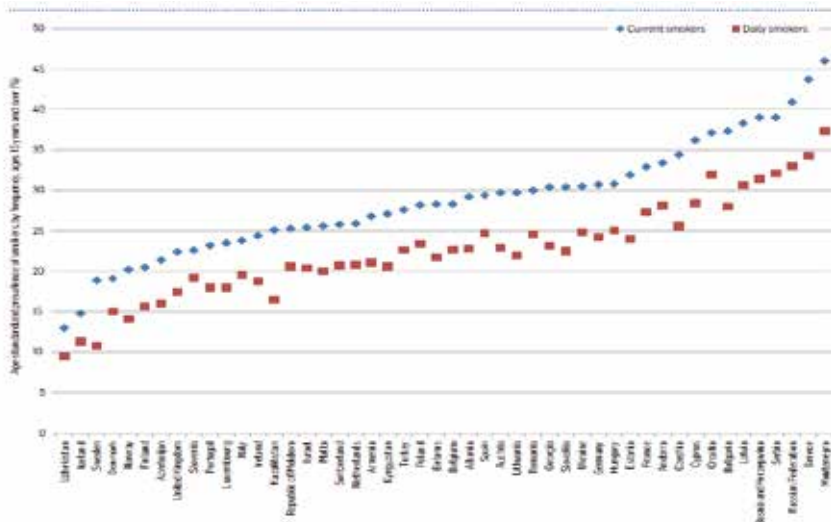


Figura 1. Prevalența fumătorilor peste vârsta de 15 ani în Europa (OMS, 2019).

Consumul de tutun și expunerea la fumul de tutun cauzează anual, din păcate, circa 4700 de decese (cca 12% din totalul deceselor), în Republica Moldova, peste 60% fiind decese premature, în vârstă aptă de muncă. Bolile cauzate de consumul de tutun fiind: bolile cardiace, cancerul (îndeosebi cancerul pulmonar), bolile cerebrale, diabetul zaharat, bolile pulmonare distructive cronice, ateroscleroza. La nivel global, tutunul este responsabil de circa 8 milioane de decese anual, inclusiv un milion de decese cauzate de expunerea la fumul de tutun (fumatul pasiv).

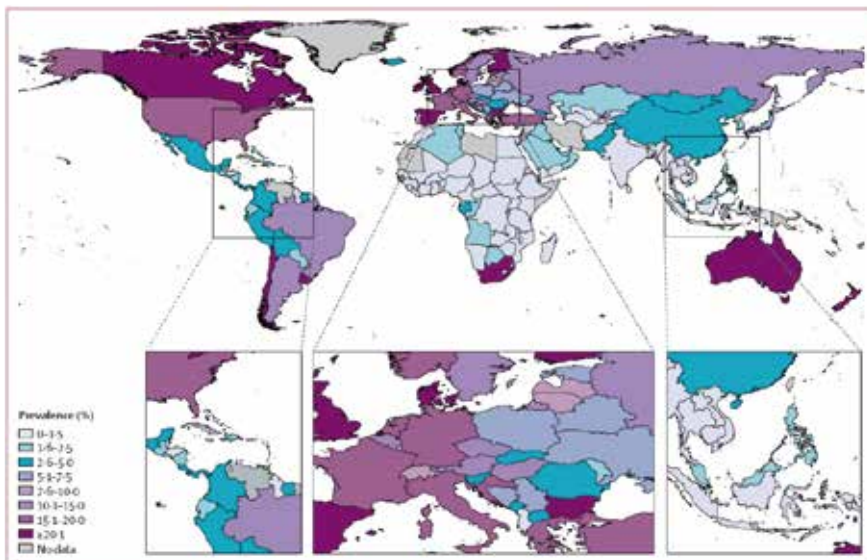


Figura 2. Prevalența globală a fumatului în 2015 (OMS, 2019).

Datele literaturii internaționale, menționează că multe fumătoare abandonează consumul de tutun în perioada sarcinii. Cu toate acestea, 60% reiau fumatul după 6 luni de la naștere. Un studiu recent, realizat în SUA a arătat că ponderea gravidelor fumătoare în această țară este de circa 13%, iar utilizarea produselor de tutun în perioada de sarcină a manifestat consecințe severe intrauterine din partea fătului (restricție de creștere intrauterină, deces antenatal), dar și în perioada neonatală precoce (greutate mica la naștere, anomalii congenitale).

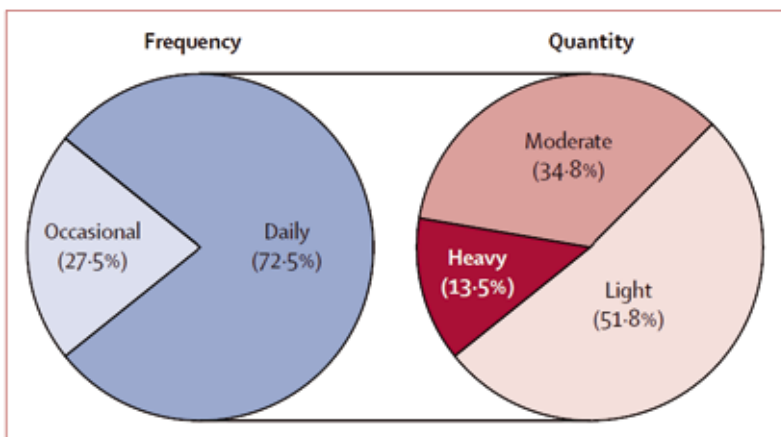


Figura 3. Ponderea femeilor gravide care au fumat în timpul sarcinii după criteriul frecvenței și cantității (OMS, 2019).

Consecințele fumatului asupra sarcinii. Pe parcursul perioadei intrauterine, fătul este alimentat de la mamă prin placentă cu toate microelementele necesare pentru o dezvoltare armonioasă. Este demonstrat deja, că consumul produselor de tutun conține aproximativ 2500 substanțe chimice, dintre care 36 - nicotina și monoxidul de carbon, care sunt cele mai nocive asupra desfășurării sarcinii. Impactul produselor de tutun asupra evoluției sarcinii și a fătului în sine sunt:

Creșterea riscurilor de sarcină extrauterină. Sarcina extrauterină reprezintă o patologie care are drept substrat prezența bolii inflamatorii pelvine, a multiparității. Și totuși, datele literaturii de specialitate demonstrează, că nicotina are o acțiune toxică directă asupra mobilității tubare. Odată ce este afectată permeabilitatea și mobilitatea cililor și a trompei uterine în speță, transportul produsului fecundat în porțiunea ampulară a trompei devine dificil, favorizând menținerea și implantarea anume în această zonă. Acest proces totuși, spre deosebire de boala inflamatorie pelvină, pare a fi reversibil. Este confirmat faptul că abandonarea fumatului cu o lună înainte de concepție, echivalează riscul cu cel al populației generale.

Creșterea riscului de avort spontan. Pierderea unei sarcini în termen până la 21 săptămâni este consecința infecțiilor sexual transmisibile, a ca-

uzelor hormonale, patologiei de coagulare, dar și din cauza consumului produselor de tutun. Astfel, la femeile care fumează peste 20 țigări /zi, riscul este de 20% comparativ cu 10% pentru nefumătoare și poate ajunge la 35% pentru un consum de 35 țigări /zi. Riscul de avort spontan crește și în cazul expunerii la fumatul pasiv (cel puțin o oră pe zi).

Creșterea riscului de metroragii. Apariția sângerărilor uterine anormale antenatale (placenta praevia, apoplexia utero-placentară) începând cu trimestrul doi și trei de sarcină este interdependent de numărul țigărilor consumate zilnic. S-a constatat, că astfel de consecințe precum hematomul placentar sau placenta praevia, sunt de 2-3 ori mai frecvente printre cinsumatoarele de tutun pe tot parcursul sarcinii.

Creșterea riscului de naștere prematură. Prematuritatea este una dintre consecințele utilizării produselor de tutun de către mamă pe tot parcursul sarcinii. Acest risc este dependent de doză (consumul < 20 țigări pe zi crește riscul cu 20% de naștere prematură, iar consumul > 20 țigări pe zi crește riscul cu 50%). Deasemenea prematuritatea este într-o corelație strânsă și cu vârsta gravidei, implicând mai multe lanțuri patogenetice. Totuși, studiile internaționale confirmă că renunțarea la fumat în perioada preconcepțională diminuează semnificativ acest fenomen.

Creșterea riscului de moarte fetală în utero. Vasoconstricția arterelor spiralate ale placentei este responsabilă de dezvoltarea hipertensiunii induse de sarcină, a preeclampsiei și respectiv, a decesului antenatal al fătului. Hipoperfuzia tisulară așadar, are drept explicație efectul nicotinei asupra circulației feto-placentare și respectiv, decesul antenatal al fătului.

Greutate mai mică la naștere. Din moment ce a fost demonstrat efectul nicotinei asupra circulației feto-placentare și hipoperfuzia placentară de către arterele spiralate, se constată o vasoconstricție periferică asociată cu o deficiență sporită de oxigen, care ulterior este responsabilă de astfel de patologii neonatale precum ar fi restricția de creștere intrauterină la naștere și făt constituțional mic. Acest risc crește proporțional cu numărul de țigări consumate zilnic.

Retardul de creștere intrauterină. Vasculopatia deciduală este declanșată de către spasmarea arterelor spiralate ale complexului placentar, care deja este demonstrat științific, este modificat sub influența nicotinei. Restricția de creștere intrauterină a fătului variază de la 17,7% până la 7,2%

în dependență de intensitatea fumatului în trimestrul II și III de sarcină. La femeile nefumătoare, prevalența medie este de 8,5%. Se constată că utilizarea chiar a unui număr limitat de țigări zilnic afectează creșterea fătului. Consumul de tutun în timpul sarcinii se asociază cu o diminuare cu 150-300 g a greutății la naștere. Retardul de creștere intrauterină asociat cu tabagismul privește greutatea, înălțimea, perimetrul toracic și perimetrul cranian.

Creșterea riscului de malformații. Majoritatea malformațiilor constatate de către datele literaturii de specialitate, confirmă faptul că cele mai frecvente sunt fanta labiopalatină, cardiopatia congenitală, hipoplazia nervului optic, malformațiile membrelor, etc. Acest risc este mai însemnat în cazul unui consum mai mare de 20 țigări pe zi [Ghid de terapie antitabac, 2003].

Sindromul morții subite a sugarului. Toate studiile epidemiologice arată că fumatul în timpul sarcinii și tabagismul pasiv în timpul copilăriei cresc riscul de moarte subită a sugarului (riscul crește de 3 ori). Conform unor autori, numărul de cazuri de moarte subită a sugarului ar putea fi diminuat cu două treimi, dacă tabagismul parental nu ar exista.

Creșterea riscului de apariție a tulburărilor în funcționarea aparatului respirator. Datorită afectării pulmonare, în special la nivel alveolar, se constată deficiențe de respirație a nou născutului încă din primul minut de viață. Acești copii pe parcursul primului an, vor suferi de patologii ale aparatului respirator, mai frecvent – sindrom de deficiență respiratorie, pneumonii, bronșite sau oricare infecție nosocomială alipită încă din perioada neonatală precoce, făcând o sarcină dificilă pentru reabilitare și diminuare a consecințelor pe tot parcursul vieții. Internările din cauza afecțiunilor respiratorii în primul an de viață sunt cu aproximativ 40% mai frecvente în cazul mamelor fumătoare.

Așadar, studiile internaționale au arătat că renunțarea la fumat în timpul sarcinii are legătură cu educația femeii, dependența de fumat și de numărul de ani de când fumează. Deși fumatul reprezintă un risc pentru întreaga populație și în special pentru gravide, profesioniștii din sănătate nu sunt instruiți corespunzător pentru a ajuta femeile în general și gravidele în mod special să renunțe la fumat.

Strategii, politici și programe antifumat. Strategiile împotriva tabagismului se situează la două niveluri: individual și social. Nivelul individual

se bazează pe decizia proprie pe care o ia o persoană pentru a renunța la fumat, pe când cel social are drept fundament implementarea unor acțiuni legislative, economice, educative - toate coordonate și menite să modifice comportamentul indivizilor față de fumat. Dintre cele mai importante măsuri sunt: restrângerea sau interzicerea publicității la produsele din tutun; avertizarea fumătorilor asupra pericolului reprezentat de tutun pentru sănătate; restricția vânzărilor de tutun în clădiri publice, școli, spitale, universități, centre socio-culturale; politici fiscale și de preț cu efecte descu-rajante pentru anumite categorii de fumători, în special tineri; interzicerea fumatului în locurile publice, interzicerea vânzării țigărilor la minori și nu în ultimul rând, educația antifumat a tinerilor în special, dar și a adulților.

Experiența internațională a arătat, că în controlul consumului de tutun trebuie abordate trei direcții principale:

- reducerea accesibilității la produsele de tutun;
- informarea fumătorilor cu privire la riscurile la care se expun adoptând acest obicei;
- protejarea stării de sănătate a nefumătorilor.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) înregistrează ziua de 31 mai ca fiind World No Tobacco Day (Ziua Mondială Fără Tutun). Scopul acestei zile are drept obiectiv de a informa populația despre efectele negative ale consumului de tutun. De-a lungul anilor a fost demonstrat că impactul difuzării și postării informației despre consecințele fumatului au impact asupra diminuării acestui fenomen în rândul persoanelor consumatoare de tutun.

Strategiile de publicitate utilizate de industria producătoare de țigări sunt foarte diverse: folosirea de mesaje și imagini atrăgătoare, foarte bine realizate tehnic, persuasive, care copleșesc publicul convingându-l asupra efectelor pozitive ale fumatului, sponsorizarea diferitelor acțiuni culturale sau sportive, oferirea gratuită a unor produse din tutun, etc. Unul din obiectivele principale ale industriei producătoare de țigări este să sublinieze faptul că fumatul este o decizie individuală, comportamentală. Înșelătoria în această atitudine este faptul că activitățile și practicile industriei tutunului sunt lăsate în afara ecuației. Aceasta presupune ideea că oamenii ar lua decizii într-o stare de vid, complet neinfluențați de mediu, acest mediu incluzând desigur, reclamele și promovarea produselor din tutun.

Metodele și mijloacele de diminuare a consumului de tutun au drept obiectiv, pe de o parte reducerea sau chiar abandonarea fumatului de către fumători, iar pe de altă parte, promovarea unui mod sănătos de viață printre cei care nu fumează. Organizația Mondială a Sănătății consideră consumul de tutun cel mai important factor de risc pentru starea de sănătate precară a populației din țările membre. Prevenirea consumului de tutun este în accepțiunea OMS, cea mai importantă măsură de sănătate publică care poate avea ca rezultat îmbunătățirea stării de sănătate a peste 870 milioane de oameni din regiunile OMS. Printre numeroasele activități și inițiative menite să contribuie la reducerea consumului de tutun, în mai 1999, la cea de a 52-a Adunare Generală a Organizației Mondiale a Sănătății, s-au pus bazele negocierilor internaționale pentru crearea unui set de reglementări cu scopul de a controla creșterea și răspândirea globală a epidemiei tabagice în secolul XXI și a reprezentat începutul unui proces care a avut ca finalitate Convenția Cadru privind Controlul Tutunului (CCCT), piatra de temelie în lupta globală împotriva epidemiei de tutun. Aspectele prevăzute în Convenția Cadru pentru Controlul Tutunului – CCCT – sunt:

- instituții și mecanisme – legislația trebuie să creeze infrastructuri cărora să le acorde putere și să finanțeze o autoritate care să implementeze și să gestioneze legislația;
- educarea publicului – campanii largi de educare a publicului reprezentă o parte importantă a acțiunilor menite să schimbe atitudinile și concepțiile populației cu privire la consumul de tutun;
- publicitate, promovare și sponsorizare – o interzicere comprehensivă a publicității, promovării și sponsorizării pentru produsele din tutun reprezintă punctul central al unui program bazat pe datele existente;
- taxe – creșterea taxelor și, implicit, creșterea prețului produselor din tutun, s-a dovedit a fi unul din cele mai eficace mijloace de reducere a consumului de tutun, în special în rândurile tineretului;
- fumat pasiv – eliminarea fumatului la locul de muncă și în locuri publice protejează nefumătorii de pericolele legate de expunerea la fum, descurajează inițierea fumatului și promovează abandonarea fumatului;

- etichetare și ambalare – avertismente de sănătate și mesaje informative clare și de dimensiuni cât mai mari, utilizând mesaje rotative, elaborate de autoritățile naționale competente, trebuie să fie obligatoriu plasate pe ambalajele produselor din tutun, iar termenii înșelători cum ar fi „light” sau „mild”, ar putea crea o iluzie, că produsul respectiv este mai puțin dăunător decât altul;
- reglementarea produselor – autoritatea de reglementare trebuie acordată unei agenții speciale care să se ocupe de probleme cum ar fi prezentarea publică a ingredientilor, recunoașterea nocivității unor constituenți, date cu privire la siguranța aditivilor, precum și concentrația gudron, nicotină și monoxid de carbon;
- vânzarea de tutun – legislația trebuie să interzică vânzarea produselor din tutun către minori, precum și orice alte practici dăunătoare de vânzări, cum ar fi utilizarea de automate de vânzare și rafturi cu autoservire pentru produsele din tutun;
- contrabanda – pentru a combate comerțul ilicit, legislația trebuie să includă măsuri cum ar fi obligativitatea marcării pachetelor sau crearea unui regim strict pentru urmărirea produselor în lanțul de distribuție, precum și introducerea măsurilor de distrugere a produselor din tutun descoperite în lanțul de contrabandă și confiscate.

Alte probleme – o legislație cuprinzătoare poate include prevederi legate de abandonarea fumatului, dezvoltarea unor programe coerente, evaluate și monitorizate permanent de educație a tineretului în școli, modificarea politicilor agricole sau problemele cu privire la răspunderea juridică.

Adoptarea acestui prim tratat internațional de sănătate publică, deși un mare succes, nu va reprezenta un punct final în controlul tutunului, ci va fi începutul unui proces complex de implementare care va trebui de asemenea pregătit și desfășurat minuțios. Cu toate acestea, ratificarea acestui tratat aduce mari beneficii: va determina dezvoltarea unor noi metode de contracararea strategiilor utilizate de companiile de tutun, va mobiliza resurse financiare și tehnice pentru controlul tutunului atât la nivel național cât și internațional, va ajuta din punct de vedere politic țările în curs de dezvoltare pentru a rezista strategiilor industriei tutunului și nu în ultimul rând, va mobiliza membrii societății civile pentru îmbunătățirea controlului tutunului la nivel național.

Conținutul și etichetarea țigărilor. Directiva UE privind produsele din tutun din 2001 (2001/37/CE) prevede conținuturile maxime de gudron, avertismente de sănătate trebuie să acopere cel puțin 30% din suprafața părții din față și 40% din suprafața părții din spate ale fiecărui pachet; menționarea ingredientelor și a aditivilor și interzicerea unor descrieri ale produselor care pot induce în eroare cum ar fi “light” sau “mild”. Din ianuarie 2004, țigările fabricate sau vândute în Uniunea Europeană trebuie să fie fabricate conform standardelor specifice.

Publicitatea la tutun. În anul 2000 s-a anulat interdicția UE din 1998 privind publicitatea directă și indirectă pentru tutun și sponsorizările, pe motiv ca Directiva î-și depășea baza legală în ceea ce privește măsurile destinate pieței interne pe care le conținea (aceasta nu facilita circulația bunurilor, ci o reglementa, și nu egaliza condițiile de concurență de pe piața publicității pentru tutun, ci de fapt, eradica aceasta piață (Hervey 2001). În plus, s-a observat că prezența așa-numitei clauze de salvagardare, care le permite statelor membre să introducă în legislația lor națională dispoziții mai stringente, făcea ca Directiva să nu aibă ca rezultat nici armonizarea regulilor naționale și nici eliminarea denaturărilor concurenței.

Alte instrumente, la nivel internațional sunt: Agenda 2030 a Națiunilor Unite pentru Dezvoltare Durabilă; Principiul european de bună guvernare Sănătate în toate politicile; Directiva CE nr. 2014/40/CE privind produsele din tutun, ale cărei prevederi au fost adoptate de către țara noastră; Planul global de acțiune împotriva bolilor netransmisibile de reducere a consumului de tutun până în anul 2025 cu 30% față de anul 2010.

Concluzii:

1. Prevalența fumatului printre femeile însărcinate rămâne o problemă serioasă de sănătate publică cu consecințe grave atât asupra stării de sănătate a gravidei, dar și asupra fătului, care devin ființe vulnerabile.

2. Datele literaturii de specialitate confirmă că poziția socio-economică, expunerea la un mediu fumător, reprezintă factori de risc pentru determinarea utilizării produselor de tutun printre femeile gravide.

3. În Republica Moldova este slab studiată interconexiunea comportamentului, cunoștințelor și atitudinilor gravidelor fumătoare asupra impactului produselor de tutun în sarcină, fapt care a determinat abordarea acestei probleme.

Referințe bibliografice

1. ACOG. American college of obstetricians and gynecologists. Smoking cessation during pregnancy. Committee opinion no 721. In: *Obstet Gynecol.* 2017, No 130e, pp.200–4.
2. American Academy of Pediatrics (AAP). American College of Obstetricians and Gynecologists (AGOG). Committee on Fetus and Newborn. Guidelines for Perinatal Care, 7th Edition. 7th ed. 2012. Disponibil: http://www.circulomedicodezarate.org/e-books/Guidelines_for_Perinatal_Care.pdf (accesat: 02.05.2023).
3. Ananth CV, Cnattingius S. Influence of maternal smoking on placental abruption in successive pregnancies: a population-based prospective study in Sweden. In: *Am J Epidemiol.* 2007;166:289–95. Disponibil: <https://doi.org/10.1093/aje/kwm073> (accesat: 28.08.2023).
4. Al-Sahab B., Saqib M., Hauser G., Tamim H. Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors among Canadian women: a national survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010; 10(24). In: doi.org/10.1186/1471-2393-10-24. (accesat: 01.09.2023).
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Center for Health Statistics (NCHS). Revisions of the US Standard Certificates and Reports, 2017. Disponibil: <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/revisions-of-the-us-standard-certificates-and-reports> (accesat: 01.05.2023).
6. Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine Tob Res.* 2004;6(Suppl 2):S125–40. In: doi.org/10.1080/14622200410001669187 (accesat: 28.08.2023).
7. European Network for Smoking Prevention. Disponibil: <http://ensp.org/wp-content/uploads/2016/09/Mapsofsmokefree-policy-in-Europe.pdf> 16 DSPJ (accesat: 28.08.2023).
8. European noncommunicable diseases country profiles 2018 update. WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2018. Disponibil: <https://ivorakovac.bitbucket.io/CountryProfiles/> (accesat: 28.08.2023).
9. Giovino GA. The tobacco epidemic in the United States. *Am J Prev Med.* 2007;33(6 Suppl):S318–26. Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.09.008> (accesat: 28.08.2023).
10. GBD compare – Viz Hub. Institute for Health Metrics and Evaluation. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017. Disponibil: (accesat: 24.08.2023).

11. Ghidul ensp pentru tratamentul dependentei de tutun. Disponibil: <http://elearning-ensp.eu/assets/Romanian%20version.pdf> (accesat: 01.09.2023).
12. Klebanoff MA, Levine RJ, Morris CD, et al. Accuracy of self-reported cigarette smoking among pregnant women in the 1990s. In: *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001, No 15(2), pp.140–3.
13. Lange S., Probst C., Rehm J., Popova S. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal*. 2018; 6(7):e769–76. Disponibil: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30223-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30223-7) (accesat: 01.09.2023).
14. Public policies for the public's health. The world health report 2008. Primary health care – now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008:63–78. Disponibil: (accesat: 24.08.2023).
15. WHO Global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponibil: https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/ (accesat: 24.08.2023).
16. WHO Framework Convention of Tobacco Control, Eighth session of the Conference of Parties, Geneva, Decision FCTC/COP8/22, Switzerland, 1–6 October 2018. Geneva: World Health Organization, 2018. (accesat: 28.08.2023). Disponibil: [https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8\(22\).pdf?ua=1](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(22).pdf?ua=1); WHO Report on the global tobacco epidemic, 2019. Offer help to quit tobacco use. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponibil: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1> (accesat: 28.08.2023).
17. WHO Framework Convention on Tobacco Control, WHO 2003, updated reprint 2004, 2005, Geneva, Switzerland. Disponibil: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf> (accesat: 24.08.2023).
18. WHO Technical manual on tobacco tax administration. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponibil: https://www.who.int/tobacco/publications/tax_administration/en/ (accesat: 24.08.2023).

