

SĂNĂTATEA, MEDICINA ȘI BIOETICA ÎN SOCIETATEA CONTEMPORANĂ:

STUDII INTER ȘI PLURIDISCIPLINARE

Ediția a VI-a

HEALTH, MEDICINE AND BIOETHICS IN CONTEMPORARY SOCIETY:

INTER- AND PLURIDISCIPLINARY STUDIES

6th edition

**Materialele Conferinței Științifice Internaționale
6-7 octombrie 2023**

CHIȘINĂU 2023



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

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

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

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

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

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

Ediția a VI-a

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

6th edition

**Materialele Conferinței Științifice Internaționale
6-7 octombrie 2023**

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

PRINT
CARO
CHIȘINĂU
2023

Aprobat spre publicare de către Colegiul de redacție al Conferinței Științifice Internaționale
proces verbal nr. 02 din 25 septembrie 2023

Colegiul de redacție:

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

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

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

Recenzenți:

Ana Pascaru, doctor habilitat în filosofie, conferențiar cercetător

Tudor Grejdean, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Materialele sunt publicate în redacția autorilor

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

Această culegere de articole și rezumate științifice a fost realizată în cadrul proiectului „*Abordarea interdisciplinară 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

„**Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare**”, conferință științifică internațională (6; 2023; Chișinău). Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare = Health, Medicine and Bioethics in Contemporary Society: Inter- and Pluridisciplinary Studies : Materialele Conferinței Științifice Internaționale, Ediția a 6-a, 6-7 octombrie 2023 / redactor responsabil și coordonator: Vitalie Ojovanu. – Chișinău : Print-Caro, 2023. – 336 p.: fig., tab.

Antetit.: Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova [et al.]. – Texte, rez.: lb. rom., engl., rusă. – Cuprins paral.: lb. rom.-engl., engl.-fr., engl.-rusă. – Referințe bibliogr. la sfârșitul art. – În red. aut. – [100] ex.

ISBN 978-9975-82-334-0.

CUPRINS

I

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

REALIZĂRI ȘI PERSPECTIVE PRIVIND STUDIAREA VULNERABILITĂȚII GRUPURILOR DE PERSOANE CU MALADII CRONICE ÎN OPTICĂ BIOETICĂ

*ACHIEVEMENTS AND PERSPECTIVES IN STUDYING THE
VULNERABILITY OF DIFFERENT GROUPS OF PEOPLE WITH
CHRONIC DISEASES FROM A BIOETHIC L VIEWPOINT*

Vitalie Ojovanu, Chișinău, R. Moldova 13

ARGUMENTAREA ȘTIINȚIFICĂ A STILULUI DE VIAȚĂ BIOTIPIZAT ȘI PERSONALIZAT AL SUBIECȚILOR CU RISURI METABOLICE CRESCUTE

*THE SCIENTIFIC ARGUMENTATION OF THE BIOTYPED
LIFESTYLE AND PERSONALIZED OF SUBJECTS WITH
INCREASED METABOLIC RISK*

Ion Mereuță, Vasile Fedas, Chișinău, R. Moldova 27

ON THE SPECIFICS OF MAN'S PRESENCE IN THE WORLD WITH REFERENCE TO THE PHENOMENON OF SELF- DOMESTICATION

*DESPRE SPECIFICUL PREZENȚEI OMULUI ÎN LUME CU REFERIRE
LA FENOMENUL AUTO-DOMESTICIRII*

Marius Dumitrescu, Iasi, Romania 34

FILOSOFIA ÎN SINTAGMA EDUCARE-INOVARE DIN SOCIETATEA POSTPANDEMIE

*PHILOSOPHY IN EDUCATION-INNOVATION INTO POST-PANDEMIC
SOCIETY*

Ana Pascaru, Tamara Martin, Chișinău, R. Moldova 40

НАСИЛИЕ В КОНТЕКСТЕ РОССИЙСКО-УКРАИНСКОЙ ВОЙНЫ: ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ <i>VIOLENCE IN THE CONTEXT OF THE RUSSIAN-UKRAINIAN WAR: ETHICAL AND LEGAL ASPECTS</i>	
Светлана Пустовит, Киев, Украина	48
CERCETAREA PE CELULE STEM: PROMISIUNI, AMENINȚĂRI ȘI DEZBATEREA BIOETICĂ <i>CELL STEM RESEARCH: GOOD PROSPECTS, DARK CLOUDS AND BIOETHICS DEBATE</i>	
Maria Aluș, Cluj-Napoca, România	56
CONSIDERAȚII BIOETICE REFERITOARE LA DECIZIILE DE ALIMENTARE ECHILIBRATĂ ÎN SĂNĂTATEA PUBLICĂ <i>BIOETHICAL CONSIDERATIONS REGARDING DECISIONS ON BALANCED NUTRITION IN PUBLIC HEALTH</i>	
Ludmila Rubanovici, Vladislav Rubanovici, Chișinău, R. Moldova	62
IMPLICAȚIILE FILOSOFICE ALE INCERTITUDINII DIN MECANICA CUANTICĂ <i>THE PHILOSOPHICAL IMPLICATIONS OF UNCERTAINTY IN QUANTUM MECHANICS</i>	
Ecaterina Lozovanu, Chișinău, R. Moldova	71
PHILOSOPHY OF PROSPERITY AND EDUCATIONAL AGENDA <i>ФИЛОСОФИЯ ПРОЦВЕТАНИЯ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПОВЕСТКА</i>	
Boris I. Ostapenko, Zürich, Switzerland	77
CONCEPTUL DE SĂNĂTATE UNITARĂ DIN PERSPECTIVA VULNERABILITĂȚII GLOBALE <i>THE CONCEPT OF UNITARY HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF GLOBAL VULNERABILITY</i>	
Anatolie Eșanu, Chișinău, Republica Moldova	83

CHALLENGES OF WAR FOR BIOETHICS: THE UKRAINIAN EXPERIENCE

*LES DÉFIS DE LA GUERRE POUR LA BIOÉTHIQUE:
L'EXPÉRIENCE UKRAINIENNE*

Nataliia Boichenko, Kiyv, Ukraine 87

**ABORDAREA BIOETICĂ A VULNERABILITĂȚII
PERSOANELOR ÎN VÂRSTĂ**

*THE BIOETHICAL APPROACH OF THE VULNERABILITY OF
ELDERLY PEOPLE*

Ion Banari, Vitalie Ojovanu, Chișinău, Republica Moldova 89

ASPECTE BIOETICE ALE AUDIOLOGIEI CLINICE

BIOETHICAL ASPECTS OF CLINICAL AUDIOLOGY

Sergiu Parii, Chișinău, R.Moldova 102

**CALITATEA VIETȚII FAMILIILOR COPIILOR CU PARALIZIE
CEREBRALĂ**

*LIFE QUALITY OF THE FAMILIES OF CHILDREN WITH CEREBRAL
PALSY*

Ala Siric, Chișinău, R. Moldova 104

**LEGAL REGULATION OF THE PROCEDURE OF
TRANSPLANTATION OF HUMAN ORGANS AND TISSUES
IN THE COUNTRIES OF EUROPE**

*REGLEMENTAREA LEGALĂ A PROCEDURII DE TRANSPLANT
DE ORGANE ȘI ȚESUTURI UMANE ÎN ȚĂRILE EUROPEI*

Igor Arseni, Comrat, Republic of Moldova 116

**ACTUALITĂȚI PRIVIND NOTIFICAREA DATELOR
STATISTICE LA COMISIA EUROPEANĂ, CE PRIVESC
ETICA FOLOSIRII ANIMALELOR ÎN PROCEDURI
EXPERIMENTALE**

*NEWS REGARDING THE NOTIFICATION OF STATISTICAL
DATA TO THE EUROPEAN COMMISSION, REGARDING THE
ETHICS OF THE USE OF ANIMALS IN EXPERIMENTAL
PROCEDURES*

Magda Gonciarov, București, România 122

VULNERABILITATEA LA VÂRSTNICII INSTITUȚIONALIZAȚI <i>VULNERABILITY IN THE INSTITUTIONALIZED ELDERLY</i> Ana Popescu, Gabriela Șoric, Vitalie Ojovanu, Ion Banari, Chișinău, R. Moldova	123
O LECTURĂ RAWLSIANĂ A DREPTULUI LA SĂNĂTATE <i>A RAWLSIAN READING OF THE RIGHT TO HEALTHCARE</i> Ileana Dascălu, București, România	126
VULNERABILITATEA BOLNAVIILOR MINTALI ÎN CONTEXTUL STIGMATIZĂRII <i>VULNERABILITY OF MENTAL PATIENTS IN THE CONTEXT OF</i> <i>STIGMATIZATION</i> Svetlana Condrațiu, Chișinău, R.Moldova	128
ASPECTE PRIVIND RELAȚIA DINTRE SĂNĂTATE ȘI RUGĂCIUNE LA PREADOLESCENȚI ȘI ADOLESCENȚI <i>ASPECTS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH AND</i> <i>PRAYER IN PREADOLESCENTS AND ADOLESCENTS</i> Dorin Opriș, Monica Opriș, Alba Iulia, România	129
ASPECTE BIOETICO-JURIDICE ÎN ASISTENȚA CHIRURGICALĂ, OBSTETRICALĂ ȘI ONCOLOGICĂ A BOLNAVELOR CU CANCER MAMAR ASOCIAT CU SARCINA <i>BIOETHICAL-LEGAL ASPECTS IN SURGICAL, OBSTETRICAL,</i> <i>AND ONCOLOGICAL CARE OF BREAST CANCER ASSOCIATED</i> <i>WITH PREGNANCY</i> Corneliu Ureche, Chișinău, R.Moldova	136
ASPECTE BIOETICE ÎN PROCESUL COMUNICĂRII FARMACIST-PACIENTDIN CADRUL FARMACIEI COMUNITARE <i>BIOETHICAL ASPECTS IN THE COMMUNICATION PROCESS</i> <i>BETWEEN PHARMACIST AND PATIENT WITHIN COMMUNITY</i> <i>PHARMACY</i> Liviu Bezu, Chișinău, R.Moldova	138

**DIMENSIUNEA ETICĂ A SECURITĂȚII INFORMAȚIONALE ÎN
SERVICII DE SĂNĂTATE MENTALĂ**

*THE ETHICAL DIMENSION OF INFORMATION SECURITY IN
MENTAL HEALTH SERVICES*

Alexandru Dorosevici–Duka, Chișinău, R.Moldova 143

BIOETICA IN CONTEXTUL ANARHO-PRIMITIVISMULUI

BIOETHICS IN THE CONTEXT OF ANARCHO-PRIMITIVISM

Eugeniu Tocarschii, Chișinău, R.Moldova 149

II

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

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

**COMPORTAMENTULUI MORAL VEROSIMIL ȘI ACTIVITATEA
PROFESIONALĂ A MEDICILOR ȘI JURISTULOR**

*MORAL BEHAVIOR LIKELY AND THE PROFESSIONAL ACTIVITY
OF DOCTORS AND LAWYERS*

Valeriu Capcelea, Bălți, R. Moldova 151

**PARTICULARITĂȚI ALE CONCEPȚIEI LUI LUCIAN BLAGA
DESPRE RELIGIE**

*PARTICULARS OF LUCIAN BLAGA'S CONCEPTION ABOUT
RELIGION*

Svetlana Coandă, Alexandru Pruteanu, Chișinău, R.Moldova 159

DEMOCRATIZAREA CUNOAȘTERII

THE DEMOCRATIZATION OF KNOWLEDGE

Niadi-Corina Cernica, Suceava, România 164

**DISCURSUL INTELECTUAL ȘI POLITICO-IDEOLOGIC
PRIVIND AGRESIUNEA MILITARĂ RUSĂ ÎN UCRAINA**

*INTELLECTUAL AND POLITICAL-IDEOLOGICAL DISCOURSE
ON RUSSIAN MILITARY AGGRESSION IN UKRAINE*

Pantelimon Varzari, Chișinău, R. Moldova 165

PARTICULARITĂȚI ETICE ÎN APLICAREA LEADERSHIP-ULUI MILITAR

ETHICAL PARTICULARITIES IN THE APPLICATION OF MILITARY LEADERSHIP

Viorica Leacă, Larisa Plop, Chișinău, R. Moldova 173

NORME ȘI REGULI SOCIALE ÎN ANTICHITATEA GREACĂ

SOCIAL NORMS AND RULES IN GREEK ANTIQUITY

Ioan Scheau, Alba Iulia, România 179

O ABORDARE AXIOLOGICĂ A EDUCAȚIEI ADULȚILOR

AN AXIOLOGICAL APPROACH TOWARDS THE ADULTS' EDUCATION

Angela Zelenschi, Chișinău, R. Moldova 184

O ANALIZĂ A CYBERBULLYING-ULUI PE PLATFORMELE EDUCAȚIONALE, ÎN PERIOADA STĂRII DE URGENȚĂ MARTIE -IUNIE 2020, ÎN RÂNDUL ELEVILOR AL CĂROR PĂRINȚI SUNT PLECAȚI LA MUNCĂ ÎN STRĂINĂTATE DIN JUDEȚUL TIMIȘ, ROMÂNIA

AN ANALYSIS OF CYBERBULLYING ON EDUCATIONAL PLATFORMS DURING THE STATE OF EMERGENCY FROM MARCH TO JUNE 2020 AMONG STUDENTS WHOSE PARENTS ARE WORKING ABROAD FROM TIMIȘ COUNTY, ROMANIA

**Adelia Furdui (Florea), Patricia Runcan, Timișoara, România
Remus Runcan, Arad, România** 191

UNELE ASPECTE PRIVIND PROMOVAREA TOLERANȚEI ÎNTR-O SOCIETATE MULTICULTURALĂ

SOME ASPECTS ON PROMOTING TOLERANCE IN A MULTICULTURAL SOCIETY

Stela Spînu, Chișinău, R. Moldova 211

ASISTENȚA MEDICALĂ ÎN INCINTA INSTANȚELOR DE JUDECATĂ DIN R.MOLDOVA - O NECESITATE STRINGENTĂ A SISTEMULUI JUDICIAR CONTEMPORAN

MEDICAL ASSISTANCE IN THE COURTROOMS OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA - A PIVOTAL NECESSITY OF THE CONTEMPORARY JUDICIAL SYSTEM

Zinaida Lupașcu, Chișinău, R. Moldova 216

**LEGAL ASPECTS OF SURROGATE MOTHERHOOD IN THE
REPUBLIC OF MOLDOVA**

*ASPECTE JURIDICE ALE MATERNITAȚII SUROGAT ÎN REPUBLICA
MOLDOVA*

Igor Arseni, Sergey Zaharia, Comrat, Republic of Moldova..... 222

**CURBA FERICIRII, CRIZA VÂRSTEI DE MIJLOC ȘI
AVANTAJELE NEBĂNUITE ALE BĂTRÂNEȚII**
THE HAPPINESS CURVE, THE MIDLIFE CRISIS AND THE
UNEXPECTED ADVANTAGES OF OLD AGE

Dorian Furtună, Chișinău, R. Moldova 231

III

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

**FACTORII CARE INFLUENȚEAZĂ INTEGRAREA COPIILOR
CU DIZABILITAȚI ÎN INSTITUȚII ȘCOLARE DE TIP GENERAL**
*FACTORS THAT INFLUENCE THE INTEGRATION OF CHILDREN
WITH DISABILITIES IN GENERAL SCHOOL INSTITUTIONS*

Lilia Damaschin-Rughina, Larisa Spinei, Chișinău, R. Moldova 237

**PROBLEMELE DEREGLĂRILOR COGNITIVE LA POPULAȚIA
VÂRSTNICĂ**
*PROBLEMS OF COGNITIVE DEREGLATIONS AT THE VARTNIC
POPULATION*

Tudor Grejdean, Victoria Voloceai, Raisa Puia,
Chișinău, R.Moldova 239

**SĂNĂTATEA MATERNĂ – UN DREPT UMAN GARANTAT
DE STAT ȘI RISURILE AFERENTE NERESPECTĂRII
ACESTUIA: SINTEZĂ NARATIVĂ**
*MATERNAL HEALTH – A HUMAN RIGHT GUARANTEED BY
THE STATE AND THE RISKS ASSOCIATED WITH ITS FAILURE:
A NARRATIVE SYNTHESIS*

Rodica Scutelnic, Chișinău, R.Moldova 243

INSTRUMENTE DE MĂSURARE A CALITĂȚII VIEȚII ÎN SĂNĂTATE

HEALTH QUALITY MEASUREMENT INSTRUMENTS

Tudor Grejdean, Rodica Scutelnic, Victoria Voloceai, Ludmila Goma, Chișinău, R. Moldova 259

ABORDAREA TERAPEUTICĂ COMPLEXĂ A MINORULUI CU DIABET ȘI AFECȚIUNI ORALE

COMPLEX THERAPEUTIC APPROACH OF CHILDREN WITH DIABETES AND ORAL DISEASES

Ala Ojovan, Vitalina Ojovan, Chișinău, R. Moldova 264

CRITERIILE DE ARGUMENTARE A PROTOCOLULUI DE TRATAMENT ENDODONTIC

THE ARGUMENTATION CRITERIA OF THE ENDODONTIC TREATMENT PROTOCOL

Iuliana Bicec, Chișinău, R. Moldova 272

CALITATEA VIEȚII POPULAȚIEI DIN ȚĂRILE CU VENITURI MICI ȘI MEDII ESTIMATĂ CU INSTRUMENTE STANDARTIZATE

QUALITY OF LIFE OF POPULATIONS IN LOW AND MIDDLE INCOME COUNTRIES ESTIMATED USING STANDARDIZED TOOLS

Alina Ferdohleb, Chișinău, R. Moldova 278

INSTRUIREA ÎN EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE A ASISTENȚILOR MEDICALI LA NIVEL COMUNITAR

HEALTHERN INSTRUCTION OF MEDICAL ASSISTANCE AT THE COMMUNITY LEVEL

Angela Baroncea, Tudor Grejdean, Chișinău, R. Moldova 284

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

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

DIABETUL ZAHARAT TIP 2 – O COMPONENTĂ DE BAZĂ A
SINDROMULUI METABOLIC ȘI LOCUL SĂU ÎN STRUCTURA
MORBIDITĂȚII POPULAȚIONALE GENERALE

TYPE 2 DIABETES – A BASIC COMPONENT OF THE METABOLIC
SYNDROME AND ITS PLACE IN THE STRUCTURE OF GENERAL
POPULATION MORBIDITY

Ion Mereuță, Vasile Fedaș, Lilia Poleacova, Anatolie Baciuc,
Vladimir Carauș, Corneliu Năstase, Chișinău, R.Moldova 290

STRESUL OXIDATIV ȘI ROLUL SĂU ÎN DECLANȘAREA ȘI
EVOLUȚIA INFLAMAȚIEI ȘI SINDROMULUI METABOLIC
OXIDATIVE STRESS AND ITS ROLE IN THE INITIATION AND
DEVELOPMENT OF INFLAMMATION AND THE METABOLIC
SYNDROME

Vasile Fedaș, Ion Mereuță, Anatolie Baciuc, Vitalina Ojovan,
Liudmila Listopadova, Lilia Poleacova, Chișinău, R.Moldova 296

ACHIEVING A MAXIMUM PROGRAM FOR CREATING
AND MAINTAINING THE HUMAN WORKFORCE BY
OPTIMIZING THE CIRCADIAN SLEEP-WAKE AND
FASTING-EATING CYCLES

REALIZAREA UNUI PROGRAM MAXIM PENTRU CREAREA ȘI
MENTINEREA FORȚEI DE MUNCĂ UMANE PRIN OPTIMIZAREA
CICLURILOR CIRCADIANE DE SOMN-VEGHE ȘI CELOR POST
CONSUM DE ALIMENTE

Anatolie Baciuc, Liudmila Listopadova, Chisinau,
Republic of Moldova 303

**ROLUL FACTORILOR EPIGENETICI ÎN PROCESUL DE
DERULARE A SPERMATOGENEZEI**

*THE ROLE OF EPIGENETIC FACTORS IN THE PROCESS OF
SPERMATOGENESIS*

**Ion Balan, Nicolae Roșca, Sergiu Balacci, Vladimir Buzan,
Vasile Harea, Roman Crețu, Gheorghe Bacu, Parascovia Țurcanu,
Alexei Hanțațuc, Artiom Filippov, Vlad Temciuc,**

Chișinău, R.Moldova 310

**ROLUL MICROBIOTEI ÎN DEZVOLTAREA CANCERULUI
COLORECTAL**

*THE ROLE OF MICROBIOTA IN THE DEVELOPMENT OF
COLORECTAL CANCER*

Viorica Năstase, Ion Mereuță, Vasile Fedas, Corneliu Năstase,

Chișinău, R. Moldova 316

**ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ
ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ: ОБЗОР
FEATURES OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN VIRAL HEPATITIS
AND DIABETES MELLITUS: REVIEW**

Vlada Furdui, Ana Leorda, Ion Balan, Chișinău, R.Moldova 323

**SĂNĂTATEA POPULAȚIEI ÎN PERSPECTIVA SIGURANȚEI
ALIMENTARE A AVICULTURII INDUSTRIALE**

*POPULATION HEALTH IN THE PERSPECTIVE OF INDUSTRIAL
POULTRY FOOD SAFETY*

**Igor Petcu, Ion Balan, Boris Demcenco, Natalia Osadci,
Feodora Roșca, Ana Gramovici, Maximovca, Anenii Noi,**

R.Moldova 330

I

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

REALIZĂRI ȘI PERSPECTIVE PRIVIND STUDIEREA VULNERABILITĂȚII GRUPURILOR DE PERSOANE CU MALADII CRONICE ÎN OPTICĂ BIOETICĂ

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

ACHIEVEMENTS AND PERSPECTIVES IN STUDYING THE VULNERABILITY OF DIFFERENT GROUPS OF PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES FROM A BIOETHICAL VIEWPOINT

Vulnerability is a complex state that characterizes man in various phases of his existence. A separate segment of the vulnerable population includes people with severely impaired health. It is divided into several categories. The study of this contingent was carried out within the research project „The interdisciplinary bioethical-socio-medical approach of the vulnerable contingent of a population with a severe state of health and the possibilities of rehabilitation” within the State Program 2020-2023. Various scientific investigations were carried out within this research project. The subject of the vulnerability of certain categories of population is a top one in the social strategies of most states, but it has a special connotation in the conditions of the Republic of Moldova where, on the one hand, the vulnerable categories are overwhelmed by serious social and health problems, poor knowledge and ability to protect their rights and, on the other hand, the presence of deficiencies, sometimes serious, regarding the professional training of employees in the institutions involved in various relationships with vulnerable groups. In addition to this, there are drawbacks

in the legislative and normative framework. The general idea of the project is the interdisciplinary research of the specific categories of the vulnerable populations, especially children, the elderly and detainees with a severe health status. The interdisciplinary methodology is based on the study of the medical, social and ethical problems affecting this contingent, by combining the theoretical analysis of the existing studies, conducting the researches through the socio-humanistic methods (interviews, focus-groups and questionnaires for the subjects of the vulnerable groups and professionals in the field) and the bioethical multilevel analysis (axiological, socio-medical and legal). Thus, the systemic approach to these problems will allow the identification of optimal solutions and efficient recommendations in the implementation of state policies in the field of health protection and social inclusion of vulnerable groups. Implicarea principiilor bioetice în analiza stării de vulnerabilitate la unele grupuri sociale are o importanță deosebită în elaborarea unui suport metodologic ce ar cuprinde toate aspectele acestui subiect de studiu de amploare în esența sa. Potențialul bioeticii constă în oferirea de repere conceptuale în identificarea subiecților și a principiilor pentru ghidarea cercetătorilor sau a personalului medical, ori de alt gen de activitate, în respectarea unor acțiuni curative, de reabilitare, consiliere, asistență socială etc.

Vulnerabilitatea constituie un subiect abordat de pe diverse poziții și domenii de cercetare, dat fiind faptul unui interes interdisciplinar concentrat, în ultimul timp, pe aspecte de sănătate. În toamna anului 2019 colectivul catedrei a câștigat prin concurs Proiectul de cercetare „Abordarea interdisciplinară bioetico-socio-medicală a contingentului vulnerabil de populație cu stare severă de sănătate și posibilitățile de reabilitare” din cadrul Programului de Stat 2020-2023. Acesta continuă procesul început în cadrul celor anterioare, dar într-un format nou, caracterizat printr-o implementare mai concretă, specifică, axându-se pe studierea aspectului bioetic al vulnerabilității diferitor categorii de populație cu stare precară de sănătate. Situația curentă, caracterizată și de persistența pandemiei de Covid-19, a dezvăluit și mai multe curențe ale sistemului de sănătate, în multe privințe cauzate de elementara nerespectare a principiilor bioetice. În legătură de aceasta au fost întreprinse studii prin care s-au conturat subiectele de bază de interes investigățional [1].

În condițiile unei stări de sănătate precară, afectată de prezența unor

maladii cronice, locomotorii ș.a. la respectivul contingent de populație, e necesar de a evidenția inițial câteva dimensiuni ale paradigmei de investigație complexă a subiectului științific trasat.

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

A doua ține de caracterizarea condițiilor ce în mod direct declanșează starea de vulnerabilitate. În acest context, de obicei, finalmente se stabilesc trăsăturile specifice ce formează starea vulnerabilă a omului.

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

A patra este cea medicală și include procesul identificării diverselor capacități de optimizare a tratamentului și de aplicare eficientă a acțiunilor de reabilitare. Se constată necesitatea unei permanente luare în considerație a realizărilor contemporane ale științei medicale în diferite domenii pentru a fi aplicate în tratament.

A cincea dimensiune presupune evidențierea unor aspecte ale stării de vulnerabilitate cu posibilitatea implicării potențialului bioeticii. Modul acestei implicări este unul divers, dinamic și concret. Permanent starea de vulnerabilitate generează numeroase probleme, iar soluționarea acestora reprezintă un fapt complicat și anevoios deoarece permanent pot fi devieri, deseori involuntar, de la principiile eticii viului. De aceea studierea acestei dimensiuni ar contribui evident la elaborarea unui concept teoretico-aplicativ în abordarea eficientă a vulnerabilității [2].

Configurarea acestor dimensiuni a determinat posibilitatea investigării vulnerabilității în cadrul unor categorii sociale. Acestea reprezentând cele mai diverse grupuri, dar focalizându-se atenția pe doar unele dintre ele. Un contingent specific în studiu a constituit deținuții. Lipsa de libertate în mediul penitenciar este principalul criteriu ce determină vulnerabilitatea deținutului, dar în același timp reprezintă o formă vizibilă de pedeapsă a

inculpatului. Problema stringentă de bioetică vizează vulnerabilitatea deținuților în general, și în special la cei bolnavi, rămânând în vizorul studiilor medicale, juridice, sociologice, psihologice, etice etc. Principiul metodologic al vulnerabilității în mediul penitenciar trebuie interpretat din perspectiva a trei sensuri. Primul - abordarea vulnerabilității în sens general, indiferent că individul uman este sau nu privat de libertate, se manifestă distinctiv la toate ființele vii, care posedă trăsături echivalente cu fragilitatea și moartea. Alt sens al vulnerabilității se referă direct pe individul privat de libertate, ce e considerat vulnerabil din perspectiva vitalității, suveranității, exercitării profesionale, culturale, a izolării ș.a. Al treilea sens se caracterizează nu doar prin vulnerabilitatea în general, ci a unor categorii de deținuți în special, cum ar fi: bolnavii, femeile, minorii, condamnații cu deficiențe mintale și fizice, cetățenii străini, infecția cu HIV-SIDA etc.

Din cele constatate, rezultă că mediul penitenciar prezintă o mare provocare pentru toți condamnații, mai ales în procesul evoluării, orientării de la nonvalori către valorile morale [3].

Un subiect foarte discutat în arealul politicilor penitenciare ține de securitatea condamnaților. Problemele social-umane legate de vulnerabilitatea, demnitatea, securitatea persoanei, etc. își găsesc soluții explicite în contextul bioeticii sociale. Mediul penitenciar are necesitate acută pentru soluționarea problemelor ce derivă din vulnerabilitatea accentuată a condamnatului. Menținerea și perpetuarea vieții și sănătății deținuților, se impune a fi axată pe securitatea condamnaților, fapt ce asigură acțiuni de îmbunătățire a calității vieții. Valorificarea acestora în mediul penitenciar cade pe seama angajaților, dar mai ales pe cea a consilierilor deținuților, fapt necesar de a fi axat pe principiile bioeticii: responsabilității, integrității, binefaceri și echității, formează baza eticii generale. Securitatea ca imperativ al societății contemporane necesită includerea promovării valorilor viață și sănătate [4].

Deținuții bolnavi, indiferent de regimul detenției, au nevoie de îngrijiri speciale: începând cu consiliere spirituală și finisând cu îngrijirea paliativă. Consilierea spirituală realizată, ținând cont de reperele bioetice, acordată de specialiștii diverselor domenii: preot capelan, psiholog gardian, medic ș.a. are o mare probabilitate de a deveni una eficientă. Nu doar consilierea deținuților bolnavi necesită a fi organizată într-un echipaj de specialiști, ci și un întreg spectru de refacere a umanului căzut necesită colaborare cu diverși specialiști. Rezultate obținute în urma studiilor realizate în con-

dițiile de penitenciar, indică faptul că consilierea spirituală a deținuților bolnavi au îmbunătățit calitatea anamnezei, iar relația medic-deținut și consilier-deținut au dus la complianță, rezultând un tratament reușit. Utilizând principiile biotipologiei în consilierea spirituală a deținutului atragem atenția la individualizarea asistenței, eliminând șablonul terapiilor spiritual speciale.

Elaborarea unei strategii a consilierii spirituale a deținuților bolnavi, aplicând metodologia bioetico-antropologică, a configurat metode eficiente de tratament prin promovarea persistentă a valorilor morale în instituțiile penitenciare. Utilitatea fiecăreia în această societate este și ea o premiză de a purcede la consilierea spirituală a deținuților bolnavi. Elaborarea metodelor de consilierea spirituală prin prisma bioeticii va îmbunătăți: relațiile în care este antrenat deținutul, terapia psiho-somatică, silueta spirituală a individului în ansamblu [5].

Persoanele în vârstă constituie cel mai numeros contingent vulnerabil atât în priința vârstei, cât și în faptul că, concomitent, la acesta se atestă o serie de maladii serioase, în mare parte cronice.

Dat fiind faptul că vârstnicii reprezintă un grup eterogen din punct de vedere socio-economic și medical, fiind cea mai vulnerabilă categorie de pacienți pe fundalul modificărilor de vârstă. Modificările apar în toate organele și sistemele de organe, iar evaluarea pacientului vârstnic se concentrează pe o interpretare generală. Calitatea vieții populației vârstnice, este adesea însoțită de un declin fizic, cognitiv și senzorial, care poate reduce autonomia și favorizează instalarea dependenței. Complexitatea factorilor ce influențează sănătatea vârstnicului conduc la scăderea funcționalității și un prognostic negativ.

În acest context a devenit important faptul de a realiza evaluarea particularităților clinice și stabilirea ponderii sindroamelor geriatrice la pacienții vârstnici vulnerabili. Conform datelor obținute cele mai frecvente sindroame geriatrice depistate la vârstnicii incluși în studiu sunt sindromul algic, de cădere și constipație. Pacienții vârstnici cu multiple sindroame geriatrice au avut o calitate a vieții precară. Cei mai afectați itemi au fost energia, somnul, durerea și abilitatea fizică [6].

Alt segment al preocupărilor privitor la persoanele în vârstă este ageismul care presupune că toți oamenii în vârstă sunt la fel: se caracterizează prin degradare cognitivă și fizică, inactivitate fizică și eșec economic. Aceste stereotipuri socio-culturale, fiind un element al conștiinței de masă,

sunt, de asemenea, caracteristice unora dintre lucrătorii medicali, provocând judecățile lor eronate despre vârstnici, nevoile lor, capacitățile fizice și mentale. Rezultatele diferitelor analize ale situației existente privind manifestarea discriminării în segmentele cele mai vulnerabile ale populației în funcție de vârstă permit de a conștientiza importanța identificării a cazurilor de manifestare a ageismului instituțional și habitual în sistemul de sănătate [7].

Diabetul zaharat de tip 1 constituie o afecțiune neinfecțioasă cronică insulino-dependență, care se răspândește tot mai progresiv în rândurile minorilor, prezentând o amenințare pentru toată omenirea și dezvoltând proporțiile unei pandemii globale. Configurarea contingentului de pacienți cu diabet zaharat tip 1 ce cuprinde vârsta de 12-18 ani prezintă 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. În scopul redresării stării emoționale și psihice pentru contingentul de vârstă 12-18 ani cele mai potrivite sunt tehnicile terapiei rațional-emoțive și comportamentale.

Prin realizarea unui studiu teoretic de anvergură asupra acestui contingent vulnerabil, efectele scontate în urma aplicării complexului de reabilitare biopsihosocială a fost configurate în două dimensiuni: 1) cele imediate, de menținere la un nivel corespunzător a sănătății și calității vieții copiilor până la majorat; 2) de prevenire a unor complicații accentuate de la vârstă tânără și până la cea de 40-45 de ani (care în prezent sunt atestate drept „firești”), concomitent mizând pe menținerea unei calități evolute a vieții. Corelarea acțiunilor recuperatorii propriu-zise cu cele clinico-endocrinologice formează un potențial cu posibilități aplicative novatorii și accentuat efective [8].

Factorii psihosociali joacă un rol deosebit în apariția și evoluția diabetului zaharat la copii. Pentru ei această maladie reprezintă un fenomen complex, care se răsfrânge asupra întregii sale vieți. Probleme de ordin psihologic pot apărea la diferite etape de evoluție a diabetului zaharat și în special după stabilirea diagnozei. Debutul unei boli cronice confruntă co-

pii cu o situație care este extrem de stresantă în diferite moduri. Mai mult, diagnosticul și gestionarea bolii prezintă factori de stres majori pe termen lung și pentru părinți.

Factorul psihologic reprezintă o verigă importantă în ajutorul copiilor cu diabet zaharat tip 1 care sunt în dependență zilnică de administrarea insulinei și care au nevoie de automonitorizarea constantă a parametrilor biologici. Pentru un copil cu diabet zaharat de tip 1, scopul tratamentului constă în reducerea riscului de a dezvolta complicațiile pe termen lung,

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 [9].

Actualitatea reabilitării precum și a bolnavilor cu diabet de tip I, dar și necesitatea creării unor noi forme de organizare a acestor servicii pe teritoriul Republicii Moldova, constituie un deziderat evident. Datorită acestui fapt s-au definit în mare parte problemele prezentului studiu. Există unui decalaj dintre realizările științifice ale reabilitării moderne și starea de lucruri în instituțiile balneo-sanatoriale. În acest sens dezvoltarea și îmbunătățirea metodelor complexe de investigație și reabilitare a minorilor diabetici, implementarea celor mai bune dintre acestea în practica de recuperare și cea sanatorială este un nou accent de actualitate în endocrinologie și reabilitologie.

Posibilitatea investigațiilor complexe și reabilitării pacienților în condițiile unui centru de sănătate sanatorial modern cu servicii diagnostice funcționale este justificată pe deplin. Pană în prezent studii ce ar argumenta științific reabilitarea complexă a copilului cu diabet tip I, concepția, metodele, criteriile de adaptabilitate, corecția reabilitării complexe cu calitatea vieții copilului, a stilului de viață, nu există în literatura de specialitate, iar în Republica Moldova nu au fost efectuate [10].

Diferențele semnificative între diabetici și de persoanele sănătoase apar anume în adolescență. Un efect dezastruos al diabetului constă în faptul scăderii calității vieții persoanelor afectate, accentuarea la aceasta a depresiei, apatiei de a trăi, disconfortului psihologic persistent ș.a. Acestea

uneori duc la afecțiuni psihice și chiar suicid. Diabetul este un factor de risc pentru o serie de afecțiuni stomatologice. Astfel atât parodontită, dar și periodontita ar putea avea efecte negative asupra controlului glicemic. Debutul și evoluția parodontitei la pacienții cu diabet zaharat sunt induse de microangiopatie diabetică, tulburări de răspuns imun și o rezistență mai mică la infecții, tulburări în metabolismul colagenului. E necesar ca etapele de tratament să fie individualizate și modificate în dependență de diagnosticul stabilit. Este importantă comunicarea cu medicul endocrinolog pentru stabilizarea, echilibrarea metabolică a pacienților cu diabet zaharat tip I și controlul eficient al statutului parodontal dereglat [11].

Accesul la servicii medicale reprezintă unul din reperatele de evaluare a calității vieții populației. Drept urmare datorită rolului major al industriei farmaceutice apare necesitatea aprecierii influenței medicalizării și farmaceuticalizării asupra calității vieții categoriilor vulnerabile de populație. Medicalizarea și farmaceuticalizarea contribuie la îmbunătățirea calității vieții a categoriilor vulnerabile de populație. Focalizarea politicilor asupra asigurării securității socio-economice a populației reprezintă sursa fundamentală pentru îmbunătățirea sănătății populației vulnerabile [12].

Datorită unei viziuni tot mai medicalizate a sănătății populației și a vulnerabilității privind accesul la serviciile medicale, apare vizibil accentul ne semnificativ al politicilor în domeniul sănătății centrat pe persoanele vulnerabile. Astfel că scopul de îmbunătățire a stării de sănătate a grupurilor vulnerabile de populație este deviat de la obiectivul de a spori accesul la serviciile pentru sănătate.

Este important să se ia în considerare funcția de identificare a vulnerabilității în îngrijirea sănătății, Capacitatea persoanelor vulnerabile de a evita sau a face față acestor pericole este posibilă doar prin intermediul unui efort comun: apare necesitatea încadrării medicalizării ca strategie prioritară de protecție a contingentului vulnerabil de populație. În acest context a respecta în mod prioritar principiul de centrare pe beneficiar, ar asigura adaptarea serviciilor sociale la necesitățile paturilor vulnerabile, ce se realizează prin prisma evaluării impactului serviciilor asupra situației beneficiarului și va avea ca finalitatea îmbunătățirea calității vieții dar și a stării de sănătate.

Cu toate beneficiile pe care le oferă medicalizarea, apare necesitatea de a specifica și alte momente, contradictorii, care au impact asupra condiției contingentului vulnerabil de populație [13].

Un mare grup social cu atribuire la calificativul „vulnerabilitate” include persoanele cu diferite afecțiuni psihice. Diagnosticul unei tulburări psihice are o anumită povară socio-etică, care nu există într-o altă specialitate medicală clinică, deoarece această categorie de pacienți se referă la contingentul cel mai vulnerabil al populației. Pentru pacienții psihiatrici, acest lucru se manifestă frecvent prin scăderea încrederii publice, încălcarea demnității, restricționarea drepturilor și prin stigmatizare.

Combaterea stigmatizării și a discriminării, potrivit OMS, este unul dintre domeniile prioritare pentru protecția și promovarea sănătății psihice. În toate țările lumii, persoanele care nu caută tratament, nu urmează sau nu primesc tratament fac acest lucru din frică, lipsă de resurse sau lipsă de informații. Aceste persoane sunt, de obicei, victime ale propriei boli și sunt vizate pentru încălcări ale drepturilor omului și discriminare. Stigma și discriminarea sunt factori cheie care îi împiedică să primească ajutorul de care au nevoie. Acest lucru afectează în mod semnificativ calitatea vieții pacienților și cauzează reducerea apelurilor la psihiatri, ceea ce este urmat ireversibil de un efect negativ asupra evoluției și prognosticului bolii. Pentru a depăși stigmatul bolilor psihice, se elaborează proiecte pentru dezvoltarea toleranței sociale și a bunăvoinței față de bolnavii mentali [14].

Bunăstarea mintală este recunoscută ca o componentă importantă a calității vieții. Pentru toate persoanele sănătatea mintală este o resursă pentru atingerea potențialului intelectual și emoțional, pentru descoperirea și îndeplinirea rolurilor din viața socială, educațională și la locul de muncă. Pentru societate, o bună sănătate mintală a cetățenilor contribuie la prosperitate, solidaritate și justiție socială. În pofida opțiunilor de tratament și evoluției pozitive în îngrijirile psihiatrice, persoanele cu sănătate mintală deficitară sau dizabilități încă întâmpină probleme de excludere socială, stigmatizare, discriminare și nerespectare a demnității persoanele și a drepturilor lor fundamentale, ceea ce constituie o provocare pentru valorile fundamentale umane [15].

Comunicarea cu pacientul psihotic este grevată de asemenea de o serie de prejudecăți, unele aparținând chiar personalului medical. O prejudecată deseori întâlnită printre cadrele medicale care îngrijesc pacienți psihotici având distorsiuni importante în aprecierea realității este aceea că în totalitate judecata pacientului este afectată, că acesta nu ar fi în stare să discearnă sau să acționeze în mod responsabil, prezumție ce nu corespunde realității. Comunicarea este un proces învățat, influențat desigur de apti-

tudinile persoanei, de abilitatea sa de a relaționa cu alții, de experiențele trecute, de condiția socio-culturală sau etnică, dar și de cunoștințele asupra subiectului abordat.

Pacientul psihotic simte nevoia să comunice, să exprime trăirile patologice care de cele mai multe ori sunt angoasante. Simptomul psihotic nu anulează comunicarea în totalitatea formelor ei. Faptul că pacientul psihotic ne comunică suferința lui într-o manieră care ne intrigă, ne șochează, ne sperie nu ne dă dreptul să o ignorăm. Comunicarea adecvată se bazează, deci, pe lucruri relativ simplu de pus în practică, dar foarte eficiente în a stabili un dialog real și a construi un parteneriat între cadrele medicale și pacienți și familiile lor [16].

În situația crizei pandemice este necesar să recunoaștem că în plan global nici un sistem de sănătate publică nu a fost pregătit pentru o astfel de provocare. Astfel, este nevoie să se acorde o importanță deosebită dezvoltării infrastructurii de sănătate publică din întreaga lume și să se efectueze îmbunătățirea condițiilor de sănătate și de viață în toate țările. În acest context s-a confirmat încă o dată necesitatea abordării problemelor din sănătatea publică din perspectivă morală, prin prisma principiilor bioetice pentru a minimaliza riscurile atât pentru sănătatea lucrătorilor din domeniul sănătății, cât și a întregii societăți [17].

Procesul vaccinării a devenit pe cât de oportun, pe atât de relevant în configurarea anumitor principii bioetice. Această pandemie, de la gripa spaniolă, este prima situație vădită la nivel mondial care readuce în vizor dezbaterile morale privind limitele libertății de alegere ale fiecăruia dintre noi referitor la vaccinare, iar categoria de probleme bioetice se referă la tensiunea dintre interesul individual și interesele publice [18].

Un subiect esențial de natură bioetică este problema vulnerabilității, atât în ansamblul interpretării ei, cât și în particular, privitor la pacientului hepatic în faza pretransplant. Conținutul situației respective necesită o clarificare a contextului, relațional și temporal a vulnerabilității pacientului hepatic, pe de o parte, iar, pe de altă parte, susceptibilitatea fizică, afectivă și cognitivă a acestuia ce cauzează vulnerabilitate. Atât contextul, cât și susceptibilitățile enumerate, determină să evidențiem caracteristicile fizice, afective și cognitive a vulnerabilității bolnavului hepatic.

Vulnerabilitatea antrenează un șir de stări de fapt care sunt caracteristice situației pacienților hepatici și, în parte, a specialiștilor medicali. Respectivul particularități au o semnificație bioetică și nu doar. Vulne-

rabilitatea fizică a pacientului hepatic necesită îngrijire medicală, pe când vulnerabilitatea afectivă și cognitivă necesită, pe lângă cea medicală, o îngrijire și protecție bioetică și psihologică. Când se cercetează vulnerabilitatea nu trebuie să se identifice doar indici psiho-somatici și sociali, importanți în situația pacienților aflați în actul medical, dar, în același timp, identifică potențiale situații în care pacienții pot avea nevoie de protecție și îngrijire. Aceasta include temeinic activitatea medicală, dar nu se limitează doar la ea, mai ales în cazurile de vulnerabilitate afectivă și cognitivă. Totodată, vulnerabilitatea pacientului hepatic evidențiază interdependența ființială între trăsăturile fizice, afective și cognitive [19].

În societatea contemporană au loc procese ce generează stări de vulnerabilitate care nici nu puteau anterior fi concepute. Astfel, în pofida performanțelor atinse, există toate posibilitățile ca sportivii, în mare parte datorită consumului de substanțe dopante, să se transforme treptat într-un grup vulnerabil de populație. Supuși, sub influența presantă a factorilor relațai mai sus, sportivii pierd în timp capacitatea de a-și asigura independența în luarea deciziilor atât privind activitatea sportivă, cât și în cazul de a-și organiza și urma independent modul de trai. Concomitent sportivul nu poate să devieze de la strategiile standard aplicate privitor la sănătate și la regimul prescris, ridicate aproape ca la un nivel de politici ale organizațiilor sportive naționale.

Urmarea pe o perioadă restrânsă de timp (atât cat durează o carieră de sportiv activ) a unor restricții și prescripții destul de concentrate și presante, unii sportivi, chiar începând cu cel de-al doilea interval de timp a activității lor, acuză probleme de sănătate care, odată declanșându-se, nu rareori pot evolua până la diverse forme de invaliditate, iar aceasta se întâmplă aproape imediat după patru decenii de viață. Se atestă și alte disfuncții și patologii care în sunt atribuite invalidității dar destul de serioase. Aceste tendințe, cu o amploare tot mai evidentă, indică la faptul că sportivii cu timpul pot trece într-o altă categorie de populație – cea a vulnerabilității. Pentru a contracara acest proces sunt necesare aplicarea de măsuri pe diverse dimensiuni: medicale, administrativ-manageriale, bioetice, politice, culturale, pentru a plasa activitatea sportivă în albia sa firească, „curățată” de implicarea factorilor negativi [20].

Așa dar, prin abordarea diferitor aspecte ale stării de vulnerabilitate la diferite categorii de populație cu stări accentuate de maladii cronice, se relevă rolul deosebit de important al bioeticii. Acest rol devine destul de

evident în condițiile sociale din prezent în plen universal, dar mai ales în R.Moldova. Prin abordarea interdisciplinară în optică medico-bioetică a fost posibil de a evidenția nu numai subiecte importante, ci și de a trasa modalități de soluționare a problemelor în perspectivă. Subiectele prezentate au fost discutate la câteva manifestări științifice internaționale, organizate în cadrul proiectului, fiind publicate în respectivele culegeri.

Referințe bibliografice

1. Ojovanu V. Actualități și perspective ale implementării potențialului bioeticii în spațiul socio-medical. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 6-7 noiembrie 2020, Chișinău. Ediția a 3-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2020, pp.11-18.
2. Ojovanu V. Dimensiuni conceptuale în abordarea vulnerabilității la persoane cu probleme de sănătate. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 7-8 octombrie 2022, Chișinău. Ediția a 5-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2022, pp.125-127.
3. Cojocaru V. Suferința – stare de vulnerabilitate a pacientului încarcerat. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 7-8 octombrie 2022, Chișinău. Ediția a 5-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2022, pp.127-134.
4. Cojocaru V. Aspecte bioetice privind securitatea deținutului. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 29-30 octombrie 2021, Chișinău. Ediția a 4-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2021, pp.93-98.
5. Cojocaru V. Aspecte bioetice și practice ale consilierii spirituale a deținuților bolnavi. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 6-7 noiembrie 2020, Chișinău. Ediția a 3-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2020, pp.104-111.
6. Popescu A., Șoric G.. Aspectul multidimensional al vulnerabilității la vârstnicii din Republica Moldova. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 7-8 octombrie 2022, Chișinău. Ediția a 5-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2022, pp.134-136.

7. Condratiuc Sv. Probleme a ageismului pentru populația vulnerabilă. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 6-7 noiembrie 2020, Chișinău. Ediția a 3-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2020, pp.126-129.
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, 7-8 octombrie 2022, Chișinău. Ediția a 5-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2022, pp.249-256.
9. 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, 7-8 octombrie 2022, Chișinău. Ediția a 5-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2022, pp.299-301.
10. 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, 29-30 octombrie 2021, Chișinău. Ediția a 4-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2021, pp.377-380.
11. Ojovan Vitalina, Luchianiu Andrei. Stabilirea tacticii de tratament în afecțiunile parodontale la adolescenții cu diabet zaharat tip 1. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 6-7 noiembrie 2020, Chișinău. Ediția a 3-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2020, pp.350-352.
12. Șargu E., Federiuc V. Impactul medicalizării și a farmaceuticalizării asupra calității vieții populației vulnerabile. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 6-7 noiembrie 2020, Chișinău. Ediția a 3-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2020, pp.129-130.
13. Șargu E. Păturile social vulnerabile în cadrul procesului de medicalizare. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 29-30 octombrie 2021, Chișinău. Ediția a 4-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2021, pp.98-102.
14. Condratiuc Sv. Vulnerabilitatea pacienților mentali în contextul stigmatizării. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 29-30 oc-

tombrie 2021, Chișinău. Ediția a 4-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2021, pp.88-91.

15. Cobileanschi O., Grosu St.. Aspecte de sănătate mintală în Republica Moldova. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 29-30 octombrie 2021, Chișinău. Ediția a 4-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2021, pp.349-357.
16. Cobileanschi O., Condratiuc Sv., Dandara Al. Specificul unei comunicări cu pacienții cu dizabilități. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 6-7 noiembrie 2020, Chișinău. Ediția a 3-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2020, pp.65-73.
17. Rubanovici L., Rusnac D. Careva provocări bioetice ale sistemului de sănătate în pandemia covid-19. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 6-7 noiembrie 2020, Chișinău. Ediția a 3-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2020, pp.79-87.
18. Rubanovici L. Particularitățile contribuției unor principii bioetice în procesul de vaccinare anti-Covid-19. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 29-30 octombrie 2021, Chișinău. Ediția a 4-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2021, pp.41-48.
19. Banari I. Vulnerabilitatea pacientului hepatic în faza pretransplant. Implicații bioetice. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 6-7 noiembrie 2020, Chișinău. Ediția a 3-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2020, pp.93-97.
20. Ojovanu V., Șoric G., Federiuc V. Posibilități ale evoluării sportivilor într-un grup vulnerabil de populație în contextul perpetuării accentuate a dopajului sportiv. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 29-30 octombrie 2021, Chișinău. Ediția a 4-a. Red. respon. și coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2021, pp.297-299.

ARGUMENTAREA ȘTIINȚIFICĂ A STILULUI DE VIAȚĂ BIOTIPIZAT ȘI PERSONALIZAT AL SUBIECȚILOR CU RISURI METABOLICE CRESCUTE

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

ion.mereuta@usmf.md

Vasile Fedăș, dr. șt. med., cercet. științ. coordonator

vasilefedash@gmail.com

Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, USM, Chișinău, R. Moldova

THE SCIENTIFIC ARGUMENTATION OF THE BIOTYPED LIFESTYLE AND PERSONALIZED OF SUBJECTS WITH INCREASED METABOLIC RISK

Based on scientific research, we argue for a new vision of the biotyped and personalized lifestyle for subjects with increased metabolic risks – arterial hypertension, type 2 diabetes, and obesity. The concept is based on the following ten determinants: psychophysiological state, constitutional biotype, type of metabolism, cardiovascular bioenergetics, glycemic profile, intestinal biota, sanogenic nutrition, oxidative stress, chronic inflammation, physical activity, and mobility. Their correction – fortifying human health with biotyped and personalized style.

Despre modul sănătos de viață (MSV) s-au scris multiple lucruri științifice și de educație pentru sănătate. Au fost descrise multiple recomandări cu privire la menținerea modului sănătos de viață la pacienții cu anumite maladii. Până în prezent nu este o viziune clară în argumentarea MSV pentru subiecții cu factori de risc metabolic crescuți – hipertensiune arterială, diabet zaharat tip 2, obezitate. Fiecare individ are particularitățile sale fiziologice, metabolice, ale biotei etc. În mare măsură metabolismul depinde și de aspectele psihofiziologice, corelația psihosomatică, de alimentația sanogenă, regimul de activitate, de somn, de motricitate, specificul activităților profesionale etc. Sunt specifice atât componentele genetice ce determină tipul de metabolism, fermentopatiile, dar și activitățile cotidiene de fiecare zi, tradițiile., obiceiurile alimentare etc.

Biotipizarea și personalizarea MSV reies din faptul, că fiecare dintre noi suntem sisteme biologice irepetabile, care purtăm anumite tipuri de

metabolism și de caractere atât somatice, cât și psihice. Menținerea și forțificarea stării de echilibru fiziologic, psihosomatic depinde de gradul de cunoștințe, tipajul psihic și psihologic, convingeri și emoții care împreună contribuie la formarea a ceea ce numim noi cultură sanitară. Atitudinea noastră față de propria sănătate se formează de-a lungul întregii vieți, și ea depinde nu numai de calitățile proprii, dar și de statutul social și interrelațiile foarte complexe, interpersonale din mediul social și în colectivitate. De aici și factorul educațional care participă în mare parte la formarea convingerilor, comportamentelor și atitudinii pentru propria sănătate și stima autopersoană. Omul este dirijat de conceptele sale de viață. Din păcate, de cele mai multe ori suntem dirijați de o conduită însoțită de obiceiuri și deprinderi dubioase. Doar o mică parte din segmentul populațional este conștientă de importanța participării personale în menținerea și dirijarea propriei stări de sănătate.

Integritatea psihosomatică și principiul biotipizării și personalizării în riscurile metabolice majore în opinia noastră, reprezintă un nou sistem de abordare și o viziune originală în menținerea stabilității stării de sănătate și a calității vieții. Comportamentele formate sub acțiunea obiceiurilor tradiționale, regionale sau familiare și de mediul colectiv de anturaj, este un element determinant. Deprinderile alimentare nefaste cu o alimentație hiperglicemică, hiperlipidică și hipersodată ca și nerespectarea orelor mesei, dublate de stresul cotidian, mediul social din ce în ce mai agresiv, sedentarismul sau hipodinamia, suprasolicitățile psiho-sociale induse de o viață urbanizată alertă, climatul familial și ocupațional, drogurile, relațiile interumane, șomajul au determinat în contextul schimbărilor radicale social-politice din ultimele decenii modificări substanțiale ale stilului de viață cu efecte nefaste pentru sănătate. În acest sens educația în general și educația pentru sănătate devine un factor primordial, menită să depășească acele obiceiuri, deprinderi și comportamente nefaste pentru sănătate, bunăstare și calitatea vieții [1, 2].

Riscurile metabolice sunt determinate de tradițiile de viață și nutriție. De exemplu, excesul de sare în alimentație (peste 8 grame/zi), obezitatea, cafeaua, alcoolul, fumatul, zgomotul, stresul psihic, nutriția artificială dezechilibrată, schimbările ocupaționale, consumul de medicamente, de droguri etc. Evident, un rol important îl are și comportamentul omului, și mai ales cu riscuri metabolice crescute, ce în mare măsură sunt determinate și de starea psihică și spirituală a individului. Ar fi util să vorbim despre

comportamentul benefic sănătății, care ar promova și ar menține sănătatea, ar diminua acțiunea factorilor de risc. Dar acestea sunt niște reguli generale, iar medicina modernă are ca obiectiv central combaterea și anularea riscurilor, inclusiv cele metabolice, prin prevenția primară, care împiedică apariția bolii, sau prin măsuri secundare, atunci când procesele patologice deja s-au instalat și se întreprind măsuri pentru împiedicarea evoluției bolii, cu multiplele ei complicații.

Toate eforturile intervențiilor terapeutice sunt îndreptate în a depista riscurile metabolice mai ales cele majore într-o fază incipientă, aici avându-se în vedere perioada timpurie ontogenetică. Se are în vedere, ca educația sanitară și medicală să înceapă din fragedă copilărie prin formarea de stereotipuri, obiceiuri și deprinderi de comportament și atingerea unui stil de viață sănătos, pentru evitarea acestor factori de risc. În acest sens, pe lângă familie și școală unde are loc formarea personalității copilului, este necesară și intervenția la nivel de structuri statale, care în mare măsură sunt responsabile în egală măsură pentru fortificarea și menținerea sănătății psiho-somatice populaționale: interzicerea fumatului; asigurarea protecției alimentare cu un control riguros în procesarea și conservarea produselor alimentare; ospătării dietetice și lărgirea acestor rețele inclusiv cafenele și restaurante; transparența calității și conținutului caloric și nutritiv al produselor puse pe piața comercială; crearea de obiecte de agrement și sport în orașe și sate; stimularea exercițiului fizic și a sportului; educația medico-sanitară prin mass-media scrisă și audio-vizuală, spoturi publicitare sociale etc.[3].

Argumentăm științific o nouă abordare a stilului de viață (SV) specific subiecților cu riscuri metabolice crescute, și îndeosebi cu hipertensiune arterială, diabet zaharat tip 2, obezitate, adică patologiile ce constituie în parte sindromul metabolic, care în mare măsură determină starea de sănătate, longevitate, riscul de viață și chiar mortalitatea populației. În deducțiile științifice argumentăm Concepția stilului de viață biotipizat și personalizat pentru subiecții cu riscuri metabolice crescute:

1. Determinarea stării psihofiziologice având la bază indicatorii: tipul reacției la stimulii vizuali și auditivi, coordonarea psihomotorie, concentrația atenției, memoria de scurtă durată, medie și lungă, randamentul proceselor nervoase superioare – analiza, sinteza, gândirea logică, reprezentarea spațială, a indicatorilor psiho-comportamentali – psiho-efectivi, neurovegetativi, senzitiv-senzoriale, dereglărilor de somn, dar și anxietatea, hipoactivitatea ca și hiperactivitatea, modificările dinamicii și structu-

rii personalității, a analizatorului vizual și auditiv. Profilul glicemic ca și observație dinamică a glicemiei este menit să monitorizeze metabolismul glucidic al organismului într-o anumită perioadă de timp. Metodele de determinare sunt variate și bazate pe metoda glucozooxidantă. Determinarea se face *a jeun* sau prin proba de toleranță la glucoză. Nivelurile fiziologice sunt de 3,3-5,5 mmoli/l ale glicemiei. Se consideră că un prediabet începe de la nivelul glucozai $\geq 6,1$ mmoli/l.

2. *Determinarea biotipului constituțional.* Fiecare individ este un biotip, are particularitățile sale individuale, care se caracterizează prin similitudini funcționale incluzând constituția fizică, care în mare măsură determină aspectul funcțional al metabolismului. Această manifestare externă a individului se datorează proprietăților fiziologice și psihice ale personalității, având la bază genomul uman. Natura constituțională determină natura metabolismului. Acest somatotip, sau componenta fizică a individului are schimbări în procesul ontogenezei, dar și a factorilor epigenetici. Trebuie de determinat somatotipul de constituție pe baza măsurilor antropometrice, care este de trei tipuri de constituție: astenică (slabă), normostenică (normală), hiperstenică (corpulentă). E necesar de determinat starea pielii (uscată, normală, grasă), masa corporală (adaugă lent în greutate, adaugă rapid), factorii climatici (indispoziții, toleranță sau intoleranță la schimbările vremii), digestia (lentă cu constipații), caracterul (neliniștit, echilibrat, irascibil), somnul (superficial, mediu, adânc), munca și îndeplinirea ei (rapidă, medie, lentă).

3. *Determinarea tipului de metabolism.* Metabolismul este funcția principală a organismului, ce depinde de enzime și de enzimopatii. Metabolismul este determinat genetic și corelează direct cu tipul de constituție. Dacă metabolismul se deteriorează, atunci se denaturează homeostazia generală a organismului. La subiecții cu riscuri metabolice – tulburări de circulație cu hipertensiune arterială, diabet zaharat tip 2, obezitate au loc schimbări metabolice destul de severe. *Metabolismul tipului astenic* – procesele sunt active, greu se adaugă în greutate, pierdere de kilograme cu ușurință. Acesta e tipul de metabolism hiperreactiv al indivizilor. *Tipul normostenic* – este un metabolism stabil și invariabil și se caracterizează prin menținerea normelor fiziologice – normometabolismul. Indivizii cu *tipul hiperstenic* se caracterizează printr-un metabolism redus, adaugă ușor în greutate și mul mai greu pierd în greutate și sunt predispuși la dereglări metabolice severe.

4. *Determinarea bioenergeticii cardiovasculare și circulatorii.* Hipertensiunea arterială este o maladie cu riscuri majore care prin evoluția și complicațiile severe (accidente vasculare cerebrale și cardiace) este cauza principală a mortalității populației. Date recente ale OMS 2020 denotă că 1,3 mlrd de oameni suferă de această maladie, iar 2/5 dintre ei o suportă în formă latentă, ea fiind parte componentă a sindromului metabolic, fiind în mare parte determinat de starea psihoemoțională este un element de bază, care perturbă reglarea sistemului vasomotor și a mecanismelor hormonale de control [4]. Obezitatea și supraponderalitatea, diabetul zaharat tip 2, sedentarismul ca și stilul de viață în general de rând cu factorul genetic sunt cauzele principale ale HTA. Printre măsurile de combatere alături de medicația antihipertensivă pe prim plan se situează modul sănătos de viață, alimentația rațională și exercițiul fizic, care permit atingerea limitelor fiziologice de $\leq 130/80$ mm/Hg [5]. Trebuie ținut cont că diferite tipuri psihosomatice răspund diferit la factorii emoționali în dependență de reactivitatea lor și au o incidență diferită a HTA.

5. *Determinarea profilului glicemic.* Profilul glicemic ca și observație dinamică a glicemiei este menit să monitorizeze metabolismul glucidic al organismului într-o anumită perioadă de timp. Metodele de determinare sunt variate și bazate pe metoda glucozooxidantă. Determinarea se face *a jeun* sau prin proba de toleranță la glucoză (TGTO). Nivelurile fiziologice sunt de 3,3-5,5 mmol/l ale glicemiei. Se consideră că un prediabet începe de la nivelul glucozei $\geq 6,1$ mmol/l.

6. *Determinarea biotei intestinale și combaterea disbiozelor.* Microbiota intestinală este reprezentată de un număr imens de microorganisme, care depășește numărul celulelor somatice, și influențează direct starea de sănătate a organismului. În mare parte este reprezentată de bacterii anaerobe 99% dintre care majoritatea se referă la 30 tipuri. Ele sunt prezente în digestia anaerobă, având un rol important în formarea și menținerea imunității. Cele mai importante în menținerea homeostaziei metabolice sunt bacteriile Eirmicutes – 60-65%, Bacteroidetes – 20-25% și Actinobacterii (Bifidobacterium) – 3%. Metaboliții lor pot fi utilizați ca markeri predictorii în apariția unor patologii cu incidență largă ca și a factorilor de risc metabolic (HTA, obezitate, DZ tip 2).

7. *Alimentația sanogenă în dependență de tipul constituțional, tipul de metabolism și riscurile metabolice.* O alimentație sănătoasă depinde nu numai de calitatea produselor și a nutrienților, dar și de coraportul ei de

biotipurile constituționale, care asigură un metabolism stabil și o funcționare morfofiziologică a organismului indivizilor fiecărui tip biologic. Este necesar de a ține cont de caracteristicile acestora pentru optimizarea în general a alimentației organismului, deoarece raportul de glucide, lipide și proteine diferă de la un tip la altul, iar metabolismul este și el diferit prin viteza reacțiilor biochimice, în special al enzimelor sistemului digestiv. La fel diferă și pH-ul individual.

8. *Combaterea stresului oxidativ.* Remediile pentru combaterea stresului oxidativ sunt reprezentate de diferite grupe de substanțe de natură enzimatică și neenzimatică. Cele mai importante sunt SOD (superoxid dismutaza, catalaza și peroxidazele). Grupa a doua este reprezentată de acidul ascorbinic, tokoferol, β carotina, licopen ca și polifenolii – flavina și flavonoizii, tanine și antociane. În mare parte antioxidanții se conțin în plantele medicinale care se folosesc pe larg în fitoterapie și producerea de remedii naturiste larg răspândite.

9. *Combaterea inflamației cronice sistemice.* Inflamația sistemică cronică este una dintre cauzele principale ale apariției mai multor boli metabolice cu o incidență de prevalență crescută. Cauzele apariției inflamației cronice sistemice sunt diferite, dar în principal sunt datorate adipocitokinelor reprezentate de o întreagă clasă de substanțe: leptină, rezistină, angiotensinogen, interleukina 6 (IL-6), adipină etc., care sunt sintetizate în țesutul adipos alb. Metodele de combatere ar fi substanțele cu efect antiinflamator, care se conțin în țesutul adipos brun și bej prin convertirea țesutului alb și transformarea în țesut muscular.

10. *Combaterea sedentarismului și activarea motricității.* Motricitatea sau efortul fizic reprezintă unul din factorii de bază în menținerea metabolismului la niveluri fiziologice, prin scăderea glicemiei. Menținerea valorilor ei normale se realizează prin eliberarea rapidă de glicogen muscular și hepatic, iar după epuizarea lor prin sinteza de glucoză (gluconeogeneză) din glicerol și aminoacizi. Este activat sistemul nervos simpatic cu eliberare de catecolamine care influențează vasoconstricția dar și suprimarea secreției de insulină. Aceasta determină activarea sintezei de glucoză hepatică precum și hidroliza trigliceridelor în acizi grași și glicerol ca substrate energetice. În paralel sunt secretați hormonii de contrareglare (glucagon, hormonul somatotrop, cortizolul) care provoacă gluconeogeneza și glicogenoliza pentru menținerea normoglicemiei [6].

Referințe bibliografice

1. Лисицын Ю.П., Комарова Ю.М. Образ жизни и здоровье. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. Том I. Москва: Медицина, 1987.
2. Мальцев В.Н. Научно-экспериментальные основы деятельности региональной службы медицинской профилактики: Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва, 2001, с.22.
3. Baciu A., Mereuță I., Ionescu-Tîrgoviște C., Poleacova L., Fedaș V. Strategia de dezvoltare a populației a sănătății individuale în medicina viitorului apropiat. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare, Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 29-30 octombrie 2021, ediția a IV-a. Chișinău: Print Caro, 2021, pp.361-363.
4. Di Costanzo G.G., Tortora R., Morisco F. et al. Impact of Diabetes on Outcomes of Sorafenib Therapy for Hepatocellular Carcinoma. In: Archives of medical sciences. Atherosclerotic diseases, 2017, 12(1), pp.61-67. doi: 10.1007/s11523-016-0454-5.
5. Arias-Loste M.T., Ranchal I., Romero-Gómez M., Crespo J. Irisin, a link among fatty liver disease, physical inactivity and insulin resistance. In: International journal of molecular sciences, 2014, 15(12), pp.23163-23178. doi: 10.3390/ijms151223163.
6. Mereuță I., Baciu A., Fedaș V., Listopadova L. Mediul și activitatea zilnică în extinderea neuroplasticității. Monografie. Chișinău: Tipografia Poliviz-Design SRL, 2023.

ON THE SPECIFICS OF MAN'S PRESENCE IN THE WORLD WITH REFERENCE TO THE PHENOMENON OF SELF-DOMESTICATION

Marius Dumitrescu, University Professor, Doctor
„Alexandru Ioan Cuza” University in Iasi, Romania
Faculty of Philosophy and Social-Political Sciences
dumitrescu.marius66@yahoo.com

DESPRE SPECIFICUL PREZENȚEI OMULUI ÎN LUME CU REFERIRE LA FENOMENUL AUTO-DOMESTICIRII

Lucrarea își propune să prezinte problema unicității specificului prezenței umane în lume care a fascinat atât marile religii cât și pe filosofi, dar și pe biologii, etologii și antropologii secolului XX care au abordat o perspectivă mai mult științifică asupra acestei probleme. O primă încercare de unificare a acestor perspective atât de diferite cu privire la înțelegerea prezenței omului în lume aparține antropologiei filosofice de la începutul secolului XX, inițiată de Max Scheler. În acest studiu încercăm să prezentăm câteva aspecte legate de această încercare de unificare antropologică din perspectiva fenomenului domesticirii sau îmblânzirii, care a interesat cercetarea științifică, filosofică dar și religioasă mai ales după apariția lucrării lui Darwin Originea speciilor.

Introduction

In the 20th century, the uniqueness of the specificity of the human presence in the world fascinated equally the great religions and the philosophers, biologists, ethologists and anthropologists, as well, the latter approaching a more scientific perspective on this issue. A first attempt to unify these very different perspectives regarding the understanding of man's presence in the world belongs to the philosophical anthropology from the beginning of the last century, initiated by Max Scheler.

In this study we will try to present some aspects related to this attempt at anthropological unification from the perspective of the phenomenon of domestication or taming, which fascinated scientific, philosophical, but also religious research, especially after the appearance of Darwin's work *On the Origin of Species* [1].

The meanings of the term self-domestication

Anthropologists such as Richard Wrangham, in his book *The Goodness Paradox: The Strange Relationship Between Virtue and Violence in Human Evolution*, believe that the basis of human rationality is a complicated process of self-domestication of the human species, which man then exported to other mammal species [2]. This “cultural” export, if we can call it that, is no longer a product of self-determination, as it appears in the case of the human being, but is one imposed from outside the respective species, directed by man as “Good Shepherd”, as “educator”, more through synoptic than panoptic techniques, exercised on living beings forced to live in his proximity. Domestication actually means a taming of a species and comes from the Latin word “*domus*”, which means house, dwelling.

The key to self-domestication is assent, the fact that human beings taken under the authority of the same “*domus*” are able to organize themselves in a society, that they similarly understand certain social terms and behaviors. Language, beyond the articulate one, is much more than a matter of learning; it is a recognition, an assent given to structures inherited at the level of the species and has an universal character.

Domestic animals have amputated their aggressive instinct, which ensured their survival in the wild, and accept the human program by taming themselves, becoming somewhat human. Through domestication, the rational human program becomes for animals their second nature, which annihilates the first, the wild, aggressive one.

An anthropological interpretation of the evangelical expression “*Blessed are the meek, for they shall inherit the Earth*”

In his *New Essays on Human Understanding*, Leibniz believed that: “Providence will correct men... as, whatever may happen, everything will always turn to the general good...” [3]. In Leibniz’s view, when there would be no more divine intervention in people’s lives, something similar to that situation in which the shepherd would abandon his flock of animals would happen. Human beings would tend in time to return to the first reason for their existence, but this fact would bring a great degree of risk regarding their survival. The same is in the case of man: he can only exist together with that spirit which is constantly watching over the best of possible worlds, i.e. a world of reason governed by “Law”. In Leibnizian thinking, the formula in the Gospels “Blessed are the meek, for they shall inherit the Earth” acquires a much more complex anthropological meaning

from the perspective of domestication. In Leibniz's vision, atheism and human self-determination appear as impossible matters.

The development of communication techniques, expressions of certain attitudes and experiences of the human being, cannot always be dissociated from the experience in front of the sacred [4]. Man has a privileged state as he is the only terrestrial being who has access, through his spirit, to the horizon of boundlessness, can understand the pre-established harmony and thus perceive the universal reason of the world. Only man acquires that authority to speak in the name of the spirit, to objectify, to see reality as a whole, to understand the world beyond instinct.

Does human domestication come from a spiritual principle or is it a self-determined process through selection and adaptation to the environment?

In his *New Essays*, Leibniz anticipated the discussions of anthropologists in the following centuries regarding the origin of language and human culture in general. For example, Johann Friedrich Blumenbach, a late 18th century German anthropologist and biologist, would develop, in his 1795 book *De Generis Humani Varietate Nativa*, a highly interesting theory that man is a kind of exemplary animal for the phenomenon of domestication, being considered the first domesticated animal that, in turn, paved the way for other animal species [2]. Through domestication, animals became, to a greater or lesser degree, compatible with man and his needs. Blumenbach, who was a creationist, could not accept the idea that man could be the result of a complex process of self-domestication, in fact of self-rationalization of his life. In his view, the human being is rather the result of an intervention from outside of him, from a superior entity of an intelligent nature [2]. The creationist theory found its best confirmation through the phenomenon of domestication, which required what was recalled from the Cartesian-Leibnizian tradition, i.e. a force external to the species, which would carry out this process.

In the case of man, this force, namely the "Good Shepherd", could only be God, as Christian religious texts also suggest. In the absence of this "Good Shepherd", humanity is headed in the direction of entropy.

But we should also mention the contribution of Saint Paul, who was strongly marked by this idea, for which he also created a concept - that of *Katechon* [5] -, which refers to a force that can preserve the law, thus maintaining in an altered state the behavior regulated by domestication.

However, this law, inevitably, at some point can be lost. The signs of the dilution to disappearance of the *Katechon* coincide, in the Pauline vision, with the need for a new coming of the “Good Shepherd” in order to achieve a new correction in the programming of humanity.

Domestic animals are not domesticated by birth. They can always evolve in the wild by only listening to their strong instincts, which ensures their survival. Such examples are: herds of wild dogs, of horses turned into mustangs, etc. In the case of humans, however, some risks appear. Either they accept their status as domestic animals, or they disappear. The loss of the *Katechon*, of the law, equates with the risk of dissolution.

The domestication of animals is related to a behavior foreign to them, namely to the human one, as a predisposition that is only activated in contact with humans. The same is true with man: only in contact with other people does he activate his disposition towards understanding behaviors, gestures, symbols, codes, elements that build the first steps of a language that ends in words and abstract ideas.

The ethological and anthropological perspective on the “paradox of kindness” arising from the domestication of domesticated species

The British anthropo-biologist Richard Wrangham, in his work *The Goodness Paradox*, deals extensively with the experiments of Dmitri Beliaev, a geneticist who followed, in Siberia, the reproduction and taming of wild foxes [2]. The key finding was that when the docile foxes were selected for breeding, it was noticed, around the third generation, that obvious mutations had already appeared. First, foxes were observed to behave similar to domestic dogs and signs of their fetalization appeared - such as the reduction in size of the muzzle and dentition. But perhaps the most important event in this process was the much more dynamic reproduction of domesticated foxes as they began to give birth to three cubs a year instead of one, which means that sexuality became increasingly prolific.

Taming, then, goes hand in hand with selecting the “goodness” or, in other words, the gentleness of the animal in question. Beliaev experimentally demonstrated how foetalization occurs as a phenomenon of the evolution of a species, thus indicating the royal path to understanding the nature of man, the most fetalized animal, the most retarded at the infantile stage and the most prone to domestication of all.

Experiments with foxes, but also with dogs, territorial animals, which sometimes can hardly accept a partner in their territory, have demonstrated

how their excessive aggressiveness creates great problems for reproduction. Domestication implies gentleness and kindness. If the existential conditions are favorable to a context in which these qualities can develop, the process of foetalization, despecialization and detachment from the telluric laws of survival also occurs. In the case of arctic foxes, it was man who had intervened in their selection. The process was determined by an artificial factor outside their harsh natural environment, in which aggression is nevertheless a fundamental component of the survival of the species.

The Spirit as the fundamental principle of domestication

The relationship between *Eros* and *Thanatos*, between sexuality and aggression, remains definitively the great bet of all species. If Freud considered that hysteria appears as a symptom of the impossibility of repressing impulses [6], we appreciate that at the opposite pole is domestication, the rationalization of existence, which consists precisely in this possibility of repressing the dangerous, illicit impulse, for the proper functioning of the group. To be human means to be able to repress, to be able to send to the level of the unconscious, in dreams and artistic production, all these atavistic, parasitic elements, to simply eliminate the instinctive, aggressive dimension of atavistic behavior, inherited from a prehuman stage of existence.

For this prehuman dimension only few ways left for the illicit impulse energy to discharge itself. In this category of repression through cultural sublimation, artistic activities can be tolerated, especially the theater, which sublimates the drives, occasional orgies, sometimes with a ritualistic character, or the consumption of substances that alter the normal mental status, producing those altered states of consciousness. To this whole list can be added sports, which often involve a discharge of violent energy [7], respecting, however, some rules of protection against those types of intraspecific aggression, which could lead to the destruction of the opponent. However, even in the field of sport, there are exceptions that highlight extreme violence, which this form of human culture can no longer disguise. In this situation, in addition to those who intentionally injure their opponents, there are also those who, driven by the desire to win the competitions at any cost, choose their self-destruction through doping [8].

In the case of animals, taming and domestication by itself does not exist. However, in their natural environment, all species, for reasons of survival, have aggressiveness as their dominant element. Man is the ex-

ception to this universal rule observed by Charles Darwin and set forth in *The Origin of Specie* [1], but even in this case it is difficult to imagine how this process started by itself because taming and domestication involve an intervention outside the initial condition of the species. Nature selects us to be wild, to integrate into her bosom, to be like her. This process was discovered by Darwin through the laws of natural selection. It remains a fundamental truth that mother nature, mother Gaea, selects her sons according to her own laws. Any plucking from the bosom of this natural selection of Gaea can only be done on the basis of another principle, different, alien to it. Thus, from a perspective of philosophical anthropology, the taming of man, his domestication, the discovery of goodness, must be correlated with a principle different from everything that belongs to the telluric and which Max Scheler [9] called Spirit (*Geist*). The main quality of the Spirit is that it teaches us to say a resolute “NO!” to instinct, to become “ascets of life” orienting ourselves to a different home than the one offered by mother Gaea, a completely new home, in fact a spiritual kingdom, totally different from materiality, which is found on a metaphorical level in the Heavens precisely to capture the fact of its disobedience to everything related to the telluric.

Conclusions

The path of man, guided by the Spirit, is a special one, offering human being a unique position in the universe. In addition to man’s great dignity and greatness, the path of his becoming is sprinkled with numerous challenges born precisely from the amputation of his instinct of adaptation to the vital environment, which he ostentatiously denies, preferring a vertical evolution, in a world created by him. Thus, man creates his own universe, which he anthropologizes, fills it with meanings and significances, builds symbols and idols for it; in other words, man domesticates and tames permanently his own universe.

Bibliographical references

1. Darwin Charles. *Originea speciilor*. București: Editura Academiei Române, 2021, pp.27-31.
2. Wrangham Richard. *Paradoxul bunătății - Despre relația ciudată dintre virtute și violență în evoluția omului*. București: Editura Litera, 2021, pp.72-75.

3. Leibniz GW. Noi eseuri asupra intelectului uman. Cluj Napoca: Editura Grinta, 2003, p.380.
4. Frunzã Sandu. Publicitatea construiește realitatea. Eseu despre ființa umană, religie și publicitate în societatea de consum. București: Editura EIKON, 2023, p.40
5. The Holy Bible New International Version. Thessalonians II, 2.6-7 (2001c). Grand Rapids: Zondervan NIV.
6. Freud Sigmund. Psihologia Inconștientului. Opere esențiale 3. București: Editura TREL, 2010, p.110.
7. Dumitrescu Marius. Perspective antropologice ale agresivității. In: *Violența în sport* (Eds: Sorin-Tudor Maxim, Dan Ioan Dascălu, Bogdan Popoveniuc, and Eusebiu Ionescu), Suceava: “Ștefan cel Mare” University Press, 2006, pp.18-28.
8. Banari Ion, Ojovanu Vitalie. Subiecte esențiale de bioetică în strategiile antidoping din sport. Essential bioethics topics in anti-doping strategies in sports. Важнейшие темы биоэтики в антидопинговых стратегиях в спорте. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2023, Nr. 1(94), pp.30-34.
9. Scheler Max. Poziția omului în cosmos. București: Editura Paralela 45, 2001, pp.50-59.

FILOSOFIA ÎN SINTAGMA EDUCARE-INOVARE DIN SOCIETATEA POSTPANDEMIE

Ana Pascaru, dr. hab. în filoz., conf. cercetător,

Assoc. Prof at the New-Port University,

șef Secție Filozofie, Institutul de Istorie, USM

Tamara Martin, doctorand

Institutul de Istorie, USM, Chișinău, R. Moldova

apascaru2010@gmail.com

tamaracovali.avon@gmail.com

PHILOSOPHY IN EDUCATION-INNOVATION INTO POST-PANDEMIC SOCIETY

The issue of this paper is concerning through education-innovation to knowledge the matrix of society in the XXI century. Its try to demonstrate how Information Era embedded in the knowledge-based society, in the

information and communication system or axiological decentralization by opportunities reflected in the multiple challenges present in the matrix of the society. Also, in matrix of society the renew in the challenges effect meet in pandemic, post-pandemic and curenly the belligerent one.

Problematica educație-inovare, grație ascensiunii deschiderilor Erei Informaționale ajunge a fi una de referință în cunoașterea matricei societății în secolul XXI. Discuțăm de provocările multiple cărora societatea încearcă să le găsească soluții prin oportunitățile EI înglobate în societatea bazată pe cunoaștere, sistemul informațional și comunicațional sau descentralizarea axiologică. Se atestă că, la înglobările EI în provocărise reflectă efectul pandemic, postpandemie, de curând și cel beligerant care deopotrivă bulversează condiția societății. Cumulul invocat din provocări impusionează interacțiunea, interrelaționarea, comunicarea dintre componentele matricei societății, dar și le modifică. Modificări care în condiția asimetrică a societățiise încadrează în contururile *reînnoirilor* din tabloul lumii contemporane [1]. De asemenea că, *reînnoirile* din provocări au fost precedate de cele ale eticii din anii 20 ai sec. XX abordată de Edmund Husserl la interferență dintre problemă și metodă, dar și ca a o problemă individual-etica[2]. Din perspectiva filosofiei se susține că, *reînnoirile* se manifestă în provocări și în dependență de velul de cunoaștere, sensibilizare și disponibilitate a tuturor actorilor sociali acestea fie se valorifică, fie se utilizează sau doar ajung consumabile. Se constată că, *reînnoirile* din multiplicitatea provocărilor agravate de efectul pandemic ce perpetuie pe toate palierele societale în post- pandemic în mare sunt tratate cu mecanisme reglatorii depășite ce nu se ridică la nivelul cerințelor, inclusiv în educație-inovare. Astfel se explică urgența în schimbarea opțiiv privind laborarea și implementarea unui mecanism pe potri va cerințelor. Altfel spus, *reînnoirile* din provocări identifică componentele responsabile în asigurarea evoluției matricei societății și conformă contemporaneității rigorii în logica administrativă și instrumentală. Cu atât mai mult cu cât, la *reînnoirile* din provocări se înscriu și cele aduse din starea beligerantă după agresiunea Federației Ruse asupra Ucrainei, începând cu 24.02.2022. Stare care s-a extins nu doar peste continentul european, ci ajunge să fie direct proporțională fie în evoluția, fie în involuția matricei societății.

Per emptoriu în studiu *reînnoirile* din provocările conturate în matricea societății se investighează prin intermediul filosofiei și instrumentarul său. În această ordine de idei, cunoașterea subiectului cu suportul filosofiei și

instrumentarul acesteia, de altfel *reînnoite*, datorită deschiderilor EI nu doar asigură cercetării un cadru inter și multi disciplinar, dar și cum se pot fi valorificate oportunitățile privind cunoașterea subiectului [3]. Or, paradigma filosofiei vine la interferență și cu alte discipline care îi conferă un caracter inter și multidisciplinar și facilitează abordare sistemică și complexă a *reînnoirilor* din provocările matricei societății, inclusiv la capitolul educare-inovare. Este vorba de dezvăluirile asupra oportunităților și noilor orizonturi ale EI, dar și în conexiunea acestora cu *reînnoirile* din provocări ce influențează societatea și mediul mult mai rapid decât sunt pregătite instituțiile sociale și individul să le conștientizeze. Dezvăluiri care evidențiază că, deschiderile EI (enumărate anterior) cu susținerea oportunităților ajungând în *reînnoirile* din provocări, altfel influențează reperele axiologice în matricea societății, comportamentul individului, comunității. De asemenea, accesul nelimitat la informația științifică și mediatică, dezvoltarea rețelelor network-ului au proliferat tendințe unele chiar periculoase în raportul dintre formă și conținut, eu și celălalt, individ și instituții, inter și extra instituțional, intra și extra comunitar etc. Tendințe în care se remarcă și un fragmentarism agresiv care nu lasă loc diversității de opinii, chiar dacă înșele s-au dezvoltat astfel. Fragmentarism care deja își lasă amprenta și în modul de a gândi lucrurile înainte de a se dezvolta în acțiunile ulterioare. De aici desprindem că și în raport cu deschiderile EI, oportunitățile careia apropie noi orizonturi sunt insuficient sistematizate și abordate în complexitatea lor. Insuficiența respectivă este semnalată de nivelul sensibilizare în educare-inovare atât în matricea societății, cât și mediul. Astfel se explică invocarea argumentului privind urgența încetățenirii gândirii critice și a unui alt tip de înțelegere [4] pe toate palierele societale a *reînnoirilor* din provocări. Înțelegere în care redimensionarea preconizată se raportează atât la nevoile și necesitățile curente, dar și că acțiunile actorilor sociali responsabili de matricea societății sunt conforme pe termen mediu și lung cu realitățile în plină ascensiune. De asemenea, o înțelegere altfel înseamnă și reevaluarea capacității individului și instituțiilor de a identifica prioritățile și eficientiza mersul edificării rezilienței pe verticală, orizontală în societate și mediul.

Sine dubio, trecute prin prisma filosofiei *reînnoirile* din provocări în matricea societății și mediului elucidează ascensiunea de aspecte mai puțin cunoscute, dar cu concursul cărora se influențează toate domeniile de activitate. Aspecte cărora oportunitățile EI le-a facilitat parcursul și se cer a fi investigate în complexitatea lor și nu particular cum se întâmplă de re-

gulă. Astfel, la interferența filosofiei cu alte discipline, s-a contrurat ideea că în societate interdependențele, interacțiunile și intercomunicările se conectează la componentele matricei. În timp ce *reînnoirile* din provocări le aprofundează interdeacțiunile, interdependențele, intercomunicările, dar și interrelaționările în și dintre componentele matricei societății, ridicându-le la un alt nivel. Vorbim despre creionarea sistemică a unui nivel care cercetat în complexitatea degreveză cunoașterea aspectelor invocate, dar și reliefaarea *reînnoirilor* din interiorul componentelor deopotrivă cu transformările produse în matricea societății. În timp ce prin contemporaneitatea rigorii din instrumentarul filosofiei studiază și se cunoaște nu doar contribuția componentelor la funcționalitatea matricei societății, dar și care dintre ele devin *main-stream*, adică prioritare pentru o anumită perioadă de timp [5].

În acest sens, exemplificările se îndreaptă spre modul în care reflexivitatea filosofiei transformă digitalizarea EI din percepția de instrument în metodă care deschide orizonturile cunoașterii. Metodă care astfel înțelegeșă-facilitează accesul celorlalte metode de a beneficia de deschiderile EI, racordându-se la timpul prezent. Referitor la *reînnoirile* din provocări în matricea societății și rolul sintagmei educare–inovare metodele angajatedeopotrivă contribue la cunoașterea complexității subiectului. Cu atât mai mult, cu cât perspectiva filosofică a metodei digitalizării îi conferă și rolul de intermediar în identificarea componentei prioritare în matricea societății. Racordată la logica instrumentală și administrativă metoda *sui generis* cu celelalte metode implicate desemnează componenta educare-inovare printre cele prioritare care pentru un timp vor asigura funcționalitatea matricei societății. În aceiași cheie, această educare-inovare însemnând deliberat și educația membrilor și instituțiilor societății, dar și în comportamentul acestora în raport cu enviorementul. Altfel spus, permanentizarea componentei educare-inovare din matricea societății se cere a fi ancorată și înțelegeșă în toate domeniile de dezvoltare social-economică, social-politică sau social-culturală pentru a valorifica *reînnoirile* din provocări. De asemenea, inov educare din statut de eviniment devine o constantă pentru întreg sistemul societal necesitatea unei interpretări inter și multidisciplinară ce va ține departe unilateralul sau fragmentarismul.

În continuare componenta educare-inovare prin *reînnoirile* din provocări în matricea societății seemfătează prin schimbările care se produc și nevoia de ale înțelege [6]. În această ordine de idei, cu instrumentarul filosofiei se accentuiază pnderea educare-inovare în raport cu celelalte componen-

te în parcursul de reconstrucție a matricei societății și individului, dar și a enviorementu-lu. Parcurș care reliefează că,grație deschiderilor EI *reînnoirile* din provocări sparg toate frontirele posibile și fac accesibile noi orizonturi pentru care actorii sociali sunt insuficient pregătiți în ale cunoaște, iar enviorementul nu întârzie să se răzbune. De asemenea că, *reînnoirile* din provocări în matricea societății înseamnă o revărsare peste toate domeniile de înțelegere a cunoașterii deschiderilor civilizționale (societatea bazată pe cunoaștere, oportunități) EI, dar și cele culturale ce înglobează noile rizonturi care prin educare-inovare să perpetuie.

Desigur, în matricea societății educare-inovare ajunge să reprezinte hârta de turnesol ce modelează înțelegerea unei altfel de conexiuni cu oportunitățile din deschiderile EI și cele culturale. De ce? Deoarece raportul dintre entitățile respective în conexiune permanentizează nevoia educării actorilor sociali în vederea cunoașterii inovărilor care se produc rapid. Astfel înțelegerea conexiunea, adică prezența educare-inovare pe toate palierele societale în condițiile EI certifică valorificarea reperelor axiologice, dar și cunoașterea aspectelor ce se conturează și ajung manifeste în matricea societății. Cu remarcă că, *reînnoirile* în provocările din educare-inovare se încetățenesc la nivel de comportament instituțional și individual în toate domeniile de activitate, inclusiv în cele intra și extra comunitare; intra și extra generaționale, profesionale etc.

Nu mai puțin interes prezintă conexiunile educare-inovare prin prisma creșterii rolului științei în spațiul public. Creștere care se înscrie în reintegrarea fundamentelor cunoașterii și acribiei și eficientizează parcursul identificării oportunităților responsabile pentru perpetuarea reciprocă în matricea societății și enviorement. Pe de o parte, sustenabilitatea căilor responsabile de continuitate în educare-inovare și înnobilarea culturală din tradiție, tradițiile privind încetățenirea lor în matricea societății. Pe de alta, argumentarea temeiniciei integrării educare-inovare în tradițiile filosofiei, astfel conectându-se reciproc în *reînnoirile* din provocări în realitățile sociale. Realități în care modul de valorificare a deschiderilor civilizționale și culturale prin educare-inovare, ajungând o componentă indispensabilă pentru toate domeniile de activitate devine cheia succesului. În acest sens, abordarea epistemică întreprinsă asupra deschiderilor civilizționale și culturale facilitează atribuirea *reînnoirilor* din provocări în matricea societății și enviorementului orizonturi pe dimensiunea viitorului la timpul prezent. Cu atât mai mult cu cât, se conturează prezente în *reînnoirile* din provocări și responsabile pen-

tru educare-inovare de tendințe manifeste peste întreaga realitate, inclusiv cea socială și environmentul. De asemenea că, tendințele nefiind absolvite de *reînnoirile* din provocări formal diferite, în esența sunt interconectate, interdependente și interacționează. Or, inovarea poate cel mai elocvent reflectă acest lucru, deoarece nu numai că, le înglobează, le evidențiază ci le și pregătește terenul. Teren care înseamnă de rând cu perpetuarea rezultatelor, în special reproductibilitatea celor științifice și umanizării digitale, dar strâns legat de cel al *environmentul-ui* din care habitatul uman continuă să fie parte integră [7].

Un alt aspect, deloc de neglijat, ține de cercetarea inovării din acțiunile societale prin care se certifică legătura indispensabilă cu modul în care acestea întrunesc și valorifică *reînnoirile* din provocările educării. Discutăm de o realitate în care spargerea frontierelor dintre societăți transformă statutul-inovării, aceasta ajunge o componentă constantă și nu doar una declarativă în implementarea oportunităților din procesul educațional pe toate palierele societale. Deoarece, inovarea reprezintă nu doar finalitatea rezultatelor și a produselor obținute, dar ea înșiși este generatoare de reproductibilitatea acestora în condițiile în care îi sunt respectate cerințele din provocări. Cerințe caracterul cărora fiind unul complex și implementarea lor se impune a fi pe potrivă în mediul social. Or, acestea doar la suprafață par a fi facil de abordat și valorificat, dar care de fapt denotă prezența unor profunzimi insuficient de cunoscute. În condițiile în care înșiși cunoașterea devine vulnerabilă, chiar dacă s-ar părea că, periodizările cea culturală - *Postmodernism* și alta civilizațională - *Era Informațională* i-ar aduce mai multă revelație. Dar șirul continue deoarece ne semnificativ sensibilizată inovare/ inovațiile în dependență de fructificarea asigură perpetuarea patrimoniului umanității și civilizațiilor pe Terra.

Drept exemplu, *reînnoirile* din provocările deschiderilor au impulsionat educația și inovarea nu întotdeauna conforme cu realitățile unei comunități. În această ordine de idei, susținem că atunci când mediul social din punctul de vedere al dezvoltării social-economice este net inferior *reînnoirilor* din provocările deschiderilor civilizaționale și culturale în educare- inovare, raportul este supus formalizării, decât implementării și racordării lui la nevoile și necesitățile membrilor și comunității în general. De ce? Deoarece raportul educare-inovare constituit are nevoie nu doar de parte formală sau logistică, ci și de instituții sociale reziliente de a valorifica produsul obținut, adică specialistul pregătit. Acesta din urmă pregătit corespunzător atât pentru

prezent, cât și pentru viitor are nevoie de a se încadra în piața muncii unde își valorifică competențele. În acest sens societățile în curs de dezvoltare așa cum este și cazul societății Republica Moldova piața muncii rămâne în curs de stabilizare chiar dacă conform Agenției de rating Moody s indică o stabilitate, dar aceasta este una pe termen mediu [8]. În timp ce crizele cu care se confruntă reduc din posibilitățile încadrării specialiștilor în toate domeniile economiei. Posibilitățile care minimalizează rostul concurenței la toate nivelurile raportului educare-inovare. În spațiul unei atare societăți instituțiile responsabile de educare -inovare insuficient l-au raportat la nevoile și necesitățile economiei naționale. Astfel se explică și suprasolicitările pentru anumite specializări, dar și exodul masiv spre alte societăți, chiar și cu riscul de ași abandona domeniul. Se atestă o altă fațetă a paradoxului contemporan când o societate în curs de dezvoltare pregătește specialiști pentru comunitățile prospere.

Concomitent notăm că, educare–inovare și *vice versa*, fiind sub incidența *reînoirilor* din provocările matricei societății, necesită redimensionări și recuperări sistemice și complexe. Acestea, la rândul lor, generează procese total diferite care se reflectă în conexiunile individual, comunitar și environment. Printre procesele care se află în avangardă redimensionărilor se află cel educațional, de cercetare și conectate cu cel cultural. Redimensionări care înseamnă susținerea și atragerea simultan a părților, inclusiv aducerea complementarității în prim-plan. De asemenea că, atragerile catalizează răsturnări în scala priorităților unde nu partea, ci complimentarul deține întâietatea, profilarea de situații care balansează mai mult spre incognoscibil decât cognoscibil. În această situație apelul la complexitate prin studii inter și multidisciplinare de rând cu implicarea și altor actori sociali se va menține fructificarea celorlalte forme ale cunoașteri (de rând cu cele științifice) Cu atât mai mult cu cât, conexiunile desemnează și ascensiunea rolului comunicării structurale dintre participantele scalei priorităților responsabilă de educare - inovare - cercetare , deopotrivă cu valorificarea și perpetuarea lor de actorii sociali.

În acest sens, cea mai succintă radiografie a modului în care se desfășoară procesul educațional evidențiem prezența masivă a *curriculei* inovare-eveniment. Vorbim de amploarea pe care a luat-o tendința de a limita cunoștințele la cele care vor fi efectiv puse în practică. Or, prin exercițiul repetat și al transmiterii cunoștințelor, învățarea îl face pe cel care beneficiază de ea apt pentru un anumit număr de activități, pentru perfecționarea

acestora, precum și pentru dobândirea de dispoziții noi și cu cât este mai ridicat nivelul acestui învățământ, cu atât mai mari sunt opțiunea și numărul de „debușeuri” oferite[9]. Cu toate că, formal se susține că accentul se pune pe inovare-capacitate-sistem. Un exemplu deloc de neglijat ține de Procesul de La Bologna și aplicarea acestuia în realitatea socială pe segmentul european. Conform dezideratelor enunțate procesul dă un nou impuls educației și o aduce la cerințele și necesitățile societății contemporane. Dar dincolo de declarațiile formale trecerea la implementare și aplicat în diferite comunități deja au evidențiat mai multe neconcordanțe, deoarece axat pe pregătirea profesională se viciază componenta de cultură generală a viitorului specialist. Asistăm la perpetuarea tot mai mult la neglijarea caracterului umanist al *curriculei*, unde disciplinele acestui domeniu sunt trecute de la capitolul fundamental la cel opțional.

În acest sens în matricea societății Republica Moldova sistemul universitar de departe n-a fost structurat, chiar dacă se susține că s-au întreprins reforme, inclusiv aderarea la Procesul de la Bologna (2006) sau cea din 2022. La un an distanță de reforma din 2022 demonstrează o abordare cantitativă și nicidecum una calitativă. Menționăm că, reforma din 2022 s-a extins și peste institutele de cercetare ale Academiei de Științe a Moldovei, reformate prin cea din 20017 și transferate în cadrul ministerului educației. Se constată că, acest șir de reforme slab pregătite pentru a fi derulate în loc să fortifice fracturează conexiunile clusterului educație-știință-inovare. Clusterdevenit un sinecuanon în dezvoltarea tuturor domeniilor de activitate în Republica Moldova este dezavuat. Or, absorbția institutelor de cercetare de departe nu s-a soldat cu elaborarea unei *curicule* universitare în care să se valorifice rezultatele importante pe plan internațional obținute de institutele de cercetare. Prezența acestora în universități, continuarea cercetărilor și implicarea lor în pregătirea studenților.

Referințe bibliografice

1. Florian M. Recesivitatea structurii lumii. Vol.1. București: Editura Pro, 2003. Vol.II, 2004.
2. Gubser M. Franz Brentano's Ethics of Social Renewal. In: The Philosophical Forum, 2009, 4(3), pp.339–366.
3. Pascaru A. *Provocările societății în algoritmi de cunoaștere*. Chișinău: Print – Caro, 2023.

4. Pascaru A. *Filosofia reînnoirilor în societatea postpandemie*. În: *Sustenabilitatea gândirii filosofice în societatea post pandemie*. Chișinău: Lexon-Prim SRL, 2021, pp.12-61.
5. *Ibidem*, pp.12-61.
6. Hadot P. *Filosofia ca mod de viață. Convorbiri cu Jeannie Carlier și Arnold I. Davidson*. București: Editura HUMANITAS, 2019.
7. Pascaru A. *Provocările societății în algoritmi de cunoaștere*. Chișinău: Print – Caro, 2023.
8. Agenția de rayting Moodys a avansat perspectiva Republicii Moldova - de la negativ la stabil. În: www.gov.md
9. Henry M. *Barbarie*. Iași: Institutul European, 2008.
10. Ordine N. *Utilitatea inutilului. Manifest* (cu un eseu de A. Flexner). București: Editura: Spandugino, 2020.

НАСИЛИЕ В КОНТЕКСТЕ РОССИЙСКО-УКРАИНСКОЙ ВОЙНЫ: ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

Светлана Пустовит, д.филос.н., профессор
 Национальный университет здравоохранения Украины
 имени П. Л. Шупика, Киев, Украина
pustovit-sv@ukr.net

VIOLENCE IN THE CONTEXT OF THE RUSSIAN-UKRAINIAN WAR: ETHICAL AND LEGAL ASPECTS

Philosophical consideration of the violence is extremely important in the modern world. All civilizations had norms aimed at limiting violence, including violence during war, since such norms represented the essence of the evolutionary development of European civilization. One of the key contradictions in international politics, regarding the assessment of Ukraine's tactics and strategy in the war against Russia, is the confrontation between two ethical positions: the position of a just war and the position of political realism.

Философское рассмотрение проблематики насилия чрезвычайно важно в современном мире. Несмотря на утверждение гуманистических идеалов и приоритеты принципов толерантности, солидарности, справедливости в социальной политике развитых стран мира, 20 век

можно безоговорочно назвать эпохой торжества насилия, учитывая три мировые войны и их трагические последствия.

В целом можно дать следующее определение насилию: насилие – это использование силовых способов, физического, психологического, идеологического, словесного давления непосредственно или угроз его использования, сознательно направленных против слабых, беззащитных, тех, кто не в состоянии сопротивляться [1]. Наиболее доступно для эмпирического наблюдения физическое насилие со всеми видами жестокости, проявляемое людьми друг к другу, к разным формам жизни и природе в целом. Применительно к вышеперечисленным потребностям прямое насилие выражается в следующих формах: а) убийство; б) телесные повреждения, блокада, санкции, нищета; в) десоциализация из собственной культуры и ресоциализация в другую культуру (например, запрет родного языка и навязывание другого), отношение к людям как гражданам второго сорта; г) репрессии, задержание, изгнание. Именно эти формы поведения чаще всего определяются как наиболее опасные и агрессивные.

Война России против Украины в начале 21 века свидетельствуют, с одной стороны, об актуальности проблематики насилия (в форме войн, массового уничтожения людей определенной национальности (геноцид), террористических актов, пыток и т. д.) в контексте этико-правовых и моральных норм, а с другой – о распространении непрямых форм насилия, среди которых, прежде всего, системное, структурное и информационное насилие. Все чаще проявляет себя практика ведения «гибридных войн», сочетающих физические и нефизические формы насилия.

В философском анализе международной политики, касающейся военной агрессии России против Украины, можно выделить два основных концептуальных тренда. Первый – это *идея справедливой войны*, основанная на ценностях гражданского общества, как условия выживания мирового человечества. Второй – *неопозитивистский, концепция политического реализма*.

Реалисты выносят войну и насилие во время войны из сферы моральной деятельности. Более того, они считают, что государства являются по своей природе источником насилия, которое проявляется в том числе и в ведении войны. Согласно реалистам, выражение «этика войны» - оксюморон, а над государствами нет никакого реального

морального авторитета, который бы предписывал им, как они должны вести себя на международной арене. Чтобы выжить государства должны преследовать свои собственные цели, а если они сталкиваются с жестоким захватчиком, они могут потерять все, в том числе свой народ и его культурное наследие [2]. Поэтому выбора нет – остается воевать на основе принципа «все средства хороши».

Концепция политического реализма предлагает рассматривать международные отношения как сумму политик отдельных государств, а борьбу государств за власть, силу и доминирование – как универсальную для всех времен и регионов. С точки зрения политического реализма, изменить существующий мир можно только с помощью умелого использования объективных законов, а не путем подчинения политической реальности какому-нибудь абстрактному идеалу. Поэтому высшая мораль в международной политике – это умеренность и осторожность, отказ отождествлять нравственные стремления любой нации с универсальными нравственными нормами. Одно дело знать, что нации подчиняются моральному закону в своей политике, а другое – претендовать на знание того, что хорошо и что плохо в международных отношениях.

По мнению одного из апологетов реализма Г. Моргентхау, международные отношения - это арена острого противоборства государств. В их основе стремление к увеличению своей власти или силы и уменьшению власти других двумя основными путями: *военной стратегии и политической игры и баланса власти (силы)*, являющейся единственным реальным способом обеспечить и сохранить мир. При этом следует учитывать нормы международного права и морали, но ни в коем случае их не идеализировать.

Реалисты считают, что суверенные государства-главные акторы в международной системе, и особое внимание уделяется большим государствам, поскольку они оказывают наибольшее влияние. Международные институты, международные неправительственные организации, транснациональные корпорации, отдельные лица и другие субгосударственные или трансгосударственные субъекты рассматриваются как такие, что имеют незначительное влияние. Государства являются по своей сути агрессивными (по наступательному реализму) и/или одержимыми безопасностью (по оборонному реализму), а территориальная экспансия ограничивается только конфронтирующим государством (государствами).

Современная «гуманитарная» война является возвращением к христианской теории о справедливой войне. Эта традиция берет начало у Августина, ее наиболее ярким представителем является Гуго Гроций. По мне нию этих философов, война совершается для достижения мира, а справедливая война скорее имеет целью пресечение зла, нежели достижение блага. В этой теории признается, что война – зло, которое должно быть предотвращено, поэтому устанавливаются жесткие критерии, в соответствии с которыми война может обрести статус справедливой [3]. Эти критерии можно разделить на три основные группы:

1. Jusadbellum – обоснованность вступления в войну.
2. Jusinbello – обоснованность используемых средств.
3. Juspostbellum – обоснованность завершения войны.

С точки зрения выполнения пунктов 1 и 2, оборонительная война Украины против вооруженной агрессии России, начатой в 2014 и продолженной в 2022 году, является справедливой. Ее основание - самозащита, защита гражданского населения и наказание военных преступлений. Украина преследует правую цель, а украинские защитники мотивированы гуманной идеей – прекращением войны, военных преступлений и геноцида украинского народа со стороны Российской Федерации. Страдания от войны не превосходят страдания и потери, которые Украина должна предотвратить (российская агрессия угрожает украинской нации и всему цивилизованному миру физическим уничтожением). Украина придерживается тактики уничтожения только легитимных военных целей, она также не применяет истязаний и пыток, не угрожает и не использует оружие массового поражения. На сегодняшний день все три требования изложены в четырех Женевских конвенциях 1949 года и в двух Дополнительных протоколах 1977 года.

В американском и европейском политическом дискурсе (подогреваемом российским политиком и пророссийскими акторами) время от времени поднимаются вопросы скорейшего мирного завершения российско-украинской войны путем уступок рашистскому режиму. В частности, такие известные представители политического реализма как З. Бжезинский и Г. Киссинджер, заявляли, что конфликт в Украине стоит решить с помощью соглашения, которое защитит Киев, но при этом что-то необходимо предложить российскому диктатору [4,5]. 23

мая 2023 года Киссинджер, выступая на Всемирном экономическом форуме в Давосе, заявил, что западные страны должны помнить о важности России для Европы и не поддаваться „сиюминутному настроению” [5]. Запад должен заставить Украину согласиться на мирные переговоры на условиях, предполагающих сохранение территорий, которые Украина контролировала до начала полномасштабного российского вторжения, т.е. до 2023 года.

Диаметрально противоположной точки зрения придерживаются сторонники справедливой войны. Так, один из них Ф. Фукуяма отмечает в своих интервью и статьях, что он не верит, что война зашла в тупик, и что нет необходимости начинать переговоры на основе текущего состояния [6]. Философ подчеркивает, что в случае мирного соглашения (до вывода российских войск с украинской территории) Россия сохранит контроль над большей частью Донбасса, а затем и над большей частью юга Украины. Такой договор может обернуться катастрофой для всего мира, ибо станет вознаграждением российскому государству за агрессию и «вдохновит» его на продолжение военной агрессии уже против новых государств.

Специфика философского отношения к войне заключается в попытке прийти к пониманию ее природы и сущности как таковой, постичь ее укорененность в общей системе мироздания, неподвластной непосредственному чувственному наблюдению.

Онтологически человек проявляется в двух измерениях. С одной стороны, его мир представляет собой окружающую среду (Umwelt), часть универсума, редуцированного до возможностей физического выживания и существования человека как биологического существа. С другой - онтологической данностью человека есть мир умозрительный, идеальный, истинный универсум, содержащий не только действительный, но и идеальный мир. Идеальный мир – это мир без насилия, без какого-либо принуждения и давления. В генезисе человечества такая парадигма человека возникает одновременно с политическим революцией, когда охота как первичная форма инструментального действия уступает место культивированию растений и животных, что становится основой коммуникативного действия [7].

Таким образом, наряду с «мужской рациональностью» (homofaber) формируется так называемая «женская рациональность» практического разума [7]. В терминах Аристотеля, сфера *praxis* (от греч. *πρᾶξις*

деятельность) – это сфера свободного действия человека, сердцевина которого этос, где язык и разговорная речь, интерактивное общение, коммуникации приобретают ключевое значение. Открытие особой сферы трансцендентального как измерения этического, как идеального коммуникативного сообщества способствовало уточнению природы и границ человеческой свободы, созданию интелегибельного мира идеальных сущностей. Идеальные сущности как регулятивы на уровне общества выступают в виде симметричных отношений между людьми, формируя сферу контрфактивности, в которой нет превосходства, принуждения и насилия [7]. Вся духовная история человечества свидетельствует о его стремлении хотя бы в воображении построить идеальный мир и общество, где отношения между людьми отвечают рациональному принципу симметричности.

История человечества имеет примеры теоретического и практического обоснования этики ненасилия как несимметричного ответа на насилие. Ненасилие выступает альтернативой пассивному восприятию и вооруженному противостоянию насилию. Методы ненасильственного сопротивления включают различные формы образования и воспитания, гражданское неповиновение, ненасильственные противодействия насилию и пр. Примерами являются борьба Махатмы Ганди за независимость Индии, Мартина Лютера Кинга за гражданские права афроамериканцев, Бархатная революция в Чехословакии, Оранжевая революция в Украине и др. Однако, очевидно, *что не во всех случаях и не всегда, особенно во время войны, нравственно оправдан принцип непротивления злу силой*. В этом случае вступает в действие международное гуманитарное право.

Во всех цивилизациях существовали нормы, направленные на ограничение насилия, включая насилие во время войны, так как такие нормы представляли собой суть эволюционного развития европейской цивилизации. Однако универсализация этих норм на уровне международного гуманитарного права впервые состоялась в Женевской конвенции об улучшении участи раненых в действующих армиях (1864) и Гаагских конвенциях 1899 и 1907 гг., содержащих основы права ведения военных действий. Право Гааги было направлено, главным образом, на защиту комбатантов и некомбатантов путем ограничения методов и средств ведения военных действий [8].

Возникновение международного гуманитарного права связано с

философскими идеями эпохи Просвещения. В частности, с идеями И.Канта, сформулированными в произведении «К вечному миру» (1795). Философ подчеркивает, что «состояние мира между людьми, живущими по соседству, не является естественным состоянием (*statusnaturalis*); последнее, наоборот, есть состояние войны (если не враждебные действия, то постоянная их угроза) [9, с. 7]». Но разум, считает Кант, с высоты морально законодательствующей власти, безусловно, осуждает войну как правовую процедуру и, напротив, непосредственно вменяет в обязанность мирное состояние, которое, однако, не может быть ни установлено, ни обеспечено без договора народов между собой. Поэтому должен существовать особого рода союз - союз мира (*foedus pacificum*), который отличался бы от мирного договора (*pactum pacis*) тем, что последний стремится положить конец лишь одной войне, тогда как первый – всем войнам, и навсегда. Этот союз был бы направлен исключительно на поддержание и обеспечение свободы государства для него самого и в то же время для других союзных государств. Существование такой федерации государств объективно возможно, по мнению Канта, именно такая федерация должна постепенно охватить все государства и привести к *вечному миру*.

Топос вечного мира, топос понимания является топосом ненасилия, он исключает принуждение, ведь невозможно силой заставить государства поддерживать идею мирного сосуществования. С этой точки зрения, ведение любых войн также должно подчиняться законам разума, определенным морально-правовым нормам, чтобы сделать наступление очередного состояния мира возможным. Таким образом, идея вечного мира выступает здесь как основополагающий принцип разума, подчиняющий себе природное состояние народов, живущих в взаимной вражде и неопределенности, где каждое государство другому «волк» [9].

По нашему мнению, культура ненасилия в мире будет развиваться. Концепция справедливой войны – только один из теоретико-философских и этико-правовых способов осмысления феномена войны, ее гуманизации. Одним из основополагающих принципов демократии является публичное обсуждение нравственных и политических вопросов. В ходе таких обсуждений будут приниматься решения о применении насилия, необходимого для победы над злом. Украинцы

(военные и гражданские) остаются мирными людьми, несмотря на то, что находятся в постоянном ужасе войны. Они понимают, что без борьбы невозможно выжить, неппротивление злу силой будет означать смерть украинской нации и культуры, торжество геноцида украинского народа. Украинцы должны завоевать свободу, достоинство и право на жизнь. Это залог того, что когда мы вернемся к мирной жизни, у нас будет меньше насилия [10].

Бібліографія

1. Слюсар В.М. Проблема насилля у філософських розвідках другої половини хх століття. In: Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка. Філософські науки (Житомир, Україна). Вип. 2 (86), с.51-60.
2. Нравственные ограничения войны: Проблемы и примеры. Под ред. Б.Коппитерса, Н.Фоушина, Р.Апресьяна. Москва: Гардарики, 2001, с.16.
3. Свендсен Л. Философия зла. Москва: Прогресс-Традиция, 2008, с.284.
4. Бжезинский об Украине. Главные цитаты за 20 лет. Корреспондент.net, 27 мая 2017. In: <https://korrespondent.net/world/3855983-bzhezynskyi-ob-ukraïne-hlavnye-tsytaty-za-20-let> (использовано: 14.09.23).
5. Киссинджер: Вина за войну в Украине лежит не на одном Путине. In: <https://www.dw.com/ru/kissindzer-vina-za-vojnu-v-ukraine-lezit-ne-tolko-na-putine/a-65727483> (использовано: 14.09.23).
6. Фукуяма Ф. Украина является источником вдохновения для всего свободного мира. Среда, 21 сентября 2022. In: <https://www.pravda.com.ua/rus/columns/2022/09/21/7368435/> (использовано: 14.09.23).
7. Єрмоленко А. Насильство як явищесучасногосвіту: соціальний та культурно-історичнийвиміри. Круглийстіл «Філософської думки» In: Філософська думка (Киев, Україна), 2019, № 2, с.8-9.
8. Бьюнсон Ф. Право Женевы и право Гааги. In: Международный журнал Красного креста. Сборник статей, 2001, с.137-159. In: <https://zbruc.eu/node/90688> (использовано: 14.09.23).
9. Кант И. К вечному миру. Электронная библиотека «Гражданское общество», с. 13-14. In: <http://www.civisbook.ru/> (использовано: 14.09.23).
10. Кебуладзе Вахтанг. Філософія насильства. In: <https://rozmova.wordpress.com/2019/07/04/vakhtanh-kebuladze/> (использовано: 14.09.23).

CERCETAREA PE CELULE STEM: PROMISIUNI, AMENINȚĂRI ȘI DEZBATEREA BIOETICĂ

Maria Aluaș^{1,2,3}, conf. univ., dr.

¹Universitatea de Medicină și Farmacie *Iuliu Hațieganu*

²Centrul de Bioetică, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca,
România

³Consilier juridic la Colegiul Medicilor, Alba, România

maria.aluas@umfcluj.ro

*Nothing that you do in science is guaranteed
to result in benefits for mankind.*

*Any discovery, I believe, is morally neutral
and it can be turned either to constructive ends
or destructive ends. That's not the fault of science.*

Arthur W. Galston

CELL STEM RESEARCH: GOOD PROSPECTS, DARK CLOUDS AND BIOETHICS DEBATE

In this chapter, I will describe shortly the main ethical aspects regarding the framework of conducting research on stem cells: the promises that emerge as a result of the research, the fears already expressed in this field of research and the reason for why this field is so intensely debated.

Considerații generale

Tratamente cu celule stem. *Prestigioasa publicație americană, Journal of the American Medical Association (JAMA)* a publicat, în Octombrie 2018, un studiu în care au fost identificate 1.636 de campanii care au adunat 6,8 milioane de dolari. Printre tratamentele pentru care se adună aceste fonduri, locul trei îl ocupă terapiile cu celule stem, după tratamentele pentru cancer și pentru leziuni cerebrale. În acest studiu au fost incluse doar campaniile care au finanțat tratamente individuale, din Statele Unite ale Americii și Canada, de la 1 noiembrie 2015 până în decembrie 2017, adunându-se peste 27 de milioane de dolari [1].

În fiecare țară au loc astfel de campanii și pacienții afectați de boli grave și familiile lor apelează uneori la soluții extreme sau desperate, în încerca-

rea de a salva viața celui afectat de boli grave. Nu se cunosc, însă rezultatele acestor tratamente asupra pacienților, care nu se publică și par să fie ținute secrete. Tabloul actual al acestei teme este compus din speranțe din partea pacienților și a familiilor lor, promisiuni ale științei, dar și dezamăgiri mari, cariere și vieți ruinate.

Cercetarea pe celule stem. Domeniul cercetării pe celule stem este notoriu pentru scandalurile cauzate de fraude. Primul exemplu este Hwang Woo-suk (n. 1953), un medic veterinar sud coreean care a pretins că a ajuns la rezultate majore în cercetarea pe celule stem. Articolele sale au fost publicate în prestigioasele reviste *Nature* [2] și *Science* [3] în anii 2004 și 2005. Al doilea exemplu este cazul profesorului Yoshiki Sasai (1962-2014), unul dintre numele importante în cercetarea pe celule stem, care s-a sinucis, în anul 2014[4], probabil din cauza presiunii de a fi lăsat să fie publicate date incorecte pe care trebuia să le retracteze și să recunoască, public, erorile comise. În același an, colaboratoarea sa, Haruko Obokata (n.1983), a demisionat, după ce a fost acuzată de fraude în cercetare. Ea a publicat în revista *Nature* pretinzând că celulele stem se pot produce din celule adulte normale prin scufundarea lor în acid pentru o perioadă de 30 de minute [5].

Cu privire la terapia cu celule stem, se cunoaște cazul lui Davide Vannoni (1967–2019), în Italia, care susținea că a găsit o metodă de tratament cu celule stem pentru zeci de boli incurabile, metodă denumită de el, “Stamina”. Aceasta a fost considerată o descoperire de senzație, care numai că nu a demonstrat niciodată ipotezele sale științifice, dar dintre toți cei care au fost tratați, niciunul nu s-a vindecat. El a fost condamnat la un an și zece luni de închisoare. În martie 2015, Vannonia fost acuzat de conspirație și fraudă și declarat o persoană de interes pentru autoritățile italiene [6].

Aceste exemple, precum și altele mai puțin cunoscute nu sunt deloc benefice pentru cercetare, cercetători și pentru populație, la modul general, ducând la pierderea încrederii oamenilor în rezultatele cercetărilor, în publicații și în cercetători.

Ce sunt celulele stem? Conform dicționarului medical, Stedman’s [7], o celulă stem este acea celulă care poate fi diferențiată în alte tipuri de celule și care este capabilă să dea naștere la toate tipurile – sau la mai multe tipuri – de celule din organism.

Istoria celulelor stem nu are un început cert, termenul de ‘stem cell’ fiind folosit pentru prima dată, în anul 1908, de către histologul rus Alexan-

der Maksimov (1874-1928) [8], la un congres al societății de hematologie la Berlin. El făcea referire la celulele stem hematopoietice.

Celulele stem există în organismul nostru pe durata întregii vieți. Acestea sunt de mai multe feluri. Astfel, există [9]:

1. Celule stem embrionare (ES), numite totipotente sunt celule prelevate pe un embrion care are câteva zile, în stadiul de blastocist și sunt puse în cultură.

2. Celule stem pluripotente induse sau „reprogramate”, asemănătoare celor embrionare, dar obținute plecând de la celule specializate adulte cu ajutorul unei tehnici de laborator descoperite în anul 2006;

3. Celule stem tisulare, provenind din țesuturi adulte și care sunt capabile să dea naștere la un număr restrâns de tipuri celulare.

4. Celule stem oligopotente sunt celulele stem limfoide sau mieloide. O celulă limfoidă, în mod specific, poate da naștere la diferite celule sanguine, cum ar fi celulele B și T, cu toate acestea, nu la un tip de celule sanguine diferite, cum ar fi globule roșu.

5. Exemple de celulă stem unipotentă - o celulă stem germinativă (producătoare de spermatozoizi) și o celulă stem epidermică (producătoare de piele). Celulele stem deteriorate pot fi înlocuite cu succes în unele cazuri, cum ar fi în cazul transplanturilor de măduvă osoasă, când poate fi găsit un donator sănătos, potrivit.

Dezbaterea bioetică privind cercetarea pe celule stem. Tema centrală a dezbaterii etice cu privire la utilizarea celulelor stem este cea referitoare la celulele stem embrionare [10], totipotente, capabile să dea naștere la orice tip de celulă a organismului. Dezbaterea etică nu ține de statutul celulelor stem embrionare ci, mai degrabă, de originea lor. Cum celulele stem embrionare constituie o parte de masă internă a unui embrion în stadiul de blastocist, ele sunt incapabile de a da naștere unui embrion. O linie celulară stem embrionară nu este asimilabilă unui embrion. Este vorba despre o simplă prelevare de celule de la un embrion care are sub cincisprezece zile. Dacă sunt izolate și cultivate in vitro își pot menține nealterate proprietățile ani de zile, ceea ce înseamnă că din câteva celule se pot obține sute de milioane, cu aceleași caracteristici și posibilități. Dezbaterea referitoare la utilizarea celulelor stem embrionare umane este strict legată de dezbaterile cu privire la statutul embrionului uman. Indiferent dacă embrionii sunt produși prin tehnologii reproductive, prin transferul nucleului, sau provin din surplusul de embrioni congelați, problema etică este aceeași: pentru a

obține celule stem embrionare, embrionul uman este distrus, în scopul cercetării și a găsirii unei posibile viitoare terapii. Scopul este unul important pentru cercetare, toți sunt de acord asupra lui (cercetarea în vederea găsirii de noi modalități terapeutice pentru tratarea bolilor, până acum, incurabile), ceea ce este criticabil, însă, sunt mijloacele (distrugerea embrionilor umani), pentru a considera o posibilă perspectivă terapeutică.

Considerentele etice sunt: se pot distruge embrioni umani pentru a se face un progres în domeniul terapeutic? Se pot suprima embrioni umani existenți pentru a trata, poate, boli ai unor indivizi care nu există încă? Răspunsul la aceste întrebări depinde de cum este perceput statutul embrionului uman: obiect, persoană potențială sau persoană [11].

În funcție de modul în care înțelegem embrionul uman, ne vom comporta diferit. Așadar se evidențiază trei perspective [12], embrionul uman fiind definit ca fiind:

1. O persoană umană, având un drept inalienabil la viață; Poziția celor care susțin că embrionul este încă de la fecundare un subiect personal, rețin ca ilicită experimentarea pe celule stem embrionare (indiferent dacă embrionii sunt produși în scop de cercetare sau provin dintre cei supranumerari). Chiar și uzul embrionilor supranumerari este reținut ca fiind ilicit, în această perspectivă, pentru că este vorba despre suprimarea directă și intenționată a embrionilor vii (care sunt decongețați în scop de cercetare). Distrugerea embrionilor este un rău în sine, independent de finalitatea actului (finalitățile bune nu justifică mijloacele, obiectiv rele). Dreptul la viață al embrionului trebuie să aibă aceeași demnitate cu cel al bolnavului care urmează a fi tratat.

2. O grămăjoară de celule, cu același statut moral ca cel al altor celule, prin urmare nu are drepturi și nu avem nicio obligație legală față de el; Cei care neagă personalitatea embrionului uman, admit posibilitatea de a dispune de viața ființei umane în primele faze ale dezvoltării. A admite disponibilitatea embrionului uman înseamnă a legitima instrumentalizarea embrionului, ajungându-se chiar la poziția radicală de a reține ca fiind licită producerea de embrioni numai în scop experimental.

3. Nu este o persoană titulară de drepturi, însă trebuie protejat întrucât este o *persoană potențială*. Poziția intermediară este cea conform căreia se pot utiliza numai embrionii umani congețați care nu vor mai fi implantați, cei abandonați și care nu mai fac parte dintr-un proiect parental, dar numai dacă sunt donați de cuplu în mod conștient pentru acest scop. Legiti-

marea unei astfel de poziții este subordonată ideii de abandon a proiectului parental, a informării corecte și complete și a excluderii oricărei forme de compensare a donatorilor.

În funcție de perspectiva adoptată, vom acționa în mod diferit în fața embrionilor umani: îi vom trata ca pe lucruri sau ca pe persoane umane.

Cercetarea pe celule stem. Cercetarea pe celule stem a fost aprobată în Statele Unite ale Americii, de către Food and Drug Administration (FDA) doar în luna ianuarie 2009, după mai bine de zece ani de dezbateri publice, dar în august același an a fost oprită. Motivul pentru care s-a ajuns la această decizie a fost că în anumite circumstanțe aceste terapii pot crea tumori [13]. Un studiu publicat în anul 2016, în *Cell Stem Cell* arată că aproape 570 de clinici în Statele Unite propun tratamente cu celule stem, tratamente care nu au fost autorizate de către FDA [14] și care pot avea consecințe negative pentru sănătatea pacienților.

Criticile aduse acestor terapii pleacă de la faptul că nu există studii și reporturi publicate, care să dovedească rezultatele tratamentelor la care au fost expuși pacienții.

În concluzie, temerile legate de astfel de practici sunt că în viitor oamenii vor înțelege că aceste tratamente nu sunt eficiente și își vor pierde încrederea în astfel de terapii, iar cercetarea pe celule stem va fi prejudiciată prin pierderea încrederii opiniei publice și a finanțatorilor în acest domeniu al științei.

Referințe bibliografice

1. Vox F., Folkers K.M., Turi A., Caplan A.L. Medical Crowdfunding for Scientifically Unsupported or Potentially Dangerous Treatments Medical Crowdfunding for Scientifically Unsupported or Potentially Dangerous Treatments Letters. In: *Jama*, 2018, No 320, pp.1705-1706. doi:10.1001/jama.2018.10264.
2. Lee B. C., et al. Dogs cloned from adult somatic cells. In: *Nature*, 436. 641; 2005. (Eratum in: *Nature*, 2006, Oct 12, No 443(7112), p.649. Shamim, M Hossein [corrected to Hossein, M Shamim]. In: *Nature*, 2006, Mar 9, No440 (7081), p.164. In: *Nature*, 2005, Aug 25, No 436(7054), p.1102.
3. Hwang WS, Ryu YJ, Park JH, Park ES, Lee EG, Koo JM, Jeon HY, Lee BC, Kang SK, Kim SJ, Ahn C, Hwang JH, Park KY, Cibelli JB, Moon SY. Evidence of a Pluripotent Human Embryonic Stem Cell Line Derived from a Cloned Blastocyst. In: *Science*, 2005 Dec 16, No 310(5755), p.1769 (Retraction in Editorial retraction. [*Science*, 2006]).

4. Cyranoski D. Stem-cell pioneer blamed media ,bashing' in suicide note. In: Nature, 2014 August, In: <https://www.nature.com/news/stem-cell-pioneer-blamed-media-bashing-in-suicide-note-1.15715>, (accessed: August 12, 2018).
5. Gallagher J. Stem cell scandal scientist Haruko Obokata resigns. In: BBC News, 2014, 19 December. In: <https://www.bbc.com/news/health-30534674>. (accessed: August 25, 2022).
6. Abbott A. Disgraced stem-cell entrepreneur under fresh investigation. In: Nature, 2016, 17 November, No 539, p.340. doi:10.1038/539340°.
7. Stedman's medical dictionary for the health professions and nursing. 7th edition. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2012, p.1589.
8. Maximov AA. The lymphocyte as a stem cell, common to different blood elements in embryonic development and during the post-fetal life of mammals. In: Folia Haematol, 1909, No 8, pp.125–134.
9. Hildreth C. Do You Know The 5 Types Of Stem Cells? In: BioInformant.com, 2023, February 14. In: <https://bioinformant.com/types-of-stem-cells/>. (accessed: Sept. 15, 2023).
10. Aluaş M., Todea DA, Gherman CD. Key regulations related to stem cell research. In: Romanian Journal of Morphology and Embryology, 2019, No 60(2), pp.723-728. PMID: 31658351
11. Aluas M., Gherman C.D, Dumitrescu C.I. Is the human embryo legally defined and protected? Causes and consequences. In: Rom J Morphol Embryol., 2017, No 58(2), pp.695–700.
12. Zanielli S. Scienza, tecnica e rispetto dell'uomo. Il caso delle cellule staminali. Milano: Vita e Pensiero, 2001.
13. Raup C. Stem Cell Tourism; The Embryo Project Encyclopedia, 2010. In: <http://embryo.asu.edu>, last (accessed: August 14, 2023).
14. Turner L., Knoepfler P. Selling Stem Cells in the USA: Assessing the Direct-to-Consumer Industry Cell Stem. In: Cell Forum, 2016, August 04, Vol. 19, Issue 2, pp.154-157. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.stem.2016.06.007>.

CONSIDERAȚII BIOETICE REFERITOARE LA DECIZIILE DE ALIMENTARE ECHILIBRATĂ ÎN SĂNĂTATEA PUBLICĂ

Ludmila Rubanovici¹, dr. în filos., conf. univ.

Vladislav Rubanovici², dr. în șt. med., conf. univ.

¹Catedra de filosofie și bioetică

ludmila.rubanovici@usmf.md

²Departamentul Medicină Preventivă, Disciplina de igienă

vladislav.rubanovici@usmf.md

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

BIOETHICAL CONSIDERATIONS REGARDING DECISIONS ON BALANCED NUTRITION IN PUBLIC HEALTH

Healthy food choices in public health raise many complex ethical questions and implications. For example, the balance between individual rights to choose their dietary habits and collective responsibility for public health must be considered. There are also issues related to the accessibility of healthy food, advertising, and manipulation of the food industry, as well as educating and correctly informing the population about nutrition. Bioethics provides an important conceptual and moral framework for evaluating and addressing these healthy eating decisions in public health, helping to balance individual and societal benefits while respecting ethical principles and individual rights.

Alegerile alimentare sănătoase în sănătatea publică ridică multe întrebări și implicații etice și bioetice complexe. Creșterea incidenței bolilor netransmisibile, deciziile privind alimentația sănătoasă ajung să fie un subiect de interes major și în domeniul bioeticii. Alimentația echilibrată în sănătatea publică ridică numeroase întrebări etice și implicații complexe, care trebuie abordate cu atenție și responsabilitate. În acest context, bioetica oferă un cadru conceptual și moral pentru evaluarea deciziilor privind alimentația sănătoasă în sănătatea publică. Bioetica este disciplina care explorează dilemele etice și morala asociată practicilor și politicilor din domeniul sănătății, inclusiv cele legate de stilul sănătos de viață.

Subiectul *Considerații bioetice referitoare la deciziile de alimentație echilibrată în sănătatea publică* devine din ce în ce mai relevant, deoarece deciziile din acest domeniu implică frecvent conflicte între interese individuale și colective, între drepturile și responsabilitățile individuale și cele ale comunităților, precum și între nevoile prezentului și cele ale viitoarelor generații. Bioetica este o ramură a eticii aplicate care se concentrează asupra problemelor și dilemelor etice legate de viață și sănătate, inclusiv aspectele medicale și științifice care pot avea un impact sustenabilității și a altor valori etice în elaborarea și implementarea politicilor alimentare. Alimentația sănătoasă/echilibrată se referă la consumul ce furnizează nutrienții necesari pentru menținerea sănătății și prevenirea bolilor. Sănătatea publică, la rândul său, este disciplina care se ocupă cu promovarea și protejarea sănătății populațiilor; de prevenirea bolilor, promovarea stării de bine și îmbunătățirea calității vieții prin intervenții la nivelul comunităților și societății în ansamblu.

Din cele mai vechi timpuri, oamenii au reflectat asupra alimentației și a impactului acesteia asupra sănătății și bunăstării umane. În Grecia Antică, de exemplu, Pitagora promova o dietă vegetariană și credea că animalele sunt ființe înrudite cu oamenii și că era greșit să le folosească ca hrană. Hipocrate susținea importanța echilibrului și moderării în alimentație pentru menținerea sănătății: „Hrana să fie medicament și medicamentul să fie hrană”. El a mai afirmat că: „Dacă reușim să găsim un echilibru între alimentație și exercițiile fizice, astfel încât să fie nici prea multe, nici prea puține, atunci am găsit mijlocul pentru a menține sănătatea”. Astfel, chiar și în acele vremuri, consumul inadecvat de alimente era considerat un factor de risc pentru sănătatea umană. Același principiu al măsurării în alimentație era promovat și de către Socrate (469-399 î.Hr.), care este cunoscut pentru expresia sa: „Omul mănâncă pentru a trăi, nu trăiește pentru a mânca”. Platon detaliază o dietă adecvată în Cartea a II-a a Republicii, sugerând că dieta ar trebui să fie alcătuită în principal din alimente naturale, precum legume, fructe, nuci și cereale. Carnea ar trebui consumată cu moderație, iar alcoolul evitat sau consumat cu moderație. Scopul principal al acestei diete este de a menține trupul sănătos și mintea clară, astfel încât indivizii să se dezvolte în mod corespunzător ca cetățeni [1]. Stoicii romani, precum Epicur și Seneca, au discuta diferite aspecte ale producției și consumului de alimente, promovând bucuria dietei echilibrate, autocontrolul și moderarea pentru a atinge o viață înțeleaptă și virtuoasă.

Mai târziu, Leonardo da Vinci a observat și a înregistrat procesele digestive și a înțeles importanța unei bune funcționări a sistemului digestiv pentru asimilarea nutrienților din alimente. Montaigne – un adept al plăcerii și al bucuriei de viață; a susținut că oamenii ar trebui să se bucure și de mâncare și de procesul de a mânca, dar în limitele rațiunii și cu respect pentru corpul lor. Jean-Jacques Rousseau a subliniat importanța conectării cu natura și cu resursele naturale; a argumentat că un stil de viață simplu și natural este mai potrivit pentru fericire și bunăstare. Fourier urmărea educarea copiilor în gastronomie de la vârste fragede, aprecia rolul meselor, mâncând de cinci ori pe zi și aprecia rolul social al cinelor, care facilitează dialogul între oameni. Friedrich Nietzsche urmărea ajustarea alimentației pentru atingerea nivelului maxim de performanță pentru corpul uman; refuza dietele, pe care le considera o îngrădire a libertății. În secolul al XX-lea, filosofi au luat în considerare probleme precum vegetarianismul, etica agriculturii, drepturile alimentare, biotehnologia și estetica gustativă. În secolul XXI, filosofi continuă să abordeze aceste probleme și altele noi referitoare la globalizarea alimentelor, rolul tehnologiei și drepturile și responsabilitățile consumatorilor și producătorilor. De obicei, acești filosofi își numesc munca „etică alimentară” sau „etică agricolă” [2].

În filosofie și etică se abordau doar ocazional întrebări legate de nutriție și stilul de viață, iar aceasta se explică din mai multe posibile motive: i) subiectul este unul complex și implică o varietate de factori biologici, psihologici, socio-economici și culturali; ii) tema este una subiectivă, depinde de percepția fiecăruia, unii autori consideră „alimentația este prea fizică și trecătoare pentru a merita o atenție serioasă” [3], or filosofia și etica se ocupă adesea de subiecte abstracte și universale, iar nutriția și stilul de viață pot fi considerate subiecte mai concrete și aplicate. În anumite culturi, alimentația și gătitul au fost considerate tradițional asociate cu activitatea femeilor, ceea ce ar putea explica de ce au fost neglijate sau subestimate în etică. Unele activități legate de alimentație și consumul de alimente au fost considerate „inferioare” sau „primitive” în contextul istoric [4]. Totuși, această perspectivă a început să se schimbe odată cu evoluția societății.

În contextul actual când pe planeta noastră trăiesc aproximativ 8 miliarde de oameni, iar la fiecare cinci zile se nasc încă un milion, populația globului este de 10 ori mai mare decât acum 400 de ani e cazul să ne întrebăm: *Cum putem asigura accesul la alimente adecvate și nutritive pentru toți oamenii? Există o responsabilitate colectivă de a preveni foametea și*

malnutriția? Cum influențează strategiile de marketing și publicitate ale industriei alimentare alegerile alimentare și sănătatea noastră, în special a copiilor și tinerilor? Cum contribuie alegerile noastre alimentare la sustenabilitatea și protecția mediului înconjurător? Care sunt implicațiile etice ale utilizării biotehnologiei și organismelor modificate genetic în producția alimentară? Cum putem asigura securitatea și transparența în utilizarea acestor tehnologii? Cum putem promova educația și informarea corectă pentru a lua decizii alimentare mai sănătoase? Etc.

În prezent, avalanșă de informații despre alimentația sănătoasă, stilul de viață și modul sănătos de trai ce provine din diverse surse precum rețelele de socializare, publicații, televiziune și webinare, este tot mai de amploare și prin urmare abordarea morală a devenit una indispensabilă. Surse neîntemeiate științific abundă cu „sfaturi” privind deciziile alimentare și au atins cote alarmante, conducând la apariția unor preocupări excesive și chiar stări patologice de neliniște în rândul oamenilor. Se observă o exagerare a dorinței de a mânca sănătos și o preocupare chinuitoare pentru evitarea bolilor și prelungirea vieții, generând o serie de probleme, inclusiv apariția diferitelor anxietăți, fobii și obsesii legate de alimentația favorabilă sănătății.

Un exemplu notoriu este *ortorexia*, termen inventat și introdus pentru prima dată în discuția publică de către medicul american Steven Bratman în anul 1997. Bratman a descris ortorexia ca fiind o preocupare anormală pentru mâncarea sănătoasă și o fixație excesivă asupra calității și compoziției alimentelor, care poate avea un impact negativ asupra sănătății mentale și sociale a individului. De atunci, termenul a câștigat notorietate în domeniul sănătății și nutriției și a fost folosit pentru a descrie un tip de comportament alimentar problematic [5]. Deși interesul pentru o alimentație sănătoasă poate fi un obiectiv laudabil, ortorexia devine problematică atunci când afectează negativ calitatea vieții individului. Persoanele cu ortorexie pot dezvolta anxietate legată de alimente, pot deveni izolate social din cauza restricțiilor alimentare severe și pot experimenta deficiențe nutriționale din cauza dietelor restrictive.

Este important să se facă distincția între a avea grijă de sănătatea alimentară și a dezvolta ortorexia. Îngrijirea sănătății alimentare implică a face alegeri informate și echilibrate în ceea ce privește dieta, în timp ce ortorexia este un comportament anormal și nesănătos legată de alimentație. Ortorexia nu este oficial recunoscută ca o tulburare de alimentație

în clasificările internaționale precum *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) [6], dar este un subiect de dezbatere în comunitatea medicală și de sănătate mintală. Dacă cineva se confruntă cu maniere alimentare extreme sau obsesii legate de alimentație care afectează semnificativ calitatea vieții lor, este recomandat să caute ajutor de la un profesionist din sănătate sau un specialist în nutriție pentru evaluare și tratament potențial.

Trebuie de menționat că imaginea pozitivă a produselor ecologice în rândul consumatorilor s-a dezvoltat gradual și în prezent se pune accent tot mai mult pe studii realizate de organizații guvernamentale, instituții de cercetare și organizații de specialitate. Aceste cercetări demonstrează că produsele ecologice oferă valori nutritive ridicate, având un impact benefic asupra sănătății. În plus, producătorii și comercianții de produse ecologice sunt obligați să respecte reglementări stricte pentru a obține certificarea ecologică și dreptul de a utiliza sigla ecologică. Autoritățile de inspecție și certificare monitorizează periodic producătorii și distribuitorii, ceea ce crește încrederea consumatorilor în calitatea și siguranța produselor. De asemenea, este necesar de subliniat necesitatea implementării unor bune practici în educarea și informarea consumatorilor, astfel încât aceștia să dobândească abilități mai solide în luarea deciziilor de cumpărare și de consum. Considerăm că aceste bune practici ar trebui să includă informații corecte și transparente pentru a permite consumatorilor să ia decizii mai informate și mai conștiente și de a nu permite proliferarea unor pseudo-nutriționiști care promovează doctrine alimentare tot mai fantastice, cum ar fi teoria alimentației după grupa sanguină, hrănirea cu alimente vii, dieta cu „calorii negative”, produse „bio” sau „eco”, care oferă sfaturi cu privire la alimente „interzise” sau „nesănătoase”.

O altă problemă semnificativă constă în tendința de a confunda alimentele cu medicamentele și de a încerca să fie impuse ca alternative terapeutice. Creșterea interesului pentru suplimentele alimentare și consumul lor excesiv și fără supraveghere necesită o abordare mai strictă din partea autorităților responsabile de reglementare și supraveghere a acestor produse. Aceste substanțe se situează în zona de frontieră între medicamente și alimente.

Termenii *alicamente* (alimente terapeutice, îmbogățite cu nutrienți necesari pentru o buna stare de sănătate) sau *nutraceutice* (produse alimentare sau suplimente alimentare care au efecte benefice asupra sănătății,

fiind utilizate în scopuri terapeutice sau preventive) au fost introduși în alimentație, dar deseori în spatele acestora nu există o bază științifică solidă. Aceste produse sunt adesea mascate sub forma de suplimente alimentare și sunt comercializate fără studii clinice care să susțină afirmațiile producătorilor cu privire la calitățile lor. Această problemă nu este specifică unei anumite țări și se întâlnește la nivel global. De exemplu, în Statele Unite există o întreagă gamă de *produse de argint coloidal* comercializate ca suplimente alimentare, pretinzând că au proprietăți antimicrobiene sau pot „regenera organismul”, cu toate că autoritățile au avertizat că nu există dovezi solide provenite din studii serioase care să susțină aceste afirmații [7]. SUA se află în fruntea dezvoltării și producției de suplimente alimentare, fiind urmate de producători europeni precum Germania și Italia, iar apoi de Rusia și China în ceea ce privește utilizarea acestor produse [8, 9]. În conformitate cu Directiva Uniunii Europene 46/2002, suplimentele alimentare reprezintă produse destinate ingerării de către persoane sănătoase, cu scopul de a satisface cerințele nutriționale specifice legate de diferite aspecte, precum: starea fiziologică (de exemplu, în timpul sarcinii și alăptării); grupa de vârstă (inclusiv copiii mici, adolescenți și persoane în vârstă); nivelul de activitate fizică intensă, inclusiv sportul de performanță; profesii care implică efort fizic intens, etc. Aceste suplimente pot fi produse din surse vegetale, animale, minerale sau combinații ale acestora și au ca scop îmbunătățirea stării fizice prin creșterea capacității de forță, rezistență, concentrare și performanță în muncă [10].

În prezent, în Republica Moldova, cerințele referitoare la introducerea suplimentelor alimentare pe piață sunt parțial reglementate prin Hotărârea Guvernului nr. 538 din 2 septembrie 2009 și Hotărârea Guvernului nr. 442/2023 din 28.06.2023 cu privire la modificarea Hotărârii Guvernului nr. 538/2009 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind suplimentele alimentare. Lista suplimentelor alimentare aprobate pentru comercializare și utilizare este disponibilă pe site-ul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică (www.ansp.md, Registrul suplimentelor alimentare). Reglementarea acestor produse pe piața Republicii Moldova este esențială pentru a asigura că acestea sunt produse sigure și inofensive, pentru a furniza informații complete și corecte cu privire la proprietățile produsului, și pentru a garanta un nivel crescut de protecție a consumatorilor, reducând totodată riscul de confuzie cu medicamentele.

Această confuzie între alimente și medicamente poate avea consecințe

serioase pentru sănătatea publică, deoarece oamenii pot să caute alternative nesigure sau ineficiente la tratamentele medicale adecvate. Prin urmare, este esențial să fie promovată informația bazată pe dovezi științifice solide și să se reglementeze corespunzător piața de suplimente alimentare pentru a proteja sănătatea consumatorilor și pentru a preveni promovarea produselor care nu au demonstrat eficacitatea lor. Este important să se facă distincția clară între alimente și suplimente și să se promoveze utilizarea lor în scopuri adecvate și în conformitate cu normele și regulamentele de sănătate publică. Este esențial să respectăm dreptul fiecărui individ de a lua decizii informate cu privire la propria sa alimentație. Cu toate acestea, această autonomie trebuie echilibrată cu responsabilitatea statului și a comunității de a promova și proteja sănătatea publică. Aici apare o primă dilemă etică: cum putem să încurajăm o alimentație sănătoasă în societate, respectând în același timp libertatea indivizilor de a alege ce mănâncă?

Un alt aspect important al bioeticii în alimentație este tratamentul animalelor. Există dezbateri etice cu privire la modul în care animalele sunt crescute, transportate și sacrificate pentru producția de carne, lapte și ouă. Organizațiile pentru protecția animalelor susțin drepturile animalelor și încercă să promoveze practici etice în domeniul industriei alimentare. Un punct de vedere important al bioeticii este acela că animalele au propriile drepturi și trebuie tratate cu respect și considerație. Aceasta ridică întrebări etice cu privire la practicile de creștere și sacrificare a animalelor, la minimizarea sau eliminarea suferinței acestora în timpul proceselor de creștere și sacrificare. Unele metode de creștere a animalelor, cum ar fi creșterea în sistem intensiv sau folosirea antibioticelor în exces, ridică îngrijorări etice legate de impactul asupra sănătății animalelor, consumatorilor de produse din carne și asupra mediului. Bioetica în industria alimentară poate include și discuții despre reglementările care ar trebui să guverneze etichetarea corectă a produselor alimentare pentru a informa consumatorii despre originea și metodele de creștere a animalelor din produsele pe care le cumpără.

În alt sens sunt trebuie abordată problema animalelor abandonate, numărul cărora este tot mai mare. De curând, în luna iunie a acestui an, în țara noastră, a fost prezentat proiectul de *Lege privind protecția animalelor*, realizat în colaborare cu societatea civilă și reprezentanții autorităților de stat responsabile. A fost creat un cadru juridic privind protecția animalelor împotriva tratării cu cruzime, provocării durerii, suferinței, precum și asigurarea bunăstării și tratamentului uman față de animalele cu și fără stăpân

[11]. Proiectul prevede crearea unui sistem informațional de identificare, de înregistrare a datelor cu privire la animalele de companie și a deținătorilor acestora. Acest lucru va ajuta să se cunoască care este numărul exact de animale pe care le dețin proprietarii și totodată să fie înregistrate inclusiv animalele fără de stăpân. Proiectul de lege va preveni abandonarea necontrolată a animalelor, reducând numărul animalelor fără de stăpân. De asemenea, acest cadru legislativ va stimula crearea de noi adăposturi decente și va impulsiona toate părțile interesate să organizeze campanii de informare privind tratarea umană și responsabilă a animalelor, dar și adopția acestora. Această lege propune înființarea unui serviciu specializat în cadrul Ministerului Agriculturii și Industriei Alimentare, cu responsabilități directe în elaborarea politicilor naționale pentru protecția animalelor și gestionarea populației de animale fără stăpân. Cu implementarea acestui proiect, abandonul necontrolat al animalelor va putea fi prevenit, iar populația de animale fără stăpân va fi gestionată eficient prin crearea unui sistem informațional de identificare și înregistrare a animalelor de companie și a proprietarilor lor.

Alt aspect bioetic ține de problemele precum defrișarea pentru agricultură, consumul excesiv de apă și emisiile de gaze cu efect de seră legate de producția de alimente și ridică întrebări de ordin moral privind modul în care hrana noastră afectează planeta și mediul pentru generațiile viitoare. Pentru agricultură sau creșterea animalelor, deseori se recurge la defrișări masive ale pădurilor, ceea ce duce la pierderea biodiversității și la contribuții semnificative la schimbările climatice. Producția alimentelor necesită o cantitate semnificativă de apă, iar anumite alimente, precum carnea, necesită mult mai multă apă decât altele, iar consumul excesiv de apă pentru producția alimentelor poate epuiza resursele de apă dulce. Agricultura intensivă și creșterea animalelor pot duce la pierderea biodiversității, deoarece distrugerea habitatelor naturale și utilizarea pesticidelor pot afecta speciile locale. Pentru a minimiza impactul negativ al alimentației asupra mediului, mulți oameni adoptă practici alimentare mai sustenabile, cum ar fi reducerea consumului de carne și produse lactate, preferând alimentele locale și de sezon, evitând risipa de alimente și alegând produse cu ambalaje ecologice. În plus, există o creștere a preocupărilor legate de agricultura sustenabilă și de promovarea unor practici mai prietenoase cu mediul în producția alimentelor. Toate aceste decizii pot ajuta la reducerea impactului negativ asupra mediului al alegerilor noastre alimentare.

O altă considerație bioetică importantă este dreptatea și echitatea. Adesea, anumite grupuri sociale sunt mai vulnerabile la probleme legate de alimentație sănătoasă din cauza factorilor socio-economici, accesului la resurse sau altor disparități. Este necesar să abordăm aceste inegalități și să ne asigurăm că politicile de sănătate publică sunt echitabile și nu accentuează diviziunile sociale. În același timp, trebuie să evităm paternalismul excesiv, care ar putea limita libertatea indivizilor din grupurile defavorizate de a lua propriile decizii.

Un alt aspect important al bioeticii în alimentația sănătoasă este informarea corespunzătoare și manipularea publicului. Publicitatea agresivă pentru produse alimentare nesănătoase poate influența deciziile indivizilor în mod negativ, iar industria alimentară poate avea interese financiare conflicte cu sănătatea publică. Aici apar întrebări privind etica marketingului și a publicității alimentare, precum și necesitatea reglementării pentru a proteja consumatorii.

În concluzie: încălcarea principiilor eticii și bioeticii poate duce la creșterea incidenței bolilor cronice precum obezitatea, diabetul, bolile cardiovasculare și alte afecțiuni asociate cu alimentația nesănătoasă; la deficiențe de nutrienți și dezechilibru în alimentație; poate amplifica diviziunile sociale în ceea ce privește accesul la alimente sănătoase; la pierderea încrederii consumatorilor și la scăderea credibilității instituțiilor sau companiilor implicate în promovarea alimentelor.

Referințe bibliografice

1. Hanson D.V. *The Other Greeks: The Family Farm and the Agrarian Roots of Western Civilization*. University of California Press. 1999.
2. Kaplan, D.M. *The Philosophy of Food*. University of California Press Berkeley and Los Angeles, California. 2012.
3. Telfer El. *Food for thought: philosophy and food*. New York: Routledge. 1996.
4. Freedman P. *Food: The History of Taste*. Berkeley: University of California Press, 2007.
5. Dunn T.M., Bratman S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. In: *Eat Behav.* 2016, Apr;21:11-7. doi: 10.1016/j.eatbeh.2015.12.006.
6. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition text revision DSM-5-TR™*. Manufactured in the United States of America on acid-free paper. 1st printing 2022, February.

7. Leino V., Airaksinen R., Viluksela M., Vähäkangas K. Toxicity of colloidal silver products and their marketing claims in Finland. In: *Toxicol Rep.* 2020, Dec, 26;8:106-113. doi: 10.1016/j.toxrep.2020.12.021. PMID: 33437653; PMCID: PMC7786010. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7786010/> (accesat: 14.08.2023).
8. Gruenwald J. The supplement markets in the US and Europe. In: *Neutraceuticals World*, 2000, Jul.-Aug., pp.36–37.
9. Radimer K., Bindewald B., Hughes J., Ervin B., Swanson, C., Picciano M.F. Dietary supplement use by US adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2000. In: *Am. J. Epidemiol.*, 2004; nr. 160(4), pp.339-349.
10. Gorban G., Florescu N. Suplimente alimentare. Ghid. Ediția 1. București, 2013.
11. Proiect de lege privind protectia animalelor. În: https://www.ipn.md/ro/proiect-de-lege-privind-protectia-animalelor-7967_1096603.html (accesat: 14.08.2023).

IMPLICAȚIILE FILOSOFICE ALE INCERTITUDINII DIN MECANICA CUANTICĂ

Ecaterina Lozovanu, dr. în filos., conf. univ.
Universitatea Tehnică a Moldovei, Chișinău, R. Moldova
ecaterina.lozovanu@ssu.utm.md

THE PHILOSOPHICAL IMPLICATIONS OF UNCERTAINTY IN QUANTUM MECHANICS

Around September 1927, the philosopher Ray Monk argued that the physical world had changed. Indeed, for hundreds of years nature could be clearly separated from the human beings who studied it, and its parts had a location, an identity, obeyed the same laws, and behaved predictably. In the first quarter of the 20th century, the quantum caused some physicists to question these assumptions. The emergence of the uncertainty principle, published by Heisenberg was discussed by N. Bohr and opened a debate that would last a lifetime between Bohr and Einstein. Between these two scientists, a hypothesis is advanced: between the Newtonian world and the quantum world, no connections can be found. This was an obvious proof that nature was a

much stranger place than thought, and the phrase with deep philosophical repercussions, which we propose to analyze, comes down not to the question of „what do I not know?”, but rather to „what can I not know?”

Fizicienii și filosofii înaintase dezbateri referitor la noua imagine a naturii predicționată de principiul incertitudinii. În același timp, cultura populară începuse să descopere și să exploreze implicațiile principiului incertitudinii apărut în 1927. Până la acel moment se discuta puțin despre fizica cuantică în cultura populară. Ziarele și revistele o tratau ca pe un subiect prea complicat pentru a fi explicat. Nici chiar filosofii care sunt interesați de evoluțiile științei ce modifică concepția asupra lumii nu văzuseră fizica cuantică ca pe ceva ce ar fi prezentat un interes special sau necesitatea de a înainta probleme filosofice de importanță majoră.

Imediat după 1927 principiul incertitudinii devenise cea mai cunoscută noțiune generată de fizica cuantică. Motivul pentru care principiul incertitudinii a devenit un subiect atât de discutat la atât de puțin timp după descoperirea sa se datorează unui eveniment în care a fost implicat fizicianul și astronomul britanic A. Eddington. El era cunoscut ca un important comunicator și conciliator care încerca deseori să împace grupări de fizicieni aflați în conflict. Spre exemplu, după Primul Război Mondial a susținut cauza savanților germani, incluzându-l și pe Einstein care erau deschis respinși de fizicienii englezi. În 1926 Eddington a început să susțină o serie de prelegeri despre religie, știință și filosofie în care se hotărâse să reflecte despre „rezultatul filosofic al marilor schimbări ale gândirii științifice care s-au produs recent” [1]. Anterior, cu un an mai înainte, Heisenberg elaborase mecanica matricială, iar Schrodinger își publicase lucrările referitor la mecanica undelor.

În textele lecțiilor publicate ulterior, Eddington înaintează o explicație a principiului incertitudinii susținând că, „ O particulă poate avea poziție sau poate avea viteză, dar nu le poate avea pe amândouă cu precizie [2]. El a descris minuțios, că măsurarea unei proprietăți însemna că cealaltă devine imprecisă. Nu este o întâmplare, ci „un complot ca să vă împiedice să vedeți ceva ce nu există, și anume locația unui electron într-un atom”[3]. O asociere între poziția exactă și momentul cinetic nu poate fi niciodată descoperită., deoarece nu există așa ceva în natură. Principiul incertitudinii presupune că este nevoie de o „nouă epistemologie”. Toate acestea reflectă faptul că lumea fizică „este o lume contemplată din interior, supravegheată de instrumente care sunt parte a ei și supuse legilor ei”[4]. Teoria cuantică ne dezvăluie că

știința a fost orientată spre un „fals ideal al unei descrieri complete a lumii”.

Acest fapt are două implicații filosofice remarcabile, după Eddington. Prima este legată de liberul arbitru. Lumea newtoniană rezolvase acest conflict în favoarea determinismului: ființele umane sunt total determinate de forțe și de mișcări, ca orice altceva din Univers. Descoperirea incertitudinii a zguduit această idee și a făcut loc unor idei religioase tradiționale. A doua implicație era aceea că lumea științifică este doar o parte a lumii. Accentuând limitele cunoașterii științifice, Eddington susține, că mecanica cuantică implică validitatea altor tipuri de cunoaștere, inclusiv misticismul.

Unii oameni de știință au fost de acord cu ideile lui Eddington, în timp ce alții l-au dezaprobat considerând că joacă din nou rolul de conciliator, propunând posibilitatea unei armonii profunde între știință și religie. Fizicianul de la Harvard, Persy W. Bridgman, nu a putut ignora scrierile lui Eddington. Acea chestie a lui Eddington cu „realitatea-este-peste-tot, care poate fi atinsă și simțită” l-a aruncat pe Bridgman și pe alți fizicieni, într-o criză cognitivă și morală pentru care nu se simțeau pregătiți nici din punct de vedere intelectual, nici emoțional.

În legătură cu aceasta Bridgman i-a scris unui prieten, că dacă principiul lui Heisenberg se va dovedi corect, aceasta va însemna „cea mai mare revoluție din perspectivă mentală, cel puțin de la Newton încoace, mai mare decât revoluția provocată de Einstein”[5]. Structura lumii s-a dezintegrat până la ne semnificativ, la scară din ce în ce mai mică, iar atunci când cultura populară va afla despre aceasta, reflecta Bridgman, rezultatul va fi dezastruos. Adepții liberului arbitru, atei susținători ai „întâmplării pure”, adepții vitalismului în biologie vor revendica victoria. Cartea lui Eddington „Natura lumii fizice” părea să întruchipeze un crunt coșmar – acela că mecanica cuantică dovedea existența lui Dumnezeu și demonstra adevărul experiențelor mistice și al noilor tipuri de realitate. Unii fizicieni ai timpului au declarat, că epoca lui Newton se apropie de sfârșit și că descoperirile științifice recente pregătesc o revoluție și mai mare, referitor la întreaga viziune despre lume, decât revoluția produsă de descoperirea gravitației universale de către Newton. Principiul incertitudinii se considera că este mai bogat în posibilitățile unor mari schimbări în perspectiva mentală decât se poate cuprinde și exprima în cuvinte. Imposibilitatea de a măsura cu exactitate poziția și momentul cinetic al unui electron înseamnă că electronii nu au poziție și moment cinetic. Așadar, proprietățile fizice ale electronului nu îi sunt inerente în mod absolut, ci implică, de asemenea, opțiunea observatorului.

Acest principiu, susținea Bridgman, „guvernează, probabil, fiecare tip de acțiune cunoscut între diferite părți ale universului nostru fizic”[6]. Acest fapt se considera a fi supărător, deoarece submina ideile omului despre cauză și efect. Ori de câte ori sunt efectuate observații la nivel atomic sau electronic, se descoperă lucruri care acționează într-un mod pentru care nu pot fi determinate nici o cauză și pentru care conceptul de cauză nu are nici un înțeles. Motivul nu e acela că viitorul nu poate fi determinat în termenii unei descrieri complete a prezentului, ci acela că, prin natura lucrurilor, prezentul nu poate fi descris complet. Unii fizicieni au tras concluzia că lumea este guvernată de întâmplare, iar dacă ducem paradoxul cu un pas mai departe, atunci implicațiile sunt uimitoare: „fizicianul este adus la capătul domeniului său, o limită este pusă curiozității lui... Lumea nu mai este o lume a rațiunii, care poate fi înțeleasă de către intelectul uman, ci, pe măsură ce pătrundem în ea mai adânc, însăși legea cauzei și a efectului, despre care am crezut că ar fi o formulă pe care l-am putea forța chiar pe Dumnezeu să o accepte, încetează să mai aibă sens”[6].

Drept rezultat, implicațiile mecanicii cuantice au fost văzute în moduri diferite. Unii fizicieni predispuși să recunoască adevărul în orice, au considerat că mecanica cuantică indică un sens mai larg decât cel tradițional, iar cei mai reticenți în a se aventura dincolo de ceea ce se știa, au susținut că mecanica cuantică indică un sens mai îngust al realității, iar implicațiile acesteia sunt supărătoare. Fiecare din ei era în posesia unei părți din adevăr.

Chiar, dacă, principiul incertitudinii este un principiu tehnic al fizicii, ce se aplică doar în cazul unor situații de măsurătoare, acelea care implică variabile conjugate, cu toate acestea, el a reușit să aibă implicații dincolo de știință, iar cele mai răspândite și mai importante care i-au fost atribuite s-au referit la emanciparea artelor, a științelor umaniste și existența lui Dumnezeu. Unii intelectuali cu greutate au susținut că, principiul incertitudinii pare să confirme o imagine în privința caracterului întâmplător al lumii, lipsa de control și chiar iraționalismul. Alții au crezut că imposibilitatea de a determina poziția, are o semnificație mult mai profundă pentru probleme sociale presante. Gânditorii religioși, profitând de expunerea lui Eddington, au insistat asupra liberului arbitru care a fost eliberat de tirania determinismului susținut de fizica newtoniană.

Stabilirea prin principiul incertitudinii a unor limite ale măsurării și ale cunoașterii a părut o emancipare pentru mulți gânditori religioși și mulți profesioniști ai artelor și ai științelor umaniste. Mesajul principiului pă-

rea să fie că, știința nu are o perspectivă privilegiată asupra adevărului și trebuie de recunoscut că pot fi tipuri de cunoaștere valabile, chiar dacă nu sunt și nu pot fi accesibile prin metode științifice. Filosoful german Martin Heidegger considera astfel de afirmații absurde și chiar periculoase. După părerea lui, artele și științele umaniste nu au nevoie de apărare specială. El scria, „Faptul că astăzi, cu toată seriozitatea, discernem în rezultatele și în perspectiva fizicii atomice posibilități de a demonstra libertatea umană și de a stabili o nouă teorie a valorilor, este un semn al atracției dăunătoare pe care ideile tehnologice o exercită asupra înțelegerii de sine a omului și o neînțelegere totală a naturii libertății” [7].

Unii au mers și mai departe, pretinzând că principiul incertitudinii are implicații cu privire la existența lui Dumnezeu. Printre acestea se numără Arthur Compton care considera că principiul implica posibilitatea ca mintea să acționeze asupra materiei și prin aceasta i se atribuia un nou rol gândirii umane în Univers. El susținea că, mecanica cuantică indică „existența unei ființe supreme care dirijează Universul.....cred că însăși existența lumii uimitoare a atomilor indică o creație cu un scop, ideea că există un Dumnezeu și un scop inteligent în toate” [8]. Scriitorii religioși erau extaziați și subliniau că noua teorie a universului plasează un scop inteligent în spatele naturii, iar noua epistemologie a lui Eddington este o confirmare a faptului „că nici o contradicție nu poate fi permisă între știință și religie”.

Alții au fost oripilați de ceea ce au considerat că ar fi o acaparare a mecanicii cuantice de către autoritățile religioase. Se susținea că Heisenberg nu a introdus incertitudinea în lumea omenească, nici omenirea nu a avut nevoie de principiul lui ca să o vadă în viața umană. Principiul a dezvăluit, însă, că mai multe presupuneri newtoniene despre realitate erau incorecte. Într-o oarecare măsură, impactul teoriei cuantice asupra artiștilor, scriitorilor, filosofilor a fost că i-a ajutat să se elibereze de concepte greșite de inspirație newtoniană. Filosoful W.Barett de la New York University susținea că principiul a arătat că există limite esențiale ale abilităților noastre de a ști și de a prezice stări fizice. Această descoperire marchează sfârșitul unui vechi vis al fizicienilor care, motivați de o prejudecată profund rațională, au crezut că realitatea trebuie să fie predictibilă întru totul. Filosoful sloven S. Zizek s-a străduit mult pentru a extrage implicațiile filosofice ale principiului incertitudinii și susține că, incertitudinea este înscrisă în lucru însuși, astfel încât, însăși esența unui electron este de a se manifesta, fie ca particulă, fie ca undă, dar niciodată ca ambele în același timp. Zizek

consideră că această „înșelătorie ontologică” deschide calea unor ”pseudo-existențe încețoșate de potențialități pure”.

Totuși, din punct de vedere științific, principiul incertitudinii a fost o genială descoperire. Acesta explica multe, inclusiv originea întâmplărilor în teoria cuantică. Nu există nici o incertitudine în ceea ce privește evoluția în timp a unui pachet de unde. Acesta se întinde deoarece există în acel pachet o incertitudine între poziție și moment cinetic, prin urmare, o gamă de momente cinetice, prin urmare, o gamă de viteze, prin urmare o întindere. Cu toate acestea, pachetul în sine este total definit și se propagă în timp fără incertitudine. Întâmplarea apare nu din cauza undei în sine, ci pentru că aceasta descrie doar probabilitatea de a vedea o particulă. Dacă nu ar fi incertitudine, nu ar fi întâmplare.

Privind retrospectiv subliniem că, principiul incertitudinii nu se aplică tuturor proprietăților din microlume: masa și sarcina electrică, de exemplu, au valori perfect definibile și exacte. Se aplică numai anumitor perechi de variabile, denumite variabile conjugate; se spune că o formulă matematică exactă guvernează limita incertitudinii valorilor lor. Cu toate acestea Heisenberg știa că miza era mai mare decât fizica atomică, principiul incertitudinii avea repercusiuni asupra naturii realității înseși. Incertitudinea din principiu nu este doar epistemologică, ținând de ceea ce știm despre natură, ci și ontologică, ținând de natura însăși.

Referințe bibliografice

1. Monk Ray. O viață în interiorul Centrului. 2015, p.142.
2. Eddington Arthur. Natura lumii fizice. Reproducere electronică, 2022, p.220.
3. Eddington Arthur, Natura lumii fizice. Reproducere electronică, 2022, p.229.
4. Eddington Arthur. Natura lumii fizice. Reproducere electronică, 2022, p.350
5. Bridgman Percy Williams. Viziunea nouă a științei. București: Editura Litera, 2012, p.132.
6. Bridgman Percy Williams. Viziunea nouă a științei. București: Editura Litera, 2012, p.141.
7. Heidegger Martin. Întrebarea privitor la tehnică. București: Editura Humanitas, 1976, p.112.
8. Compton Arthur. The Human Meaning of Science. In: The New York Times, 1948, 25 mai, p.27.

PHILOSOPHY OF PROSPERITY AND EDUCATIONAL AGENDA

Boris I. Ostapenko, PhD in Philosophy of Science and Technology,
Associate Professor
MA in Political Science, AOS Zürich, Switzerland
ostabor@hotmail.com

ФИЛОСОФИЯ ПРОЦВЕТАНИЯ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПОВЕСТКА

Философия довлеющего материального благополучия становится экзистенциальным вызовом для человечества, вызывая трансформации образовательной повестки дня. Стремление к богатству, потреблению и успеху в ущерб человеческому достоинству и духовной высоте определяет деградацию совести, утрату духовной полноты и размывание экзистенциальной безопасности. Жажда удовольствий и потребления провоцирует соблазнительные предложения, ущемляющие достоинство и ведущие к экзистенциальному разрушению. Манипулятивная информация, идеологии и образование сформировали новые саморазрушающиеся поколения, преследующие соблазнительный мираж вождельного неограниченного потребления в «полном» процветании. Соблазнительное цивилизационное предложение: философия процветания - соблазнительная идеология - провоцирование ненависти к «виновникам» неуспеха - практика внутреннего террора против «виновных групп» и перспективная война. Это вызов для системы образования – выстоять в истине в условиях довлеющих в обществе соблазнительных заблуждений вождельного потребления, обещающего «всецелое» процветание посредством деморализации, духовного и интеллектуального разложения, и преступлений ненависти и войны.

Philosophy of predominant material prosperity becomes an existential challenge for human race, raising concern for educational agenda. Pursuits for the wealth, affluence, opulence and success at the expense of human dignity and spiritual height define and determine degradation of conscience, loss of spiritual completeness and compromise of existential safeness. Lust for pleasure and consumption instigate seducing proposi-

tions that compromise dignity and leads to existential destruction. Manipulative information, ideologies and education built a new self-destructing generations pursuing seductive mirage of coveted unlimited consumption in “wholly” prosperity.

However, attainment of the prosperity is not universal. Many individuals, societies, countries and civilisations fail to succeed. Therefore, individuals and societies raise concern of what gets in the way of coveted prosperity. It can be considered and discussed internal and external causes. Analysis and discussions of the internal causes of economic, social, state, cultural, geopolitical, historical and civilisation problems and failures requires an unflattering discussion that should appeal to the conscience, minds and social standing of individuals, social groups and the people in power. It is often unpleasant for a person and even humiliating in conditions of publicity. Thus it is perceived as a risk to personal, economic and power interests. It is especially risky for persons incompetent in their positions. Therefore, discussions of internal causes are not infrequently perceived as an attack on the power and vital interests of individuals and social groups concerned.

As a means of preventing such discussion, society is imposed manipulative redirection of discontent to external causes, groups, historical interpretations, substitution and forgery of causes. Appealing to passions and vices, especially inciting hatred and channelling social discontent and individual anger fills the information space and forms a destructive ideological context in society and education. Society is immersed in an atmosphere of hate rhetoric and crimes, redirecting its energy, resources, and time toward self-destruction. ”Every kingdom divided against itself is brought to desolation, and every city or house divided against itself will not stand” [1]. It is the challenge for educational agenda to stand in truth against the seductive delusion of coveted consumption towards “wholly” prosperity through the hate crimes and war.

Moreover, the interpretation of failures and problems proposed and imposed on society are often considered by their ideologists as effective means, methods and goals for overcoming socio-economic, geopolitical and existential problems and failures of nation, society and people. In doing so, it is not uncommon for the ideologues of false causes to actually believe in the truth of their point of view and the validity of the cause-and-effect relations that are asserted and imposed on society. Millions of people pay

for these delusions, incompetence and intellectual and spiritual blindness. And in the conditions of restrictions and prohibitions of honest discussion and analysis of multifaceted causes of issues and dynamic life phenomena, such a society is doomed to inadequate conclusions, decisions, practices and self-destructive results. It is another call for the education system for providing valid methods for revealing of cause-effect relations and systematic teaching for scientific and social advantages of respectful freedom of thoughts and discussion. Furthermore, it is very important for education also to appreciate the destructive consequences of organizing science and society on false cause-and-effect relations.

Especial case is motivation by interests. Manipulation by the false information to reach the objectives of the interests, when attained the level of dominating in the society, academics and governing worldview, misleads officials and experts themselves. By repeating official lies, the government, academicians and expert community and the majority of the population make decisions based on these lies, which inevitably leads to harm this society. It is intrinsic for the people to perceive dominating in the society information as legible ground for decision making and a reference point in the analyses and expertise. Starting with the manipulating of the adversaries they mislead own society.

Political philosophers and ideologists together with politicians and enthusiasts promote “Civilizational Proposal”: Prosperity philosophy - seducing ideology – instigating hatred against the „perpetrators” of non-success – the practise of domestic terror against „guilty groups” and promising war.

Combination of external circumstances influences and manipulative enquires as well as intrinsic human passions, interests and worldview provoke people on hate crime. The passion of hate searches a target. Daily frustrations frequently provoke a search for an external source of unsuccess that can intricately become escalated into targeted hate. Manipulative ideological exploits direct the hate attitude towards targets – human individuals and groups. How to prevent ideologically, politically and individually motivated hate crime, reincarnation of the Holocaust [2] and the clash of civilizations [3]?

An exploration of existential processes can illustrate how people subconsciously prioritize love or hate, good will or aggression and cooperation or animosity. It is a complex and dynamic processes that are important

not to reduce to only bear necessities, social pressure, utilitarian motivations and passion propel. In this context important to avoid reductionism of human existential dignity to schemes and theories followed by practices that kill entire human being. Political philosophy and ideology that brought Germany into national socialisms affirmed the knowledge of the individual and the nation in their entirety. They use terror, violence, genocide, segregation, discrimination and extermination of adult and children on the ground of philosophy and ideology of eugenics, racism and social engineering. Legalized by law in Germany (Nuremberg Law, etc...) the eugenic program T-4 and Holocaust were implemented to complete extermination of some social groups as a means of social engineering to improve the German race and to exterminate ideologically assigned enemies of the Germans. The death toll and indecency reaches unprecedented hideous amount. The mass murder to implement the “best ingenious road map” to national prosperity by political visionaries is devastating, self-defeating and counterproductive [4]. In these tragic context and experience it is revealing to examine Karl Jaspers observation: „Of course, the most interesting thing is to trace the process of human cognition, and this advancement yields results if accompanied by scientific criticism. Only in this case does the knowledge of what and how a person knows and within what limits he knows something acquire a methodological character, and how little it is if he does not see the known in the totality of the possible, and also how radically inaccessible to this knowledge is true human existence. Only then are the dangers prevented, which arise due to the blindness of human consciousness by seeming knowledge about a person. Knowing the limits of knowledge we trust with greater certainty to the guiding leadership, that we obtain for our freedom through this very autonomy, if it is connected with God” [5].

There is not enough truth in the schematization of nationalism, reductionism of eugenics and pointing of hatred. Radical political philosophies and ideologies while are the reactions on real imperfections, drama and tragedy of human life forge, substitute and redirect a vision from the causes upon the victims. Instead of true assessment one prefer search of the reason of trouble in the others, in the simplified and imaginary causes, major popularity of which lays on the one side in the comfort of transferring responsibility on the others, and on the other side in the passion of hate, followed by ideological manipulation. Overcoming ourselves imperfections is rath-

er far too difficult and unpleasant, while blaming the others is a convincing relieve, though vicious. Thus is an enormous popularity of radical thoughts pointing a blaming finger on the others.

Hitler told: “I want to raise a generation of young men devoid of conscience – despotic, ruthless and cruel” [5]. And education system of Germany had succeeded to raise a generation of SS, T-4 program and Holocaust performers. F.M. Dostoevsky was right: “If there is no God, everything is permissible” [5]. After thousand years of Christianity the people of Germany were proposed to substitute God of Bible, the Creator of the Universe and Redeemer the Saviour, with the Fuhrer of German folks, the creator of Third Reich and performer of the program T-4 and the Holocaust. The folks, professionals, academics and students had accepted that in their decisive majority. Famous academicians joined the party of Hitler in the months of his raise to Chancellor of Germany.

Reformed Churches of Germany put swastika flags in the temples. Moreover, they incorporated the Cross of Christ into Hitler’s swastika [5]. Substitution to the extent of replacement of the God the Saviour with the Fuhrer succeeded in the society, academics, professionals, folks’ minds and the reformed church. Therefore what was the role of the great German education, schools and famous universities? It is reasonable to remind that at the same time in the similar Great depression circumstances the folks of nearby Sweden made political and civilisational choice towards social-democrats and continued successfully with social cohesion for 50 years without social cannibalism [6].

To address the challenge to withstand human dignity and existential wholeness the competence of moral judgment is necessary. Thus, assertion that being a human a person is given to be more than a function of manipulative circumstances and utilitarian interests having an existential inherent moral choice is indispensable. Therefore being a human an individual is given to be more a spiritual being, having an inherent moral choice. Thus, here come a complex process of choosing specific path toward love rather than hate, good will over aggression, positive attitude and cooperation instead of animosity, hate crime and war. Here comes the universal resolution of the second commandment of Jesus Christ: “Love thy neighbour as yourself,” that is the only ground, method and the reference point to overcome human tragedy of animosity and hate.

The competence of moral judgment reveals itself in the form of as-

signing certain priorities to various motivations, interests, and passions. Establishing society and personal life upon the God law of priority of love to thy neighbour the ground and the reference point assert the choices of the best. Alas people, societies, nations and civilisations that are incapable successfully validate cause-and-effect relations on the ground of existential knowledge fail in their life, geopolitical strive, history and existence. And modern technological advantages fail to deliver any better existential safety. The XX century social experiments and XXI century efforts do sobering dramatic.

The competence of moral judgment could be acquired during lifelong education. While some of it is given, ideological accents and prejudice, derived from interests and passions distort the peoples' worldview and compromise the competence of moral judgment. Acquiring the professional and political power the incompetent in moral judgment leaders seed the hate crime, while morally incompetent folks, seduced by the political 'visionary', enthusiastically implement the bloody path to the 'brilliant' prospects. Seducing expectations sold again, while the hate crime to the detriment of very many prevails.

Revealing of the human passions, interests and the bloody history of the hate crime (the Holocaust, the program T-4, enslavement of other nations) must focus professional attention in education process towards acquiring the competence of moral judgment and developing intrinsic existential responsibility while clearly differentiate human life in its spiritual wholeness over "die Blonde Bestie" prevalence, performance and survival [8].

To conclude, the lifelong educations compel to mitigate the influences of seductive propaganda and loss of personal agency, while focuses on intrinsic existential responsibility to clearly distinguish human life in its spiritual wholeness.

Bibliographical references

1. Bible. Mat.12:25.
2. Lutzer, Erwin W. Hitler's Cross: The Revealing Story of How the Cross of Christ Was Used as a Symbol of the Nazi Agenda (with Ravi Zacharias), Moody Publishers. Chicago. 2012.
3. Huntington, Samuel P. (1993). „The Clash of Civilizations?“. Foreign Affairs. 72 (3): 22–49.

4. Ostapenko B.I. Philosophy, Ideology and Existential of Human Life. In: International Scientific Conference „Health, Medicine and Bioethics in Contemporary Society: Inter- and Pluridisciplinary studies”. 5th edition. Chisinau, 2022, p.104-110.
5. Jaspers Karl. Einführung in die Philosophie. In: Карл Ясперс. Введение в философию. Пер. Т.Цитцова, 2000. In: https://www.gumer.info/bogoslov_Buks/Philos/yasp/index.php (использовано: 10.09.2023).
6. Остапенко Б.И. Исторический опыт политического выбора народов в условиях кризиса: случай Великой депрессии. In: Приднепровские социально-гуманитарные чтения: Материалы Криворожской сессии I Всеукраинской научно-практической конференции с международным участием, г. Кривой Рог, 24 ноября 2012 г. В 5-ти частях. Ч.2. Д.: ТОВ «Інновація», 2012, с.163–164.
7. Ostapenko B.I. The Concept of the Competence of Moral Judgement. In: VII National Congress on Bioethics. 30 September – 2 October, 2019. Kiev, 2019, p.27-28.
8. Nietzsche Friedrich. Zur Genealogie der Moral. Eine Streitschrift. Leipzig. Verlag von C. G. Neumann. 1887.

CONCEPTUL DE SĂNĂTATE UNITARĂ DIN PERSPECTIVA VULNERABILITĂȚII GLOBALE

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

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, Republica Moldova
anatolie.esanu@usmf.md

THE CONCEPT OF UNITARY HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF GLOBAL VULNERABILITY

In the summary presented, the author records some aspects of the concept of unitary health from the perspective of the contemporary process of global vulnerability. The definitions of both unitary health and global vulnerability are formulated, some of their postulates are highlighted, the situations, problems and dilemmas of unitary health are identified.

Pe măsură ce lumea își revine din cea mai gravă criză sanitară din istoria recentă a umanității, opinia publică mondială se întrebă cum ne putem pregăti mai bine pentru viitoarele pandemii și, mai larg, ce am învățat despre sănătatea globală și dependența ei de sistemele naturale tot mai vulnerabilizate. Interacțiunile dintre oameni, animale și mediu se schimbă rapid, crescând riscul apariției și proliferării de noi boli. Animalele au fost punctul de plecare pentru recente focare de boli infecțioase, inclusiv SARS și Ebola. Dovezile sugerează că COVID-19 este, de asemenea, de origine zoonotică. În acest sens, este nevoie de a găsi o abordare care să elimine în mod cuprinzător riscul de pandemie printr-o analiză mai extinsă a sistemului complex al sănătății globale și a relației acestuia cu biosfera Terrei. Un exemplu de astfel de abordare strategică îl reprezintă conceptul de Sănătate unitară.

Activitățile umane și presiunea excesivă asupra ecosistemelor sunt surse de risc în ceea ce privește apariția și răspândirea bolilor. Factorii de stres ambiental precum comerțul cu animale, agricultura, creșterea animalelor, urbanizarea, industriile extractive, schimbările climatice, degradarea mediului, fragmentarea habitatului și invadarea arealului sălbatic de către om perturbă echilibrul deja delicat al vieții și generează așa numita vulnerabilitate globală. Conceptul de vulnerabilitate a pătruns aproape în toate disciplinele, de la fizică, asociată cu noțiunea de reziliență, managementul riscului, ca criteriu de evaluare, la sistemul sanitar și medico-social, cu prevenirea și protecția celor mai vulnerabile persoane, până la domeniul jurisprudenței, ca circumstanță, care agravează natura și ponderea pedepselor sau ca element constitutiv al unei infracțiuni. Prin urmare, termenul de vulnerabilitate poate fi aplicat mai multor domenii și, astfel, își găsește o legitimitate crescândă pentru a semnifica orice situație de slăbiciune. Se poate constata că vulnerabilitatea este legată de o lipsă de resurse sau de un sindrom de slăbiciuni individuale sau sociale care pot apărea în diferite sfere ale vieții (familie, muncă, sănătate) și pot afecta diferite tipuri de capital (material, social, cultural, de sănătate). Vulnerabilitatea umană poate fi deci, definită, în sens larg, ca orice fragilitate morală sau materială, individuală sau socială la care este expusă o persoană, un grup sau umanitatea în ansamblul ei. Contextele de utilizare ale termenului de vulnerabilitate globală s-au extins treptat, aplicându-se la subiecții militari, la război, pentru a califica pozițiile adversarului, sau a propriilor poziții, la economie și geopolitică, pentru a evalua pozițiile țărilor, companiilor

sau vulnerabilități legate de deficitul unei resurse, la joc, pentru a califica poziția unei echipe, la om, drept categorie universală, în sensul literal de vătămare fizică și în sensul figurat de fragilitate umană, la planetă, pentru a ilustra riscurile climatice, defrișările, vulnerabilitățile sănătății globale, de ex. criza legata de pandemia de COVID 19. Prin urmare, vulnerabilitatea globală reprezintă fenomenul de fragilizare, fragmentare și feblezizare (de la fr. faiblesse-slăbiciune) ale celor mai importante sfere ale societății globale precum cea socio-economică, politică, ecologică, medicală etc. cu impact imprezvizibil asupra capacității de supraviețuire a umanității. Grație faptului că sănătatea ocupă un rol central în conceptul de vulnerabilitate globală, abordarea în acest context a conceptului de sănătate unitară se axează pe interacțiunea dintre om, animal, plante și mediu, în cadrul acestei viziuni, este recunoscută interdependența sănătății umane, a animalelor și a ecosistemului în ansamblu. Această abordare implică colaborarea, comunicarea și coordonarea între sectoarele de sănătate publică, sănătatea animală și mediu pentru a aborda cauzele profunde ale bolilor și pentru a dezvolta soluții durabile pentru a promova sănătatea, a preveni pandemiile și a aborda problemele de mediu.

Un efort de colaborare al liderilor mondiali și al părților interesate este esențial pentru a aborda în mod eficient provocările complexe generate de pandemii, schimbările climatice și pentru a asigura sănătatea oamenilor, a animalelor și a mediului. Părțile interesate din domeniul sănătății globale integrează abordarea Sănătatea unitară în acordurile internaționale. De exemplu, conceptul de „Sănătate unitară” a fost deja reflectat în mai multe proiecte de documente, inclusiv proiectul de tratat internațional privind prevenirea pandemiei, pregătirea și răspunsul Organismului de Negociere Interguvernamental (INB), propunerea de amendamente la Regulamentul Internațional de Sănătate din 2005 (IHR) și Proiectul de Declarație Politică a Reuniunii la Nivel Înalt privind Acoperirea Universală a Sănătății. Recunoscând importanța coordonării eforturilor globale, Organizația Mondială a Sănătății (OMS), Organizația pentru Alimentație și Agricultură a Națiunilor Unite (FAO), Programul Națiunilor Unite pentru Mediu (UNEP) și Organizația Mondială pentru Sănătatea Animalelor (OIE), care formează Alianța Quadripartită, s-au lansat în direcția implementării Planului de acțiune comun pentru o Sănătate unitară 2022-2026. Această inițiativă cuprinzătoare de cinci ani își propune să promoveze colaborarea și coordonarea între sectoare pentru a aborda amenințările din domeniul sănătății,

care afectează oamenii, animalele, plantele și mediul. Domeniile prioritare pentru implementarea acestui plan sunt consolidarea capacității abordării Sănătății unitare, combaterea bolilor zoonotice, asigurarea siguranței alimentelor și combaterea rezistenței antimicrobiene. Această abordare subliniază importanța eforturilor de echipă, a orientării politicilor și a sprijinului tehnic la diferite niveluri. Ca parte a Planului de acțiune comun de Sănătate unitară, se acordă o mare atenție utilizării inovațiilor din sectoarele sănătății și medicinei, precum și tehnologiilor din domeniul ecologiei, care reduc impactul uman negativ asupra mediului. Sporește exponențial rolul diagnosticării medicale, vaccinurilor și medicamentelor pentru a sprijini supravegherea bolilor, răspunsul rapid și eforturile de control, precum și așa-numitele tehnologii „verzi” pentru a ajuta la rezolvarea problemelor de mediu și de management al resurselor. De exemplu, o abordare în sensul Sănătății unitare poate fi implementată în agricultură și silvicultură prin promovarea practicilor agricole durabile pentru a îmbunătăți sănătatea generală și bunăstarea oamenilor, animalelor și mediului, prin combinarea preocupărilor de mediu și de sănătate cu tehnologiile verzi existente. Progresul tehnico-științific privind inovațiile și nevoile tehnologice prezintă avansări în practicile agricole durabile, cum ar fi practicile de prevenire și control al bolilor infecțioase și practicile de igienă a excrementelor animale.

Revoluția tehnologică demonstrează că inovarea și tehnologiile ecologice sunt esențiale pentru abordarea provocărilor legate de mediu și schimbărilor climatice și pot adăuga valoare la chestiuni conexe, cum ar fi sănătatea umană și animală. Apa este o ilustrare concludentă a relației dintre mediu și sănătate, deoarece poluarea apei poate provoca focare de boli atât la animale, cât și la oameni. Sistemele portabile de tratare a apei, tratarea aerobă a apelor uzate, sistemele de reutilizare a apelor reziduale și sistemele de tratare a apei sunt toate exemple excelente de inovație la intersecția dintre sănătatea umană, sănătatea animală și mediul ambiental. Pe măsură ce importanța abordării Sănătății unitare devine mai evidentă, la fel devine inerentă și nevoia de a înțelege pe deplin interrelațiile complexe dintre sănătatea umană, animală și cea a mediului. Comprehensiunea trebuie să fie urmată de eforturi comune și fără întârzieri nejustificate, dacă dorim să depășim cu succes următorul val de provocări globale pe planeta noastră populată de peste opt miliarde de oameni.

CHALLENGES OF WAR FOR BIOETHICS: THE UKRAINIAN EXPERIENCE

Nataliia Boichenko, Doctor of Philosophical Sciences, Professor at the Department of fundamental disciplines and informatics, P.Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kiyv, Ukraine
n_boychenko@ukr.net

LES DÉFIS DE LA GUERRE POUR LA BIOÉTHIQUE: L'EXPÉRIENCE UKRAINIENNE

La guerre est toujours un défi pour la morale sociale. Elle pose de nouvelles questions sur les valeurs, les priorités et les besoins. Aujourd'hui, le monde civilisé tout entier soutient l'Ukraine dans sa guerre de libération juste. La question de la justice de la guerre était déjà débattue à l'époque de Thomas d'Aquin. Aujourd'hui, notre pays est contraint de faire la guerre pour protéger son peuple, sa terre et préserver la vie de ses citoyens. À présent, ces questions dépassent le simple fait de mener des opérations militaires. À mon avis, il est nécessaire d'examiner plus en détail les problèmes spécifiques auxquels la bioéthique est confrontée en raison de la guerre en Ukraine.

War is always a challenge to societal morality. It redefines questions of values, priorities, and needs. Today, the entire civilized world supports Ukraine in our righteous and just war. The question of the justice of war has been debated since the time of Thomas Aquinas, who in his *Summa Theologiae* [1] emphasized that resorting to war should only be considered after exhausting all other arguments. Aquinas' ethical stance revolved around the idea of striking a certain balance between the good (defense against aggressors) and the necessary evil (the killing of enemies).

Today, our country is compelled to wage war in order to protect its people, its land, and preserve the lives of its citizens. Russia, as the aggressor nation, violates all principles and rules of warfare. Today, these issues extend beyond just the conduct of military operations. In my opinion, it is necessary to delve more deeply into the specific challenges that bioethics faces due to the war in Ukraine.

Among the most obvious problems/challenges for bioethics arising from the war in Ukraine are the following:

- The ability of the healthcare system to respond to the consequences of military actions. This point is quite broad, ranging from the capacity to provide medical assistance under limited resources (both nationally and in areas affected by military operations, including temporarily occupied territories) to issues related to the preservation of health, civilian evacuation, and the capability to provide assistance and treatment to vulnerable populations.
- War has a significant impact on the psychological and moral well-being of combatants and civilian populations. Ensuring psychosocial support and recovery during and after the conclusion of the war is a separate issue.
- The ability of healthcare professionals and medical facilities to fulfill their duty to provide assistance to wounded participants in the conflict, who may also be enemies or collaborators, is another significant concern. Ensuring the safety and protection of medical personnel in wartime conditions is also a separate and critical matter.
- Some aspects of bioethics relate to medical research involving the military, in particular with wounded soldiers. The challenge for bioethics here is to ensure their consent and protect their rights as research participants.

To sum up, I would like to note that: «when one asserts that human life is of the highest value, or of unconditional value, it thereby implicitly introduces a certain cultural condition that does not recognize other cultural conditions: religious, medical, ethical, aesthetic, etc. It is clear, however, that the sheer multiplicity of such possible cultural conditions that affirm the unconditional value of life indicates that this unconditionality is always relevant rather than absolute» [2], especially in times of war. I want to emphasize that the challenges of war for bioethics, particularly in the context of the Ukrainian experience, are exceptionally pertinent and complex. They pose profound questions of humanity, justice, and human rights compliance to society, prompting the search for ethical solutions amid military aggression and humanitarian crises.

The Ukrainian experience underscores the importance of ensuring the safety of healthcare personnel and the civilian population during times of war, distributing medical resources, protecting the rights of wounded soldiers and vulnerable populations, as well as the need for international coo-

peration and adherence to ethical standards. The primary task of bioethics now should be the development of principles and recommendations that will help address these challenges and ensure the dignity and safety of all people, regardless of the circumstances of war.

Bibliographical references

1. Святий Тома з Аквіну. Сума Теології. Переклад П.Содомори. Львів: Сполом, 2010.
2. Boichenko N.M., & Shevchenko Z.V. Incompatibility or convergence: Human life as capital. In: Anthropological Measurements of Philosophical Research, 2020, Vol.17, pp.7-17.

ABORDAREA BIOETICĂ A VULNERABILITĂȚII PERSOANELOR ÎN VÂRSTĂ

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

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

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat

de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

Chișinău, Republica Moldova

ion.banari@usmf.md

THE BIOETHICAL APPROACH OF THE VULNERABILITY OF ELDERLY PEOPLE

The subject of the vulnerability of older people in the bioethical sense focuses on two tasks: (1) reduction of suffering and, (2) improvement of quality of life. At the same time, the concept of vulnerability describes, on the one hand, life situations that affect the person who cannot protect himself, on the other hand, man's inner capacity to prevent and manage vulnerable contexts. In the first case, it is about taking care of the neighbor who is suffering, and in the second case, it is about raising awareness of his vulnerability to prevent destructive situations. The study analyzes ethical conditions and interpretations of human vulnerability for improving the quality of the elderly.

În ultimele decenii, subiectul îmbătrânirii populației este tot mai des dezbătut în spațiul public și mai ales în domeniile de sănătate. Evident societatea actuală se confruntă cu o provocare complexă, inevitabilă și ireversibilă: persoanele vârstnice sunt în creștere, atât numeric, cât și proporțional. 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 [1]. Iar, datele statistice estimează că persoanele de peste 65 ani tinde să reprezinte în secolul XXI, un sfert din populație [2]. În afară de aceste realități statistice, fenomenul abordat determină schimbări sociale cu provocări fără precedent, atât pentru îngrijirile sociale, cât și pentru sistemul medical. Mai mult, trecerea de la necesități „terapeutice” la cele de „îngrijire” sau îmbinate creează noi condiții în furnizarea asistenței medicale și în cercetarea calității vieții persoanelor în vârstă. Îngrijirea implică atât atitudini, cât și experiență, 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.

Judecățile parcurse cristalizează întrebări călăuzitoare care orientează studiul spre spațiul bioetic. Așadar, cât de pregătite sunt instituțiile specializate sau însăși persoana cât de pregătit este pentru a face față schimbărilor? A fost suficient reflectată și cercetată procesul îmbătrânirii în complexitatea sa? Este pe deplin conștientă comunitatea umană, mai ales cei tineri sau maturi, că azi suntem în putere să facem ceea ce mâine ne va oferi o calitate a vieții la bătrânețe? Spre ce ar trebui să se întoarcă omul pentru a fi „pregătit” și/sau „adaptat” viitorului? Aceste interogații conturează în abordarea noastră trei subiecte de natură etică/bioetică: (1) trăsăturile bio-psiho-sociale specifice bătrânilor denotă o serie de fragilități, predispuneri, riscuri și dezabilități, respectiv, care sunt dimensiunile vulnerabilității îngrijirii vârstnicilor? (2) asistența vârstnicilor implică dialogul între persoana care îngrijește și persoana îngrijită, atunci, ce argumente și abordări etice sunt invocate în protejarea și îngrijirea vârstnicilor? (3) dis-

cursul bioetic are tendința de a preveni imoralul în activitatea omului, dacă, persoanele în vârstă sunt etichetate ca fiind vulnerabile, atunci aceasta trebuie să posede conștiința vulnerabilității pentru a se proteja în acest sens, respectiv, care sunt reperele morale și spirituale, dacă există, ce decurg din recunoașterea vulnerabilității bătrânilor?

Astfel, după cum a fost semnat supra, un subiect de esențial al studiului este axat asupra dimensiunilor vulnerabilității vârstnicilor și particularitățile îngrijirii acestora. Această analiză face trimitere la etimologia cuvântului „vulnerabilitate” ce derivă de la verbul latin „vulnerare” care semnifică „rănire” sau substantivul latin „vulnus” ce presupune „rană”. Respectiv, sensul etimologic al termenului „vulnerabilitate” se caracterizează prin susceptibilitatea unei ființe de a fi rănită fizic sau psihic. Cu toate acestea, datorită diverselor semnificații și interpretări existente în literatura de specialitate, definirea vulnerabilității și a grupurilor vulnerabile s-a dovedit a fi mai dificilă decât este redată în interpretarea etimologică. Aceasta devine atât o problemă teoretică, cât și una practică. În sens teoretic, incertitudinea cu privire la ceea ce înțelegem prin vulnerabilitate creează imagini cu caracteristici insuficiente și lacunare, deoarece, deși se acceptă că acest concept cuprinde o arie largă de aplicare, este dificil de a înregistra și a conferi anumite particularități formelor de manifestare a vulnerabilității. Această incertitudine se datorează faptului că vulnerabilitatea apare și se manifestă în viața socială 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 definitorii 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 [3]. Totuși, putem schița câteva trăsături definitorii necesare discursului nostru: vulnerabilitatea umană este o noțiune complexă și contextuală de natură situațională, relațională și temporală; vulnerabilitatea umană se referă la o persoană sau grupuri de persoane, care din cauza unei stări fizice, afective și cognitive se află în pericol de a fi lezată sau distrusă, datorită susceptibilității la influențe destabilizatoare; în consecință nu are/au abilități de a lua decizii proprii sau nu dispune de capacitate suficientă pentru a-și controla sau proteja interesele și îngrijii.

Particularitățile enumerate condiționează firul subtil al vulnerabilității vârstnicilor. Bătrânii sunt acei care trăiesc finitudinea, dependența de al-

ții sau „apusul” autonomiei și experimentează „deteriorarea corpului”. În rezultat, Jan Baars consemnează gândul că a fi bătrân înseamnă în primul rând a experimenta mai intens starea de finitudine umană din cauza unei „conexiuni mai strânse cu propria noastră mortalitate” [4] și temporalitate somatică. Iar literatura de specialitate atribuie respectivele relații unei vulnerabilități existențiale ale condiției umane. Fiii omului, în măsura devenirii sale, intră în dialog cu aproapele (familie, rudă, relații sociale) spațiu unde se creează o serie de situații. Acestea scoate în evidență diferite forme de inechitate în aspect social, economic și politic, ceea ce îi face pe bătrâni mai vulnerabili în comparație cu alții. Aici se referă la condițiile de vulnerabilitate situațională.

Cercetate în esență, atât condițiile existențiale umane, cât și condițiile situaționale care îi fac pe vârstnici vulnerabil, scoate în relief dimensiunile stărilor fizice, afective și cognitive care le pune în pericol sau lezează relațiile, autonomia și calitatea vieții. Aceasta devine o necesitate mai ales când ne referim la forma și natura îngrijirilor celor bătrâni, respectiv, și la procesul decizional în asistarea bio-psiho-socială. Astfel, echipa de cercetători Virginia Sanchini (Department of Oncology and Hemato-Oncology, University of Milan, Milan, Italy), Roberto Sala (Vita-Salute San Raffaele University, Milan, Italy) și Chris Gastmans (Department of Public Health and Primary Care, Centre for Biomedical Ethics and Law, KU Leuven, Leuven, Belgium) realizează o revizuire sistematică a literaturii de etică privind vulnerabilitatea și îngrijirea vârstnicilor [5]. Aceștia identifică șase dimensiuni ale vulnerabilității în îngrijirea vârstnicilor: fizică; psihologic; relațional/interpersonală; morală; sociocultural, politic și economic; existențială/spirituală.

Identificarea acestor dimensiuni permite nu doar o înțelegere teoretică a formelor de vulnerabilitate a vârstnicilor, dar înaintea și necesitatea unei cercetări calitative și cantitative pentru a crea o imagine cât mai integră cu privire la modul în care vârstnicul prin perceperea sa subiectivă concepe starea vulnerabilității sale. Totodată, tendința de a contura dimensiunea etică a comportamentului persoanelor implicate în îngrijirea vârstnicilor, devine imperativ o necesitate a evaluării diferitor ipostaze ale vulnerabilității. Respectiv, 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 a fost demarat un chestionarul care are scopul de a studia modul

cum apreciază populația vârstnică gradul propriu de vulnerabilitate. Cercetarea s-a realizat pe un eșantion de 260 de persoane din cadrul Secțiilor de geriatrie a IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății, Chișinău și IMSP Spitalul Cărpini. Perioada de vârstă a celor intervievați este 65–88 ani. Studiul a fost realizat în perioada decembrie 2022 – martie 2023. Rezultatele obținute au fost evaluate prin metoda hermeneutică, comparativă și sociologică. În conținutul ce urmează sunt prezentate particularitățile definitorii a celor șase dimensiuni de vulnerabilitate evidențiate mai sus în comparație cu rezultatele chestionării.

Prima dimensiune, *vulnerabilitatea fizică* a vârstnicilor se caracterizează prin deteriorarea funcțiilor fiziologice, proces intrinsec al pierderii viabilității și al creșterii fragilității somatice. În linii generale, îmbătrânirea transformă adultul, 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 afecțiuni 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 [5].

Astfel, studiul a arătat că sporirea gradului de fragilitate fizică afectează activitățile zilnice ale bătrânilor. Respectiv din cei 260 de persoane interviuate 30% au semnalat că activitățile casnice, precum, gătitul, curățenia, igiena proprie și îmbrăcatul, le afectează mult, 56% puțin ce le afectează, doar 14% au menționat că nu sunt afectați. Aceeași medie poate fi observată și la activitățile din curte, cumpărăturile, schimbarea pozițiilor prin îndoire, aplecare, inclinare, mersul. Au fost evaluate diferit întâlnirile, discuțiile cu rudele și persoanele apropiate (figura 1).

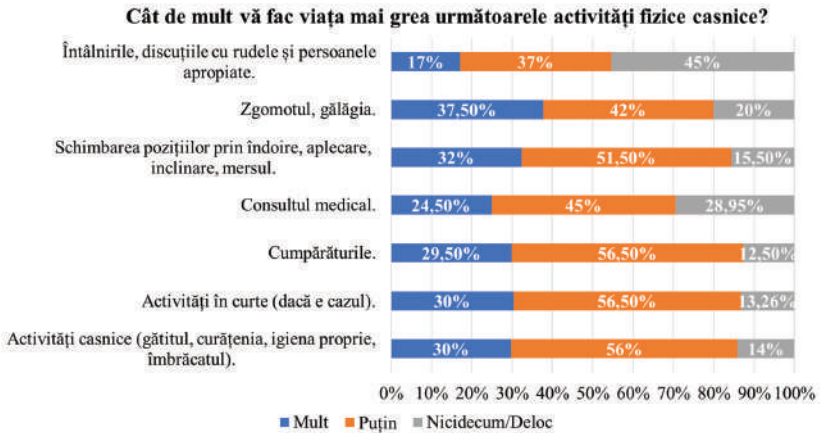


Figura 1. Impactul creșterii fragilității somatice asupra vieții zi de zi a vârstnicilor.

A doua dimensiune, *vulnerabilitatea 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 psihomentele, 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 [6].

În contextul schimbărilor psihologice pe fundalul celor somatice și sociale cercetarea noastră s-a orientat să identifice o serie de necesități psihice care în anumite situații pot fi neglijate de cei din jur și să creeze condiții susceptibile pentru o vulnerabilitate psihologică. Mai mult, vârstnicii au identificat că printre necesitățile de natură psihologică ar fi: dorința de a comunica 38,64%, au nevoie de încurajare 20,83%, să fie înțeleși 34,47% (figura 2).

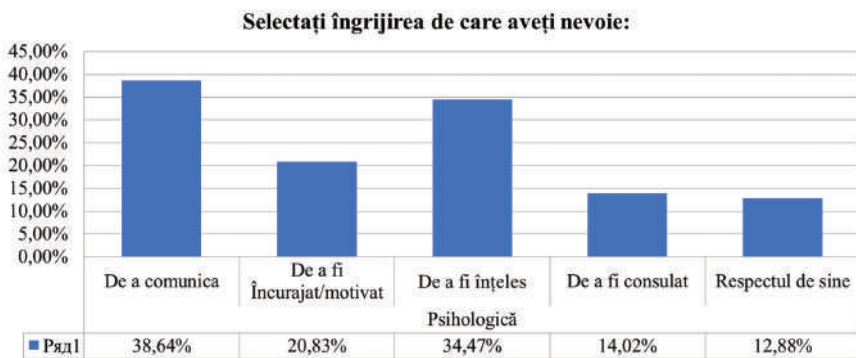


Figura 2. Necesitățile psihologice ale vârstnicilor

Vulnerabilitatea relațional/interpersonală 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. Peroanele în vârstă sunt vulnerabili 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 [5].

Acestea situații interpersonale a determinat să-i interviuăm bătrânii, de câte ori în ultima lună, nu ați avut la cine apela după ajutor? Rezultatele arată că 4,13% din cei chestionați au semnalat că mereu nu are la cine apela după ajutor, 12,36% de multe ori, 43,15% de puține ori (figura 3).

De câte ori, în ultima lună, nu ați avut la cine apela după ajutor?

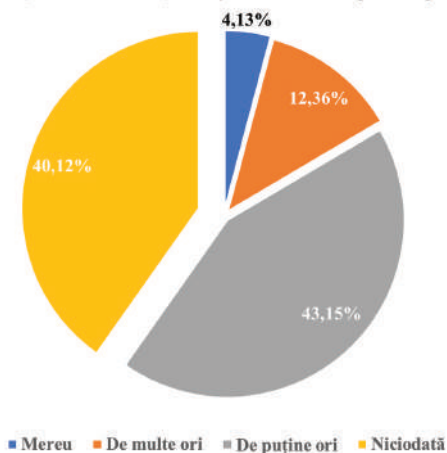


Figura 3. Impactul interdependenței umane în contextul vulnerabilității vârstnicilor.

Vulnerabilitatea 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 sporesc podoaba: în ea strălucește înțelepciunea, iar sfatul, priceperea 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...”[7]. 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 (figura 4).

Informația primită de D-voastră nu a fost suficientă și ați cerut mai multe explicații, dar medicul a avut un comportament:

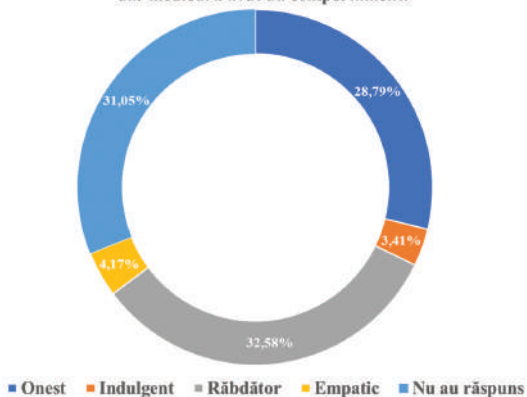


Figura 4. Evaluarea atitudinii morale față de vârstnici.

Opus acestei realități, în viața vârstnicilor apare situații lipsite de sens moral, survine riscul de fi supuși la infantilizare din partea celor din jur. În contextul vulnerabilității morale, infantilizarea se manifestă când empatia rămâne neexprimată și când adulții în vârstă sunt tratați ca obiecte, obstacole sau ca ceva de prisos în sânul familiei și cercul de socializare. Literatura de specialitate interpretează infantilizarea ca fiind la temelia fenomenului de depersonalizare a bătrânilor, adică adulții în vârstă sunt privați de identitatea lor personală [8]. Această realitate este reflectată în figura 5.

Informația primită de D-voastră nu a fost suficientă și ați cerut mai multe explicații, dar medicul a avut un comportament:

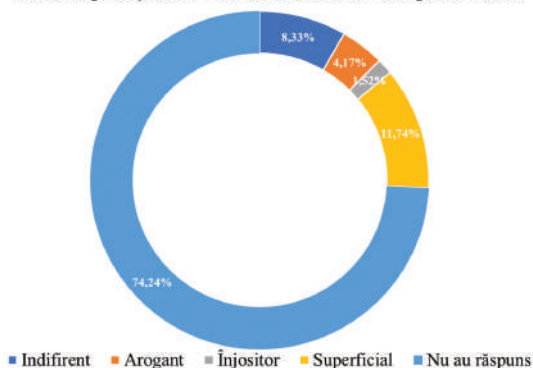


Figura 5. Prezența situațiilor imorale în contextul vulnerabilității morale a vârstnicilor.

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 (figura 6). 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 socială, precum și implicarea în sisteme judiciare nedrepte [5].

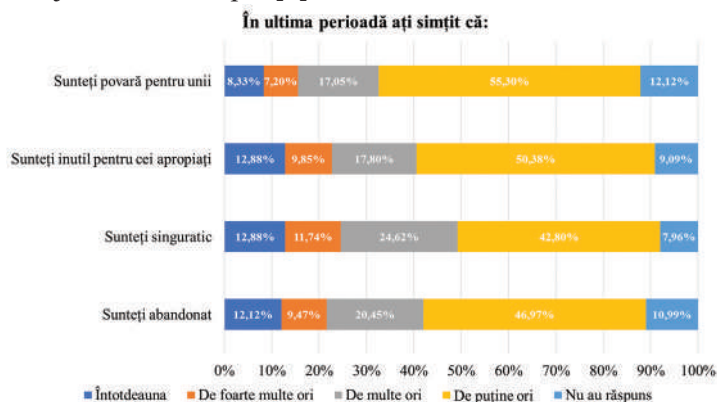


Figura 6. Percepția realității sociale prin care trec vârstnicii.

Vulnerabilitatea 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. Motiv ce la făcut pe bătrânul Antonie să exclare: „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” [9]. Aici intervine așa subiecte precum autenticitate umană, confruntare cu lipsa de sens a vieții și lipsa de speranță [10]. În aceste circumstanțe asistența spirituală și religioasă devine o preocupare tot mai evidentă (figura 7).

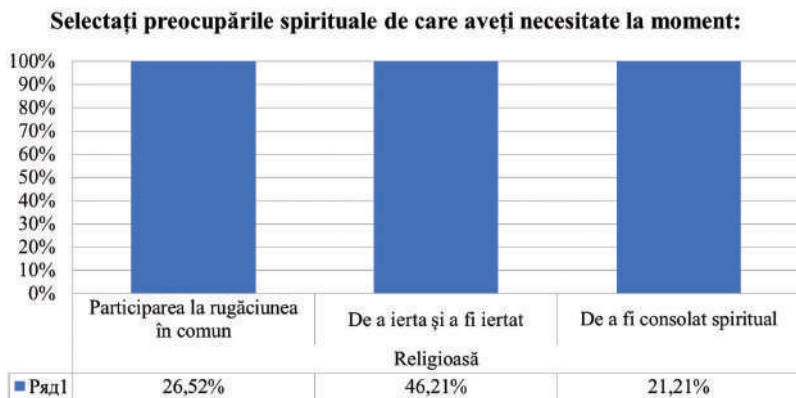


Figura 7. Necesitățile spirituale ale vârstnicilor.

Particularitățile vulnerabilității vârstnicilor reflectate în analiză direcționează abordarea spre o perspectivă bioetică. Iar, subiectul vulnerabilității persoanelor vârstnice în sens bioetic se axează pe două sarcini și anume: (1) diminuarea suferinței, (2) îmbunătățirea și ameliorarea calității vieții. Natura acestor sarcini decide 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. Totodată, știm că în dependență de modul de înțelegere, împlinire și devenire a persoanei în ceea cine este ca ființă morală în raport cu sine și societatea, există trei tipuri de persoane: (1) persoană morală, (2) persoană imorală și (3) persoană amorală [11].

În literatura de specialitate, persoana morală este caracterizată ca fiind omul care cunoaște valorile morale și le aplică în relațiile sale cotidiene. Manifestarea morală a omului poate fi creatoare sau una conformistă. Conformistul respectă normele morale dar nu aderă afectiv la ele. Tipul autentic moral este cel ce interiorizează activ, creator sistemului de valori, în sensul maximizării binelui, încercând depășirea pozitivă a normei obișnuite. Pe când, omul imoral e persoana care face lucruri contrar moralei. Folosind „im” ca prefix pentru cuvântul „moral”, imoralul este literalmente tradus ca nu moral sau nemoral. Astfel, această persoană continuă să facă lucruri chiar dacă știe că este greșit. Iar, amoral este persoana care nu știe cum să facă diferența dintre bine și rău. În mod literal, prefixul „a” înseamnă absența moralității. Unei persoane amorale nu-i pasă de moralitate (ce este bine sau ce este rău), pentru că nu înțelege sau nu știe ce este moralitatea (de la început) [11].

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. 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 un subiect 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” [12]. 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. Trăim o iluzie 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 [12].

În final, revenind la sarcinile bioetice redatate 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.

Referințe bibliografice

1. WHO. Developing an ethical framework for healthy ageing: Report of a WHO meeting. Tübingen, Germany, 18 March 2017. In: <https://www.who.int/publications/i/item/developing-an-ethical-framework-for-health-ageing-report-of-a-who-meeting> (accesat: 15.04.2023).
2. Paladi Gh. Politici demografice în contextul îmbătrânirii populației. În: Evoluția demografică și politica securității demografice. Conferință șt. internaț., 2010, Chișinău: ASEM, 2010, pp.8-17.

3. Reynolds J.M. Renewing Medicine's basic concepts: on ambiguity. In: Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 2018, Vol.13(8). In: <https://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13010-018-0061-4>. (accesat: 15.08.2023).
4. Baars J. A deepening involvement in life with others. Towards a philosophy of aging. In: Res Ageing Social Policy, 2013, No1(1), pp.6–26. Doi: 10.4471/rasp.2013.01; Aging: learning to live a finite life. In: Gerontologist, 2017, No 57(5), pp.969–976. Doi: 10.1093/geront/gnw089.
5. 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, No23, p.84. Doi: 10.1186/s12910-022-00819-3.
6. Baloyannis S. I. Psihologie pastorală. Iași: Editura Doxologia, 2015, pp.216-219.
7. Nectarie din Eghina. Un portret al omului. București: Editura Sophia, 2015, pp.22-23.
8. Măkelä P. She doesn't want to go to hospital. That's one thing she hates: collective performativity in avoidable nursing home to hospital transfers. In: J Eval Clin Pract., 2018, No24(5), pp.1041–1048.
9. Filocalia. București: Editura Institutului Biblic și de Misiune Ortodoxă, 2017, p.35.
10. Brocklehurst H, Laurenson M. A concept analysis examining the vulnerability of older people. In: Br J Nurs., 2008, No17(21), pp.1354–1357.
11. Banari I. Îndrumări metodice la Bioetică. Chișinău: Print-Caro, 2022, p.13.
12. Mureșan V. Managementul eticii în organizații. București: Editura Universității din București, 2009, p.9.

ASPECTE BIOETICE ALE AUDIOLOGIEI CLINICE

Sergiu Parii^{1,2}, dr. hab. șt. med., conferențiar cercetător

¹Centrul Științific al Medicamentului; ²Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova
 sergiu.parii@usmf.md

BIOETHICAL ASPECTS OF CLINICAL AUDIOLOGY

Audiological diagnostic and treatment of patients with hearing loss is performed by ENT-audiologist, acoustician-audiprotezist (in the case of the pediatric population it includes logoped, neuropediatric, geneticist)

and depends on interconnections with other disciplines related to otology, neurophysiology, neurobiology, sound physics, pharmacogenetics and, last but not least, bioethics. The bioethical principles describe not only what is "human" for different clinical situations, but also impose different restrictions and obligations in professional activity, aiming at maintaining a high standard of competence, taking into consideration the multidisciplinary approach of patients with hearing impairment.

Audiologia în sec. XXI (era digitalizării) a cunoscut o dezvoltare extraordinară atât din punctul de vedere al cunoștințelor dobândite, dar și al tehnologiei, oferind oportunități spectaculoase de a reduce riscul pierderii de auz și de a ameliora efectele hipoacuziei. Dezvoltarea domeniului acestei științe a determinat colaborări cu alte discipline: otologie, neurofiziologie, fizica sunetului și, nu în cele din urmă, cu bioetica. Dacă aplicăm principiile etice în audiologie, este necesar să definim audiologia ca pe o profesie. Profesioniștii își impun propriile standarde și controlează intrarea în profesie a individului.

Odată cu apariția audiologiei ca profesie, aceasta a căutat să își dezvolte propriul cod de etică. Încă din 1930, Societatea Americană pentru Studiul Tulburărilor de Vorbire adoptă propriul set de principii de etică, fiind permanent îmbunătățit. În anii 1990 Academia Americană de Audiologie și-a elaborat propriul cod de etică. Membrii acestei profesii trebuie să respecte cele trei principii de bază identificate în raportul Belmont și alte documente oficiale care reglementează conduita etică a personalului medical: respectul persoanelor, principiul de binefacere și principiul justiției.

Managementul diagnostic și curativ a bolnavilor audiologici (cu afecțiuni neinflamatorii și inflamatorii ale analizatorului auditiv - otite, hipoacuzie neurosenzorială, otoscleroză etc.) este efectuat de o echipă multidisciplinară care include medicul otorinolaringolog, ORL-audiolog, acustician-audiprotezist, în cazul populației pediatrice se include logopedul-surdopedagog, neuropediatru, genetician și depinde de interconexiuni cu alte specialități precum: neurologie, biofizică, bioinformatică, imagistica, farmacologie, farmacogenetică etc. Domeniile respective sunt la etapa actuală în dezvoltare atât din punctul de vedere al cunoștințelor dar și al tehnologiei, astfel pacienții audiologici pe lângă măsurile de tratament pot fi implicați în studii clinice atât a produselor farmacologice cât și a dispozitivelor electro-acustice de recuperare auditivă.

Audiologul trebuie, în limita profesională, să ajute pacientul să își mențină nivelul de viață dorit. Anumite dileme etice pot apărea în cadrul screening-ului auditiv la nou-născuți, analiza ADN, farmacoterapiei (formele acute și subcronice de hipoacuzie/surditate neurosenzorială), protezării auditive, implantării cohleare și reabilitării ortofonice (formele cronice de surditate). Principiile bioetice descriu nu doar ce este „uman” pentru diferite situații clinice, dar și impun diferite restricții și obligații în activitatea profesională, având ca scop menținerea unui înalt standard de competență, având în vedere abordarea multidisciplinară a bolnavului hipoacuzic.

CALITATEA VIEȚII FAMILIILOR COPIILOR CU PARALIZIE CEREBRALĂ

Ala Siric, dr. șt. med., cercetător științific superior, șef secție,
Secția Medicină specializată AMT Ciocana, Chișinău, R. Moldova
siricala@gmail.com

LIFE QUALITY OF THE FAMILIES OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

This study aims to evaluate the life quality of families of children with cerebral palsy. Health and well-being, family relationships and the interaction of families with the community, the influence of the values and careers of the families of children with cerebral palsy are being evaluated, using the Family Life Quality Assessment Questionnaire.

Paraliziile cerebrale (PC) reprezintă o problemă semnificativă, fiind cel mai sever și frecvent handicap motor la copii [1,2,3,4,5,6].

După nașterea unui copil cu PC familia trebuie să se adapteze la numeroase condiții de stres, care se schimbă în intensitate și frecvență de-a lungul timpului. Aceste adaptări depind de resursele disponibile, caracteristicile familiei, starea de sănătate a familiei, bunăstarea psihologică, gestionarea timpului, valorile familiei, suportul acordat familiei de către rude și sprijinul din partea serviciilor specializate [7, 8, 9, 10]. PC este o tulburare care are efecte asupra globalității vieții copilului și familiei lui. Părinții ar trebui să răspundă nevoilor copiilor ca orice alți părinți, însă o

fac cu forțe fizice, psihologice, financiare și sociale suplimentare.

Caracteristicile acestor familii sunt studiate pe scurt, principalii factori fiind caracteristicile socio-demografice. Mediul înconjurător, în special suportul acordat părinților copiilor cu PC, fie social, psihologic sau financiar, este de asemenea, studiat superficial. Este important să cunoaștem, de asemenea, factorii de mediu care reduc impactul negativ al dizabilității asupra calității vieții familiei copilului cu PC.

Aspectele legate de calitatea vieții copilului cu PC și familiei acestuia sunt importante în practica medicală, pentru îmbunătățirea eficienței terapeutice, în evaluarea serviciilor de sănătate, în cercetare [8, 11, 12]. Deși o bună cunoaștere a calității vieții copilului cu PC este cheia înțelegerii acestui copil și a rezultatelor lui, există puține date și studii realizate la noi despre calitatea vieții în rândul copiilor cu dizabilități în general, și în rândul celor cu PC în particular [13].

Reieșind din cele expuse ne-am propus să studiem calitatea vieții familiei copiilor cu PC.

Scopul cercetării: *Evaluarea calității vieții familiilor copiilor cu paralizie cerebrală.*

Pentru studiul calității vieții familiei copiilor cu PC a fost utilizat Chestionarul de evaluare a calității vieții familiei: versiunea generală. Autori: Ivan Brown, Roy I. Brown, Nehama T.Baum, Barry J. Isaacs, Ted Myerscough, Shimshon Neikrug, Dana Roth, Jo Shearer și Mian Wang. Traducerea și adaptarea în limba română: Manuela Oprea [14]. Chestionarul de evaluare a calității vieții familiei (Chestionarul CVF) reprezintă o metodă de centrare a atenției pe calitatea vieții familiilor. Totodată, este și o modalitate de investigare a dificultăților întâmpinate de familii, precum și a gradului în care acestea percep propria calitate a vieții de familie ca fiind una agreabilă, valoroasă și sprijinită pe tipurile de resurse care sunt importante pentru membrii familiei.

Studiul cuprinde 85 de familii cu copii cu PC selectați la Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii din municipiul Chișinău, în perioada octombrie-decembrie 2017, unde s-au aflat pentru terapie de reabilitare. Datele au fost colectate utilizând FQOLS-2006. Familiile incluse în studiu provin din toată Republica. Majoritatea familiilor locuiau în mediul rural sau în orașele mici (54%).

În 87 la sută chestionarele au fost completate de către mamele copiilor cu PC, celelalte 13% chestionare au fost îndeplinite de către bunici.

Marea majoritate dintre îngrijitori sunt persoane responsabile și au mult mai multă și mai multă responsabilitate decât și-ar dori. Însă există și persoane care recunosc că au mai puțină responsabilitate decât și-ar dori și mult mai puțină responsabilitate decât și-ar dori.

Sănătatea este un domeniu de interes major pentru calitatea vieții familiilor în special pentru familiile care au un membru cu dizabilitate. Dintre cele nouă domenii ale vieții de familie, *sănătatea* a fost evaluată ca fiind cea mai importantă. Adesea întreaga bunăstare a familiei depinde de problemele de sănătate ale copilului [14].

Întrebați dacă există motive serioase de îngrijorare cu privire la starea de sănătate fizică sau mentală a membrului familiei respondenții în 65 cazuri (76,5%) au raportat că există și numai 20 (23,5%) de îngrijitori au spus că nu au îngrijorări.

La capitolul obstacole întâlnite de familie în accesarea serviciilor de îngrijire medicală 32,9% au raportat timp îndelungat de așteptare pentru servicii, 9,4% au invocat că nu există nici un tratament cunoscut pentru problema respectivă de sănătate, 32,9% au semnalat inexistența serviciilor în zona lor, pentru 31,84% transportul reprezintă o problemă, 11,8% nu pot să obțină programări cu ușurință, le este greu să se descurce, 2,35% nu știu unde să se adreseze pentru servicii de îngrijire medicală, 7,1% nu înțeleg cu ușurință ceea ce spun profesioniștii din domeniul medical, 15,3% invocă tratament de calitate scăzută din partea profesioniștilor din domeniul medical, 3,5% au credințe diferite privind îngrijirile de sănătate și 11,8% alte variante de obstacole. O parte din îngrijitori susțin ca nu știu la cine să se adreseze când copilul are probleme de sănătate, atunci când familia are dificultăți de ordin moral, emoțional. Cu referire la obstacole întâlnite de familie în accesarea serviciilor de îngrijire medicală respondenții au fost rugați să prezente toate obstacolele și nu unul cel mai important.

În accesarea serviciilor specializate pentru copii cu PC, părinții întâmpină numeroase obstacole cele mai frecvente fiind: timpul îndelungat de așteptare pentru servicii medicale, inexistența serviciilor în zona lor, transportul, tratament de calitate scăzută din partea profesioniștilor din domeniul medical, nu pot să obțină programări cu ușurință, le este greu să se descurce, nu înțeleg cu ușurință ceea ce spun profesioniștii din domeniul medical.

PC la copil este o problemă de sănătate a întregii familii și un motiv serios de îngrijorare pentru viitorul întregii familii. Sănătatea familiei fi-

ind cel mai important domeniu în calitatea vieții familiei copiilor cu PC. Pentru acest domeniu există motive serioase de îngrijorare cu privire la existența oportunităților în zona în care locuiesc familiile copiilor cu PC care să satisfacă nevoile de îngrijire a sănătății familiei, existând doar câteva oportunități. Membrii acestor familii au tendințe de a face destul de multe eforturi pentru a-și menține starea de sănătate, cum ar fi exerciții fizice, alimentație adecvată, excluderea fumatului și a băuturilor alcoolice. Aceste familii se bucură de o stare de sănătate bună aproape în mare măsură, și în viitorul apropiat sunt tendințe ca starea de sănătate actuală să se îmbunătățească. Ele fiind nici satisfăcute nici nesatisfăcute de sănătatea familiilor lor. Scorurile înalte pentru importanța domeniului și scoruri mici la satisfacție ne confirm faptul că pentru domeniul sănătății familiei copiilor cu PC sunt motive de îngrijorare.

Bunăstarea financiară este un domeniu de interes, în general, care poate fi un motiv de îngrijorare considerabilă pentru multe familii care au un membru cu dizabilitate. Dizabilitatea copilului constituie încă o provocare, atât pentru starea de bine, cât și pentru starea financiară a întregii familii [14].

Părinții copiilor cu PC se confruntă adesea cu dificultăți financiare financiare semnificative datorită costului mare al serviciilor medicale și al îngrijirii unui copil cu dizabilitate, naturii îngrijirii pe care copilul o cere adesea, mama nu poate lucra, reducând în continuare disponibilitatea resurselor financiare. Venitul scăzut al familiei este asociat cu o necesitate mai mare în resurse financiare legate de serviciile de transport, babysitting-ul și terapie, precum și echipamente adaptive și de modificările necesare în casă, pentru adaptarea ei la dizabilitatea copilului.

Membrii individuali ai familiei au câștiguri diferite și nevoi financiare diferite. Majoritatea familiilor care educă copii cu PC, incluse în studiul nostru, au un venit sub medie sau mult sub medie, care le permite să-și satisfacă doar unele, puține sau nici unele din nevoile de bază a familiei. Îngrijitorii copiilor cu PC, consideră bunăstarea financiară destul de importantă, cu tendințe spre foarte importantă, pentru calitatea vieții familiei și fac destul de multe eforturi, având inițiative, pentru a menține sau pentru a îmbunătăți situația financiară a familiei, în pofida acestui fapt, sunt realizați la acest domeniu doar într-o oarecare măsură. Este un motiv de îngrijorare și domeniul existenței oportunităților pentru membrii familiei, pentru a câștiga suficienți bani astfel încât să poată face lucrurile pe care familia și le dorește, existând puține cu tendință spre câteva oportunități,

pentru membrii familiilor copiilor cu PC, pentru a câștiga suficienți bani astfel încât să poată face lucrurile pe care familia și le dorește. Familiile, incluse în studiul nostru, în ansamblu, sunt nici satisfăcute nici nesatisfăcute de situația lor financiară.

Mediul familial are un impact foarte mare asupra calității vieții familiilor copiilor cu dizabilități. Impactul dizabilității asupra relațiilor de familie ar fi bidirecțional, acest lucru ar putea apropia membrii unei familii, dar și tensiona relațiile intrafamiliale, în același timp, unii autori menționează de asemenea, un impact negativ al prezenței unui copil cu PC în familie asupra fraților. Diagnosticul și comportamentul copilului influențează relațiile conjugale .

În cercetarea noastră responsabilitatea pentru rezolvarea treburilor de zi cu zi ale familiei în 51 familii, ce constituie 60% toată lumea contribuie cu ce se pricepe mai bine, unii fac mai mult decât alții în 16 familii (18,8%) , precizând că de obicei, mama este cea care își atribuie mai multe responsabilități, în 9 familii (10,6%) una sau două personae au majoritatea responsabilităților și lucrurile se rezolvă de la sine în alte 9 familii (10,6%) .

Cel mai mult responsabilitatea pentru aspectele gestionării gospodăriei familiei copilului cu PC este împărțită între mamă, tată, frați/surori și alții aici cel mai des fiind bunicii.

Relațiile de familie par să contribuie foarte mult la calitatea vieții familiilor copiilor cu PC, fiind considerate destul și chiar foarte importante pentru calitatea vieții acestor familii. Membrii familiilor copiilor cu PC au multe oportunități pentru realizarea acestui concept, având și multe inițiative de a face eforturi pentru păstrarea unor relații bune în cadrul familiei lor. Aceste familii se bucură în mare măsură de relații reciproce bune, care probabil, vor rămâne pe viitor aproape la fel, având mici tendințe să se îmbunătățească, fiind satisfăcute de relațiile din cadrul familiei lor.

Supportul din partea altor persoane este foarte important. Dizabilitatea este văzută că o limitare a oportunităților și experiențelor sociale care împiedică copilul și familia să relaționeze adecvat cu alte persoane. Uneori familiile primesc sprijin material sau emoțional din partea altor persoane, cum ar fi rudele, prietenii, vecinii sau altele.

Rudele ajută foarte mult familiile copiilor cu PC incluse în cercetarea noastră, cu lucruri practice, cum ar fi să aibă grijă de membrii familiei, să facă cumpărături, sau să aibă grijă de casă în 11,8%, ajută mult 24,7% familii, întrucâtva 15,3%, puțin 23,5% și nu ajută aproape deloc 24,7% fami-

lii. În mediu fiecare familie este ajutată 8,24 ore pe săptămână de către rude.

În mare măsură familiile copiilor cu PC nu sunt sprijinite îndeajuns practic și nici emoțional de către rude, prieteni și vecini, în pofida acestui fapt, 43,5% îngrijitori au descris viața lor socială în afara familiei mai mult sau mai puțin cum ar vrea să fie, 40 la sută susțin că, viața lor socială este un pic mai nesatisfăcătoare decât cum ar vrea să fie și 16,5% menționează că viața lor este mult mai nesatisfăcătoare decât cum ar vrea să fie. În viziunea îngrijitorilor copiilor cu PC domeniul sprijin acordat din partea altor persoane este unul destul de important, oportunități pentru a primi sprijin practic și emoțional au doar careva, primesc acest sprijin aceste familii, mult spus, într-o oarecare măsură. Membrii familiilor copiilor cu PC fac careva inițiative în ceia ce privește obținerea sprijinului practic și emoțional din partea altor persoane. Îngrijitorii copiilor cu PC, consideră că sprijinul practic și emoțional din partea altor persoane va rămâne aproape la fel cu slabe tendințe să se îmbunătățească și fiind, per ansamblu, nici satisfăcuți nici nesatisfăcuți cu tendințe de a fi satisfăcuți de acest domeniu.

Sprijinul din partea serviciilor specializate, asistența socială au un efect protector asupra bunăstării psihologice a îngrijitorilor, a familiilor copiilor cu dizabilități inclusiv și în funcționarea acestor familii. Sprijinul din partea serviciilor specializate este direcționat către membrul familiei, în cazul nostru, copilul cu PC, sau poate viza întreaga familie de exemplu, sprijin financiar, consiliere familială, spații adaptate pentru persoane cu nevoi speciale etc. Aceste servicii au, de obicei, efecte asupra întregii familii.

Au beneficiat de indemnizații 70 familii (82,5%) care educă copii cu PC incluse în studiul nostru. De servicii coordonate de asistența socială au beneficiat doar 15 familii (17,6%). Angajați ca persoane de sprijin la nivel individual/familial au fost, cu regret, numai 4 persoane (4,7%) ce îngrijesc copiii cu PC. În comentarii membrii familiilor copiilor cu PC s-au plâns că nu reușesc să se angajeze ca persoane de sprijin, deși au copii cu grad avansat de dizabilitate, unii spunând că așteaptă în rând pentru a fi angajați. În 6 familii (7%) sunt angajați îngrijitori/asistenți plătiți. Nici o familie nu a beneficiat de serviciile centrelor de respiro, care în Republica Moldova sunt foarte puține. Serviciile de îngrijire la domiciliu sunt disponibile pentru 3 copii (3,5%). Educație specială primesc 8 copii (9,4%). De angajare sprijinită în comunitate și angajare sprijinită în unități se bucură câte o persoană (1,2%). Frecventează programe /activități în centre de zi 17 copii, ce constituie 20 la sută din copiii cu PC a familiilor incluse în

cercetare. Frecventează centre, spitale de reabilitare 21 copii (24,7%). Sunt supravegheați de către medicul de familie 84 familii (98,8%), beneficiază de serviciile medicului pediatru 67 copii (78,8%), medici neurologi 51 familii (60%), medici psihiatri 7 familii (8,2%), psiholog 43 familii (50,6%).

O pătrime din familiile incluse în studiu, afirmă că serviciile specializate nu sunt disponibile în zona lor și că transportul reprezintă o problemă, un impediment fiind și lista lungă de așteptare pentru servicii. Serviciile pe care le folosesc nu ajută suficient de mult, specifică unii îngrijitori, acest motiv este argumentat de patologia copilului, PC fiind o afecțiune cronică, în care motilitatea și postura suferă permanent. Membrii familiilor copiilor cu PC consideră sprijinul din partea serviciilor specializate destul de important și fac multe eforturi pentru a obține aceste servicii. Oportunități pentru familia copilului cu PC de a beneficia de servicii specializate de care au nevoie există, în viziunea participanților la studiul nostru, doar careva, cu ușoară tendință spre multe și nevoile familiilor copiilor cu PC sunt satisfăcute de către serviciile specializate din zona lor într-o oarecare măsură. Îngrijitorii copiilor cu PC cred, că în viitorul apropiat, sprijinului pe care îl primesc familiile lor din partea serviciilor specializate va rămâne aproape la fel, cu tendință de a se îmbunătăți. Familiile acestor copii sunt nici satisfăcute nici nesatisfăcute, per ansamblu, de serviciile specializate din zona lor, fiind într-o tendință fermă de a fi satisfăcute.

Mulți oameni se ghidează după valorile pe care le au și obțin satisfacție din acest lucru. Asemenea valori derivă din standarde personale de conduită, credințe bazate pe spiritualitate, religia formală sau bagajul cultural. Pentru majoritatea oamenilor, valorile rezultă dintr-o combinație a acestor surse. Îngrijirea unui copil cu nevoi speciale încurajează unele familii să-și verifice propriile valori și priorități, aceste valori fiind utile în experiența lor zilnică.

Valorile care influențează cel mai frecvent familiile copiilor cu PC, incluse în studiul nostru, sunt cele personale, care au fost identificate de către 65 respondenți (76,4%), cele religioase au fost identificate ca valori de 32 familii (37,6%), spirituale de către 24 familii (28,2%) și cele culturale de 19 familii (22,4%).

Membrii familiilor copiilor cu PC sunt acceptați în comunități spirituale, religioase și/sau culturale într-o oarecare măsură. Aceste comunități sprijină practic și emoțional familiile copiilor cu PC în mică măsură. Valorile spirituale/culturale, religioase îi ajută pe membrii familiilor care

educă copii cu PC să facă față problemelor din viața de zi cu zi în mică măsură, influențând calitatea vieții familiilor acestor copii în mică măsură. Domeniul influența valorilor este oarecum important, având cel mai jos scor din toate domeniile, ce confirmă că acest domeniu, este unul mai puțin important pentru calitatea vieții familiilor copiilor cu PC. Membrii familiilor copiilor cu PC au careva oportunități să dezvolte și să păstreze valorile personale, spirituale, religioase și/sau culturale, care pot să contribuie la calitatea vieții familiilor lor și fac eforturi, într-o oarecare măsură, pentru a-și păstra sau întări aceste valori. Familiile dețin într-o oarecare măsură valori personale, spirituale, religioase și/sau culturale și probabil aceste valori vor rămâne aproape la fel. Membrii familiilor copiilor cu PC sunt satisfăcuți de măsura în care valorile personale, spirituale, religioase și/sau culturale contribuie la calitatea vieții familiilor lor.

Angajarea în muncă este o parte din viața de adult. În mod similar, o parte din viața unui copil constă în pregătirea pentru viitor. Situația profesională a părinților este perturbată de con-strângerile de timp impuse de copilul cu PC. Angajarea îngrijitorului în câmpul muncii depinde de vârsta sa, starea civilă și autonomia copilului, rezultată din deficiența motorie și intelectuală pe care o are copilul.

Având grijă de copilul cu PC 46 familii (54,1%) au renunțat la carieră sau educația sa. Cel mai frecvent a renunțat la carieră mama copilului. Din cei care au renunțat la carieră sau educația sa pentru a avea grijă de copilul bolnav doar 4 (8,7%) menționează că își vor relua în viitorul apropiat activitatea întreruptă, 26 membri (56,5%) ai acestor familii poate, însă nu sunt convinși și 16 (34,8%) îngrijitori nu o să-și reia în viitorul apropiat activitatea întreruptă.

Având grijă de copilul cu PC în mai mult de jumătate din familii, cineva a renunțat la carieră sau educația sa. Cel mai frecvent a renunțat la carieră mama copilului. Domeniul carierei și a pregătirii pentru carieră este destul de important pentru calitatea vieții familiilor copiilor cu PC, însă pentru membrii acestor familii există doar cariera oportunități de a urma școala și cariera pe care și-o doresc. Membrii acestor familii fac într-o oarecare măsură eforturi pentru a-și forma o educație/carieră. În viitorul apropiat, este probabil ca posibilitățile membrilor familiilor de a urma și de a se pregăti pentru cariera pe care și-o doresc să rămâne aproape la fel. Îngrijitorii copiilor cu PC sunt nici satisfăcuți nici nesatisfăcuți, per ansamblu, de carierele membrilor familiei lor și capacitatea lor de a se pregăti pentru respectivele cariere.

Îngrijirea unui copil cu dizabilități este considerată a fi o activitate cu normă întreagă. Membrii familiilor copiilor cu PC au activități împreună în timpul liber, recreative, preponderent în grupuri, în care se include cel mai frecvent mama, tata, frații/surorile copilului cu PC. În timpul acestor activități membrii familiilor privesc televizorul, merg la plimbare, merg în ospeție la bunici, rar au specificat, că merg la grădina zoologică și se joacă cu copilul cu dizabilitate. În comentarii îngrijitorii au specificat că copilul cu PC necesită terapie de reabilitare zilnic și acest fapt practic îi lipsește de timp liber. Alții au comunicat că nu pot să-și permită ieșiri în oraș deoarece nu au echipamente speciale pentru deplasarea copilului, sau că transportul este o problemă.

Membrii familiilor copiilor cu PC au activități, în timpul liber, recreative, preponderent în grupuri, în care se include cel mai frecvent mama, tata, frații/surorile, copilul cu PC. Activitățile de timp liber și recreere dovedindu-se a fi foarte comune pentru majoritatea familiilor și limitate ca forme: privesc televizorul, merg la plimbare, merg în ospeție la bunici, respondenți unici au specificat, că merg la grădina zoologică și că se joacă cu copilul cu dizabilitate. Familiile copiilor cu PC consideră domeniul activităților de timp liber și recreere destul de important, însă se implică în aceste activități doar într-o oarecare măsură. Existența limitată a *oportunităților* și lipsa încrederii că în viitorul apropiat activitățile de timp liber și recreeri *se îmbunătățesc evident*, indică faptul că familiile se confruntă cu dificultăți în obținerea de agrement adecvat, evaluările stabilității sugerând, că activitățile de timp liber și recreere probabil, vor rămâne aproape la fel. Membrii familiilor copiilor cu PC fiind, per ansamblu, nici satisfăcuți nici nesatisfăcuți de activitățile de timp liber și recreere.

Funcționarea familiei nu poate fi desprinsă de contextul societal. Oricât de puternică ar fi, familia, coeziunea între membrii ei, ea are nevoie și de sprijin din partea celorlalți membri ai societății. Incluziunea este una dintre principalele condiții internaționale pentru îmbunătățirea vieții în raport cu persoanele cu dizabilități. Comunitatea reprezintă un sentiment al conexiunii cu oamenii și locurile din zona în care locuiesc.

Membrii familiilor copiilor cu PC, incluși în cercetare, nu fac parte din cluburi, organizații din careva comunități speciale. Dintre familiile acestor copii 21 (24,7%) s-au confruntat în comunitatea lor cu careva forme de discriminare, 64 familii (75,3%) nu au avut așa experiențe. Familiile incluse în cercetare provin: 16familii (18,8%) din centru urban mare, 23

familii (27,1%) din orașe medii, din orașe mici 12 familii (14,1%), și din mediu rural 34 de familii (40%).

La 62,4% familii incluse în studiu le face plăcere să trăiască în comunitatea lor, la 34,1% familii le place într-o oarecare măsură și 3,5% familii nu le place să locuiască în comunitatea lor. Familiile copiilor cu PC consideră interacțiunea cu comunitatea destul de importantă pentru calitatea vieții familiilor lor. Oportunități pentru ca membrii familiilor copiilor cu PC, să interacționeze cu persoane și locuri din comunitatea lor există doar careva. Inițiativele și realizările familiilor copiilor cu PC, la acest domeniu sunt între într-o oarecare măsură și în mare măsură. În viitorul apropiat interacțiunea familiilor copiilor cu PC cu comunitatea probabil va să rămâne aproape la fel, însă sunt și tendințe de a se îmbunătăți. Per ansamblu, familiile copiilor cu PC sunt satisfăcute de interacțiunea cu persoanele și locuri din comunitatea lor.

Calitatea vieții este un concept larg, ce încorporează sănătatea fizică a persoanei, condiția psihologică, nivelul de independență, bunăstarea financiară, relațiile sociale, valorile și convingerile personale.

Drept excelentă descriu calitatea vieții lor, în ansamblu, 7 familii (8,2%), foarte bună 11 familii (12,9%), bună 44 familii (51,8%), acceptabilă 21 familii (24,7%) și slabă 2 familii (2,4%). Scorul mediu al calității vieții familiilor copiilor cu PC incluse în cercetare este de 3 puncte. Acest scor ne permite, cu certitudine, să afirmăm ca familiile copiilor cu PC consideră calitatea vieții familiilor lor drept bună. Sunt foarte satisfăcute de calitatea vieții lor 13 familii (15,3%), satisfăcute sunt 50 familii (58,8%), nici satisfăcute nici nesatisfăcute sunt 17 familii (20%), nesatisfăcute sunt 5 familii (5,9%). Foarte satisfăcute și satisfăcute sunt de calitatea vieții lor sunt 74 la sută familii cu copii cu PC incluse în cercetare. Scorul mediu al satisfacției familiilor copiilor cu PC de calitatea vieții, în ansamblu, este de 3,83 puncte, acest punctaj ne confirmă, că familiile copiilor cu PC, în ansamblu, au tendință de a fi satisfăcute de calitatea vieții familiilor lor.

Familiile copiilor cu PC consideră calitatea vieții familiilor lor drept bună și în ansamblu, au tendință de a fi satisfăcute de calitatea vieții familiilor lor.

Concluzii:

1. Studiul a demonstrat că sănătatea familiei este cel mai important domeniu în calitatea vieții familiei copiilor cu paralizie cerebrală (de 4,95 puncte), fiind urmat după importanță de bunăstarea financiară (4,46 puncte).

te). Scorurile înalte pentru importanța domeniilor și scoruri mici la satisfacție ne confirmă faptul că pentru domeniile sănătății și bunăstării financiare a acestor familii sunt motive de îngrijorare. Este alarmantă existența puținelor oportunități, pentru a câștiga suficienți bani, astfel încât să poată face lucrurile pe care familiile și le doresc.

2. Relațiile de familie este domeniul cu cel mai înalt nivel de satisfacție (de 4,0 puncte), familiile acestor copii fiind satisfăcute de relațiile lor familiale. Familiile copiilor cu paralizie cerebrală nu sunt sprijinite îndeajuns practic și nici emoțional de către alte persoane și nici de către serviciile specializate. Aceste domenii fiind destul de importante pentru calitatea vieții lor.

3. Valorile spirituale/culturale, religioase îi ajută pe membrii familiilor care educă copii cu paralizie cerebrală să facă față problemelor din viața de zi cu zi în mică măsură, domeniul având cel mai mic scor ca importanță (3,59 puncte) din toate domeniile, fiind în viziunea respondenților noștri, oarecum important pentru calitatea vieții.

4. Domeniile carierei și a pregătirii pentru carieră și cel a activităților de timp liber și recreere sunt destul de importante pentru calitatea vieții acestor familii, în pofida acestui fapt, fiind realizați în domeniul carierei în cea mai mică măsură (2,68 puncte). Existența limitată a oportunităților și lipsa încrederii că în viitorul apropiat activitățile de timp liber și recreere să se îmbunătățească evident, indică faptul că familiile se confruntă cu dificultăți în obținerea de agrement adecvat.

5. Familiile copiilor cu paralizie cerebrală aproximativ în 25 la sută cazuri sau confruntat în comunitatea lor cu careva forme de discriminare, considerând interacțiunea cu comunitatea destul de importantă pentru calitatea vieții familiilor lor.

Referințe bibliografice

1. Cerebral Palsy Prevalence and Incidence. In: <https://www.cerebralpalsy-guidance.com/cerebralpalsy/research/prevalence-and-incidence/> (accesat: 25.06.2023).
2. Islam, M. M., Sultana, A., Hossain, M. Z., & Jahan, S. Health Related Quality of Life of Children with Cerebral Palsy among 3-12 Years Old. In: *European Journal of Medical and Health Sciences*, 2022, No 4(5), pp.105–108.
3. Vila-Nova Fábio, Santos Sofia, Oliveira Raul et al. Parent-report health-related quality of life in school-aged children with cerebral palsy: A cross-section-

nal study. In: *Front. Rehabil. Sci.*, 2022, 05 December, Volume 3, Sec. Rehabilitation in Children and Youth. 2022.

4. Sellier Elodie, de la Cruz Javier, Cans Christine. La surveillance de la paralysie cérébrale en Europe: la réseau SCPE.BEH 16-17 In: *Bulletin épidémiologie hebdomadaire*, 2010.
5. Kirby RS, Wingate MS, Van Naarden Braun K et al. Prevalence and functioning of children with cerebral palsy in four areas of the United States in 2006: a report from the Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. In: *Res Dev Disabil*, 2011, Mar-Apr, No 32(2), pp.462-9. Epub 2011, Jan 26.
6. Rosulescu E., Bulucea D., Zavaleanu M. et al. Tendințe actuale în evaluarea copilului cu paralizie cerebrală infantilă. In: *Med Mod.*, 2009, No16(2), pp.90-5.
7. Mirea A., Morcov C.G., Onose G., Pădure L., Aspecte ale calității vieții în familiile cu copii cu paralizie cerebrală. În: *Practica medicală*, 2014, Vol. IX, Nr. 4 (37), pp.246-250.
8. Wippermann Jill A. The Quality of Life of Families of Children with Cerebral Palsy. 2013. *Senior Honors Theses*. 373. In: <http://digitalcommons.liberty.edu/honors/373> (accesat: 25.06.2023).
9. Olajide A Olawale, Abraham N Deih, Raphael KK Y. Psychological impact of cerebral palsy on families: The African perspective. In: *J. Neurosciences in Rural Practice*, 2013, Apr.-Jun, No 4 (2), pp.159-163.
10. Almasri N.A., Palisano R.J., Dunst C. J., Chiarello L.A., O'Neil M.E., Polansky M. Determinants of needs of families of children and youth with cerebral palsy. In: *Children's Health Care*, 2011, No 40, pp.130-154.
11. Roy I. Brown. Quality of Life-Challenges to Research, Practice and Policy. In: *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 2017, Volume 14, Issue 1. March, pp. 7–14.
12. Harvey D. H. P. & Greenway A. P. The self-concept of physically handicapped children and their non-handicapped siblings: An empirical investigation. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1984, No 25, pp.273-284.
13. Dickenson H. O., Parkinson K. N., Ravens-Sieberer U., Schirripa G., Thyen U., Arnaud C., Beckung E., Fauconnier J., McManus V., Michelsen S.I., Parkes J., Colver A.F. Self-reported quality of life of 8–12-year-old children with cerebral palsy: A cross-sectional European study. In: *Lancet*, 2007, No 369, pp. 2171–2178.
14. Brown Ivan., Brown Roi I., Baum Nehama T., Isaacs Barry J., Myerscough Ted, Shimshon Neikrug Shimshon, Roth Dana, Shearer Jo și Wang Mian. Chestionarul de evaluare a calității vieții familiei: versiunea generală. 2006. Toronto, ON, Canada: Surrey Place Centre. Traducerea și adaptarea în limba română: Manuela Oprea.

LEGAL REGULATION OF THE PROCEDURE OF TRANSPLANTATION OF HUMAN ORGANS AND TISSUES IN THE COUNTRIES OF EUROPE

Igor Arseni, Dr. of Law, Associate Professor
Comrat State University, Comrat, Republic of Moldova
igorarseni1987@gmail.com

REGLEMENTAREA LEGALĂ A PROCEDURII DE TRANSPLANT DE ORGANE ȘI ȚESUTURI UMANE ÎN ȚĂRILE EUROPEI

Pe baza legislației interne și externe, autorul ia în considerare o serie de probleme problematice legate de reglementarea legală a procedurii de transplant de organe și țesuturi umane.

In many European countries, a person, his life, health and honor are integral social values. But, unfortunately, according to recent events, such phenomena as violence, aggression, terror, human trafficking, which provoke the commission of socially dangerous acts, including the illegal removal of human organs for the purpose of enrichment, have become increasingly common in the world. Increasingly, the UN is receiving reports of the illegal removal of human organs and tissues, which become the subject of trade, since they can be used during genetic research or for religious or magical rites. But most often they are used for the purpose of transplantation.

It should be noted that in most European countries it is quite difficult to assess the extent of illegal trafficking in human organs and tissues, since the criminal laws governing this area of activity are not clear enough. At the same time, all major international documents regulating the issues of transplantation of human organs and tissues provide for a ban on the commercialization of transplants. For example, paragraph 8 of the Declaration on Human Organ Transplantation (1987), art. 21 Regulations on trade in living organs (1985), Convention on Human Rights and Biomedicine (1996) contain the main provisions that the human body and its parts should not be a source of income. The Belgian Organ Removal and Transplantation Act establishes that the consent of the donor must be in writing and signed in the presence of a capable witness. The Greek Law on the

Removal and Transplantation of Human Organs and Tissues defines several alternative forms of donor consent: a written form with notarization, a written form with a police signature of the donor, and an oral form of consent in the presence of two witnesses with an entry in a special register. The legislation of Belgium and Turkey contains a requirement to obtain the consent of not only the donor himself, but even his spouse [1].

In Ukraine, transplantation of human organs and tissues is carried out in accordance with the Law of Ukraine “On Transplantation of Organs and Other Anatomical Materials to Humans” under certain conditions: the presence of a voluntary consent of the donor to take an organ, the conclusion of a council of doctors about the possibility of transplantation, after familiarizing the potential donor with possible difficulties in connection with a future operation, and if the harm to the health of the donor as a result of the operation is less than the danger to the life of the recipient [2]. In accordance with Art. 12 of the above Law, commercial donation is illegal, and only close relatives or one of the spouses can be legal donors in Ukraine.

In Spain, there is an absolute ban on intravital removal of grafts from incapacitated persons [3]. In Denmark, the use as donors of persons under the age of 21, but actually able to consent to the operation to remove the transplant, is allowed in exceptional cases, with the permission of the parents [4]. Norwegian legislation establishes a similar rule for minors under 18 years of age [5].

Some states allow the removal of regenerative grafts from minors, regardless of their actual ability to give informed consent to surgery. For example, the Finnish Law on the Removal of Human Organs and Tissues for Medical Purposes establishes that the removal of a regenerating graft from a person under the age of 18 is allowed in the absence of his objections, with the consent of his legal representatives and the sanction of the National Board of Health.

In the Republic of Moldova, organ and tissue transplantation relations are regulated by the Law „On Organ and Tissue Transplantation” No. 42 of 06.03.2008. [6]. In Art. 13 of the above law defines the presumption of consent to the posthumous removal of the object of transplantation from the corpse. According to Art. 15 intravital transplantation is performed with the written consent of the recipient, given by him after receiving information about the possible risks and consequences.

The legislation of most countries imposes strict restrictions on the use of organs and tissues from persons incompetent due to minority or mental illness. Thus, the legislation of Greece and France allows the removal of only bone marrow from minors exclusively for transplantation to their brothers or sisters [7].

According to the legislation of the Republic of Moldova on transplantation, the use of persons under the age of 18 as lifetime donors is not allowed, with the exception of bone marrow donation. Therefore, children can be bone marrow donors with the consent of their legal representatives. Similarly, the issue of donation of minors is resolved in the Convention on Human Rights and Biomedicine. Yes, Art. 20 of this international document, it is established that, as an exception, with the written consent of legal representatives, it is allowed to use incapable persons as donors of regenerating transplants in the absence of a capable donor and the recipient is a brother or sister; if transplantation can save the life of the recipient and the donor does not object to taking the transplant [8].

Under any circumstances, it is illegal to use minors as donors of non-regenerating organs. The legislation of some states allows, subject to certain conditions, the use as lifetime donors of persons declared incompetent due to mental illness or dementia. These conditions are the actual ability to consent to the operation (Turkey) [9], obtaining the sanction of the authorized state bodies in the absence of objections from the donor (Sweden).

A person who has consented to the removal of organs and tissues from him for transplantation during his lifetime may withdraw it at any time and in any form. To ensure this right, Spanish law stipulates that the transplant removal operation cannot be carried out earlier than 24 hours after the consent of the donor has been obtained.

With the posthumous removal of organs and tissues for transplantation, it must be carried out in compliance with a number of legal conditions: as a rule, with the consent of the donor, expressed during his lifetime, or with the consent of his next of kin.

In the legislation of various countries, there are two main approaches to determining the legality of transplant removal from a deceased person. In a number of countries, there is a presumption of the consent of the deceased to the removal of his organs and tissues for transplantation purposes. The removal is not carried out if it became known that the deceased during his lifetime expressed his negative attitude towards the posthumous use of his

organs and tissues for transplantation, or in case of disagreement of his relatives. According to this model, in particular, the legislation in this area of France, Italy, and Turkey is built.

In Belgium, the presumption of consent to the posthumous use of the body for transplantation applies to Belgian citizens and residents of the country, and the basis for the posthumous removal of organs or tissues from other persons can only be their consent given during life. Many foreign experts in medical ethics and healthcare law believe that the legally established presumption of consent plays only a deterrent role, causing distrust in people and encouraging them to look for ways to fix their objection to the posthumous use of their organs [10].

In Sweden, until 1988, a presumption of consent was applied, but the new transplant law replaced it with a presumption of disagreement, however, retaining exceptions for “minor interventions”: the removal of small organs and glands, for example, the cornea, pituitary gland, which are permissible without any restrictions, even against the will of relatives or the will of the deceased expressed in his lifetime. The Royal Committee has put forward a proposal to abandon this exception by extending a single legal regime to procedures for the post-mortem removal of any human organs and tissues.

Legal regulation of posthumous donation is associated with the establishment of a criterion for the death of a person. Since life does not stop simultaneously in all organs of the human body, it is important to determine which of the cessation of activity means the death of a person and makes it possible to remove organs and tissues from him for transplantation.

For a long time, the death of a person was determined by ascertaining the cessation of cardiac and respiratory activity. However, modern medicine allows you to maintain such an activity of the body artificially for a long time. In recent decades, the criterion for cardiac cessation has been replaced by the criterion of brain death (Swedish Transplant Act 1988) [11].

In most states, the legislation on transplantation contains norms designed to ensure the independence of the professional judgment of doctors when ascertaining the death of a person, to prevent the occurrence of a conflict of interest. For example, Belgian law prohibits doctors participating in the treatment of a potential recipient from certifying the death of a potential donor. Norwegian law prohibits the transplantation of posthumously harvested organs by a doctor who treated the donor immediately before death.

The relevant question is whether a person has the right to sell his organs, which can be removed *ex vivo*, for the needs of transplantation? A few supporters of a positive answer to this question believe that the sale of one's organs is the realization of individual freedom, and organ donation should be financially stimulated, like blood and sperm donation.

However, public opinion is generally negative about the commercialization of organ and tissue donation, especially non-regenerating ones. There are legitimate fears that this will lead to the exploitation of low-income individuals who will be forced to sell the non-renewable resources of their body. The legislation of most states contains a ban on the sale and purchase of donor organs under pain of criminal prosecution. At the same time, it seems acceptable and fair that a donor who, due to the loss of an organ, had to bear the costs of treatment or lost his ability to work, should receive compensation for losses.

The principle of no financial gain from the human body is also very important, since the altruistic donation system itself is threatened. Given that it is difficult to convince a person who is not a relative of the patient on moral grounds to donate their organ, there is a need to develop organ donation and increase the number of organs available for transplantation. In addition, in order to preserve the health of people, it is necessary to develop as much as possible legal and medical principles that will allow giving preference to donation from deceased donors.

Many countries in the world do not pay enough attention to the illegal imposition of various services and offers to receive illegal financial benefits from the sale of human organs. Preparation, storage, transportation, transfer, receipt, import and export of illegally harvested human organs should also be punishable by law. Taking into account the results of the studies carried out in different countries of the world, it became necessary to develop a new international legal act in this area.

The history of the creation of such a document began in 2008, when the Council of Europe and the United Nations decided to prepare a joint study on the topic: "Trafficking in organs, tissues and cells, as well as human trafficking for the purpose of organ removal". The report was published in October 2009. Along with other issues, it focused on the need to develop an international document that would contain a legal definition of the concept of "trafficking in organs, tissues and cells of human origin" and would fix a list of measures that countries should take to combating organ

trafficking, protecting victims, and criminalizing such acts.

Guided by the above opinion, in July 2011 the Committee of Ministers of the Council of Europe decided to establish a Committee of Experts on Combating Trafficking in Human Organs, Tissues and Cells (PC-TO), entrusting it with the development of a Council of Europe convention in this area. The mandate of the Committee of Experts included the development of a draft criminal law convention on combating trafficking in human organs, as well as, if necessary, a draft additional protocol to the said Convention on combating trafficking in tissues and cells of human origin. The Committee brought together the efforts of recognized experts in this field, thus showing that these projects enjoy the support of the expert community and reflect the achievements of advanced scientific thought and practice.

The final version of the draft Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs was approved at the 63rd meeting of the European Committee on Criminal Law in December 2012 and further developed by the relevant bodies of the Council of Europe in September 2013.

If the Committee of Ministers of the Council of Europe adopts the Convention against Trafficking in Human Organs, it will become the first international legally binding instrument that will regulate the issues of combating trafficking in human organs in Europe and may become the next step to join efforts in the fight against this evil at the global level.

Bibliographical references

1. Factory T.A. Responsibility for illegal transplantation of human organs and (or) tissues in foreign and Russian legislation. In: Bulletin of the Chelyabinsk State University. 2010, pp.87-88.
2. On transplantation of organs and other human anatomical materials. In: Law of the Verkhovna Rada of Ukraine. SPS Consultant Plus, 1999, June 16, No.1007-XIV.
3. Criminal Code of Spain. Ed. N.F. Kuznetsova, F.M. Reshetnikov. M., 1998, p.115.
4. The Danish Criminal Code. Trans. from dates and English. S.S.Belyaeva, A.N. Rychev. SPb., 2001, p.98.
5. Norwegian criminal law. SPb: Ed. and intro. Art. Yu.V. Golik., 2003, p.195.
6. Law of the Republic of Moldova „On transplantation of organs and tissues” No. 42 of 03.06.2008. In: Monitorul Oficial, 2008, No.81 of 04.25.
7. Michaud J. French laws on bioethics. In: Europ. j. of health law. Dordrecht, 1995, Vol.2. No.1, p.56.

8. On the Protection of Human Rights and Dignity with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo, April 4, 1997). Website “Laws of Ukraine”. In: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/994_334 (visited: 25/08/2023).
9. Turkish Criminal Code. Prev. N.Safarova, X.Adjara. SPb., 2003, p.218.
10. Michailachis D. Legislating death: Socio-legal studies of the brain death controversy in Sweden. Uppsala: Ed. Office, 1995, p.90.
11. Zaleskaya M.V. On the problem of presumption of consent to post-mortem organ donation. In: Citizen and Law, 2003. No.6, pp.9-10.

ACTUALITĂȚI PRIVIND NOTIFICAREA DATELOR STATISTICE LA COMISIA EUROPEANĂ, CE PRIVESC ETICA FOLOSIRII ANIMALELOR ÎN PROCEDURI EXPERIMENTALE

Magda Gonciarov, Dr., Șef Lucrări, Președintele Comisiei de Bioetică,
Facultatea de Medicină Veterinară București,
Departamentul de Științe Preclinice,
Universitatea de Științe Agronomice și Medicină Veterinară. Facultatea
de Medicină Veterinară, București, România
magdagonciarov7@gmail.com

NEWS REGARDING THE NOTIFICATION OF STATISTICAL DATA TO THE EUROPEAN COMMISSION, REGARDING THE ETHICS OF THE USE OF ANIMALS IN EXPERIMENTAL PROCEDURES

Starting with 2010 in the member states of the European Union, and ending with 2014 in Romania(alsoan EU member state),Directive 63/2010/EU regarding the use of animals in experimental procedures,was adopted and implemented. The Directive fundamentally changed this concept.Having a deeply ethical character, aimed mainlythe protection and welfare of animals, it led once it was adopted to the drastic reduction of animal experiments and the loss of authorisation,only in Romania, of at least one third of the experimental units.

Plecând de la dorința cercetătorilor, dar și a societății civile, de a reduce experimentarea pe animale, dar și pentru a avea un cadru legal unic, în anul

2010 a fost adoptată Directiva 63/2010/UE, privind folosirea animalelor în proceduri experimentale. Directiva, care a fost implementată în statele membre ale Uniunii Europene până în anul 2014, are un profund caracter etic, ce vizează în principal protecția și bunăstarea animalelor. Astfel, toate procedurile care se realizează asupra animalelor, trebuie să se realizeze în baza unor proiecte avizate de Comisia de etică, formate din specialiști în domeniu. De asemenea, o serie de elemente, cum ar fi rezumatele cu caracter non-tehnic ale acestor proceduri, trebuie notificate Comisiei Europene anual și mai nou, chiar semestrial. Un alt element ce trebuie notificat, se referă la evaluarea retrospectivă a acestor proiecte, evaluare ce este utilă atât inițiatorilor proiectului, dar și celor care în viitor ar dori să realizeze un proiect asemănător, dublarea nejustificată a proiectului, fiind interzisă de Directivă. Cu toate acestea, realitatea ultimilor ani, ne arată că țări precum Lituania, Bulgaria și Malta, nu au publicat rezumatele cu caracter non-tehnic, iar referitor la evaluarea retrospectivă, ea a fost raportată numai de Belgia, cu toate că ea trebuie obligatoriu realizată în cazul folosirii primatelor non-umane și a procedurilor încadrate ca “severe”, în ceea ce privește gradul de severitate al procedurii.

Rezultatele implementării Directivei în statele membre au condus la reducerea la aproape jumătate a numărului animalelor folosite în experimente, dar acest număr va scădea în continuare, prin presiunea opiniei publice din statele membre. Astfel, Comisia Europeană va trebui ca până în anul 2026 să găsească metode alternative la testarea substanțelor chimice pe animale.

VULNERABILITATEA LA VÂRSTNICII INSTITUȚIONALIZAȚI

Ana Popescu, asist. univ., cercet. științific, Laboratorul științific de gerontologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

ana.popescu@usmf.md

Gabriela Șoric, dr. în. șt. med., conf. univ., cercet. științific coordonator, Laboratorul științific de gerontologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

gabriela.soric@usmf.md

Vitalie Ojovanu, dr. hab. în filos., conf. univ., șef catedră, Catedra de filosofie și bioetică, USMF „Nicolae Testemițanu”

Ion Banari, dr. în filos., conf. univ., Catedra de filosofie și bioetică, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

VULNERABILITY IN THE INSTITUTIONALIZED ELDERLY

The human aging process is complex and multifactorial, being accompanied by a decrease in functional and cognitive capacities. The world's population is in a continuous aging process, the percentage increase of the elderly population represents a demographic phenomenon common to all countries. In geriatrics, the term „vulnerability” or „pre-fragility” implies a multidimensional aspect, among which, multimorbidity, functional incapacity, cognitive and socio-economic problems, which affect the quality of life of the elderly population, leading to a physical, cognitive and sensory decline, with the decrease of autonomy and the installation of dependence. Of particular importance is the assessment of the prevalence and particularities of vulnerability in the institutionalized elderly in the context of frailty in order to identify informational indices of value. According to the data obtained, the most common geriatric syndromes detected in the elderly included in the study are the algic and falling syndrome, which implies a decrease in functionality and a negative prognosis.

Introducere. Procesul de îmbătrânire umană este 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. La începutul anului 2022, circa 771 milioane de persoane la nivel mondial aveau vârsta de 65 ani și peste. 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 multidimensională. Aceasta categorie de persoane este cea mai vulnerabilă pe fundalul modificărilor determinate de vârstă. În geriatrie termenul „vulnerabilitate” sau “pre-fragilitate” implică un aspect multidimensional, printre care, multimorbiditatea, incapacitatea funcțională, problemele cognitive și socio-economice, care afectează calitatea vieții populației vârstnice, ducând la un declin fizic, cognitiv și senzorial, cu scăderea autonomiei și instalarea dependenței.

Scopul. Evaluarea prevalenței și particularităților vulnerabilității la vârstnicii instituționalizați în contextul fragilității pentru identificarea indicilor informaționali de valoare.

Material și metode. Studiul descriptiv a inclus 530 vârstnici instituționalizați ($72,76 \pm 0,25$ ani) pe măsura internării în secția specializată de geriatrie a IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății în perioada ianuarie 2019-iunie 2023. Vulnerabilitatea a fost apreciată conform Criteriilor screening a fragilității Fried, vulnerabilitatea VES-13, conform evaluării geriatrice complexe (EGC) - Katz, Lawton, Tinetti, MMSE, Hamilton, precum și alte scoruri - SPPB, Groningen, statutul nutrițional MNA. Datele obținute au fost prelucrate în pachetul soft STATISTICA 7,0.

Rezultate. Din cei 530 de vârstnici implicați în studiu conform criteriilor screening Fried -vârstnici robusti – 121(22,83%), pre-fragili(vulnerabili) – 153(28,86%), fragili 256(48,30%). Vârstnicii pre-fragili(vulnerabili) au prezentat valoarea medie a scorului VES-13- $5,44 \pm 0,31$; conform EGC: autonomia – scorul Katz($11,30 \pm 0,08$), Lawton($13,92 \pm 0,19$), mersul și echilibrul Tinetti($22,28 \pm 0,34$), statutul cognitiv MMSE($25,58 \pm 0,26$), depresia Hamilton($5,85 \pm 0,27$), statutul nutrițional MNA($24,51 \pm 0,22$), performanța fizică SPPB($9,02 \pm 0,20$), Groningen($5,86 \pm 0,20$). Evaluarea sindroamelor mari geriatrice a relevat ponderea acestora în grupul vârstnicilor din studiu conform evaluării geriatrice standartizate; cea mai mare pondere a avut-o sindromul algic – 94,11% cazuri, cu valoarea medie a scorului Scalei Vizuale Numerice (SVN) - $5,54 \pm 0,08$ puncte, următorul a fost sindromul de cădere - 46,40%, din care s-a soldat cu consecințe traumatice la 15,68% cazuri, printre altele, au fost prezente sindromul de constipație – 50,32%, iatrogenic - 41,17%, incontinență urinară – 78%, deshidratare – 32,67% și sindromul depresiv a fost diagnosticat la 47,71% cazuri.

Evaluând statutul senzorial al pacienților a fost stabilită ponderea hipocuziei de 33,98% și a scăderii acuității vizuale de 80,39% vârstnici din studiul dat.

Scorul VES-13 a avut corelații cu Scorurile Lawton($R_r = -0,47$; $p < 0,05$), Tinetti($R_r = -0,52$; $p < 0,05$), SARC-F($R_r = 0,57$; $p < 0,05$) și SPBB($R_r = -0,61$; $p < 0,05$).

Concluzie. Rezultatele studiului relevă statutul fizic și emoțional cele mai afectate pe fundal de vulnerabilitate, ceea ce reprezintă un risc foarte crescut de deteriorare a stării de sănătate pe parcursul procesului de îmbătrânire. Conform datelor obținute cele mai frecvente sindroame geriatrice depistate la vârstnicii incluși în studiu sunt sindromul algic și de cădere, ceea ce implică scăderea funcționalității și un prognostic negativ.

O LECTURĂ RAWLSIANĂ A DREPTULUI LA SĂNĂTATE

Ileana Dascălu, dr., lector univ.

Facultatea de Filosofie, Universitatea din București, România

ileana.dascalu@filosofie.unibuc.ro

A RAWLSIAN READING OF THE RIGHT TO HEALTHCARE

Despite its complexity and its systematic treatment of fundamental rights and their importance in ensuring individuals' participation in social life, A Theory of Justice, the magnum opus of American philosopher John Rawls does not provide deeper insights into the issue of healthcare rights. Various readings of Rawls's work from the perspective of healthcare rights are worth noting, perhaps the most important contribution being that of Norman Daniels, who maintains that healthcare rights are a means to ensure fair equality of opportunity, explicitly included by Rawls in the principles of justice that parties in the Original Position choose. The presentation will provide an outline of the theoretical framework whereby one can understand healthcare rights in a just society, and will then focus by some dilemmas stemming from Norman Daniels's interpretation.

În pofida complexității sale, care abordează sistematic o serie de drepturi fundamentale și rolul acestora pentru participarea indivizilor la viața societății, lucrarea filosofului american John Rawls, *A Theory of Justice*, nu aprofundează chestiunea dreptului la sănătate și nici în mod direct pe cea conexă a distribuției resurselor necesare pentru asigurarea acestui drept în mod egal tuturor. Este aceasta o lipsă a teoriei? Se poate argumenta în mod plauzibil că, în absența unei stări de sănătate rezonabile, drepturile fundamentale care influențează motivația noastră de a participa la viața societății sunt doar teoretice. Pe de altă parte, poate fi cuantificat conținutul dreptului la sănătate în același mod ca acela al libertății de exprimare ?

Există câteva lecturi ale lucrării lui Rawls din perspectiva dreptului la sănătate, cea mai importantă fiind aceea a lui Norman Daniels, pentru care acesta este un mijloc pentru asigurarea egalității de șanse, inclusă de Rawls în principiile de dreptate alese de indivizi în poziția originară. Totodată, există și o cunoscută dezvoltare a acestei problematici grație teoriei capabilităților (Amartya Sen, Martha Nussbaum), care deschide calea către

distincția între drepturi/libertăți și capabilități, între drepturi negative și drepturi pozitive, respectiv o structură de principii demne de a fi respectate și mijloacele rezonabile pentru asigurarea funcționării acestora în practică.

Prezentarea propusă va schița în prima parte cadrul teoretic prin intermediul căruia poate fi formulată legitimitatea dreptului la sănătate într-o societate dreaptă, indicând, în final, câteva dileme la care dă naștere interpretarea lui Norman Daniels.

Pentru început, este necesară reconstruirea argumentului prin care Rawls stabilește condițiile în care sunt alese principiile de dreptate, trei aspecte fiind esențiale: imparțialitatea cadrului deliberativ, justificarea publică a principiilor și condiția de rezonabilitate. Avantajele sau dezavantajele care pot cântări în alegerea unor principii cu impact asupra configurării instituțiilor majore nu ar trebui, deci, să afecteze deliberarea.

Din acest punct de vedere nu pare problematică că fiecare individ ar urmări să aleagă pentru sine, urmându-și interesul rațional pe termen lung, acea configurație de principii care să îi garanteze buna funcționare la nivel primar (stare de sănătate, condiții rezonabile de trai, posibilitatea de a-și realiza suficient planurile de viață). Atunci când problema se pune în termeni de resurse disponibile pentru distribuirea serviciilor de sănătate, este important să vedem care sunt tiparele distributive asupra cărora toți participanții la experimentul ipotetic al poziției originare ar fi de acord, presupunând că ei ar decide și cu privire la acest lucru. De exemplu, ar putea justifica utilitarist această distribuție ca fiind necesară pentru maximizarea satisfacției/ a bunăstării/ a fericirii agregate; sau ar putea atrage atenția asupra faptului că o stare bună de sănătate nu este doar rezultatul geneticii, ci, așa cum se întâmplă de multe ori, depinde de resurse pentru menținerea ei, ceea ce înseamnă că nu putem privi general dreptul la sănătate. De multe ori circumstanțele sociale și economice au un impact major asupra sănătății indivizilor, iar, din acest punct de vedere, corelarea dreptului la sănătate cu egalitatea de șanse ar putea fi o lectură revelatoare, deși nu lipsită de dileme.

VULNERABILITATEA BOLNAVILOR MINTALI ÎN CONTEXTUL STIGMATIZĂRII

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

VULNERABILITY OF MENTAL PATIENTS IN THE CONTEXT OF STIGMATIZATION

In the field of psychiatric care, the difficulties associated with moral and social discrimination of mentally ill people are quite pronounced, since this category belongs to the most vulnerable population. Patients face restriction of rights and stigmatization, which leads to less access to psychiatrists, with a subsequent negative impact on the course and prognosis of the disease.

Potrivit OMS, sănătatea mintală este o componentă integrală și esențială a sănătății. Sănătatea mintală împreună cu sănătatea fizică determină satisfacția socială și bunăstarea unei persoane și, ca urmare, o creștere a calității vieții. Psihiatria se ocupă în cea mai mare măsură de omul ca individ, având componente atât biologice, cât și mentale, spirituale și sociale. S.S. Korsakov notează: „Psihiatria, dintre toate științele medicale, ne aduce cel mai aproape de întrebările filozofice.” Psihiatria, ca obiect al reglementării legale și etice, îndeplinește o dublă funcție, protejând interesele pacientului și interesele societății. Acest lucru necesită dezvoltarea măsurilor preventive și identificarea principalelor surse de potențial vătămare asociate practicii psihiatrice.

În domeniul îngrijirii psihiatrice există dificultăți asociate discriminării morale și sociale față de persoanele bolnave mintal, întrucât această categorie aparține celei mai vulnerabile populații. În consecință, aceasta duce la o scădere a încrederii publicului, încălcarea demnității, limitarea drepturilor și stigmatizarea, ceea ce afectează semnificativ calitatea vieții pacientului și provoacă mai puțină atracție pentru psihiatri, cu un impact negativ ulterior asupra evoluției și prognosticului bolii.

În conștiința publică se obișnuiește să se distingă patru componente semantice independente ale stigmatizării. Componenta „control și respingere”

reflectă restrângerea drepturilor persoanelor bolnave mintal și distanțarea persoanelor sănătoase de acestea. Componenta „atitudine negativă față de psihiatrie” combină afirmații atât despre competența psihiatrilor și eficacitatea terapiei psihotrope, cât și despre frica de psihiatri, teama că aceștia pot dăuna chiar și persoanelor sănătoase. Componenta „respingere agresivă” reflectă percepția persoanelor cu boli mintale ca „oameni răi” - o povară pentru societate, până la dorința de a le distruge. Componenta „idei non-biologice despre boala mintală” pune sub semnul întrebării natura obiectivă a psihopatologiei și modelul medical al bolii mintale. S-a sugerat că boala mintală este rezultatul lipsei de voință, al caracterului slab, al unui semn de talent, al trezirii unor abilități speciale sau al pedepsei pentru păcate.

Trebuie menționat că sarcina bioeticii în psihiatrie este de a depăși stigmatizarea și de a crește toleranța societății față de bolnavii mintal. Cultivarea unei culturi umaniste a populației în raport cu această categorie de pacienți ar trebui să treacă la un nivel universal, incluzând reprezentanți ai legii, mass-media, medici, profesori și părinți. Un astfel de sistem de valori bioetice, bazat pe principiile fundamentale de protejare a drepturilor și libertăților pacienților care suferă de tulburări psihice, necesită cu siguranță consolidarea activității comisiei de etică din cadrul serviciului de psihiatrie.

ASPECTE PRIVIND RELAȚIA DINTRE SĂNĂTATE ȘI RUGĂCIUNE LA PREADOLESCENȚI ȘI ADOLESCENȚI

Dorin Opreș, dr. habil., prof. univ.

Universitatea „1 Decembrie 1918” din Alba Iulia, România

dorin_monica@yahoo.com

Monica Opreș, dr., prof.

Seminarul Teologic Ortodox „Sfântul Simion Ștefan” din Alba Iulia, România

ASPECTS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH AND PRAYER IN PREADOLESCENTS AND ADOLESCENTS

The issue of well-being is a constant in the debates in the public space, but also in the concerns of people of different ages. This article presents a series of data collected using the questionnaire applied to preadolescents

and adolescents. Respondents were invited to express their opinion on the relationship between health and prayer. Research findings show that for 23,3% of respondents prayer is associated with aspects related to physical and mental health.

Preliminarii

În contextul preocupărilor constante din spațiul public pentru starea personală de bine, cuvântul „sănătate” este des utilizat de oameni, în diferite situații. Îl întâlnim în formule de salut, în urările pe care și le fac oamenii la sărbători sau la evenimente din viață, în proverbe și ziceri populare, în convorbirile uzuale. În societatea contemporană, oamenii investesc timp și bani pentru ca starea lor de sănătate și a celor apropiați să fie una tot mai bună, pe termen lung. Pe măsură ce medicina se dezvoltă și sunt promovate în spațiul public tot mai multe informații legat de tratamente noi sau de prevenție, sumele investite în plan personal sunt tot mai mari. Totul, firește, în încercarea fiecăruia de a-și prelungi viața, de a trăi mai mult și în afara oricăror suferințe.

Efortul personal în plan material este dublat însă și de un efort în plan spiritual, în majoritatea cazurilor: oamenii bolnavi sau cei din familia lor apelează la ajutorul lui Dumnezeu, se roagă mai des și cu intensitate mai mare, mai ales dacă este vorba de afecțiuni grave. Tot mai multe studii sociologice și din domeniul medicinei [1] vorbesc despre legătura dintre rugăciune și starea de sănătate a omului, mai precis despre influența benefică a rugăciunii asupra sănătății fizice și asupra sănătății mintale [2]. Datele cercetărilor provin aproape exclusiv din investigații pe eșantioane formate din persoane adulte, majoritatea cu probleme medicale.

Metodologie și obiective ale cercetării

Ne-am propus, în acest context, să investigăm modul în care preadolescenții și adolescenții de diferite vârste văd dobândirea sau menținerea sănătății ca efect al rugăciunii. Eșantionul nostru este format din 237 de elevi de din clasele a VII-a – a XII-a, de la Seminarul Teologic Ortodox „Sf. Simion Ștefan” din Alba Iulia, aproximativ 80% din totalul elevilor din aceste clase, care au răspuns la un chestionar cu mai mulți itemi, despre rugăciune [3].

În studiul de față vom analiza în funcție de mai multe variabile răspunsul la întrebarea: *Ce schimbări crezi că ar fi în viața oamenilor dacă s-ar ruga mai mult?*

Concret, elevii au fost invitați să aleagă o singură variantă de răspuns dintr-o listă de șase posibile efecte ale rugăciunii, cu relevanță pentru propria persoană, dar și pentru familia din care fac parte: armonia în familie, sănătatea fizică și sufletească, puterea de a trece peste greutăți, respectiv o mai bună auto-cunoaștere.

Rezultate ale cercetării

În analiza datelor ne vom raporta la răspunsurile care au în vedere relația rugăciune – sănătate. În figura 1, am prezentat într-o diagramă de structură procentele privind răspunsurile la întrebarea care face baza analizei de față.

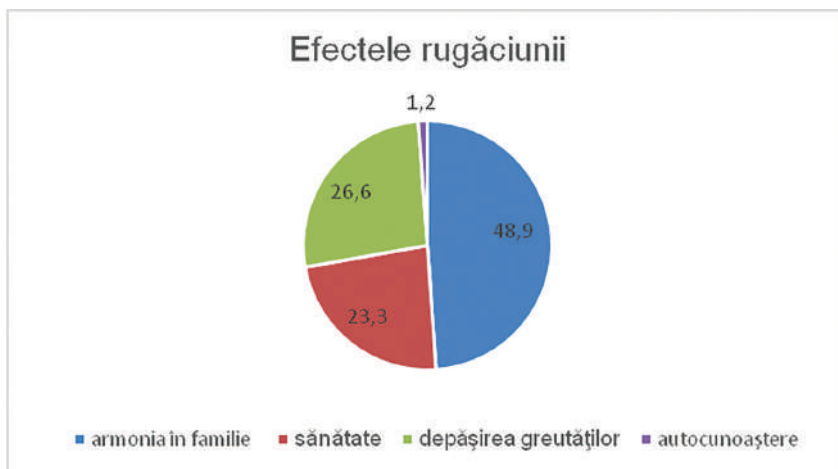


Figura 1. Diagramă de structură privind efectele rugăciunii

Pe baza datelor prezentate mai sus, putem desprinde concluzia că aproape jumătate dintre elevi cred că principalul efect al rugăciunii îl constituie armonia în familie (48,9%), urmat de puterea de a trece peste greutate (26,6%). Cu un procent de 23,3% regăsim răspunsurile care asociază rugăciunea cu aspecte legate de sănătatea fizică și sufletească. Observăm că pentru aceste două răspunsuri, diferența este de 3,3%. Pentru răspunsurile referitoare la relația rugăciune-autocunoaștere, procentele sunt ne semnificative, în jurul valorii de 1,3%.

În tabelul 1, am sintetizat datele în funcție de genul elevilor și de mediul de rezidență. Raportarea în fiecare situație s-a realizat prin raportare la totalul elevilor din fiecare categorie.

Tabelul 1. Efectele rugăciunii, în funcție de genul și mediul de rezidență al elevilor

Efecte ale rugăciunii	Răspunsuri		Genul		Mediul de rezidență	
	M	F	U	R		
a) ar fi mai multă armonie în familie	55,44	44,11	45,98	60		
b) ar avea mai multă sănătate	21,78	24,26	23,52	22		
c) ar avea putere să treacă peste greutăți	22,77	29,41	28,87	18		
d) ar afla mai multe despre ei înșiși	0	3	3	0		
Total %	100%	100%	100%	100%		

Datele din tabelul 1 reflectă faptul că, indiferent de genul elevilor, respectiv de mediul de rezidență, nu există diferențe mai mari de cinci puncte procentuale în ceea ce privește opinia elevilor privind relația rugăciune-starea de sănătate. Putem remarca însă diferențe mai mari de cinci puncte procentuale în cazul fetelor și al elevilor din mediul urban în favoarea răspunsurilor rugăciune-depășirea greutăților, față de rugăciune-sănătate.

În tabelul 2, am analizat datele în funcție de clasa din care fac parte elevii chestionați și am calculat amplitudinea pentru fiecare din variantele de răspuns.

Tabelul 2. Efectele rugăciunii, în funcție de clasa din care fac parte elevii

Clasa	VII	VIII	IX	X	XI	XII	A
Efecte ale rugăciunii							
a) ar fi mai multă armonie în familie	62,74	48,93	56	40,9	31,25	52,27	31,49
b) ar avea mai multă sănătate	17,64	23,40	24	27,27	29,16	18,18	11,52
c) ar avea putere să treacă peste greutăți	17,64	27,65	20	31,81	37,5	27,27	19,86
d) ar afla mai multe despre ei înșiși	1,9	0	0	0	2,08	2,27	0,37
Total %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	-

Pe baza datelor prezentate mai sus, am realizat curbe de distribuție a răspunsurilor, în funcție de clasa din care fac parte elevii.

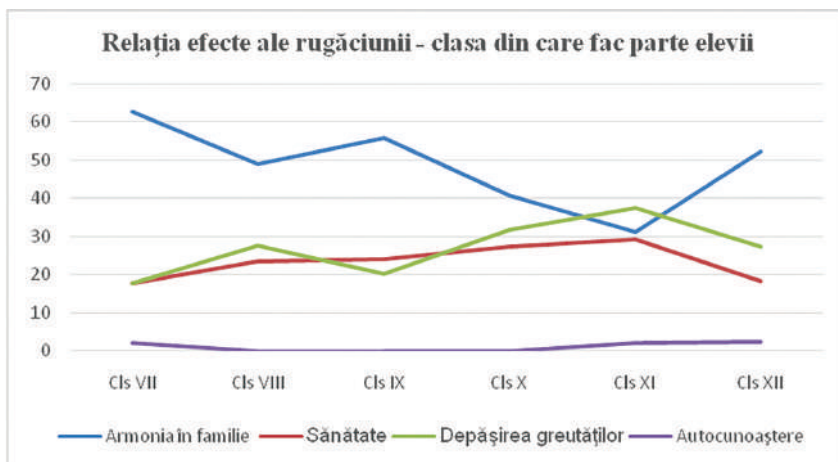


Figura 2. Curbe de distribuție a relației efectele rugăciunii – clasa din care fac parte elevii

Datele cercetării noastre evidențiază diferențe în funcție de clasa din care fac parte elevii, mai mari de 10 puncte procentuale. Se observă o creștere aproape liniară a răspunsurilor de la clasa a VII-a la clasa a XI-a. Excepție fac elevii clasei a XII-a, unde se observă o scădere de 10 puncte procentuale față de clasa anterioară, diferența regăsindu-se în procentul pentru prima variantă de răspuns.

Amplitudinea în cazul răspunsurilor referitoare la relația rugăciune-sănătate are cea mai mică valoare (11,52%), fapt care reflectă diferențe de opinie relativ mici, puncte de vedere echilibrate în rândul preadolescenților și adolescenților, spre deosebire, de exemplu, de situația privind relația rugăciune-armonie în familie, pentru care amplitudinea răspunsurilor este $A = 31,49\%$, valoarea procentuală cea mai mare fiind înregistrată la elevii clasei a VII-a (62,74%), iar cea mai mică, la elevii din clasa a XI-a (31,25). Dealtfel, în clasa a XI-a, pentru toate cele trei răspunsuri, curbele de distribuție înregistrează puncte de inflexiune, fapt care arată, din punctul nostru de vedere, un moment de criză înregistrat și cu prilejul unor investigații anterioare [4].

O altă variabilă a cercetării este frecvența participării la slujbele bisericesti. Am făcut analize și în funcție de această variabilă, pornind de la importanța pe care o are rugăciunea în viața Bisericii, dar și rolul înțelegerii suferinței sau bolii drept „cruce”, încercare personală. Datele au fost sintetizate în tabelul 3.

Tabelul 3. Efectele rugăciunii, în funcție de frecvența participării la slujbele bisericesti

Frecvența participării la slujbele bisericesti	În fiecare duminică	O dată/ de două ori pe lună	La marile sărbători/ evenimente	Merg mai rar
Efecte ale rugăciunii				
a) ar fi mai multă armonie în familie	39,13	43,90	72,72	40,26
b) ar avea mai multă sănătate	34,78	19,51	9,09	33,76
c) ar avea putere să treacă peste greutăți	17,39	36,58	18,19	24,68
d) ar afla mai multe despre ei înșiși	8,69	0	0	1,3
Total %	100%	100%	100%	100%

Datele din tabelul 3 ne conduc spre o analiză mai profundă a cauzelor care au determinat alegerea respondenților privind relația rugăciune-sănătate, în funcție de frecvența participării la slujbele bisericesti. Cele mai mari procente au fost înregistrate pentru elevii cu frecvență foarte mare, duminicală, respectiv pentru cei care merg foarte rar la biserică. Din alte date ale cercetărilor, putem afirma că aceștia din urmă merg la biserică în special când au o problemă, indiferent din care registru ar fi ea: dizarmonie în familie, probleme medicale ale unuia dintre membri, examene etc. Pentru elevii din a treia categorie, putem concluziona că participarea la biserică nu are ca motivație principală rugăciunea, ci dorința de comuniune cu familia sau preocuparea de a respecta anumite tradiții.

Concluzii

Schimbările majore survenite în perioada modernă în societate, în general, dar și în ceea ce privește relația persoanei cu sine și cu membrii familiei, în particular, analizate în raport cu modelele din primele secole creștine [5], care au stat la baza edificării întru valori eterne a persoanei și relațiilor

interpersonale [6], aduc în atenția cercetării educaționale noi elemente de interes. Atenția investigațiilor din domeniu este sporită și de numeroasele întrebări și căutări ale elevilor privind starea de sănătate proprie și a celor din jur, generate inclusiv de promovarea în spațiul public a unor situații medicale speciale.

Aproape jumătate dintre respondenți consideră că principalul efect al rugăciunii este armonia în familie (48,9%), iar pentru 23,3% dintre aceștia rugăciunea este asociată cu aspecte legate de sănătatea fizică și sufletească. În bază de gen, se înregistrează diferențe mai mari de cinci puncte procentuale în cazul fetelor și al elevilor din mediul urban în favoarea răspunsurilor rugăciune-depășirea greutăților, față de rugăciune-sănătate.

Calculul amplitudinii, în cazul răspunsurilor referitoare la relația rugăciune-sănătate, are cea mai mică valoare (11,52%), aspect care exprimă opinii echilibrate pe întrebarea cercetării în rândul preadolescenților și adolescenților. În contrast, situația privind relația rugăciune-armonie în familie înregistrează amplitudinea răspunsurilor $A = 31,49\%$, valoarea procentuală cea mai mare fiind înregistrată la elevii clasei a VII-a (62,74%), iar cea mai mică, la elevii din clasa a XI-a (31,25).

Opiniile respondenților legat de relația rugăciune-sănătate, în funcție de frecvența participării la slujbele bisericești, arată că cele mai mari procente au fost înregistrate pentru elevii cu frecvență foarte mare, duminicală, respectiv pentru cei care merg foarte rar la biserică. Ambele reprezintă pentru noi teme de reflecție și direcții noi de cercetare.

Referințe bibliografice

1. Koenig H. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. In: Journal International Scholarly, Research Notice, Volume 2012, Article ID 278730. In: <https://doi.org/10.5402/2012/278730>, <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/278730/> (accesat: 05.09.2023).
2. Powell L.H., Shahabi L. & Thoresen C.E. Religion and spirituality: Linkages to physical health. In: *American Psychologist Journal*, 2003, 58(1), p.36. In: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.36> (accesat: 06.09.2023).
3. Opriș M., Opriș D. Rugăciunea la preadolescenții și adolescenții formați într-un mediu teologic. Studiu de caz. În: Ioan Scheau, Dorin Opriș, Octavian Moșin (editori). *Educație și valori în societatea contemporană*. București: Editura Eikon, 2022, p.23. În: <https://doi.org/10.56177/epvl.cap3.2022.ro> (accesat: 05.09.2023).

4. Opreș D., Opreș M. Valori, modele și așteptări ale liceenilor din județul Alba. Cluj-Napoca: Editura Eikon, 2013, p.220.
5. Opreș D., Acatrinei I. Aspects Regarding the Formative-Informative Relationship in the „Pedagogue” by Clement of Alexandria. In: Educatia 21 Journal, (23) 2022, p.78. In: <https://doi.org/10.24193/ed21.2022.23.08> (accesat: 07.09.2023).
6. Opreș D. Implications of the industrial revolution for the family and for the family education. În: Educatia 21 Journal, (21) 2021, p. 62. In: <https://doi.org/10.24193/ed21.2021.21.06> (accesat: 02.09.2023).

ASPECTE BIOETICO-JURIDICE ÎN ASISTENȚA CHIRURGICALĂ, OBSTETRICALĂ ȘI ONCOLOGICĂ A BOLNAVELOR CU CANCER MAMAR ASOCIAT CU SARCINA

Corneliu Ureche, dr. șt. med.

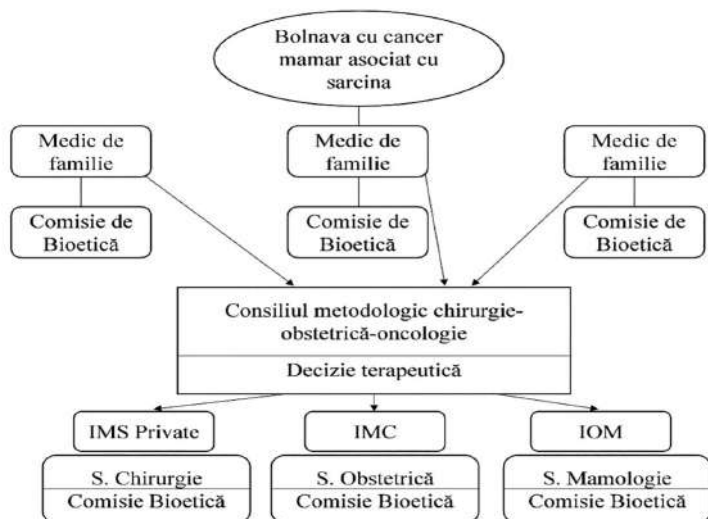
Spitalul „Repromed+”, Chișinău, R.Moldova
ureche8cornel@gmail.com

BIOETHICAL-LEGAL ASPECTS IN SURGICAL, OBSTETRICAL, AND ONCOLOGICAL CARE OF BREAST CANCER ASSOCIATED WITH PREGNANCY

Breast cancer associated with pregnancy presents a current problem that imposes both challenges, but also multiple peculiarities of diagnosis, complex treatment, rehabilitation, etc. Being at the intersection of different medical disciplines, specific methodologies are also required to solve the pregnancy depending on its semester, but also on the tumor process, TNM stage, histological and immunohistochemical forms, tumor aggressiveness, complex treatment, etc. At the same time, the problem also imposes bioethical and even legal particularities, highlighting the role of institutional bioethical commissions and specialized methodological councils, determined by a scientifically argued organizational chart and practically presented by the author.

Conduita medicilor, morala și responsabilitatea sunt principiile, dar și normele, idealurile, regulile, convingerile în activitatea lor cotidiană. Această filosofie a fost descrisă în toate teoriile școlilor filosofice pe par-

cursul evoluției lor, de la Platon, Aristotel, Kant, Hegel, Feuerbach etc. până la Potter. Apariția orientării științifice interdisciplinare, care se situează la tangența dintre mai multe discipline – filosofie, biologie, etică, medicină și altele, a determinat bioetica. Da, ea este o sinteză. Așa și în cazul bolnavelor cu cancer mamar asociat cu sarcina, induce o problemă de asistență medicală specializată, dar la tangența dintre oncologie, obstetrică, chirurgie și multitudinile responsabilități medico-juridice, dar și morale ale medicului. Această problemă include sarcina, semestrul sarcinii și rezolvarea ei, procesul tumoral – cancer mamar în diferite stadii și rezolvarea diagnosticului și tratamentul specializat oncologic, dar și specific personalizat a tratamentului chirurgical, al volumului de operație și ce e important, al momentului acestor acțiuni în ansamblul lor și al tratamentului complex. Se impun atât acțiunile, dar și inacțiunile medicului, dar și al dreptului pacientei, acordul ei informat, participarea pacientei la decizia terapeutică, dar și respectarea principiilor bioetice, a umanismului față de făt, bolnavei gravide cu cancer de sân. Crearea Consiliilor chirurgical-obstetrical-oncologice pentru determinarea tacticii de tratament specializat chirurgical, obstetrical și oncologic, a rezolvat esențial ameliorarea serviciilor specializate acordate acestui grup social specific. Aceasta a fost baza unei metodologii de asistență medicală specializată a bolnavelor cu cancer mamar asociat cu sarcina.



E de subliniat, că în dependență de trimestrul sarcinii, când sunt riscuri înalte pentru făt și bolnavă, se recomandă, inclusiv întreruperea sarcinii. E oportun necesar, ca în aceste cazuri să fie discutate și la Comisia de Etică a IMSP sau IMS Private, ce ar aproba o decizie în baza normelor și principiilor bioeticii.

Evident, că Comisiile Bioetice Instituționale analizează toate aspectele etice, morale, dar și cele la tangența dreptului, consimțământului informat, pentru tratamente, reconstrucții mamare, endoprotezare și celor de tutelă după caz și altele. Implementarea principiilor bioeticii în activitatea medicală specializată a bolnavelor cu cancer mamar asociat cu sarcina, asigură apărarea demnității ființei umane sub toate aspectele ei complexe.

ASPECTE BIOETICE ÎN PROCESUL COMUNICĂRII FARMACIST-PACIENTDIN CADRUL FARMACIEI COMUNITARE

Liviu Bezu, asist. univ.

Catedra de filosofie și bioetică,

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

liviu.bezu@usmf.md

BIOETHICAL ASPECTS IN THE COMMUNICATION PROCESS BE- TWEEN PHARMACIST AND PATIENT WITHIN COMMUNITY PHARMACY

Communication between pharmacist and patient is a component of the therapeutic act that takes place within the pharmacy. This is a method by which the pharmacist obtains access to the patient's medical information, to important information, in this context, from the past, from the present and about the medication prescribed by the doctor to be administered in the future. This practice cannot be excluded from the therapeutic exercise, so it should necessarily obey bioethical principles in the narrow sense. An easy access to medical services within the pharmacy gives the pharmacist the opportunity to interact with patients more often than medical workers in clinics or hospitals. Apart from aiming to avoid medical errors in

the prescription of drugs or from the patient's preferences towards certain OTC medication, the pharmacist has the opportunity to get involved in the prevention of medical problems or the post-treatment of members in the community. Non-maleficence, beneficence, justice, autonomy, all bioethical principles have aspects that are present in the activity of the pharmacist within the community pharmacy and deserve to be fully researched.

Comunicarea dintre farmacist și pacient este un instrument important în aplicarea principiilor bioetice în activitatea farmaceutică, parte a sistemului medical. Calitatea serviciului medical farmaceutic nu se rezumă doar la tratamentul specific unei afecțiuni medicale ci și la stabilirea unor măsuri de profilaxie, la evitarea interacțiunilor medicamentoase, la evitarea utilizării iraționale a medicamentelor, la managementul reacțiilor adverse și prelucrarea informației cu privire la acestea, la stabilirea reacțiilor individuale la anumite preparate medicamentoase, la măsurile educative destinate întregii populații în contextul medicalizării societății moderne, la respectarea indicațiilor specialistului medical, la evitarea non-compliancei la tratament sau a automedicației ca surse de erori cu consecințe grave, toate acestea fac parte din obiectivele pe care trebuie să le atingă în activitatea profesională, astfel încât farmacistul va utiliza comunicarea cu pacientul ca o posibilitate de a îmbunătăți starea sănătății generale a populației și calitatea vieții membrilor societății [3]. La fel de importantă este și promovarea respectării principiului autonomiei și al justiției astfel încât sistemul medical să nu poate fi exclus din obiectivele evoluției societății moderne, prin respectarea drepturilor omului și crearea unor premise de rezolvare a dificultăților care apar în fața omenirii astăzi și care vor apărea în viitorul apropiat.

La fel ca și orice lucrător medical, farmacistul se ghidează în activitatea sa de principiul non-dăunării. Interacțiunile medicamentoase sunt printre cele mai greu de urmărit, fiind situații care pot pune în pericol sănătatea pacientului în tratamentul ambulatoriu [8]. Farmacistul trebuie să pună accent pe comunicarea cu pacientul în vederea obținerii tuturor informațiilor cu privire la toate substanțele medicamentoase pe care pacientul le utilizează sau poate să le utilizeze în afara celor indicate în prescripție, la medicamentele OTC propuse de farmacist sau procurate la propria dorință. Nu în ultimul rând este la fel de important ca farmacistul să folosească la maximum timpul scurt pe care îl are la dispoziție pentru a comunica cu pacientul și de a fi sigur că acesta din urmă înțelege importanța fenomenului de

interacțiune medicamentoasă. Prin comunicarea eficientă și crearea unui feed-back pozitiv va putea fi respectat principiul non-dăunării, iar farmacistul și pacientul vor conlucra împreună în această direcție.

Autoritatea farmacistului și profesionalismul acestuia trebuie susținute printr-o comunicare eficientă, mai ales că accesul la serviciile farmaciilor comunitare este mult mai ușor decât la cele ale unei clinici sau al unui spital, fiind necesară o înregistrare prealabilă și deplasarea spre unitatea medicală care se află la o distanță mai mare. În problema interacțiunilor medicamentoase pacientul poate fi educat și responsabilizat să apeleze în orice moment la sfatul farmacistului.

În procesul comunicării cu pacientul, farmacistul, trebuie să-și asume și rolul de îngrijire a sănătății pacientului înafara procesului terapeutic propriu-zis. Comunicarea despre aspectele profilactice și post-terapeutice au aceeași importanță ca și oferirea informației despre doze, reacții adverse sau despre riscuri în administrarea unui medicament. Informarea despre măsurile de profilaxie are scopul de a îmbunătăți calitatea vieții pacientului și de excluderea riscului de recidive ale afecțiunilor medicale sau de evitarea acutizării unor procese cronice. În acest caz este vorba și de educarea populației cu privire la un mod de viață sănătos și de crearea unei relații de respect reciproc, astfel încât farmacia să nu reprezinte doar imaginea unei instituții medicale ci și a unei instituții care oferă lecții de viață. De aceste servicii pot beneficia adulții și copiii, dar o atenție sporită va fi acordată pacienților în vârstă mai ales că măsurile de profilaxie pentru aceștia îi va scuti de cheltuieli financiare suplimentare, de evitarea unor afecțiuni acute, periculoase pentru viață și le va oferi posibilitatea de a avea o stare bună a sănătății, de a avea activități sociale neîntrerupte și de a păstra un ritm de viață alert [1]. Pentru îngrijirea pacientului în perioada post-terapeutică, farmacistul va folosi tehnici specifice de comunicare pentru ca pacientul să acorde atenție sporită unor posibile riscuri în viitor pentru sănătatea sa, iar relația profesionistă și de respect reciproc dintre farmacist și pacient va continua, în beneficiul ambelor părți.

Fenomenul medicalizării societății, a utilizării excesive a medicamentelor este recunoscută ca fiind o problemă în îmbunătățirea calității vieții omului și crează premise pentru apariția unor obstacole în acest sens [2]. Marketingul agresiv al produselor farmaceutice în media TV și cel online, social-media are scopul nu numai de prezentare a unor informații cu privire la produs ci și de manipulare a opiniei publice pentru ca potențialul pacient

să devină și un client al farmaciei procurând medicamentul propus [6]. Farmacistul care eliberează medicamentul este ultima verigă în lanțul economic de la producere până la vânzarea acestuia. Din momentul eliberării produsul medicamentos este scos de sub controlul riguros al sistemului medical, accesul la acesta fiind liber în rândul populației, a tuturor membrilor familiei pacientului sau a celor cu care interacționează clientul farmaciei. Trebuie subliniat faptul că anumite preparate ca stupefiantele sau substanțele puternic active reprezintă un potențial pericol de intoxicație pentru cei care le administrează necorespunzător sau pot fi utilizate abuziv din cauza dependenței medicamentoase [4].

Ultimul filtru de specialitate, profesionist, în asistența medicală este comunicarea care o are farmacistul cu pacientul. Farmacistul va stabili într-un final necesitatea eliberării medicamentului și va oferi informații ample cu privire la unele riscuri în ceea ce privește administrarea produsului.

Farmacistul trebuie să cunoască tehnicile de comunicare eficientă pentru a crea o relație funcțională pacient-farmacist, să recunoască faptul că fiecare pacient are o personalitate unică care influențează așteptările acestuia față de activitatea farmaceutică. Pacientul poate fi influențat de nivelul propriu de cunoaștere a medicinei, de interacțiunile istorice cu sistemul medical, de statutul social sau starea financiară. Cei care apelează la asistența medicală din partea farmacistului pot avea așteptări diferite și nu pot fi învinuiți de ignoranță față de medicină.

O comunicare eficientă necesită depășirea unor bariere în comunicare și evitarea situațiilor de conflict. Conflictelor, însă, care pot să apară în cadrul acestui dialog sunt inacceptabile și pun în pericol procesul terapeutic și inevitabil stării de sănătate a pacientului. Tehnicile de ascultare activă sunt necesare să fie prezente în catalogul de abilități profesionale ale farmacistului. Acestea sunt obligatorii pentru respectarea principiului autonomiei pacientului și a modelului anti-paternalist de abordare a procesului terapeutic de către specialistul din cadrul farmaciei. În acest model cunoașterea specificului comunicării interetnice, interculturale sau a felului de a vorbi prin schimbarea tonului vocii sunt binevenite în îmbunătățirea imaginii de ansamblu a activității farmaceutice și mai ales în crearea unei afinități a pacientului spre implicarea într-un dialog cu lucrătorul din cadrul farmaciei.

Comunicarea farmacistului cu pacientul va cuprinde și elemente de comunicare non-verbală. Aceste deprinderi vor fi însușite atât în cadrul pre-

gătirii de specialitate, dar și prin îmbunătățirea continuă în practica zilnică din cadrul farmaciei [5].

Principiul justiției este un pilon de bază care susține societatea modernă în evoluția ei. Stigmatizarea și discriminarea nu ar trebui acceptate la niciun nivel social. Promovarea și aplicarea în practică al acestui principiu este un “must” și este reprezentat și în cadrul legal. Principiul justiției face parte din discursul public, media, online și se regăsește și în activitatea sistemului educațional. Sistemul educațional medical trebuie să ofere vizitorilor farmaciști repere solide în această direcție pentru că în activitatea ulterioară profesională acestea sunt necesare pentru a avea abilități de comunicare profesionale specifice.

Dialogul dintre farmacist și pacient este cea mai importantă cale prin care acest lucrător medical poate să ofere o asistență medicală de o calitate mai bună. Prin respectarea principiului justiției în comunicarea cu pacientul, farmacistul are și un rol important educativ ținând cont de impactul social pe care îl poate avea activitatea farmaceutică. Vizibilitatea, prestigiul acestei profesii permite nu doar urmărirea respectării principiului justiției, ci și promovarea valorilor morale ale societății moderne, globaliste și a respectării drepturilor omului în cadrul paradigmei liberale [7].

Așa dar, putem atesta o argumentare științifico-practică a rolului important al comunicării dintre farmacist și pacient în beneficiul calității vieții și sănătății celui ce suferă. Respectiva situație reprezintă procesul interconexiunii domeniilor medical și farmaceutic – proces ce se derulează în realitățile sociale actuale, dar cu multe probleme și necunoscute, fapt ce necesită organizarea unor studii de amploare. Acest tip de comunicare, bazată pe principiile și valorile bioeticii, reprezintă o parte componentă, integră, a actului medical contemporan.

Referințe bibliografice

1. Șchiopu T., Brumărel M., Adauji S. Rolul farmacistului în asigurarea utilizării sigure a medicamentelor de către vârstnici. În: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/111-117_7.pdf (accesat: 25.08.2023).
2. Cobuz C. Medicalizarea societății. În: <https://www.obiectivdesuceava.ro/sanatare/medicalizarea-societatii/> (accesat: 25.08.2023).
3. Etica și etica medicală. În: <https://boliocupationale.usmf.md/sites/default/files/inline-files/2.%20etica%20C8%99i%20etica%20medical%C4%83.pdf> (accesat: 29.08.2023).

4. Astărăstoae V. Etică medicală și medicalizarea societății. În: (accesat: 24.07.2023).
5. Țirdea T.N. Bioetică. Curs de bază. Chișinău: CEP „Medicina”, 2017. În: (accesat: 15.06.2023).
6. Cârstoiu C. Comunicarea farmacist-pacient. În: https://farma.com.ro/articles/2012.3-4/PF_Nr-3-4_2012_Art-10.pdf (accesat: 24.07.2023).
7. Deans Z. Ethics in pharmacy practice. In: https://www.pharmacyresearchuk.org/wp-content/uploads/2012/11/Ethics_in_pharmacy_practice_200910.pdf (accesat: 25.08.2023).
8. Bhaswat S., Chakraborty B. Ethics in pharmacy profession. In: <https://www.slideshare.net/bhaswatchakraborty/ethics-in-pharmacy> (accesat: 25.08.2023).

DIMENSIUNEA ETICĂ A SECURITĂȚII INFORMAȚIONALE ÎN SERVICII DE SĂNĂTATE MENTALĂ

Alexandru Dorosevici–Duka, doctorand

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat

de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

Chișinău, Republica Moldova

adorosevici@gmail.com

THE ETHICAL DIMENSION OF INFORMATION SECURITY IN MENTAL HEALTH SERVICES

The development of digital technologies, electronic medical records and remote medical consultations have led to an increase in digital activities in the medical field worldwide. This has created new opportunities for effective diagnosis, treatment and monitoring of health services. However, these new opportunities also present ethical issues and potential information security risks. Mental health data is among the most sensitive and unreliable, containing personal and sometimes stigmatizing information about patients. Ensuring the confidentiality of patient data is crucial to maintaining trust between patients and medical professionals. Unauthorized access, leakage or insecure storage of data can have serious consequences for patients, including breaches of confidentiality and trust in medical services. The mental health service system is an area where confidentiality is paramount, with the protection of patient privacy being

a priority. The increasing use of electronic data storage creates new vulnerabilities and risks. Healthcare organizations are required to adhere to ethical standards and strict legal regulations in the field of information security. In order to minimize these risks, it is essential to train medical personnel in information security issues, introduce modern encryption and authentication technologies, perform regular audits and regulatory audits, educate them on the ethical and legal aspects of maintaining personal data. Three categories of people who can affect the security of patient information include cybercriminals, people with an interest in patient care, and law enforcement officials who engage in illegal activities. These people can put additional pressure on healthcare professionals, which can lead to legal and ethical issues. In conclusion, the mental health service system must prioritize the protection of patient data and ensure the highest ethical standards in the field.

Introducere

La etapa actuală a dezvoltării societății umane, securitatea informațională a devenit una dintre cele mai pregnante probleme care afectează toate sferele vieții, inclusiv domeniul sănătății mintale. Dezvoltarea tehnologiilor digitale, a documentației medicale electronice și a consultațiilor medicale la distanță, a dus la creșterea activității digitale în domeniul sănătății mintale în majoritatea țărilor din lume. Acest lucru, desigur, creează noi oportunități pentru diagnosticarea, tratamentul și monitorizarea mai eficiente a beneficiarilor serviciilor de sănătatea mintală, care au devenit mai ieftine și mai accesibile pentru un număr mare de consumatori [1].

Cu toate acestea, odată cu aceste noi oportunități apar noi probleme etice și potențiale riscuri în domeniul securității informațiilor. Datele referitoare la sănătatea psihică sunt printre cele mai sensibile și intime, conținând informații personale și uneori chiar potențial compromițătoare despre pacienți, poate fi afectată de resurse limitate pentru transformarea procesului de păstrarea datelor de caracter personal și îngrijire, eroare medicală și factorul uman, siguranța software-ului și organizarea proceselor de funcționare a serviciilor de sănătate mintală. Păstrarea confidențialității datelor este esențială pentru menținerea relațiilor de încredere între pacienți și profesioniștii medicali. Scurgerile, accesul neautorizat sau stocarea nesigură a acestor date pot avea consecințe negative grave pentru pacienți, inclusiv încălcarea confidențialității și a încrederii în serviciile medicale [2].

În acest articol, vom lua în considerare diverse aspecte etice ale securității informațiilor în sistemul de sănătate mintală. De asemenea, vom analiza vulnerabilitățile cu care se confruntă aceste sisteme și luăm în considerare riscurile asociate acestora. Scopul nostru final, este să înțelegem cum să asigurăm siguranța datelor mentale ale pacienților fără a le încălca drepturile la confidențialitate și îngrijire medicală de calitate, respectând valorile etice în domeniul sănătății mentale la cele mai înalte standarde.

Vulnerabilitatea informațională în sistemul de sănătate mintală

Sistemul de sănătate mintală este un domeniu al medicinei în care protecția vieții private a pacientului este cea mai mare prioritate, fiind nu mai puțin importantă decât reducerea simptomaticei psihopatologice, pentru pacienții și personalul serviciilor din domeniu. Cu toate acestea, practica medicală modernă ține pasul cu era digitală, iar datele despre sănătatea mintală a pacienților sunt din ce în ce mai mult stocate în format electronic. Acest lucru creează noi vulnerabilități și riscuri care trebuie luate în considerare și abordate. Una dintre vulnerabilitățile cheie este posibilitatea furtului de date. Datele psihiatrice pot conține informații sensibile sau stigmatizante, inclusiv diagnostice, istoricul tratamentului, rezultatele tratamentului și chiar detalii despre viața personală a pacienților. Răufăcătorii pot fi motivați să acceseze astfel de informații pentru o varietate de scopuri, inclusiv fraudă, șantaj sau vânzarea de date pe piața neagră. Siguranța poate fi compromisă și de personalul medical. Medicii, terapeuții și asistentele au acces la datele pacienților pentru a oferi îngrijiri de calitate, iar utilizarea greșită sau stocarea nesigură a datelor poate duce la scurgeri accidentale sau intenționate de informații [3]. Acest lucru poate provoca nu numai consecințe juridice grave, dar poate afecta și încrederea pacienților în serviciile medicale. Un alt aspect important al vulnerabilității este securitatea insuficientă. Sistemele care stochează date referitoare la sănătatea psihică trebuie să fie fiabile și protejate de atacurile externe. Este important de menținut sistemele informaționale actualizate și monitorizate, pentru a preveni potențialele încălcări de securitate. La rândul său pacienții se așteaptă ca datele lor personale să fie confidențiale, iar încălcarea acestei confidențialități poate cauza nemulțumiri grave și chiar consecințe legale. Prin urmare, organizațiile medicale sunt obligate să respecte cu strictețe standardele etice și legile în domeniul securității informațiilor. Pentru a minimiza vulnerabilitățile și riscurile în sistemul de sănătate mintală, este necesar să se acorde o atenție deosebită pregătirii personalului medical în

probleme de securitate a informațiilor, să se introducă tehnologii moderne de criptare și autentificare și să se efectueze revizuirii și audituri regulate ale sistemelor de securitate, iar personalul medical să fie instruit special și sensibilizat despre caracterul etic și legal al păstrării corecte a datelor de caracter personal, în Republica Moldova un rol important în divulgarea accidentală sau intenționată a datelor personale sunt dimensiunile mici a societății și relațiile strânse de familie, sau alte legături sociale. Aceste măsuri vor contribui la asigurarea protecției datelor de caracter personal ale pacienților și la menținerea confidențialității acestora, care este un drept fundamental în practicarea medicinei [5].

Riscuri în sistemele informaționale a serviciilor de sănătate mintală

Riscurile asociate cu securitatea informațiilor în sistemul de sănătate mintală au implicații ample și necesită o atenție serioasă.

Unul dintre principalele riscuri este posibila scurgere a datelor personale ale pacienților. Această scurgere poate apărea accidental din cauza defecțiunilor tehnice, a securității insuficiente sau a erorilor de procesare a datelor. În astfel de cazuri, datele pot cădea în mâini nedemne de încredere și pot fi utilizate în scopuri ilegale. Acest lucru poate încălca drepturile la intimitate ale unei persoane și poate duce la consecințe negative grave pentru pacienți.

Un alt risc important este teama de stigmatizare. Datele despre sănătate mentală ale unui pacient, lăsate în domeniul public, pot fi folosite pentru a discrimina la locul de muncă, la cererea de asigurare sau chiar în viața de zi cu zi. Acest lucru poate afecta foarte mult viața și bunăstarea pacienților și poate deveni o barieră în găsirea îngrijirii de care au nevoie.

În plus, riscurile includ sisteme de securitate insuficiente și accesul ne dorit al personalului medical la date. Controlul slab al accesului poate duce la scurgeri de informații sau la dezvăluirea nesigură a detaliilor sensibile. Acest lucru nu numai că încalcă drepturile pacienților, dar poate duce și la probleme juridice uriașe pentru organizațiile din domeniul sănătății.

Reducerea riscurilor și asigurarea securității informațiilor în sistemul de sănătate mintală necesită acțiuni la mai multe niveluri. În primul rând, organizațiile din domeniul sănătății trebuie să investească în tehnologie și sisteme moderne de securitate, inclusiv în criptarea datelor, sisteme de autentificare și monitorizare. Formarea eficientă în domeniul securității informațiilor pentru personalul medical este, de asemenea, esențială.

Bazându-ne pe experiențe profesionale putem distinge 4 categorii de

persoane care pot atenta la securitatea informațională a pacienților

1. Răufăcătorii cibernetici specializați la vânarea și colectarea ilegală a datelor personale cu scop de a le comercializare, șantaj și alte activități ilegale.
2. Persoane fizice (rude, vecinii), interesate de starea sănătății pacientului în scop personal, de exemplu aflându-se în conflict cu scop de răzbunare, sau litigii.
3. Angajații altor instituții de stat care în dorința de a rezolva probleme de investigații, căutări, sau completarea datelor cât mai rapidă, recurg uneori la abordarea neprotocolară și neoficială a personalului medical, efectuând o presiune suplimentară asupra profesioniștilor, care pot ceda la invocare autorității persoanei ce abuzează de postul sau puterea oferită de stat.
4. Personalul medical utilizând datele de caracter personal în mod impropriu.

În plus, standardele etice și legile care guvernează accesul la datele psihice trebuie respectate cu strictețe. Aceasta include menținerea transparenței și a consimțământului pacientului în procesarea și stocarea datelor lor, precum și reducerea la minimum a accesului nesigur la informații.

Sistemul de sănătate mintală trebuie să se depună efort să mențină un nivel ridicat de securitate a informațiilor pentru a proteja drepturile și intimitatea pacienților. Acest lucru este esențial pentru menținerea încrederii între pacienți și furnizori și pentru asigurarea furnizării eficiente a îngrijirilor de sănătate mintală. Mai ales în perspectiva unificării bazelor de date și în situație când personalul medical se poate asocia cu Design-ul precar a sistemelor informaționale sau neajunsuri a protocoalelor de securitate informațională (Tubaishat 2019) [6].

Principii și recomandări etice

Asigurarea securității informațiilor în sistemul de sănătate mintală necesită respectarea unor principii etice stricte. Aceste principii nu numai că ajută la protejarea datelor pacienților, dar susțin și relații puternice între prestatori și pacienți.

Transparența este un principiu etic cheie. Pacienții trebuie să aibă o înțelegere clară a modului în care datele lor vor fi utilizate și protejate. Medicii și psihoterapeuții ar trebui să contribuie la educarea și confidențialitatea pacienților.

Consimțământul este un alt principiu etic important. Pacienții trebuie

să își dea consimțământul pentru colectarea și prelucrarea datelor lor, iar acest consimțământ trebuie să fie voluntar și bazat pe o alegere informată.

Confidențialitatea este al treilea principiu important. Medicii și personalul medical sunt obligați să păstreze confidențialitatea strictă a datelor pacienților. Aceasta include asigurarea faptului că datele sunt stocate și accesate în siguranță.

Corectitudinea este ultimul, dar nu în ultimul rând, principiu etic important. Toți pacienții au dreptul la acces egal la îngrijiri de sănătate mentală de calitate, iar nivelul de confidențialitate ar trebui să fie același pentru toată lumea.

Utilizarea corectă în spiritul bunelor practici a datelor de caracter personal a lucrătorilor medicali care au acces la bază de date [4.]

Pentru a îmbunătăți securitatea informațiilor în sistemul de sănătate mentală, se recomandă următoarele:

1. Elaborarea politicilor și procedurilor stricte de manipulare a datelor, bazată pe instruirea personalului din domeniul sănătății mentale cu privire la probleme de siguranță și etice.

2. Consolidarea sistemelor de monitorizare și control pentru a preveni scurgerile și abuzurile.

3. Investiția în tehnologii moderne de securitate și criptare a datelor.

4. Promovarea educației și conștientizării pacienților cu privire la securitatea și etica informațiilor.

5. Informarea colaboratorilor altor instituții privind accesul legal a datelor de caracter personal și oprirea practicilor neoficiale.

În concluzie, considerentele etice ale securității informațiilor în sistemul de sănătate mentală sunt esențiale pentru asigurarea drepturilor și bunăstării pacienților. Menținerea confidențialității, menținerea principiilor etice și implementarea recomandărilor vor ajuta la reducerea riscurilor și la crearea unui mediu sigur pentru îngrijirea sănătății mentale [7].

Referințe bibliografice

1. Berner Eta. Ethical and Legal Issues in the Use of Health Information Technology to Improve Patient Safety. In: HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues, 2008, No20, pp.243-58. 10.1007/s10730-008-9074-5
2. James M. Walker, Pascale Carayon, Nancy Leveson, Ronald A. Paulus, John

Tooker, Homer Chin, Albert Bothe, Walter F. Stewart. EHR Safety: The Way Forward to Safe and Effective Systems. In: Journal of the American Medical Informatics Association, 2008, Volume 15, Issue 3, May, pp.272–277. <https://doi.org/10.1197/jamia.M2618> (accesat: 25.08.2023).

3. Tariq RA, Hackert PB. Patient Confidentiality. 2023 Jan 23. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. PMID: 30137825. (accesat: 25.08.2023).
4. Palojoki Sari. The understanding and prevention of technology-induced errors in electronic health records: A path toward health information technology resilience. PhD Thesis. Itä-Suomen yliopisto. 2017.
5. Sittig DF, Singh H. Electronic health records and national patient-safety goals. In: N Engl J Med., 2012, Nov, No 8;367(19), pp.1854-60. doi: 10.1056/NEJMsb1205420. PMID: 23134389; PMCID: PMC3690003.
6. Tubaishat Ahmad. The effect of electronic health records on patient safety: A qualitative exploratory study. In: Informatics for Health and Social Care, 2019, Vol.44, No1, pp.79-91. DOI: 10.1080/17538157.2017.1398753
7. Lege Nr. 133 din 08.07.2011 privind protecția datelor cu caracter personal. În: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=10607&lang=ro (accesat: 11.08.2023).

BIOETICA IN CONTEXTUL ANARHO-PRIMITIVISMULUI

Eugeniu Tocarschii, asistent unversitar

Departamentul Filosofie si Antropologie, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, R.Moldova
tocarschii.evghenii@gmail.com

BIOETHICS IN THE CONTEXT OF ANARCHO-PRIMITIVISM

Anarcho-primitivism is a trend in anarchism based on criticism of the origins and achievements of civilization. Primitivisms argue that the transition from hunting and gathering to agriculture gave rise to social stratification, coercion and alienation. They are proponents of abandoning civilization through deindustrialization, abolishing the division of labor and specialization, and abandoning large-scale technology. Modern technology is a single system in which all parts depend on each other. You can't get rid of its bad parts and leave only the good ones. No amount of laws, morals, traditions will not protect you from technology for the long

term. It's much easier to just overthrow a technological system than it is to impose long-term restrictions on the development of technologies like genetic engineering.

Tehnologia modernă reprezintă un sistem complex în care toate componentele corelează reciproc. Este imposibil a elimina părțile neconvenabile și a le menține doar pe cele considerate utile. Nici legile, nici principiile morale ori tradițiile nu sunt în stare să ne protejeze împotriva unor tendințe de imixtiune ale efectelor tehnologiilor pentru o durată lungă de timp. Ar fi mai lejer și mai simplu de a recurge la abolirea sistemului tehnologic, decât impunerea de restricții de durată asupra dezvoltării unor tehnologii, precum cele ce țin de ingineria genetică. Am putea lua ca exemplu situația în care se descoperă un remediu pentru diabet. Atunci, persoanele cu predispoziție la diabet vor evita maladia și vor naște copii în mod firesc. Selecția naturală împotriva genelor asociate cu diabetul s-ar opri și, astfel, atare gene s-ar răspândi la toți oamenii. Singurele soluții ce potențial pot apărea a fi eugenia sau ingineria genetică. Prin urmare, oamenii vor deveni mai degrabă mărfuri industriale decât creaturi ale naturii. Etica, astfel, ar înrăutăți lucrurile. Aplicând-o în ingineria genetică, cineva ar decide ce este etic și ce nu este etic, impunând valorile sale tuturor celorlalți. Chiar și în condițiile alegerilor democratice, minoritatea ar fi supusă principiilor elaborate de către majoritate. Singurul cod care ar proteja libertatea ar fi unul care ar interzice orice inginerie genetică aplicată asupra oamenilor. Dar putem fi siguri că un astfel de cod nu va fi acceptat vreodată într-o societate tehnologică. Tentația reprezentată de puterea biotehnologiei este evident de mare. În mod cert, ingineria genetică va fi folosită pe scară largă, dar numai în interesul condițiilor existente în cadrul societății postindustriale.

II

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

COMPORTAMENTULUI MORAL VEROSIMIL ȘI ACTIVITATEA PROFESIONALĂ A MEDICILOR ȘI JURISTULOR

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

MORAL BEHAVIOR LIKELY AND THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF DOCTORS AND LAWYERS

The article addresses issues related to moral behavior in general and credible moral behavior in the professional activity of doctors and lawyers, in particular. First of all, the most important philosophical views that refer to the evaluation of moral behavior are review end, elaborated by Im. Kant, who believes that moral action, must be based on duty and by J.-St. Mill who evaluated moral behavior based on the principle of opportunity. At the same time, the author refers to likely moral behavior that in principle falls within the limits of morality, but icon the border between moral and immoral. In conclusion, it is noted that doctors and lawyers must know the moral verisimilitude of some professional actions that will help then determine the limit, the frontier, after which immorality begins.

De obicei, în procesul de apreciere a oamenilor, de multe ori, este utilizată formula dedublată „moral-amoral”, care are rădăcini istorice destul de profunde. Încă în filosofia antică stoicii susțineau că un băț poate fi drept sau strâmb, iar o faptă poate fi echitabilă sau inequitabilă. Conform acestei poziții, moralei îi este indiferentă latura cantitativă, reieșind din faptul că nu există nici o deosebire dintre cei ce fură aur dintr-o bancă sau cei care

sustrag o chiflă dintr-o brutărie. Moralitatea, conform acestei opinii, condamnă, în egală măsură, ambele fapte. Însă, în existența socială, nu există niciodată ceva absolut alb sau negru, ci există o sumedenie de nuanțe plătate între aceste puncte absolute. În acest sens, savantul american Frans de Waal, scrie că moralitatea „*Nu neagă interesul personal, însă îi retează din avânt pentru a promova o societate bazată pe cooperare*” [1].

În existența socială există o dimensiunea graduală de ordin „cantitativ” a moralității. Spre exemplu, în expresiile: „El a comis o faptă lipsită de morală” și „El a săvârșit o faptă amorală” este inclusă dimensiunea graduală a condamnării sociale. Cu toate că în ambele cazuri, este vorba despre încălcarea moralei, însemnătatea acestor abateri de la ordinea socială este diferită.

Prin urmare, este necesar să ne referim la diferența dintre imoral și amoral în general. Pentru omul amoral acțiunile sociale sunt ghidate de faptul că el nu cunoaște și nu i-a în calcul normele morale și, prin urmare, comportamentul lui nu este format în funcție de moralitate. Pe de altă parte, omul imoral cunoaște regulile moralei, dar practică acțiuni care sunt respinse de majoritatea societății (spre exemplu, un medic sau jurist acceptă mită pentru a încălca o regulă).

Amoralismul constituie o doctrină care, în sensul teoretic, indică negarea obligațiilor propuse de legile morale. În acest sens, un individ amoral reiese din formula că viața nu ar trebui să fie trăită conform normelor moralei. Trebuie să remarcăm și faptul că mai mulți filosofi au prezentat argumente în favoarea amoralismului. Spre exemplu, marele filosof german Friedrich Nietzsche este caracterizat adeseori ca imoralist, ca un adversar al valorilor tradiționale, făcându-și însă din aceasta o virtute și un titlu de glorie. Moralitatea, după Nietzsche, reprezintă condamnarea, castrarea, impunerea cu forța, neîntemeiată a unor precepte fără rost. Pentru el, „tot ceea ce este bun se naște din instinct și, prin urmare, este ușor, necesar, liber” [2], iar „când este respins ceea ce este mai serios în autoconservare, în sporirea forțelor vieții, când este respinsă viața, când se construiește un ideal din cloroza și din disprețuirea trupului” [3] în numele moralelor „celor care doresc să amelioreze omenirea” [4], nu se ajunge decât la respectarea unor rețete ale decadentei și astfel, la nimicirea propriei vieți. Prin urmare, Fr. Nietzsche a apărut amoralismul indicând faptul că standardele morale în vigoare nu erau valabile și trebuiau înlocuite.

Așadar, moralitatea diferă și de amoral, adică de cel care crede că omul

ar putea trăi și fără ca să-și reglementeze și să-și ordoneze viața potrivit unor scopuri și norme viabile. Astfel, discuțiile privind moralitatea se direcționează pe o imaginară axă a raporturilor vieții normale și echilibrate a omului cu stările anormale.

Concepțiile etice ale celebrului filosof german Georg Hegel au fost expuse cel mai pe deplin în două lucrări: „*Fenomenologia spiritului*” [5] și „*Principiile filosofiei dreptului*” [6] în care a specificat că istoria și lumea nu pot fi măsurate prin modele morale. Totodată, o mulțime de idei valoroase sunt cuprinse și în dialectica hegeliană a binelui și a răului. Meditând despre moralitate Hegel a ajuns la concluzia că morala constituie a doua natură (socială) a unei persoane, care se ridică deasupra primei (personale). În același timp, reieșind din principiul istoricismului, Hegel a identificat caracteristicile dezvoltării istorice a moralei, analizând legătura moralității cu alte aspecte ale vieții publice, înscriind astfel conceptul de moralitate în contextul social. Cu toate că, în principiu, doctrina „spiritului obiectiv” a lui Hegel se opunea realității însăși, totuși ea era plasată deasupra acesteia. Prin urmare, el considera că moralitatea nu poate avea un impact semnificativ asupra lumii reale.

Concomitent, mulți filosofi ai moralei sunt împotriva amoralismului, afirmând că premisele lor pot culmina prin imoralism, adică prin voința de a face rău, egoism, in justiție, fărădelegi comise intenționat, desfrânări și depravări, corupție.

Totuși, în cazul când omul respectă regulile morale, din convingerea că ceea ce face este bine, atunci el are o conduită perfect morală. În schimb, când omul respectă sistemul normelor morale numai din convingere sau doar din pasiune, deși este prezent un comportament moral, acesta are un caracter imperfect. În acest caz, trebuie să remarcăm faptul că *imperfectiunea* apare în virtutea faptului că morala evoluează, schimbându-se, când oricare dintre cele două resorturi psihice (pasiunea pentru normele morale anterioare sau obediența față de ele) pot dispărea.

În general, etica reiese din aceea că faptele umane pot fi plasate pe o linie cu doi poli orientați spre infinit – spre moralitatea absolută și viceversa. Pe această linie pot fi examinate diferite tipuri ale comportamentului, printre ele putem evidenția comportamentul ideal, binevenit, verosimil (în dicționarul de neologisme - noțiune de verosimil este interpretată ca ceva care pare adevărat, real; cu aparență de realitate; plauzibil, probabil; posibil) [7], care în totalitatea sa formează un comportament pozitiv (acceptabil) și

un comportament negativ (inacceptabil). Luând în considerație caracterul deosebit al activității profesionale a medicilor și juriștilor, ne vom referi în mod special la comportamentul moral verosimil care se manifestă plenar în activitatea diverșilor reprezentanți ai acestor profesii nobile.

Până a trece la examinarea comportamentului moral verosimil trebuie să ne referim la cele două modalități a evaluării comportamentului moral care există în istoria filosofiei fundamentate de celebrul filosof german Immanuel Kant și marele filosof englez John Stuart Mill. În celebra sa lucrare „*Întemeierea metafizicii moravurilor*” Im. Kant, încă din prefață scria că scopul urmărit de el este „căutarea și stabilirea principiului suprem a moralității, dat fiind, că în concepția lui, acesta trebuie descoperit și nu inventat. Demersul său avea ca punct de plecare afirmarea categorică a bunei voințe ca fiind singurul concept bun în sine, și nu prin scopul său, sau prin ceea ce produce. Dar, cum voința bună este legată de conceptul de datorie, care o conține, chiar dacă limitat, Im. Kant, face o distincție între acțiuni făcute din datorie și acțiuni conforme cu datoria. A acționa din datorie înseamnă a acționa fiind motivat de un raționament etic întemeiat pe datoria în sine, iar a acționa conform datoriei înseamnă a acționa fiind motivat de o înclinație oarecare (milă, compasiune, plăcere, nevoia de a fi stimat etc.). În viziunea kantiană, acțiunea morală este cea întemeiată pe datorie, nu cea conformă cu datoria, dat fiind că au provenit din intenții diferite. El arată că un gest de binefacere poate fi făcut din respectarea datoriei de a face bine (care nu depinde de dispoziția momentană fericită sau nefericită a donatorului) sau dintr-o înclinație de milă pentru cei lipsiți, vanitate, dorința de a fi lăudați etc. (caz în care efectuarea binefacerii va depinde de starea psihică a donatorului în ziua respectivă). În primul caz, acțiunea de binefacere este morală, fiindcă a venit din intenția de a respecta datoria, în cel de-al doilea caz, este lăudabilă, deoarece a avut o consecință bună, dar nu are valoare morală. Deși consecințele ambelor acțiuni sunt identice (cineva beneficiază în mod concret în urma actului de binefacere), ele nu au aceeași valoare morală, dat fiind că au provenit din intenții diferite [8].

O consecință firească a acestui criteriu de evaluare a unor acțiuni morale ar fi faptul că omul ar trebui să-și conștientizeze înclinațiile naturale în permanență și să se detașeze de ele pentru a putea aspira la statutul de ființă ale cărei acțiuni sunt (întotdeauna) morale. Pe de altă parte, celorlalți oameni le-ar fi foarte dificil să evalueze moralitatea acțiunilor uni semen, dat fiind că nu pot avea acces nemijlocit la conștiința acestuia.

O altă condiție a moralității punctată de Im. Kant în secțiunea I a „*Întemeierii metafizicii moralei*”, constă în aceea că aceasta trebuie să respecte principiul universalizabilității, nedespărțit de proprietatea imparțialității. Prin urmare, o acțiune este morală dacă actul meu de voință prin care o întrevăd poate deveni lege universală.

Un alt tip de evaluare a unei acțiuni morale o găsim în lucrarea „*Utilitarismul*”, J.-St. Mill, care considera că „principiul tacit al întregii practici morale tradiționale este „principiul utilității” sau „principiul celei mai mari fericiri”, criteriul binelui, în orice fel de acțiune (morală, politică, juridică, economică) și, ca atare, moralitatea unei acțiuni nu este condiționată de motivele persoanei care face o faptă bună pentru semenul său, ci de consecințele intenționate ale acesteia. Spre deosebire de Im. Kant, pentru care cuvântul „intenție” semnifică motivul care stă la baza acțiunii, J.-St. Mill utilizează noțiunea „intenție” cu altă semnificație „ca anticipare mentală a unor consecințe sau efecte ce maximalizează bunăstarea (fericirea, plăcerea) tuturor celor afectați în acțiune. O faptă poate fi considerată morală dacă promovează fericirea generală a societății, indiferent de cine e efectuată, de un om altruist de obicei, sau de unul cunoscut prin egoismul său feroce, iar motivațiile intrinseci care au stat la baza ei nu au nici un cuvânt de spus în evaluarea acțiunii [9]. În această ordine de idei, comportamentul moral verosimil înclină, în principiu, spre tratarea acțiunii morale dată de J.-St. Mill, care pune accentul pe utilitate și nu se axează, în exclusivitate, pe datorie și bună voință.

În literatura de specialitate, sunt descrise un șir întreg de trăsături caracteristice ale *comportamentului moral verosimil* care vor fi analizate, luând în calcul, activitatea profesională a medicilor și juriștilor [10,11, 12]:

1) Comportamentul moral verosimil intră în limitele moralității, dar în urma acțiunii circumstanțelor obiective nu poate fi ideal din punctul de vedere al criteriului moralei. Când este vorba despre o faptă morală verosimilă, noi nu negăm caracterul ei „de nedorit”, dar totuși o calificăm ca morală. Ideal ar fi să renunțăm la măsurile de constrângere legale față de cei ce încalcă legea, dar o asemenea poziție ar fi amorală față de alți oameni și de societate, deoarece aceasta ar oferi posibilități uriașe activității criminale. Însă, este evident că cu cât mai scăzut este nivelul criminalității, cu atât mai sus trebuie ridicat nivelul verosimilității morale. Astfel, comportamentul moral verosimil reprezintă un comportament, care, cu toate că corespunde cerințelor morale, totuși se găsește la frontiera dintre moral și

amoral, el reprezentând „un nivel minim al moralității” [13].

2) Verosimilitatea morală determină limita, frontiera după care începe imoralitatea. Ca criteriu pentru determinarea acestei limite pot servi nu argumentele subiective, ci o totalitate de condiții obiective. Delimitarea dintre just și verosimil ne oferă posibilitatea de a rezolva problema așa-numitului „neadevăr virtuos”.

Recunoașterea oricărui neadevăr ca ceva amoral vine încă din Evul Mediu de la filosoful creștin A. Augustin, iar Im. Kant considera că neadevărul este inadmisibil chiar dacă el este îndreptat spre salvarea omului. În acest caz, orice folosire a fraudei aduce mai multe prejudicii, deoarece ne oferă posibilitatea de a îndreptăți orice neadevăr și distruge frontiera ce delimitează moralul de amoral. În mod similar poate fi apreciată și tăcerea. Pe de o parte, taina medicală, secretul de stat sunt niște forme ale tăcerii care au un conținut moral pozitiv, iar pe de altă parte, dacă un jurist nu divulga cele știute despre consecințele și esența unei hotărâri judecătorești, dând dovadă de indiferență față de cele petrecute, aceasta reprezintă o faptă amorală.

O problemă destul de discutată în perimetrul moralei, care ține în mod implicit de comportamentul moral verosimil, o constituie cea a „minciunii vitale”, care este legată de problema compromisului admisibil. În esență, această problemă se reduce la întrebarea: pentru apărarea sau promovarea unui interes legitim, valid, poate fi utilizată ca instrument minciuna, sau minciuna utilizată pentru apărarea unui interes valid este minciună sau nu? Analizând teza potrivit căreia nu este recomandabil ca bolnavilor să li se dezvăluie natura și consecințele bolilor, se pune întrebarea dacă aceasta echivalează cu o minciună. Dacă luăm faptul în sine, ca falsă informație, el este, desigur, o minciună, iar dacă îl considerăm prin funcționalitatea lui, menajarea bolnavului, menținerea echilibrului său psihic și moral pe perioada care îl desparte de moarte etc., același fapt nu mai poate fi cotelat univoc sau exclusiv ca minciună. Astfel de situații se întâlnesc în activitatea medicilor deseori și pot fi numite „situații-limită”, de natură dramatică, tragică sau absurdă. Ele pot fi totușicontroversateșisoluționate din perspectiveteorieicompromisului. În acest sens, dacă scopul atins este valid și dacă nu există alte mijloace pentru a-l atinge, atunci manipularea informației false nu este „minciună” în sens strict, ci se convertește într-o altă valoare, cu caracter funcțional sau instrumental. În cazul în care problema nu poate fi soluționată deontic, trebuie să acceptăm faptul real al contradicțiilor ce apar în sfera moralei, recunoașterea ca atare a faptului real al prezenței în

viața umană a tragicului și a absurdului. Astfel, în aceste cazuri interesul se deplasează de la soluționarea teoretică a unei situații insolubile la măsurile practice pentru prevenirea, limitarea, înlăturarea acestor tipuri de situații. Moralitatea rezidă, în acest caz, nu în interpretarea univocă a unei situații care, prin natura ei nu poate fi interpretată univoc, ci în modalitatea practică a acestor situații, care, sub raport real, sunt tragice sau absurde, iar sub raport teoretic sunt problematice și echivoce. Așadar, în situații-limită sau de excepție, valoarea nu se anulează ca atare, ci rămâne valoare realizată în situații-limită sau ea se convertește în altă valoare, învecinată. Aceasta înseamnă că excepția nu confirmă regula oarecum exterior și prin contrast, ci că excepția este regulă într-o situație excepțională [14].

O altă situație relativ frecventă în activitatea profesională a medicilor și juriștilor, care are, în opinia noastră, tangențe cu comportamentul moral verosimil este cea a raportului dintre sinceritatea și non-sinceritatea tăcerii, specificată de Im. Kant prin sintagma: „A tăcea nu înseamnă a minți”. Acest enunț descrie o condiție sau o situație de constrângere: tac pentru că nu pot, nu este permis să spun adevărul, încât această tăcere este obligată exterior sau autoobligată. Însă, pe de altă parte, tăcerea poate deveni prin ea însăși, în anumite contexte, elocventă tocmai pentru adevărul în cauză. Tăcerea semnificativă poate fi un fel de mărturisire, un fel de protest, încât ea este echivalent moral al alegoriei. În situații speciale sau critice, în care deseori se află medicii sau juriștii, ea poate fi justificată. În același timp, a tăcea nu înseamnă a minți, dar nici nu înseamnă a fi sincer. În cazul în care situația o cere imperios, dacă în joc este pusă, prin tăcere sau netăcere, o valoare majoră, atunci tăcerea nu echivalează cu minciuna, ci se convertește într-o altă antivaloare: lipsa curajului, lașitate etc.

3) Un loc deosebit în conținutul comportamentului moral verosimil îl ocupă aspectul psihologic, care constă în conștientizarea de către medic sau jurist a faptului că în condițiile date anume un astfel de comportament este unicul posibil, care în cea mai mare măsură corespunde cerințelor moralei. El îi oferă omului în general, medicului sau juristului, în mod special, posibilitatea de a obține încredere în acțiunile sale și concomitent, le oferă posibilitatea de a trece Rubiconul (a adopta o hotărâre îndrăznească și irevocabilă în cazul unui medic sau jurist) ce distinge comportamentul verosimil de cel inacceptabil. Aceasta nu înseamnă că medicul sau juristul este lipsit de muștrări de conștiință, care sunt sacrificate raționalismului. În procesul comportamentului moral verosimil ei trebuie să aibă muștrări de

conștiință nu în cazul devierii de la normă, ideal, ci în virtutea faptului că, având posibilitatea de a alege în acele condiții o variantă a comportamentului în cadrul acțiunilor lor profesionale ce ar corespunde cerințelor morale, au ales o altă variantă, mai puțin morală, dar care corespunde pe deplin intereselor ocrotirii sănătății bolnavului sau apărării drepturilor omului. În acest sens, reprezentanții acestor profesii trebuie să apeleze la „busola moralității”, care controlează felul în care omul percepe comportamentul său și al celorlalți și avertizează asupra faptelor care nu corespund moralei sociale: Prin urmare, este necesar ca reprezentanții acestor profesii să includă *mecanismul existent în creier, care îi informează în cazul când au comis o greșeală, adică să apeleze la remușcări.*

În concluzie, trebuie să afirmăm că în procesul activității profesionale, medicul sau juristul atunci când sunt nevoiți să se conducă după normele moralității, trebuie să ia în calcul următoarele criterii: a) ca acțiunile lor să ducă la un prejudiciu cât mai mic; b) ca ele să aibă cele mai favorabile consecințe morale; c) să respecte interesele unui cerc cât mai larg de oameni; d) să garanteze respectarea principiului suficienței raționale a mijloacelor utilizate [14].

Referințe bibliografice

1. Vall Frans de. Bonobo și ateul. București: Editura Humanitas, 2017.
2. Nietzsche Fr. Așa grăit-a Zarathustra. București: Editura Edinter, 1991.
3. Nietzsche Fr. Dincolo de bine și de rău. București: Editura Humanitas, 1991.
4. Nietzsche Fr. Despre genealogia moralei. București: Editura Echinox, 1993.
5. Hegel G.W.Fr. Fenomenologia spiritului. București: Editura Univers Enciclopedic Gold, 2014.
6. Hegel G.W.Fr. Principiile filosofiei dreptului. București: Editura IRI, 1996.
7. Marcu Fl., Maneca C. Dicționar de neologisme. Ediția a III-a. București: Editura Academiei RSR, 1986, p. 1139.
8. Kant Im. Întemeierea metafizică a moravurilor; trad. de Filotheia Bogoiu, Radu Gabriel Pârvu, Valentin Mureșan, traducător, comentator, editor științific. București: Editura Humanitas, 2007.
9. Mill J.-St. Utilitarismul. București: Edit. ALL, 2014.
10. Capcelea V., Hurubă E. Deontologia profesională a juristului. Curs universitar. București: Editura Universul juridic, 2017.
11. Curca Gh. Elemente de etică medicală. Norme de etică în practica medicală. Despre principiile bioeticii. Cluj: Editura Casa cărții de știință, 2012.
12. Профессиональная этика сотрудников правоохранительных органов. Учеб. пособие. Под ред. Г.В. Дубова, А.В. Опалева - 2-е изд., исправ. и

доп. Москва: Изд-во ЦИТ-М, 2000.

13. Carcelea, V. Etica și comportamentul civilizat. Ediția a II-a, revăzută și adăugită. București: Editura Pro Universitaria, 2022, p.143, 144.
14. Carcelea, V. Deontologia profesională a juristului. Curs universitar. București: Editura Universul Juridic, 2018, p.164.

PARTICULARITĂȚI ALE CONCEPȚIEI LUI LUCIAN BLAGA DESPRE RELIGIE

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

Universitatea de Stat din Moldova

svcoanda@gmail.com

Alexandru Pruteanu, doctorand

Școala doctorală Științe umaniste și ale educației,

Universitatea de Stat din Moldova

pruteanu.alexandru.ion@gmail.com

PARTICULARS OF LUCIAN BLAGA'S CONCEPTION ABOUT RELIGION

In Lucian Blaga's reflections on the philosophy of religion, the attitude and conception of religion, the emphasis is not on the theological dimension, but on the philosophical and cultural as a whole. He understands the religious phenomenon differently from typical religiosity, more like a cultural manifestation, a spirituality of essences, of what remains perennial, transcends time and space. Lucian Blaga refuses dogmas, capable of limiting knowledge; he speaks out against all coercion, proclaiming the need for complete freedom of spirit.

Ideile lui Blaga cu referire la religie, reflecțiile lui ce țin de filosofia religiei se conțin în lucrările: *Eonul dogmatic, Cunoașterea luciferică, Cenzura transcendentă, Diferențialele divine, Spațiul mioritic, Religie și spirit, Curs de filosofie a religiei ș.a.*, în care accentul va fi pus însă nu pe dimensiunea teologică, ci pe cea filosofică și culturală în ansamblu. În special, lucrarea *Religie și spirit* este o mărturie a interesului său pentru fenomenul religios.

Cercetătorii sunt de păreri diferite atât cu privire la interpretarea religiei cât și la religiozitatea lui Blaga, la faptul dacă L.Blaga a fost o persoană cu adevărat religioasă. Dacă luăm în considerare opiniile celor care îl califică drept „poet mistic”, „filosof metafizician”, raționalist, antidogmatic și, de asemenea, discuțiile, polemicile cu teologii, în special, cu D.Stăniloae și N.Crainic, s-ar părea că L.Blaga nu împărtășea o religiozitate autentică; totodată, Vasile Băncilă afirmă că Blaga a fost un spirit profund religios, deșinu a dorit să facă vizibilă această calitate.

Fiu al preotului Isidor Blaga, având din partea tatălui mai multe rudepreoți, la rândul său, studiind și el la facultatea de teologie, Lucian Blaga se auto-definea ca persoană religioasă. El manifesta un profund respect față de credința ortodoxă, afirmând: „Nimenia nu prețuiește mai mult decât mine fervoarea religioasă, în orice formă s-ar manifesta ea“ și, cum își amintește V.Băncilă, „era bucuros când putea să vorbească despre religie” [1].

Totodată, el menționa specificul atitudinii sale față de religie. În romanul autobiografic *Luntrea lui Caron*, la observația că poezia sa „cuprinde adesea motive religioase, uneori aproape bisericesti”, L.Blaga răspunde: „E adevărat, zic, că în poezia mea sunt frecvente și motivele mitice, chiar teologice. Dar de aceste elemente uez în chipul cel mai liber ca mijloace de expresie poetică. Motivele nu sunt tratate «dogmatic». Le folosesc în sens totdeauna creator, liber; le modific și le amplific după necesități” [2]. *Datorită acestei ambiguități, a controverselor lăuntrice în atitudinea față de religie, L.Blaga era învinuit de unii contemporani că e prea credincios, iar de alții – că e necredincios.*

În același timp, e cunoscută teza sa: „Nu sunt necredincios. Eu sunt filosof” [3]. Anume ca filosof, Lucian Blaga își propunea să cerceteze fenomenul religios multiaspectual, obiectiv, creativ, cum scria el „sub unghi strict și până la capăt filosofic”, spre deosebire de teologi, conform cărora doctrina ortodoxă este în întregime constituită. Lucian Blaga își exprima temerile că „cel ce aderă la ea trebuie să renunțe la orice nou și mare act de creație metafizică”, fapt pe care el nu și-l putea permite [4]. Într-o scrisoare el exprima în felul următor această contradicție interioară care îl caracteriza: „Teologia creștină, ca pretins sistem închis și absolut nu-mi satisface exigențele filosofice, tactul, sensibilitatea. Ca izvor de sugestii o admit pentru noi români, chiar în chip subliniat. Și în general nu vorbesc despre ea decât cu respect, uneori cu admirație. Dovadă toate textele mele. Eu gândesc așa cum gândesc, fiindcă nu pot altfel. Decepțiile pe care le produc

sunt de neevitat. Ar însemna să fiu total nesincer afirmând bunăoară: cred în revelație sau în altceva (divinitatea lui Iisus)”[5].

Problema religiozității lui L.Blaga a fost temă de discuție în cadrul conferinței *Lucian Blaga și religia*, susținută de V.Băncilă la 27 februarie 1944, la București, problemă ce rămâne controversată până în prezent [6]. În cadrul acestei conferințe, V.Băncilă a vorbit atât despre „atitudinile pozitive în materie de religie ale lui Blaga”, cât și despre „neajunsurile atitudinii lui”. Urmărind scopul de a evidenția „deosebirile dintre concepția blagiană și teologia creștină, Băncilă constata că „aderențele religioase ale autorului Trilogiilor” sunt la fel de profunde ca „unele din afirmațiile lui opuse teologiei”. L.Blaga nu a fost prezent la această conferință, dar cei prezenți au afirmat că el „ar fi fost mulțumit!” de aprecierile date [7].

Referindu-se la revista *Gândirea*, Lucian Blaga îi cerea lui Nichifor Crainic să nu limiteze programul acestei publicații la spiritul ortodox, menționând că „ortodoxia e numai un caz al spiritualității spre care tinde apetitul metafizic al generației noastre”. Dorind să-și confirme independența în idei și specificul gândirii sale, L.Blaga menționa: „Sunt la fel de departe de dogmatica creștină, ca și de metafizica laică” [8]. În scrisorile către Nichifor Crainic, Lucian Blaga îi dezvăluia intențiile și scopurile sale, menționând: „toate expunerile și teoriile mele constituiesc o bază filosofică interesantă și nouă pentru multe sisteme de metafizică (unele existente, altele posibile în viitor) între ele e și doctrina creștină, cu toate că eu o socot din alte motive „perimată” [9]. Gh.Eftimie, unul din teologii care, în 1944, abordează într-un studiu, apreciat în epocă, lucrările de filosofie a religiei ale lui L.Blaga, îl caracteriza în modul următor: „Blaga este în cultura noastră un răsturnător de idei și valori cum nu mai avem pe altul între cei puternici și influenți ca imaginație” [10].

Atitudinea controversată, complexă a lui L.Blaga față de religie îl face pe V.Băncilă să îi ceară să-și revadă concepțiile: „Te rog din adâncul sufletului, împacă-te cu Dumnezeu. E adevărat, nu ești deloc certat cu el, dar ai un sistem filosofic ce îți impune anume rețineri. Nu poți schimba acest sistem, dar poți, cel puțin în viitor (dacă îl vom mai avea), să atenuezi forma și să pui în valoare coarde religioase cari există prestigios în sufletul tău, dar au fost, în parte, umbrite de vegetația ecuatorială a tinereții și bărbăției. Adevărul cel mai însemnat e cel religios și nu e religie mai bună decât cea a copilăriei noastre creștine... dragă Lucian, te rog mult, reflectează la problema religioasă, și nu numa ca filosof” [11]. În răspunsul dat prietenului

său, L.Blaga accentuează că nu este ateu și explică specificul credinței sale religioase în felul următor: „Te rog să mă crezi că nu mă simt deloc certat cu Dumnezeu ca să trebuiască să mă împac și să mă explic cu el. Religiozitatea mea e un element de dozaj al tuturor manifestărilor mele. S-a răspândit în mine ca drojdia în aluat. Probabil și în păcatele mele – a căror conștiință n-o prea am” [12].

Avem, așadar, argumente că L.Blaga avea o atitudine specifică față de religie, inclusiv, de ortodoxie. „Eu nu sunt antiortodox, ci sunt numai eterodox”- îi spunea el lui V.Băncilă. În lucrarea *Spațiul mioritic*, L.Blaga analizează religiile creștine: catolicismul, protestantismul, ortodoxia.

În concepția lui L.Blaga, filosofia, religia și literatura trebuie să formeze un tot unitar, fiind expresie a culturii și, în ansamblu, a spiritualității. În *Cursul de filosofia religiei* aprecia și dădea drept exemplu a acestei unități „cultura indică” și menționa cu regret că în Europa, „filosofia și religia nu merg împreună decât excepțional” [13]. Suprema unitate ontologică dintre uman și divin ca principiu caracteristic al gândirii indiene este înalt apreciat de Blaga, deoarece anume acest principiu evidențiază identitatea individualului cu generalul, a părții cu întregul, a sinelui individual cu cel universal, a omului cu Dumnezeu.

În concluzie, menționăm următoarele particularități ale atitudinii și conceperii religiei de către Lucian Blaga:

- L.Blaga refuză dogmele, susceptibile de a limita cunoașterea; el se pronunță împotriva oricărei constrângeri, proclamând nevoia de o deplină libertate a spiritului.
- El înțelege fenomenul religios diferit de religiozitatea tipică, fără convenții, fără ritualuri, mai mult ca o manifestare culturală, tributară unui „stil”, o spiritualitate a esențelor, a ceea ce rămâne peren, transcende timpul și spațiul.
- Religiozitatea sa este, conform propriei tipologii, o religiozitate difuză, o religiozitate-fior. În articolul omagial consacrat lui Nichifor Crainic, apărut în 1940 în *Gândirea*, Lucian Blaga își definește poziția în raport cu religia, afirmând că este adeptul unui „spiritualism mitic, creator și liber, liber în cadrul constrângerilor firești și subconștiente ale unui „stil” [14].
- Atitudinea față de religie este determinată de libertatea sa spirituală și se manifestă ca o atitudine antidogmatică, anti-dogmatismul fiind o trăsătură distinctă a lui L.Blaga.

- Utilizând în lucrările sale mai multe idei și concept din religia creștină, cum ar fi: Marele Anonim, cenzura transcendentă, misterul (care există în religia creștin-ortodoxă sub forma tainei - Cele Șapte Taine) și a imaginii unui Dumnezeu care nu permite cunoașterea oricui, Lucian Blaga le dă o interpretare filosofică, exprimându-le într-un limbaj original.

Cele menționate confirmă încă odată valoarea și originalitatea ideilor filosofice ale lui Blaga, fapt menționat deosebit de concludent în comunicarea *Cunoașterea: luciferică ori paradisiacă la Lucian Blaga*, susținută de Nicolae Steinhardt, în care se accentua că Lucian Blaga „a sperat într-un progres al cunoașterii ce să modifice esențial modul actual de înțelegere a ei de către filosofi, oamenii de știință și teologi deopotrivă” [15].

Referințe bibliografice

1. Opreșan I. Lucian Blaga printre contemporani. Dialoguri adnotate. Ediția a II-a, revizuită, augmentată, necenzurată. București: Editura Saeculum; Editura Vestala, 1995, p.80.
2. Blaga Lucian. Luntrea lui Caron. București: Editura Humanitas, 2006, pp.330-331.
3. Opreșan I. Lucian Blaga printre contemporani. Dialoguri adnotate. Ediția a II-a, revizuită, augmentată, necenzurată. București: Editura Saeculum; Editura Vestala, 1995, p.72.
4. Blaga Lucian. Despre viitorul filosofiei. În: Saeculum, „Revista de filosofie”, director Lucian Blaga, 1943, anul I, ian.-febr., p.3.
5. Blaga Lucian. Scrisoare către Gh. Iftime. In: Manuscriptum, 1991, XXII, nr.2-4, p.180.
6. Vezi: Gheorghe Zamfir, Conferința profesorului Vasile Băncilă: Lucian Blaga și religia, Seara, partea I, an VIII, nr. 1906, 1-2 martie 1944, și partea a II-a, 2-3 martie 1944, nr. 1907.
7. Vasile Băncilă – Lucian Blaga. Corespondență. Editura Muzeul Literaturii Române; Editura Istros-Muzeul Brăilei, 2001, pp.258-259.
8. Tertulian N. Originalitate și conformism. Scrisoarea adresată în 1930 de Blaga lui Tudor Vianu. În: Manuscriptum, 1979, an X, nr.1(34), pp.90-92.
9. Corespondență Blaga – Nichifor Crainic. În: Manuscriptum, nr. 1-4 (98-101), anul XXVI, număr special dedicat lui Nichifor Crainic, Lucian Blaga către Nichifor Crainic, prezentare M.Cenușă, Scrisoarea 15, p.159.
10. Eftimie Gheorghe. Lucian Blaga, poziția față de creștinism. În: Manuscriptum, 1991, XXII, nr.2-4, p.180, text însoțit de o scrisoare autografă a lui Blaga din 1 martie 1944, p.183.

11. Vasile Băncilă – Lucian Blaga, Corespondență. Editura Muzeul Literaturii Române; Editura Istros-Muzeul Brăilei, 2001, pp.271-272.
12. *Ibidem*, p.274.
13. Blaga Lucian. Curs de filosofia religiei. Paris; Alba Iulia: F.R.O.N.D.E., 1994, p.15.
14. Blaga Lucian. Începuturile și cadrul unei prietenii. În: Gândirea, 1940, an XIX, nr.4, aprilie, p.226.
15. Mihai Achim. Lucian Blaga, Miorița cultă a spiritualității românești. București: Editura Viitorul Românesc, 1995, p.111.

DEMOCRATIZAREA CUNOAȘTERII

Niadi-Corina Cernica, dr., lector univ.
Facultatea de Istorie și Geografie,
Universitatea „Ștefan cel Mare”, Suceava, România
niadi.cernica@gmail.com

THE DEMOCRATIZATION OF KNOWLEDGE

My paper presents the positive and the negative consequences of democratization of culture, science and medical knowledge. My paper presents a part of today phainomena and problems as a result of this democratization of knowledge. A new understanding of health – we have to mentain the health, not only to heal our medical problems – appears today because of the democratization of medical knowledge.

În epoca contemporană se constată o democratizare a accesului la educație. Această creștere a accesului la informații științifice a avut mai multe consecințe: a crescut afilierea la asociații, organizații, cauze sociale, ca și numărul de organizații și implicarea în cauze sociale și politice; a crescut discernământul oamenilor în ceea ce privește informațiile științifice, culturale, medicale etc., pentru mulți oameni cultura a devenit o necesitate (nevoia de TV, Internet, cărți, reviste, filme); a crescut interesul populației pentru probleme științifice; a crescut interesul pentru o viață sănătoasă, pentru sănătate și înțelegerea riscurilor pentru sănătate; se constată o creștere a nevoilor spirituale, pentru doctrine care dau un scop vieții (religioase, spirituale, ecologice).

Unele consecințe sunt negative. Cultura a devenit o industrie culturală, cu ediții în masă și best-seller-uri. Pentru unii, aceasta a distrus gustul

public și discernământul estetic. Sensul unor idei și opere politice a fost distorsionat. Creșterea încrederii în informația științifică și medicală nu este însoțită de o creștere a discernământului cu privire la corectitudinea lor și nici în privința consecințelor. Informația popularizată a dus la o creștere a dezbatărilor, la dezacorduri, toleranță sau intoleranță. Apar tipuri noi de influențare în spațiul public și virtual. Unele noțiuni prezentate de mass-media (inteligență artificială, intervenții genetice, rolul genetica, legătura dintre tehnică și om) nu sunt bine înțelese.

Democratizarea accesului la informație, știință și cultură a dus la apariția opiniei publice, dar și la dorința de a o influența.

Avem cel mai mare număr de oameni de știință și medici din istorie, putem gestiona situații grave în condiții de incertitudine științifică (pe măsură ce gestionăm un fenomen, îl studiem în mai mare profunzime). A apărut o nouă concepție despre sănătate: sănătatea se menține printr-o viață sănătoasă, nu este de ajuns să tratăm o boală. Apar produse care nu sunt destinate tratării bolilor, ci menținerii sănătății (vitamine, diete etc.).

Creșterea accesului la cunoaștere ne face mai capabili să răspundem fenomenelor tot mai complexe de astăzi în privința resurselor, păcii, mediului.

DISCURSUL INTELLECTUAL ȘI POLITICO-IDEOLOGIC PRIVIND AGRESIUNEA MILITARĂ RUSĂ ÎN UCRAINA

Pantelimon Varzari, dr. hab. în șt. politice,
prof. univ., cercet. științ. coordonator,
Institutul de Cercetări Juridice, Politice și Sociologice al USM,
Chișinău, R. Moldova
panvarzari@gmail.com

INTELLECTUAL AND POLITICAL-IDEOLOGICAL DISCOURSE ON RUSSIAN MILITARY AGGRESSION IN UKRAINE

The article examines the intellectual discourse surrounding the Russian military invasion of Ukraine, particularly focusing on the scientific approach presented by certain researchers engaged in critical thinking about this topic. Additionally, the article identifies and briefly analyzes several significant dimensions of the political-ideological approach concerning the so-called

„special operation’ in Ukraine. These dimensions define the conceptions and ideologies of the current Putinist regime. In conclusion, it is evident that, regardless of the opinions expressed by researchers, analysts, political commentators, as well as political leaders and ideologues, this unprovoked and unjustified aggression has led to a series of unfortunate economic, social, political, and moral-psychological consequences. These consequences have not only impacted the countries of the Eastern European region but have also reverberated throughout nations worldwide.

Invazia militară rusă asupra Ucrainei, stat suveran și independent, oferă o varietate întreagă de opinii și aprecieri susținute de diferiți actori politici, cercetători, experți și comentatori în domeniul științelor socioumane, de lideri și ideologi politici, dezvoltată și de rezultatele cercetărilor sociologice efectuate atât în țara noastră cât și în Rusia privind acest război fratricid. Desigur, libertatea de opinie și de exprimare, un drept fundamental al omului, depinde de concepțiile, doctrinele și ideologiile politice pe care le împărtășesc cei care le expun.

În cele ce urmează vom examina discursul intelectual al unor cercetători străini privind invazia militară rusă în Ucraina, fiind vorba de abordarea științifică oferită de unele persoane care se angajează în gândirea critică asupra acestui subiect academic. În același timp, sunt identificate și examinate succint câteva dimensiuni mai importante ale demersului politico-ideologic referitoare la așa-numita „operațiune specială” în Ucraina care definesc concepțiile și ideologiile regimului putinist actual.

Rusia a atacat Ucraina la 24 februarie 2022, președintele rus Vl. Putin calificând invazia militară asupra unui stat suveran și independent drept „o operațiune specială de demilitarizare și denazificare a Ucrainei” [1]. Însă logica și faptele concepute de elita puterii politice nu corespund cu realitățile obiective, pentru că declarația făcută de președintele rus nu reflectă ca atare realitatea propriu-zisă – armata rusă duce un război nedrept în Ucraina invadată, oficial pentru a „ajuta” alte două teritorii separatiste pro-ruse, Lugansk și Donețk. În așa fel, avem o „minciună ontologică”, adică ceva real trece drept altceva decât este în mod real. Filosoful și scriitorul român G. Liiceanu, căruia îi aparține expresia dată, remarcă: „Dacă un criminal e primit la toate curțile Europei și e aplaudat ca agent al democrației, el devine o minciună ontologică. Putin e acest personaj de gang remachiat și scos din culise, e fantoma istoriei care revine...”[2].

În același context, „minciuna ontologică” putinistă este consolidată cu doctrina „lumea rusă”, aprobată de Vl. Putin [3]. Este vorba de o doctrină pe care ideologii conservatori ai Kremlinului (unul dintre aceștia fiind Al. Dughin, la care vom reveni mai jos) au folosit-o pentru a justifica intervenția în afara țării. În sprijinul vorbitorilor de limbă rusă, se afirmă că Rusia ar trebui „să protejeze”, „să salveze” și „să promoveze” tradițiile și idealurile *lumii ruse* [3; 4], chiar și Republica Moldova „s-ar include” în așa-zisul spațiu al *lumii ruse* [5]. Prin această doctrină și ideologie, adepții *lumii ruse* caută să-și consolideze pe scena internațională imaginea de „țară democratică” care luptă pentru crearea unei „lumi multipolare”. O astfel de abordare, subliniază Al. Dughin, „reprezintă o alternativă radicală în raport cu lumea unipolară (ce există *de facto* la ora actuală) prin faptul că insistă asupra existenței *câtorva* centre independente și suverane de luare a deciziilor strategice la nivel planetar” [6]. Paradoxal însă, odată cu invazia militară a rușilor asupra Ucrainei, doctrina „lumii ruse” își pierde din influența sa de altă dată nu numai în spațiul postsovietic, dar și în alte regiuni ale Europei [7].

Cunoscutul sociolog și politolog american Fr. Fukuyama, specializat în politica externă a URSS, declara (într-un interviu acordat în exclusivitate *Europei Libere/Current Time*) despre autocrație vs. democrație următoarele: „Putin, împreună cu Xi Jinping și China, au susținut că modelul lor autoritar este superior celui democratic occidental, pentru că pot realiza lucrurile rapid și decisiv. Și cred că este important să arătăm că nu este corect, că, de fapt, a făcut una dintre cele mai mari gafe strategice din istorie invadând Ucraina” [8]. Această gafă strategică derivă din niște realități adânc imprimare în tradiția rusă, unde partidele politice, alegerile sau parlamentul sunt doar o aparență, iar puterea politică actuală se manifestă prin cultul guvernării despotice al autoritarismului.

Comentatorii și analiștii politici naționali și internaționali, cercetătorii și liderii de opinie apreciază și definesc în mod diferit războiul declanșat de Rusia împotriva Ucrainei, însă, în esență, se referă la „agresiuni militare”, la un război însoțit de „orori de nedescris”. Astfel, Y. Latynina, jurnalistă, comentator politic și analist economic din Rusia, considerată de către autoritățile ruse „agent străin” (această etichetă, apărută prin așa-numita Lege a „agentului străin”, adoptată în 2012, și care amintește de „dușmanul popoului” din timpul URSS, se referă la persoanele și organizațiile despre care puterea oficială consideră că desfășoară activități politice cu finanțare din

străinătate), folosește pentru a defini invazia rusească în Ucraina termenul *zighism* [9].

Mai mult, în limbajul cotidian, precum și în discursul autorilor locali și în publicistica ucraineană se folosește termenul *rasism* / *rașism*. Asociat cu cel de *fascism*, noul concept are sensul de ideologie și mișcare politică care a apărut în Rusia după anul 2000 și care se bazează pe ideile privind rolul semnificativ al națiunii ruse în dezvoltarea lumii moderne, pe un revanșism arhaic, pe cenzură totală și xenofobie, cu semne clare ale unui liderism incontestabil în societate. Acest termen nou-introdus în circuit de către ucraineni se utilizează pe larg în societate în contextul agresiunii ruse împotriva Ucrainei. Activiștii săi au decis chiar să îl păstreze în istorie, creând un articol pe *Wikipedia* [10].

Rada Supremă a Ucrainei propune introducerea oficială în circuit a termenului *rașism*, iar jurnaliștii sunt îndemnați să utilizeze termenul în cauză. Acest lucru este discutat pe *site*-ul oficial al Parlamentului ucrainean. Comisia pentru politica umanitară și informațională a Radei Supreme „susține inițiativa oamenilor de știință, a experților, jurnaliștilor, politologilor și a publicului ucrainean de a introduce în discursul academic, profesional și conversațional termenul „rasism” ca o definiție a ideologiei construite în Rusia, care astăzi se manifestă în acțiunile militare ale armatei ruse în Ucraina și în atitudinea societății rusești față de acest război”, se arată într-o declarație publicată în data de 12 mai 2022 [11]. La 2 mai 2023, Parlamentul ucrainean adoptă o rezoluție care definește regimul dictatorului rus Vl. Putin drept „rasism”, „rașism” sau „ruscism”, un termen format prin contragere de la „fascism rusec” [12]. Aceasta se referă la regimul politic expansionist al Rusiei, amestecat cu ultranaționalismul și cu un cult al personalității centrat pe Putin.

Rada Supremă, recunoscând oficial ideologia de stat a Federației Ruse drept „rasism” / „rașism”, a cerut organizațiilor internaționale și guvernelor țărilor democratice să sprijine condamnarea acestei ideologii și practici care stă la baza politicii de stat a Rusiei.

În felul acesta, în discursul public se conturează trei dimensiuni mai importante ale demersului politico-ideologic privind așa-numita „operațiune specială” în Ucraina care definesc concepțiile și ideologiile regimului putinist actual.

În primul rând, se impune în utilizare, pentru a defini războiul declanșat de Rusia asupra Ucrainei, sintagma *regimul lui Putin* și termenul *putinism*

ca ideologie totalitară și practică politică de stat. Este vorba, de fapt, de un concept utilizat de cercetători pentru a identifica trăsăturile ordinii socioeconomice și politice din Rusia în primele decenii ale sec. XXI, dezvoltate sub conducerea lui Vl. Putin.

Cercetătorul și profesorul de științe politice de la Universitatea Maryland din SUA, originar din România, Vl. Tismăneanu examinează putinismul ca ideocrație totalitară, subliniind că „putinismul este un construct obținut prin bricolaj, cu fragmente și secvențe importate din alte experiențe și scenarii”, iar „ideea rusă” este pentru Putin o armă politică, un mit mobilizator, electrizant, galvanizant” [13]. Colosul roșu răpus al fostei URSS nu și-a pierdut semnificația nici după 1991, pentru că *leviatanul numit URSS* (expresia îi aparține lui Vl. Tismăneanu) se dorește să învie, prin concepția putinistă, într-o nouă formulă.

Alți cercetători analizează putinismul ca fenomen social-politic prin comparație, spre exemplu, cu trumpismul. Astfel, reputatul profesor american de științe politice de la *Indiana University* J. Isaac analizează caracteristicile specifice comune și identifică diferențele dintre administrația prezidențială a lui D. Trump și cea a lui Vl. Putin [14]. Avem în față, de fapt, o abordare centrată pe personalitate, pe Trump și pe Putin. Dacă primul guverna într-o manieră autoritară și că avea un stil dictatorial, atunci stilul de guvernare al celui de-al doilea președinte, Vl. Putin, nu e departe de cel al lui D. Trump. Și unul și altul au făcut deja multe lucruri îngrijorătoare în societățile lor.

Profesoareade la Universitatea din Paris-Sorbona Fr. Thom analizează fenomenul putinist și felul în care se afirmă din nou civilizația rusă prin „întoarcerea spatelui Occidentului”. Potrivit acesteia, Rusia postsovietică este structurată, ca în timpul țarilor, de un vast „imperiu” teritorial controlat de o putere centralizatoare și abuzivă. Explicând care sunt resorturile actualului regim de la Kremlin, cercetătoarea identifică câteva obstacole fundamentale care stau în calea înțelegerii fenomenului putinist. Tocmai această originalitate a fenomenului putinist îl face greu de definit [15]. Totuși, un lucru devine clar: Rusia propune acum alternativa unei societăți închise opuse societății deschise (conceptul de „societate deschisă” și teoretizarea sa au fost făcute de către filosoful austriac K. Popper în lucrarea „Societatea deschisă și adversarii ei”, publicată la Londra în 1945), în care statul și nu individul este supremul scop, domină „democrația dirijată” și

nu una conștientă, funcțională, exercitând în acest fel un control totalitar asupra propriilor cetățeni și a întregii societăți.

În ansamblu, conform sociologului rus I.Eidman, fenomenul putinist poate fi perceput ca „un complex de practici și ideologii ale regimului autoritar al lui Putin, bazat pe o oligarhie birocratică coruptă, în multe aspecte apropiate de dictatura fascistă (politică externă agresivă, anexaționalistă, dominația capitalului monopolist de stat în economie, structuri de putere în management, șovinism și tradiționalism în propaganda totală de stat)” și trebuie abordată în toată amploarea sa [16]. Aceasta pentru căputinismul poate continua să existe și după plecarea lui Putin de la putere, când în locul părintelui fondator al acestui sistem, rolul figurii-cheie în regim va fi jucat de un succesor. O astfel de modernizare a fațadei poate fi benefică pentru oligarhia financiară și birocratică, care își va salva afacerile de sancțiuni internaționale și de izolare, sarcina mișcării democratice fiind de a rupe sistemul putinismului, nu de a schimba persoanele aflate la putere.

Analizată dintr-o altă perspectivă, esența ideologiei putiniste rezidă în doctrina eurasianistă. Așa cum relevă mai mulți autori, ideologia putinistă se identifică cu eurasianismul, iar principalul ei inspirator este Al. Dughin, filosof, sociolog, politician și ideolog ultra-naționalist rus, numit adesea de presa internațională „Rasputinul lui Putin” sau „creierul lui Putin” [17]. Tot el este considerat creatorul „ideologiei invaziei Ucrainei”, fiind autorul *de facto* al strategiei ucrainene a lui Putin. În ideologia propusă de Dughin și preluată de Kremlin, Ucraina nu e văzută ca o țară, ci ca o parte a Rusiei. După cum susține acesta, ordinea mondială contemporană trebuie înțeleasă ca o luptă între forțele „drepturilor omului, anti-ierarhiei și corectitudinii politice” reprezentate de americanii și europenii „atlantici” și de cultura rusă distinct „eurasiatică”, capabilă să onoreze pilonii vieții umane: „Dumnezeu, tradiție, comunitate, etnie, imperii și regate”, scrie ziarul american *The Washington Post* [18].

Așa cum subliniază A. Goșu, expert român în spațiul ex-sovietic, Vl. Putin, pregătindu-se de alegerile prezidențiale din 2012, a introdus o singură noutate în programul său electoral – aderarea la doctrina eurasianistă, sub egida căreia e propusă, de fapt, refacerea vechiului imperiu rus sau sovietic [19]. Doctrina eurasiatică, având o istorie de circa 100 de ani (cu rădăcini și tradiții istorice adânci – de la curentul politico-ideologic rus al slavofililor, opus occidentalștilor, din prima treime a sec. al XIX-lea) [20], devine prin eurasianismul contemporan acel instrument politico-ide-

ologic care constituie platforma de depășire a „celel mai mari catastrofe geopolitice a secolului XX”. Dacă această faimoasă expresie îi aparține președintelui Federației Ruse Vl. Putin, atunci concepția eurasianistă al ideologului-conservator Al. Dughin este văzut ca răspunsul, soluția, repararea acestei „mari catastrofe”. *Per ansamblu*, ideea eurasianistă este de a opune arealului geopolitic al Uniunii Europeneun ansamblu geopolitic eurasian care să adune în jurul Rusiei Kazahstanul, Belarus, Ucraina și alte câteva țări, inclusiv Republica Moldova.

Însfârșit, putinismul și dughismul sunt considerate drept o ideologie fascistă. În țările europene, fascismul este amintit, în principal, în legătură cu cel de-al Doilea Război Mondial, dar cuvântul a revenit în lexicul politic actual în contextul invaziei militare ruse în Ucraina. Ce avem noi, de fapt, în față când analizăm regimul lui Putin și/sau fenomenul putinist: un „fascism postmodern” sau un „neototalitarism *soft*”? Mai mulți experți în materie încearcă să compare regimul lui Putin cu cel al lui Hitler, utilizând aici termenul „fascism”. Fără a-i da acestui termen o definiție fenomenologică ce ar cuprinde anumite trăsături definitorii, vom sublinia doar că el exprimă o ideologie și un curent politic, o formă totalitară de guvernare, cu o structură ierarhică totalitară, fundamental opusă democrației și liberalismului.

În concluzie, indiferent de opiniile exprimate de cercetători, analiști și comentatori politici, de lideri și ideologi politici, această agresiune neprovocată și nejustificată a determinat un șir de consecințe nefaste economice, sociale, politice, moral-psihologice etc. nu numai pentru țările din regiunea est-europeană, dar și pentru statele din întreaga lume, iar situația complexă generată de această agresiune, suprapusă gestionării altor crize (economică, energetică, justiției, de securitate etc.), aduce în atenție noi provocări pentru Republica Moldova.

Referințe bibliografice

1. Полный текст обращения Владимира Путина о начале спецоперации в Донбассе. În: <https://www.tvc.ru/news/show/id/233848> (accesat: 24.02.2022).
2. Putin ca fantomă a istoriei... Interviu cu Gabriel Liiceanu. În: <https://spotmedia.ro/stiri/politica/putin-ca-fantoma-a-istoriei-nu-am-fi-ajuns-aici-daca-occidentul-nu-ar-fi-acceptat-sa-joace-leapsa-de-a-democratia-cu-un-locotenent-colonel-kgb-ajuns-presedinte-al-rusiei-interviu-cu-gabriel-liiceanu> (accesat: 03.03.2022).

3. Vladimir Putin aprobă noua doctrină „Lumea Rusă”. În: <https://realitatea.md/vladimir-putin-aproba-noua-doctrina-lumea-rusa/> (accesat: 06.09.2022).
4. Russkii mir – substituentul URSS. Op-Ed de Victor Pelin. În: <https://radiochisinau.md/russkii-mir--substituentul-urss-oped-de-victor-pelin---172955.html> (accesat: 19.12.2022).
5. Patriarhul Kirill: Moldova e parte a „LUMII RUSE”. Declarații scandaloase a fasciștilor ruși! În: <https://timpul.md/articol/patriarhul-kirill-moldova-e-parte-a-lumii-ruse-declaratii-scandaloase-a-fascistilor-rusi.html> (accesat: 30.12.2022).
6. Dughin Al. Teoria lumii multipolare. În: <http://www.4pt.su/ro/content/teoria-lumii-multipolare> (accesat: 17.01.2023).
7. Podoleak: După genocidul pe care-l organizează Rusia în Ucraina, „ruskii mir” nu mai are sorți de izbândă. În: <https://timpul.md/articol/podoleak-dupa-genocidul-pe-care-l-organizeaza-rusia-in-ucraina-ruskii-mir-nu-mai-are-sorti-de-izbanda.html> (accesat: 21.01.2023).
8. Exclusiv. Francis Fukuyama: Putin a făcut una dintre cele mai mari gafe strategice din istorie invadând Ucraina. În: <https://moldova.europalibera.org/a/exclusiv-francis-fukuyama-putin-a-f%C4%83cut-una-dintre-cele-mai-mari-gafe-strategice-din-istorie-invad%C3%A2nd-ucraina/32017714.html> (accesat: 04.09.2022).
9. Код доступа – зигизм. 19.03.2022. LatyninaTV. În: <https://www.facebook.com/watch/?v=547007973767559> (accesat: 15.01.2023).
10. Северная М. Украинцы вбили в Википедию термин „рашизм”. În: <https://aussiedlerbote.de/2022/04/rashizm/> (accesat: 20.04.2022).
11. Верховна Рада України. Офіційний вебпортал парламенту України. În: <https://www.rada.gov.ua/news/razom/222804.html> (accesat: 15.01.2023).
12. „Рашизм в законі”. Навіщо Верховна Рада визначила, як називати режим Путіна În: <https://www.bbc.com/ukrainian/news-64976427> (accesat: 02.05.2023).
13. Tismneanu VI. Putinismul ca ideocrație totalitară. În: <https://www.contributors.ro/putinismul-ca-ideocrație-totalitară/> (accesat: 12.07.2023).
14. Isaac J. Exclusiv. Ce au în comun trumpismul și putinismul. Explicațiile profesorului Jeffrey Isaac. În: <https://www.digi24.ro/stiri/externe/sua/exclusiv-ce-au-in-comun-trumpismul-si-putinismul-explicatiile-profesorului-jeffrey-isaac-938273> (accesat: 29.05.2023).
15. Thom Fr. Putin și putinismul. Traducere din franceză de Adina Arvatu. București: Editura Humanitas, 2020, p.8.
16. Вопросы путинизма. În: <https://enzel.livejournal.com/280185.html?ysclid=ldpewllh8l93975787> (accesat: 27.01.2023).
17. Lévy B.-H. Putinismul este un fascism. În: <https://revista22.ro/international/putinismul-este-un-fascism> (accesat: 24.06.2014).

18. Stanciu E. Cine este Alexandr Dughin, „creierul lui Putin” și creatorul „ideologiei invaziei Ucrainei”. În: <https://www.libertatea.ro/stiri/cine-este-aleksander-dughin-creierul-lui-putin-si-creatorul-ideologiei-invaziei-ucrainei-4249968> (accesat: 21.08.2022).
19. Arhivele viitorului – ep. 22: Ce este „putinismul”? Dar „ruskii mir”? Cu Armand Goșu. În: <https://video.kidibot.ro/arhivele-viitorului-ep-22-ce-este-putinismul-dar-ruskii-mir-cu-armand-gosu/> (accesat: 08.03.2022).
20. Varzari P. Doctrina eurasiatică și rădăcinile ei intelectuale: tradiții istorice și actualitate. În: MOLDOSCOPIE (Probleme de analiză politică). Revistă științifică trimestrială. 2017, nr. 1 (LXXVI), p.55.

PARTICULARITĂȚI ETICE ÎN APLICAREA LEADERSHIP-ULUI MILITAR

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

Larisa Plop, dr., conf. univ.

Academia Militară a Forțelor Armate „Alexandru cel Bun” din
Republica Moldova, Chișinău

viorica.leanca@yahoo.com, larisaplop4@gmail.com

ETHICAL PARTICULARITIES IN THE APPLICATION OF MILITARY LEADERSHIP

In this article, the ethical particularities reflect those principles without which military activity cannot be conceived. Military leadership is directly related to the highest human values, and each military must be sensitive to moral values, show understanding and total belonging to them. For soldiers, duty, integrity, courage, honor are not only moral imperatives to opt for, but are professional obligations whose violation is subject to disciplinary sanctions. The potential of an effective leader is manifested in his professionalism to combine them with his knowledge and actions.

Ca orice proces managerial, conducerea militară are un caracter unitar. În cadrul său, funcțiile conducerii și atributele leadership-ului sunt exercitate în totalitate, în toate împrejurările și activitățile desfășurate la pace, criză și la război, fiind puternic legate între ele și presupunându-se

reciproc [1]. Prin misiunile primite, scopurile și obiectivele ce derivă din acestea, managementul vizează o anume evoluție a structurii (sistemului) conduse între o stare inițială și o stare următoare. Evident, această schimbare nu are loc întâmplător, ci „percepând” virtual viitorul prin prognoză și ordonând pașii spre realizarea acestuia prin planificare, organizare și, odată cu declanșarea activității sau acțiunii, prin coordonare și control. „Liderii, managerii și comandanții sunt componente esențiale pentru funcționarea organizației militare, având atât aspecte comune, cât și aspecte de diferențiere între ele. Dezirabil este, însă, că fiecare conducător militar să posede toate aceste calități” [2]. Implicarea în exercițiul conducerii se realizează în succesiunea expunerii funcțiilor, ceea ce nu înseamnă că delimitarea lor este absolut categorică.

Conducerea militară [3] este un proces managerial tipic, având aplicabilitate generală. În toate împrejurările, la toate nivelurile manageriale și pentru toate structurile militare, funcțiile prin care managementul capătă conținut sunt aceleași. Extrem de complexă sau relativ simplă, orice activitate sau acțiune are la bază o comandă (misiune primită sau asumată de liberat), planuri și programe, presupune o anume structurare a proceselor, activităților, operațiunilor, forțelor și mijloacelor, un subsistem informațional, modalități de motivare (antrenare), instrumente și metode de control și autoreglare.

Eficacitatea cu care militarii își îndeplinesc misiunea de apărare depinde de capacitățile existente, structura și organizarea forțelor, echipamentul și sistemele de susținere a personalului, doctrina și instrucția operațională, de competențele și angajamentul oamenilor în uniformă și a celor care le susțin, comunicațiile și spiritul de echipă, precum și de calitatea integrării și a conducerii tuturor acestor aspecte. Leadership-ul contribuie la toate aceste dimensiuni, dar în diferite moduri, din punct de vedere a particularităților conducerii militare.

Obligațiile complexe specifice profesiei de militar și consecințele serioase ale eșecului profesional transformă competența profesională într-o cerință morală imperioasă. Mai mult decât deprinderile și abilitățile de a aplica cu succes principiile artei militare, competența profesională include și alte atribute precum spiritul creativ, încrederea în sine și realismul. Dând curs propriei lor chemări pentru a urma această profesie și motivați de ambiția de a-și ridica continuu nivelul de pregătire profesională, liderii militari se dedică unei cariere care presupune studiu și pregătire

permanentă. Pentru îmbunătățirea cunoștințelor pot urma diferite cursuri, studia manuale de specialitate sau citi articole din diferite publicații pe teme diverse. Însă, îmbinarea cunoștințelor cu valorile etice îi conturează pe militari ca buni lideri. Prin urmare, leadership-ul militar eficient poate ajuta la dezvoltarea unui sistem de valori comune în cadrul instituției, care să promoveze onoarea, integritatea și respectul pentru normele morale și etice ale profesiei militare.

Militarii au o etică profesională proprie. Ea acționează ca o formă foarte puternică de control social. Etica militară profesională este o înțelegere împărtășită a standardelor de conduită profesională și personală pe care militarii o demonstrează în fiecare zi, pe timpul îndeplinirii tuturor îndatoririlor, în timp de pace și de război. Ea este determinată de cerințele funcționale ale instituției militare, de tradițiile acesteia, de încercările deosebite la care supune războiul pe militari, de legile războiului și, nu în ultimul rând, de cultura națională. Componentele eticii profesionale a liderului militar sunt complexe și interdependente. În mod intenționat, ea nu este codificată într-un document unic, pentru că izvoarele ei sunt multiple.

Etosul militar [4] cuprinde valorile ce caracterizează și definesc conduita militarilor. Această dimensiune comportamentală a eficacității armatei cuprinde: valorile civice proprii unei societăți democratice; valorile marcate prin primordialitatea dreptului; valorile etice care domină modul nostru de a trata oamenii și de a conduce operațiunile; valorile militare tradiționale - datorie, loialitate, integritate și curaj. Astfel, pentru fiecare militar aceste valori nu constituie numai imperative morale asupra cărora să opteze, ci obligații profesionale a căror încălcare se sancționează disciplinar.

Liderii militari în activitate lor profesională trebuie să se bazeze pe principii etice. Nu ne propunem să le enumerăm, ci doar să le evidențiem pe cele mai esențiale: sentimentul datoriei, încrederea, integritatea, curajul, respectul și autoritatea. De regulă aceste principii sunt o parte componentă a caracterului. Acestea trebuie să izvorască din ființa liderului militar, fapt ce determină transpunerea lor în viață fără nici un efort, în mod automat.

Sentimentul datoriei reprezintă particularitate fundamentală în activitatea liderilor militari. Liderii militari își fac întotdeauna datoria, subordonând interesele personale cerințelor funcției cu care sunt investiți. Ei sunt pregătiți să-și dea viața, a lor și a subordonaților săi pentru a apăra patria și interesele de securitate națională. Când unui militar i se încredințează o sarcină sau o misiune, îndeplinirea ei cu succes devine prioritatea numărul

unu, mai presus de orice altceva. Liderii militari trebuie să-și asume întreaga responsabilitate pentru ordinele pe care le dau și pentru acțiunile pe care le întreprind în vederea îndeplinirii acestora cu succes. Datoria comandantului nu este limitată, totuși, la a da ordine și sarcini explicite. Ea se extinde asupra tuturor împrejurărilor ce reclamă exercitarea profesiei și, în mod deosebit, manifestarea loialității față de țară și de instituție.

Încrederea include siguranța îndeplinirii corespunzătoare a îndatoririlor [5]. Un lider de încredere este unul care duce la îndeplinire cu ușurință orice misiune, folosind întreaga sa capacitate. Acest lider nu acceptă eșecul căutând întotdeauna căi de rezolvare a oricărei probleme, indiferent de complexitatea acesteia. Comandanții sunt modele de politețe și respect pentru ceilalți. Având în vedere însă, obligațiile și mijloacele morale utilizate pentru a-și face datoria, liderii militari pun accent, cu prioritate, pe importanța pe care o are grupul în raport cu individul. Succesul în război impune subordonarea voinței individului față de misiunea ce-i revine grupului. Etica militară este una de cooperare și promovare a coeziunii.

Integritatea reprezintă o altă trăsătură definitorie pentru leadership-ul militar. Integritatea personală este cea mai importantă virtute a unui militar și o calitate esențială a unui lider. La fel ca cea mai mare parte a trăsăturilor de caracter, ea reprezintă o manieră de a fi, o obișnuință născută din repetiție, reflecție și voința de perfecționare, fiind indispensabilă în obținerea încrederii și respectului subordonaților.

Un caracter bun este necesar pentru a câștiga respectul, iar **respectul** rămâne una dintre condițiile realizării calității de lider, mai ales pe termen lung. Atunci când un comandant are respectul subordonaților săi, aceștia vor încerca să-i imite acțiunile, obiceiurile, felul de a fi și de a acționa, îl vor asculta și îl vor urma în orice acțiune, își vor îndeplini misiunile cu orice risc. „Atunci când etapele luptei sunt lungi și obositoare, când acțiunile se duc în zone pline de praf, noroi, frig sau caniculă, când nu se știe din ce loc poate acționa inamicul sau din contră când ești pândit și așteptat în orice moment pentru a fi ucis, trebuie admis că numai oamenii foarte bine instruiți, cu caractere și voințe puternice vor putea trece de aceste obstacole și vor birui frica și inamicul. Acolo și atunci se va vedea că cei care au lideri respectați vor putea învinge, iar cei care nu-i au vor trăi amărăciunea și deziluzia lipsei liderului autentic” [6, p.168]. Putem spune că subordonații vor reacționa direct proporțional cu caracterul comandantului lor, indiferent dacă este bun sau rău. Subordonații își urmează liderii pe care îi

respectă și în care au încredere, știind că aceștia vor avea întotdeauna grijă pentru soarta și viața lor în orice condiții.

Ceea ce se cere unui lider militar, nu în ultimul rând, este **curajul**. Curajul presupune acceptarea riscului, a acționa cu o inițiativă susținută [7]. Această calitate este esențială pentru definirea caracterului unui luptător, motiv pentru care îi acordăm o atenție specială. Indiferent sub ce formă s-ar prezenta, curajul este o calitate indispensabilă. Liderii trebuie nu numai să înțeleagă și să se adapteze la schimbare, ei trebuie, de asemenea, să fie în măsură să controleze schimbarea. Ei trebuie să gestioneze stresul de luptă. Posibilitatea de a muri, frigul, foamea, oboseala, durata expunerii, zgomotul, vibrațiile, ambiguitatea, lipsa informațiilor sunt tot atâția factori pe care ofițerul ca lider trebuie să-i combată. Un lider este responsabil pentru tot ceea ce se întâmplă în subunitatea sa.

Autoritatea și prestigiul sunt elemente esențiale în activitatea liderilor militari. Autoritatea, în organizațiile militare, este concepută atât ca un drept, o împuternicire de comandă, de a da dispoziții, sau de a impune subalternilor ascultare, cât și ca prestigiu manifestat de respectul celorlalte unități înconjoară pe liderului militar, marcându-l ca persoană care se impune prin cunoștințe și comportament. Prestigiul cadrelor militare nu constituie și nu trebuie să fie o preocupare în sine, el se dobândește ca rezultat al unei conduite remarcabile, în lipsa căreia nu-l poți obține, oricât te-ar frământa ideea cuceririi lui [8]. Renumele dobândit, eventual, pe temeiul vorbelor, al promisiunilor și al declarațiilor de principiu, oricât de atrăgător ar părea, nu rezistă mult, este fals, și, mai devreme sau mai târziu, toată lumea își va da seama de șubrezenia lui. Lupta pentru obținerea și menținerea prestigiului nu se poate duce decât pe terenul faptelor de muncă.

Așadar, ambele fenomene - autoritatea și prestigiul au o dinamică în timp, solicitând o permanentă reconfirmare care, atunci când nu se produce, are efecte de erodare. Reflectând și trăgând concluziile corecte, îndreptând la timp ceea ce se impune în comportamentul comandantului, se pot menține atât autoritatea, cât și prestigiul.

Onoarea și demnitatea pentru liderii militari sunt trăsături intrinseci ale personalității și comportamentului lor, nu se dezic de principiile pe care le împărtășesc, dar nici de poziția sau măsura luată într-o situație sau alta. Înțeleg bine valoarea și semnificațiile asumării responsabilității, au forța morală să-și recunoască deschis partea de vină în cazul unor eșecuri, răspunderea personală pentru efectele unui ordin sau măsură, nu acceptă ca

subordonații lor să fie făcuți vinovați sau să suporte consecințe pentru ceea ce în fapt li se datorează lor sau altora.

Moralitatea liderului, și îndeosebi moralitatea profesională determină și condiționează de asemenea succesul în activitate. Ea este definită ca atitudinea pozitivă a liderului față de sistemul militar, de intenția și de dorința sa de respectare și aplicare în practică a legalității, fiind susținută de corectitudine și un înalt nivel al pregătirii profesionale. Liderul militar, trebuie să fie pătruns de intenții pozitive privind activitatea celor pe care îi are în subordine, de calitatea, de eficacitatea actului de comunicare pe care îl promovează, de locul și rolul său în cadrul sistemului căruia îi aparține.

Liderii dispun de trăsături care nu se regăsesc în orice individ. Și cu siguranță că se pot face sute de schițe ale profilului unui lider bun, însă nu trebuie să ne cramponăm de caracterul înnăscut al acestor trăsături, deoarece, trăsăturile izvorăsc din personalitate, iar orice om beneficiază de autonomie personală, ceea ce înseamnă că el nu este prizonierul trăsăturilor sale, având chiar capacitatea să și le dezvolte pe parcursul ontogenezei. Așadar, reiese faptul că liderii nu se nasc pur și simplu cu această capacitate, ci pot să și devină lideri.

Referințe bibliografice

1. Duțu P. Leadership și management în armată. București. Editura: Universității Naționale de Apărare Carol I. București, 2008.
2. Mandachi R. Formarea ofițerului din forțele terestre ca lider în organizația militară modern. Rezumatul tezei de doctorat. București, 2015 În: <http://www.unap.ro/ro/doctorat/teze%20doctorat%20rezumate/2016%20IANUARIE/Radu%20Adrian%20MANDACHE.pdf>. (accesat: 21.08.2023).
3. Erciulescu S. Relația coeziune-eficiență în organizațiile militare. În: Revista Forțelor Terestre, 2011, anul III, nr. 3(11), p.37-42.
4. Moștoflei C., Duțu P. Liderul militar în România. București: Universitatea Națională de Apărare „Carol I”, 2007.
5. Codul militar al Republicii Moldova. Art.69. În: <https://particip.gov.md/ro/document/stages/codul-militar-al-republicii-moldova/1061> (accesat: 30.08.2023).
6. Arădăvoaice Gh. Liderul militar: Realități și deziderate. București: Editura Militară, 2011.
7. Sfârlog B., Ralea M., Giurcă D.F. Leadership militar. Curs. Sibiu: Editura Academiei Forțelor Terestre „Nicolae Bălcescu”, 2010, p. 335.

8. Cosma M. Ofițerul – lider de caracter. În: <https://www.armyacademy.ro/biblioteca/anuare/2004/a18.pdf> (accesat 4.09.2023).
9. Tatar O. Onoarea și demnitatea ofițerului din perspectiva eticii. În: https://www.armyacademy.ro/reviste/3_4_2002/r16.pdf (accesat: 4.09.2023).

NORME ȘI REGULI SOCIALE ÎN ANTICHITATEA GREACĂ

Ioan Scheau, dr. în filosofie, conf. univ.

Universitatea 1 Decembrie 1918 Alba Iulia, România

ioanscheau@gmail.com

SOCIAL NORMS AND RULES IN GREEK ANTIQUITY

Since ancient times, the social coexistence of people has been regulated by norms and rules, the Code of Laws of Hammurabi, the Egyptian Book of the Dead or the Biblical Decalogue being eloquent examples in this regard. This problem, of norms and rules of social coexistence, could not escape the attention of philosophers, who devoted vast approaches to it, the most famous examples being: Plato's Republic or Rousseau's Social Contract. But it is not only within the great ethical conceptions constructed by various philosophers that this problem arises, but it is also present in the concerns of some thinkers who have touched tangentially on this issue within their philosophical concerns. This paper presents several approaches to social norms and rules within the philosophical conceptions of Greek antiquity that did not treat the problem in the form of a unitary ethical system: Pythagoras, Heraclitus, Democritus, and Socrates.

Încă din cele mai vechi timpuri conviețuirea socială a oamenilor a fost reglementată prin norme și reguli, *Codul de legi al lui Hammurabi*, *Cartea egipteană a morților* ori *Decalogul Biblic* fiind exemple elocvente în acest sens. Problema aceasta, a normelor și regulilor de conviețuire socială, nu putea scăpa atenției filosofilor, care i-au consacrat vaste abordări, cele mai cunoscute exemple fiind: *Republica* lui Platon ori *Contractul social* al lui Rousseau. Însă nu doar în cadrul marilor concepții etice construite de diverși filosofi apare această problemă, ea fiind prezentă și în preocupările unor gânditori care au atins tangențial această problemă în cadrul preocu-

părilor lor filosofice. Lucrarea de față prezintă câteva abordări ale normelor și regulilor sociale în cadrul concepțiilor filosofice ale Antichității grecești care nu au tratat problema sub forma unui sistem etic unitar: Pitagora, Heraclit, Democrit și Socrate.

Pitagora. Cunoscut în special datorită preocupărilor de matematică și știință (fizica), Pitagora nu a ignorat total problema normelor și regulilor, deci a legilor sociale, chiar dacă aceasta a fost văzută ca o prelungire a legilor fizicii. Astfel, dacă natura este reglementată de legi proprii de funcționare, este normal, spune Pitagora, ca și societatea să funcționeze în baza legii, văzută ca o legă tură între cetățeni, neexistând oraș care să funcționeze fără lege. „În mod cert, nu există oraș (polis) fără lege (nomos), cel mult ar putea exista un oraș cu o lege amenințată ori știrbită, dar nu într-atât încât să nu existe un licăr de organizare umană – legea e mereu prezentă. Legea orașului e ca necesitatea naturii, dar și una și cealaltă trebuie perfect diferențiate. Legea și necesitatea au un rol fundamental în formarea oricărei ființe omenești” [1, p.24].

Legea este fundamentală atât în funcționarea cetății (a Statului) cât și în formarea cetățenilor, de unde și rolul educațional pe care Pitagora îl atribuie legii. Mai mult, acesta ne spune că, mai întâi copilul desprinde legea socială, pentru ca, mai apoi, să descopere legea naturală care guvernează mediul înconjurător.

Pitagora nu rămâne la susținerea importanței legii pentru conviețuirea socială a oamenilor ci se implică și în construirea unor reguli care să reglementeze această conviețuire. Acestea sunt necesare atât la nivel micro, pentru funcționarea școlii sale de filosofie, cât și la nivel macro, pentru funcționarea societății. Cunoscute în istoria filosofiei sunt rândurile numite *Versuri de aur* care, chiar dacă au fost dovedite ca apocrife, „sunt utile ca exemplificare a învățării morale care se predă în școală: în orice caz, se pare că inițiați erau obligați să respecte o serie de reguli de comportament, ca expresie a înțelepciunii lor. Dacă unele dintre aceste reguli pot părea de bun simț, altele frizează superstiția. Astfel, obligației de a-și păstra cum-pătul, mai cu seamă în public, *din respect pentru zei*, i se alătura obligația de a-și încălța mai întâi piciorul drept și obligația de a-și descălța mai întâi încălțăminta stângului. Se poate înțelege că printre percepțele de urmat era cel de a *crește un cocoș, dar a evita sacrificarea lui*; de fapt pitagoreicii își însușiseră credința egipteană a metempsihozei (reîncarnarea într-un ani-

mal), fapt ce ar putea explica alegerea membrilor școlii de a fi vegetarieni” [1, p.77-78].

Deși nu intră în preocupările sale de bază, trebuie apreciată importanța pe care Pitagora o atribuie legii, ca bază de funcționare atât a școlii, cât, mai ales, a societății.

Heraclit. Deși nu avem suficiente informații despre concepția lui Heraclit despre lege – cunoscut fiind faptul că au rămas puține fragmente din scrierile acestuia – trebuie amintit un fragment în care acesta, preocupat de logos și de legea divină, face referire și la legea socială. Fragmentul sună în felul următor: „E necesar ca aceia care vorbesc folosind inteligența să se bazeze pe ce le este comun tuturor, *ca orașul pe lege*, și încă mai hotărât. De fapt, toate legile omenești se hrănesc din legea divină unică: deoarece aceasta își extinde puterea cât de mult dorește, și e suficientă tuturor lucrurilor și pe toate le depășește” [DK 22, B114, apud 2, p.58].

Ca și la Pitagora și la Heraclit totul este supus legii: atât societatea cât și natura; ca o diferență ce trebuie precizată fiind faptul că ambele provin dintr-o lege divină, lucru de neacceptat la Pitagora.

Democrit. Deși etica atomiștilor nu reprezintă un sistem integrat de genul celor construite de Platon sau Aristotel, trebuie menționate câteva dintre maximele pe care Democrit le-a lăsat, maxime care ne arată o etică în formă practică, bazată pe bunul-simț comun, atât de necesar conviețuirii noastre sociale. „Cine preferă bunurile sufletului alege lucruri cu calități divine; cine preferă bunurile trupului alege bunurile omenești” [DK 68, B 37, apud 3, p.100] spune un prim fragment al lui Democrit, care pare un citat Biblic. Un alt fragment, tot cu asemănări Biblice, ne spune că „fericirea nu constă în a deține turme de vite și nici aur; sufletul este sălașul demonului care ne-a fost încredințat de soartă” [DK 68, B 171, apud 3, p.101], ceea ce înseamnă că fericirea trebuie căutată în altă parte, nu în bunuri pământești, după cum reiese și din fragmentul următor: „oamenilor nu le aduc fericirea nici înzestrarea fizică, nici bogățiile, ci spiritul de dreptate și înțelepciunea” [DK 68, B 40, apud 3, p.103]. Practic, scopul vieții omului este fericirea, văzută ca o *bună dispoziție a sufletului*, care nu ține de averea acumulată și nici de plăcerea trupească, ci de o stare de liniște sufletească pe care au teoretizat-o și alți filosofi de-a lungul timpului, și de care vorbește fragmentul următor: „cel mai bine pentru om este să-și petreacă viața păstrând o bună dispoziție a sufletului în cea mai mare parte a circumstanțelor și supărându-se cât mai puțin posibil. Acesta ar fi cel mai

bun lucru, dacă nu ne-am lăsa influențați de lucruri muritoare și trecătoare” [DK 68, B 189, apud 3, p.104].

Și aici se poate observa paralelismul între viziunea etică, a legii sociale, și viziunea gnoseologică, a legii fizicii, prezentă și la predecesorii săi. Practic, în viziunea lui Democrit, trebuie să distingem între plăcere, care este subiectivă și diferă de la un individ la altul, și liniștea sufletească, care trebuie să fie obiectivă și identică pentru toți oamenii, și pe care autorul o identifică cu binele și cu adevărul. Aceasta înseamnă că a doua componentă trebuie să o controleze pe prima, ceea ce înseamnă că rolul sufletului este acela de a controla plăcerea, după cum reiese din următorul fragment: „curajos nu este numai cel care îi învinge pe dușmani, ci și cel care știe să-și învingă propriile dorințe. Există oameni care stăpânesc orașe și sunt sclavi ai femeilor” [DK 68, B 214, apud 3, p.106].

Acest aspect o determină pe Claudia Milani să susțină că etica pe care o propune Democrit poate fi supusă unei duble interpretări: „e fie intelectualistă, ca cea a lui Socrate: dacă știu ce este binele, respectiv dacă înțeleg rațional ce este bine să fac, atunci îl fac, (...) fie voluntaristă, deoarece fără voință nu există alegere morală” [3, p.106]. Deoarece scopul lucrării de față nu este acela de a soluționa această dezbatere cu privire la cheia în care trebuie interpretată etica lui Democrit, vom prezenta alte fragmente etice ale acestuia din care fiecare poate accepta o interpretare sau alta:

„Adevărata bunătate nu este simplul fapt de a nu săvârși acțiuni greșite, ci de a nu vrea să le săvârșim” [DK 68, B 62, apud 3, p.106].

„Cine e mai mult sau mai puțin demn de stimă se recunoaște după acțiunile pe care le face, dar și după intențiile sale” [DK 68, B 68, apud 3, p.107].

„Nu trebuie să ne fie mai rușine de oameni decât de noi înșine; și nu trebuie să facem răul mai ușor atunci când nimeni nu va afla decât atunci când îl vor descoperi toți; însă trebuie să ne fie rușine mai ales de noi înșine, și să ne imprimăm în suflet această normă, anume de a nu face nimic neconvenabil” [DK 68, B 264, apud 3, p.107].

„Nu spune și nu face nimic rău, chiar când ești singur; învață-te însă să-ți fie mult mai mult rușine cu tine însuși decât cu alții” [DK 68, B 244, apud 3, p.108].

Ca și la Pitagora, problema eticii devine una de educație, deoarece Democrit ne spune că legea și comportamentul trebuie învățate, acesta fiind, de fapt, rolul acelei *paideiade* care vorbeau vechii greci. „Formarea fiecă-

ruia trebuie să fie aprofundată, nu superficială: nu există artă sau cunoaștere accesibilă fără învățatură și niciodată nu se bazează pe corelație, pe autoritatea maestrului, ci doar pe inteligență și pe capacitatea de persuasiune; un raționament cu adevărat persuasiv este adesea mai puternic decât aurul. Desigur a învăța și a te forma pe tine însuși este un lucru de mare valoare, însă nu întotdeauna simplu” [3, p.109]. Deoarece aceasta este o altă poveste, a venit timpul să trecem la următorul filosof.

Socrate. Am văzut deja ca etica lui Socrate poate fi inclusă, alături de cea a lui Democrit, în categoria eticilor intelectualiste. A venit momentul să vedem ce anume a determinat includerea eticii lui Socrate în categoria eticilor intelectualiste, deoarece nu poate fi vorba doar de *respectul necondiționat față de lege*.

Paradoxal, termenul cheie în etica lui Socrate nu este legea ci virtutea, care, potrivit sofștilor, este o valoare în sine care poate fi cultivată, deci, educată, ceea ce înseamnă că poate fi predată și învățată în cadrul școlii. Dar Socrate nu se mulțumește cu ideile sofștilor și încearcă propria sa inovație etică, pe care Beatrice Collina o numește *o adevărată cotitură etică*, deoarece „el susținea nu numai că virtutea ar putea fi învățată (cum anticipaseră sofștii), dar a și interpretat-o ca o calitate exclusiv interioară. Această interioritate avea în opinia lui Socrate două aspecte distincte: pe de o parte, el credea că virtutea nu avea nimic de a face cu prestația fizică, cu forța și, în general, cu proprietăți deosebite ale trupului. (...), pe de altă parte, filosoful considera virtutea un element profund intim: nu trebuia să fii virtuos ca să primești onoruri publice și exterioare; din contră, trebuia să-ți exerciți virtutea numai în acord cu propria conștiință” [4, p.78-80].

De aceea pentru Socrate idealul etic este acela de a excela ca om, asta însemnând a te comporta bine, adică a distinge între bine și rău și a decide să faci binele. Și acest lucru se învață, așa cum se învață și virtutea. Se pare că etica lui Socrate se rezumă la trei principii fundamentale:

1. Virtutea este o știință, deci ea poate fi predată și învățată, acesta fiind rolul școlii (idee preluată de la sofști).

2. Distanța bine-rău, care îl determină să susțină – idealist – că acțiunea voluntar în comiterea binelui și involuntar în comiterea răului.

3. Este de preferat să accepți nedreptatea decât să o comiți, deoarece în primul caz este problema/culpa morală a celuiilalt, pe când în al doilea caz culpa morală este a noastră.

Aceste principii, alături de cele trei elemente fundamentale ale eticii

lui Socrate identificate de Collina: stăpânirea de sine, libertatea interioară și idealul de autosuficiență al înțeleptului, sunt cele care determină considerarea eticii lui Socrate una intelectualistă.

Concluzii. Din teoriile prezentate putem desprinde o serie de concluzii, cele mai importante fiind:

1. Etica nu este doar o preocupare a filosofilor creatori de sistem, ea este o preocupare universală în istoria filosofiei, fiind prezentă în scrierile tuturor marilor filosofi.

2. de cele mai multe ori viziunea etică se prezintă sub forma unor norme și reguli adresate tuturor, norme și reguli care au drept scop realizarea unei conviețuirii sociale bune la nivelul societății.

3. Există o relație strânsă – după cum am văzut în lucrare – între etică și educație, deoarece nu ne naștem ci devenim ființe morale, iar pentru asta avem nevoie de școală.

Referințe bibliografice

1. Pin Victor Gomez. Pitagora. București: Editura Litera, 2020.
2. Palazzo Sandro. Heraclit și Parmenide. București: Editura Litera, 2021.
3. Milani Claudia. Leucip și Democrit. București: Editura Litera, 2021.
4. Collina Beatrice. Socrate. București: Editura Litera, 2020.

O ABORDARE AXIOLOGICĂ A EDUCAȚIEI ADULȚILOR

Angela Zelenschi, dr. în filos., conf. univ.

Academia „Ștefan cel Mare” a MAI, Chișinău, R. Moldova

angela.zelenschi@gmail.com

AN AXIOLOGICAL APPROACH TOWARDS THE ADULTS' EDUCATION

In this article we analyse the interference between two phenomena - adult education and values. We are referring as well to education as an adult value as to the values that are part of the content of adult education and that are expressed in the organisational and societal context at the current stage. In the process of lifelong learning, we claim to highlight

what is valuable and a priority in various domains of activity and in society, to look for practical solutions concerning the real problems faced by employees at work and to identify opportunities for achieving consensus among the stakeholders.

Axiologia este studiul filosofic al valorilor, întreprins în special în domeniile eticii, religiei și esteticii. O teorie a valorii își propune să arate care dintre lucrurile din lume sunt bune, dezirabile și importante. În disciplinele socio-umane există o varietate de definiții și interpretări date valorii. Accepțiunea cea mai frecventă este aceea de principii generale și abstracte despre ceea ce este important și de prețuit în viață, despre cum trebuie oamenii să se comporte și să aprecieze situațiile, evenimentele, persoanele și obiectele. Valorile personale servesc drept factori motivaționali și ghidează acțiunile oamenilor. Sistemul de valori personale este relativ stabil, însă se poate modifica prin schimbarea ierarhiei valorice și a priorităților valorice. Cel mai adesea, valorile personale sunt preluate din mediul familial, educațional, profesional și social. În sistemul actual de învățare și educație a adulților sunt promovate valorile ce formează baza unei societăți libere și produc schimbări pozitive în modul de gândire al oamenilor.

Capacitatea de adaptare a societăților la transformările globale este determinată în mare parte de tehnologiile de învățare și educare a adulților. Orientarea adulților spre învățare pe tot parcursul vieții contribuie la îmbunătățirea coeziunii sociale, promovarea cetățeniei active, sporirea competitivității organizațiilor și dezvoltării economice. Educația adulților este „educația realizată în forme și modalități specifice cu toate categoriile sociale și profesionale de adulți, în scopul dezvoltării culturii lor profesionale și generale și al orientării autoinstruirii și autoeducației lor” [1]. Educația adulților are loc în cadrul educației formale, nonformale și informale și poate fi abordată din perspectiva dezvoltării profesionale continue – recalificare, specializare, perfecționare, promovare etc., dezvoltării personale și formării inițiale. Instruirea adulților necesită crearea situației de a învăța și este centrată pe formarea de competențe.

Din perspectiva economică, educația adulților este văzută ca o investiție în capitalul uman. Cerințele în schimbare de pe piața muncii în societatea bazată pe cunoaștere impun necesitatea de dezvoltare de competențe pentru a face față competiției pe piața globală. Atât organizațiile publice, cât și cele private, sunt supuse unor procese de reformare, schimbare și

trebuie să se adapteze rapid la noile condiții pentru a fi eficace și eficiente. Procesul de schimbare organizațională include o dimensiune de *inovare*, cum ar fi introducerea unor noi tehnologii în procesul muncii, și una de *învățare*, acumularea de noi cunoștințe și modificarea obiceiurilor de muncă.

În teoria și practica organizațională se pune tot mai mult accent pe relația dintre învățare și procesele de adaptare, schimbare, dezvoltare și inovație. „Adaptarea organizațională presupune ameliorări ale cadrului instituit și ale modului de organizare în același sistem de valori, fără ca acesta să fie examinat în vre-un fel. Schimbarea presupune „demolarea” sistemului instituit pentru a reorganiza cadrul instituțional în funcție de valorile noi ce corespund noilor misiuni” [2]. În ambele cazuri efectele se obțin numai ca urmare a învățării sistematice, a dobândirii sistematice de noi cunoștințe. „Dezvoltarea organizațională reprezintă o activitate ale cărei rezultate sunt instituie prin învățare, finalizarea fiind materializarea dezvoltării într-o „schimbare de durată” [3]. „Inovația organizațională reprezintă o formă de schimbare planificată, din care rezultă soluții noi și utile pentru organizație” [4]. Orice activitate profesională este desfășurată în conformitate cu anumite valori, care exprimă sensul activității. Managementul prin valori este un instrument de management aplicat în practica organizațională în scopul promovării inovației și dezvoltării organizaționale.

Dezvoltarea organizațională este un proces care cuprinde întreaga organizație, implică schimbarea structurilor și proceselor decizionale, dar și schimbarea comportamentului oamenilor. Aceste schimbări pot fi dureroase, deoarece implică atitudini și credințe ale oamenilor. Rezistența la schimbare este inevitabilă și se poate manifesta prin reducerea performanței, lipsa de implicare, absenteism, sabotaj etc. Managerii trebuie să evalueze reacțiile angajaților la schimbare și să elaboreze un program de sprijin pentru a accepta schimbarea. Activitățile incluse într-un program de dezvoltare organizațională vizează în mare parte analiza problemelor și efectuarea schimbărilor în structurile organizaționale, dar și în comportamentul oamenilor. În scopul realizării cu succes a schimbărilor planificate, organizațiile pot apela la serviciile unor experți calificați – consultați, analiști, consilieri, mediatori, facilitatori, coach.

La vârsta adultă, persoana își asumă un set de responsabilități legate de activitatea profesională, familie și viața socială. Fiind pus în fața unor situații complexe, în contexte solicitante și confruntându-se probleme dificile pentru soluționarea cărora nu posedă resursele și instrumentele necesare,

adultul caută ajutorul, susținerea unei persoane calificate care să-i acorde suportul necesar. Persoana denumită coach contribuie la conștientizarea dezechilibrelor care există, ajută persoanele și organizațiile care apelează la aceste servicii să găsească modalitățile de progres. „Coachingul furnizează rezultate datorită, pe de o parte, relației de susținere dintre coach și discipol, iar pe de altă parte, relației dintre mijloacele și stilul de comunicare. Un discipol dobândește adevărul lucrurilor nu de la coach, ci din eul său, stimulat de către coach. Desigur, obiectivul îmbunătățirii performanței rămâne dominant, dar întrebarea este în ce fel poate fi acesta dobândit cel mai bine” [5]. Coachingul este un instrument util de obținere a performanței individuale și organizaționale, deoarece problemele organizaționale necesită a fi rezolvate la un nivel mai profund, decât acestea se manifestă. Gestionarea personalului în stilul coachingului reprezintă o viziune asupra angajatului ca fiind o persoană creativă, cu inițiativă, capabilă să rezolve independent problemele organizaționale și să-și asume responsabilitatea pentru deciziile luate. Beneficiile coachingului se manifestă în sporirea motivației angajaților, formarea relațiilor interpersonale constructive, flexibilitate mai mare la schimbări și răspunsuri rapide și eficiente la provocări. Coachingul aduce beneficii atât persoanei, cât și organizației.

Pentru a valorifica potențialul în muncă a angajaților managerii investesc în dezvoltarea acestora. Activitățile de dezvoltare profesională implică pregătirea pentru o anumită ocupație, formarea competențelor și dezvoltarea carierei profesionale. Realizarea sistematică a activităților de formare sporește valoarea cunoștințelor și calificărilor fiecărui angajat, îmbunătățește performanțele individuale, și, drept rezultat, sunt oferite produse și servicii de calitate.

Facilitatorii sunt acei profesioniști care relaționează cu adulții și facilitează dobândirea de noi cunoștințe în scopul îmbunătățirii activității profesionale pe care o desfășoară și pentru a realiza anumite obiective relevante din punct de vedere social. Managerii organizațiilor își pot asuma rolul de facilitator, creând condițiile necesare pentru dezvoltarea și autodezvoltarea profesională și personală a subordonaților. În aceste acțiuni se manifestă atitudinea umană a managerului față de angajați. Componenta valorică a acestor acțiuni depinde de tipul de leadership, care stimulează dezvoltarea profesională sau nu. Leadershipul transformațional este cel care provoacă schimbări semnificative, se concentrează pe schimbarea intelectuală, pe

motivare și sporirea angajamentului organizațional, spre deosebire de leadershipul tranzacțional.

Trecerea de la schimbarea dirijată, în mare măsură impusă, cu fenomene de rezistență a angajaților care i se opun, la *schimbarea continuă*, ca mod de gândire și acțiune în tot ceea ce face o organizație, reprezintă una dintre cele mai importante mutații ale sistemului de management. Această orientare a dus la un concept nou – „organizația care învață”. Peter Senge descrie componentele organizațiilor care învață – gândirea sistemică, măiestria personală, modelele mentale, crearea unei viziuni comune și munca în echipă [6]. Necesitatea învățării continue este în corelație strânsă cu evoluția rapidă a tehnologiilor, schimbările la nivel social și economic, trecerea la o societate bazată cunoștințe. Societatea postindustrială îi oferă individului libertatea de dezvoltare și autorealizare, iar individul își poate aduce aportul la dezvoltarea acestei societăți.

În organizațiile orientate spre inovare se valorizează munca în echipă, deoarece echipele sunt mai indicate pentru rezolvarea de probleme complexe, care necesită opinii și cunoștințe diferite. Echipa reprezintă un excelent mediu de învățare, unde se valorifică resursele fiecărui membru. Echipele de muncă sunt mai flexibile decât grupurile, în cadrul lor se cultivă loialitatea, implicarea și responsabilizarea membrilor. „Echipa este un instrument necesar al unui management al schimbării eficient. Indivizii pot deține un set incomplet de abilități, ceea ce îi împiedică să gândească strategic în mod eficace. O echipă însă, care valorifică și dezvoltă diferite capacități individuale, poate „gândi” strategic” [7]. Organizațiile care promovează ideile noi și schimbul de informații, valorifică aportul angajaților la dezvoltarea organizațională și remunerează performanța individuală. Inovațiile sunt generate de acei angajați – membri ai echipei, care sunt selectați, instruiți și motivați în mod corespunzător.

Performanța are în vedere realizarea misiunii, viziunii și obiectivelor organizaționale. Pentru a atinge performanța, echipa trebuie să aibă acces la infrastructura de cunoștințe. Cunoștințele trec prin anumite etape de transformare: *crearea*, căutarea informației, generalizarea, conștientizarea; *păstrarea*, codarea, acumularea, prezentarea cunoștințelor pe un purtător informațional, includerea în bazele de date; *transmiterea*, transferul de cunoștințe între bazele de date, prin mijloace tehnice și oameni; *utilizarea*, implicarea oamenilor în procesul de elaborare și consolidare a cunoștințelor.

O organizație preocupată de reputația pozitivă în societate și de imaginea angajaților săi ca profesioniști în domeniu, investește resurse în formarea unor angajați competenți și responsabili. Învățarea și educația adulților îi ajută pe angajați obțină noi cunoștințe și să-și dezvolte competențele, ceea ce le permite să se adapteze la cerințele în schimbare de la locul de muncă. Prin activitățile de dezvoltare profesională se formează cunoștințele și caracteristicile necesare angajatului pentru a se realiza în plan profesional, social și personal.

Din perspectiva umanistă, în educația adulților se pune accentul pe nevoile individuale de dezvoltare a personalității. Un principiu de bază în educația adulților rezidă în interconexiunea dintre valori și experiență. Unul dintre exponenții psihologiei umaniste, Abraham Maslow, se întreabă „Cum învață oamenii să fie înțelepți, maturi, buni, să aibă bun-gust, să aibă un caracter bun, să caute adevărul, să cunoască frumusețea și autenticul, cu alte cuvinte, să facă apel la învățarea intrinsecă și nu la cea extrinsecă?” [8]. Cercetătorul consideră că învățarea rezultă din experiențe unice. Adulții sunt motivați să învețe dacă se face apel la experiența lor de viață și dacă ei percep utilitatea și relevanța competențelor pentru dezvoltarea personală și profesională. În activitățile de formare adulții valorifică *scopurile* – a fi înțelept, a înțelege, a judeca critic și a avea bunul simț, și *efectele* – rezultatele interacțiunii în procesul de învățare și experiențele care se manifestă în atitudini, strategii de gândire, relații etc. Capacitatea omului de a utiliza cunoștințele este valoroasă. Orice cunoștință a formatorului devine o valoare pentru formabil, numai după ce trece printr-un proces de reflecție, de prelucrare la nivelul gândirii acestuia, și abia apoi se transformă în achiziție proprie. Prin învățare, obiectivele instructive și educative se conturează în schimbări atitudinale și moduri de comportament.

Abordările curente ale teoriei învățării consideră învățarea ca o activitate individuală, desfășurată liber, într-un cadru liber, fără mecanisme exterioare de control. Principala teză a unuia dintre liderii psihologiei umaniste, Carl Rogers, este că scopul educației constă în facilitarea învățării. Ipoteza pe care o formulează este următoarea: „Dacă pot oferi un anumit tip de relație, cealaltă persoană va descoperi în sine capacitatea de a folosi acea relație în scopul creșterii și se va produce schimbarea și dezvoltarea personală” [9]. Rogers consideră că un aspect esențial în relația dintre consilier și client este atitudinea pozitivă necondiționată a consilierului cu privire la valoarea și însemnătatea pe care o atribuie fiecărei persoane în parte – ac-

ceptarea și grija față de client ca persoană distinctă, tratarea cu respect, ca fiind o persoană valoroasă, respectarea capacității și dreptului persoanei de a se autodirecționa.

În procesul de educație facilitatorul implică adulții în analiza problemelor și identificarea soluțiilor, ceea ce contribuie la o înțelegere mai profundă a situației reale din toate sferele vieții și sporește participarea activă, responsabilizarea persoanelor de a-și schimba atitudinile și comportamente individuale și de grup. Atunci când adultul înțelege scopul instruirii și conștientizează valoarea educației el este orientat să-și dezvolte competențe în diverse domenii de activitate.

Referințe bibliografice

1. Ionescu M. Instrucție și educație. Arad, „Vasile Goldiș” University Press, 2007, p.447.
2. Avram E. Cooper Cary-L. Psihologie organizațional-managerială: tendințe actuale. Iași, Polirom, 2008, p.871.
3. Avram E. Cooper Cary-L. Psihologie organizațional-managerială: tendințe actuale. Iași, Polirom, 2008, p.871.
4. Avram E. Cooper Cary-L. Psihologie organizațional-managerială: tendințe actuale. Iași, Polirom, 2008, p.872.
5. Whitmore J. Coaching pentru performanță: formare personală și scop. București, Publica, 2011, p.17.
6. Senge P.M. A cincea disciplină. Arta și practica organizațiilor care învață. București, Business Tech International, 2012.
7. Eales-White R. Cum să formezi echipe eficiente. București, All Beck, 2004, p.23.
8. Maslow A. Motivație și personalitate. București, Editura Trei, 2009, p.334.
9. Rogers C.R. A deveni o persoană: perspectiva unui psihoterapeut. București, Editura Trei, 2008, p.79.

**O ANALIZĂ A CYBERBULLYING-ULUI PE PLATFORMELE
EDUCAȚIONALE, ÎN PERIOADA STĂRII DE URGENȚĂ
MARTIE -IUNIE 2020, ÎN RÂNDUL ELEVILOR AL CĂROR
PĂRINȚI SUNT PLECAȚI LA MUNCĂ ÎN STRĂINĂTATE DIN
JUDEȚUL TIMIȘ, ROMÂNIA**

Adelia Furdui (Florea), lector

Departamentul de Asistență Socială
Facultatea de Sociologie și Psihologie
adelia.florea@e-uvt.ro

ORCID 0000-0002-3434-4501

Patricia Runcan, dr. abilitat, conf. univ.

Facultatea de Sociologie și Psihologie
Universitatea de Vest din Timișoara, România
patricia.runcan@e-uvt.ro

ORCID 0000-0002-3346-0762

Remus Runcan, dr., conf. univ.

Facultatea de Științe ale Educației, Psihologie și Asistență Socială
Universitatea „Aurel Vlaicu” din Arad, România
remus.runcan@uav.ro

ORCID 0000-0002-1282-4942

*AN ANALYSIS OF CYBERBULLYING ON EDUCATIONAL
PLATFORMS DURING THE STATE OF EMERGENCY FROM
MARCH TO JUNE 2020 AMONG STUDENTS WHOSE PARENTS ARE
WORKING ABROAD FROM TIMIȘ COUNTY, ROMANIA*

The present study aim sto analyze the phenomenon of cyberbullying on educational platforms among students from Timiș County who stepparents were temporarily working abroad during the state of emergency March - June 2020. Within the quantitative approach of the research we used, we used sociological analysis as a research method, the opinion questionnaire ebeingappliedto a number of 288 students from Timiș County. The results of the research reveal that cyberbullying affects 20.5% of students as victims, 27.4% as witnesses and 10.4% as aggressors, and with regard to the environment of origin, a higher frequency is recorded in urban regions of cyberbullying victims compared to rural areas.

Introducere

Anul 2020 a prezentat o multitudine de obstacole, determinându-ne în acest sens pe fiecare dintre noi să ne depășim propriile limite. Ca răspuns la epidemia de COVID-19, instituțiile de învățământ, atât la nivel preuniversitar, cât și la nivelul învățământului superior, au efectuat o mutare a activităților didactice din sălile de clasă către platforme online.

Trecerea elevilor de la instruirea tradițională față în față la educația online a dus la o schimbare în ceea ce privește manifestarea comportamentului de hărțuire. În mod specific, prevalența hărțuirii fizice a scăzut, în timp ce hărțuirea cibernetică a apărut ca o formă proeminentă de hărțuire în rândul elevilor. Schimbarea de comportament observată ar putea fi atribuită anonimatului amplificat și separării fizice facilitate de platformele digitale, care le dau oamenilor posibilitatea de a lua parte la acțiuni dăunătoare fără a se confrunta cu repercusiuni imediate. În consecință, elevii se confruntă acum cu o nouă manifestare a hărțuirii, ceea ce impune educatorilor și instituțiilor să abordeze și să contracareze în mod corespunzător problema hărțuirii cibernetice.

Atunci când abordăm fenomenul de hărțuire cibernetică, acesta cuprinde o gamă cuprinzătoare de termeni în cadrul ariei sale lexicale, inclusiv, dar fără a se limita la hărțuire, jignire, umilire, respingere, excludere, izolare, amenințare, discriminare, presiune, intimidare și agresivitate. Apariția hărțuirii cibernetice este recunoscută sub mai multe denumiri, ceea ce sugerează o lipsă de consens între experți cu privire la cea mai potrivită terminologie pentru a delimita această problemă (Runcan, 2020) [1].

Incidența hărțuirii cibernetice a avut o creștere bruscă în cadrul epidemiei COVID-19. Conform constatărilor lui Zaffaroni *et al.* (2022) [2], s-a observat că starea de disconfort emoțional a fost un factor predictiv consecvent pentru comportamentele de cyberbullying și pentru starea de cybervictimizare în rândul tinerilor cu vârste cuprinse între 10 și 18 ani din Italia și Germania în timpul primei perioade de izolare. Potrivit lui Ispas&Ispas (2021) [3], studiul a arătat că participanții au avut convingerea că fenomenul de cyberbullying a cunoscut o creștere în timpul pandemiei, aproape 50% dintre respondenți raportând observații personale ale acestui fenomen. Conform studiului realizat de Barlett *et al.*, în 2021 [4], s-a observat o creștere atât a opiniilor față de cyberbullying, cât și a actului de a comite cyberbullying în rândul adulților din Statele Unite pe toată durata pandemiei. Studiul realizat de Zăvoianu & Pânișoară (2022) [5] a investigat perspectivele educatorilor cu privire la fenomenul de cyberbullying în

cadrul epidemiei COVID-19, precum și strategiile acestora de abordare și atenuare a unor astfel de incidente în mediul educațional. În ansamblu, articolele academice indică faptul că epidemia de COVID-19 a avut un impact advers asupra frecvenței fenomenului de cyberbullying [2-5].

Cyberbullying-ul a devenit o problemă tot mai presantă în societatea contemporană, având un impact semnificativ asupra bunăstării și dezvoltării psihosociale a adolescenților. În special, în contextul stării de urgență declanșate de pandemia globală în perioada martie-iunie 2020, trecerea la educația online a adus cu sine schimbări semnificative în interacțiunile dintre elevi pe platformele educaționale. Aceste schimbări ar putea fi și mai pronunțate în cazul elevilor al căror părinți sunt plecați la muncă în străinătate, ceea ce poate crea un teren propice pentru apariția și intensificarea fenomenului de cyberbullying.

Într-un studiu anterior, desfășurat în intervalul februarie-martie 2020, sub titlul „Problematika Cyberbullying-ului în Rândul Elevilor din Perspectiva Fenomenului Migrației și Familiei Disfuncționale din Județul Timiș” (Furdui, 2020) [6], am explorat conexiunile existente între migrație, disfuncționalitățile familiale și fenomenul de cyberbullying în rândul elevilor din Județul Timiș. Cu toate acestea, intervenția stării de urgență impusă în perioada martie-iunie 2020 a adăugat un element nou și semnificativ în ecuație prin tranziția la mediul de educație online, creând astfel un cadru virtual mai susceptibil manifestărilor de cyberbullying. Este demn de menționat că, în actuala cercetare, nu s-au inclus participanții din studiul anterior, iar zona geografică în care s-a desfășurat prezentul studiu prezintă diferențe semnificative față de locația studiului precedent.

Această cercetare își propune să evidențieze impactul semnificativ al stării de urgență asupra cyberbullying-ului în rândul elevilor din Județul Timiș, România, precum și modul în care migrația părinților poate influența dinamica acestui fenomen. Rezultatele ar putea oferi baze pentru intervenții mai eficiente în prevenirea și gestionarea cyberbullying-ului în contextul educației online și al migrației familiale.

Efectele cyberbullying-ului

Cyberbullying-ul generează consecințe psihologice negative în cazul victimelor implicate. Studiul realizat de Alhujailli *et al.*, în 2020 [7] a arătat că actul de cyberbullying, în special prin intermediul izolării sociale și al hărțuirii verbale, a dus la apariția unei stări emoționale dăunătoare. De asemenea, în conformitate cu studiul realizat de Schenk în 2011 [8], s-a

demonstrat că cei care au fost victime de cyberbullying au avut niveluri ridicate de deznădejde, anxietate și gânduri de suicid în comparație cu cei care nu s-au confruntat cu o astfel de victimizare. Într-o altă cercetare realizată de Campbell *et al.* [9] în 2013, s-a demonstrat că cei care se implică în cyberbullying au raportat că au întâmpinat mai multe dificultăți în interacțiunile sociale, precum și un nivel ridicat de stres, tristețe și anxietate, în comparație cu cei care nu se implică în astfel de comportamente. În cazul studiului realizat de Foody & Carlbring (2015) [10], acesta a efectuat o analiză cuprinzătoare a studiilor științifice existente referitoare la fenomenul de cyberbullying. Acesta a recomandat necesitatea unor intervenții psihologice online ca o abordare viabilă atât pentru victimele, cât și pentru autorii hărțuirii cibernetice, pentru a gestiona în mod eficient tulburările emoționale rezultate în urma unor astfel de confruntări.

Persoanele care cad victime ale incidentelor cibernetice se pot confrunta cu o serie de consecințe psihologice și emoționale negative. Acestea pot include niveluri crescute de anxietate, melancolie, gânduri de automutilare, stres crescut, frică, diminuarea respectului de sine, emoții de furie și frustrare, un sentiment de neputință, neliniște, iritabilitate, manifestări fizice de stres, tulburări de somn și probleme de concentrare. Aceste efecte adverse pot avea un impact semnificativ asupra capacității lor de a funcționa din punct de vedere academic. (Pingault, & Schoeler, 2017) [11]. Fenomenul de cyberbullying a fost facilitat de avansarea tehnologică și apariția platformelor de socializare. Strategiile de combatere a hărțuirii tradiționale sunt, de obicei, inadecvate atunci când vine vorba de hărțuirea cibernetică, care a fost asociată cu o deteriorare a sănătății mintale și, în anumite cazuri grave, cu sinuciderea (Grigore, 2016) [12].

Forme ale cyberbullying-ului

Willard (2016) [13] [apud 12] clasifică numeroasele manifestări ale hărțuirii cibernetice după cum urmează: *Flaming* se referă la actul de exprimare a unor comentarii depreciative despre o persoană prin mijloace scrise. *Hărțuirea online* se referă la transmiterea repetată de mesaje electronice abuzive care vizează o anumită persoană. *Defăimarea* se referă la acțiunea de răspândire de informații false și cu caracter denigrator prin intermediul mijloacelor electronice, cum ar fi poșta electronică sau platformele de socializare. *Defăimarea* se referă la actul de transmitere a corespondenței sub o identitate inventată, cu scopul explicit de a afecta reputația unei persoane. *Outing-ul* se referă la acțiunea unei persoane de a dezvălui

informații personale unei alte persoane sau unui grup de persoane. Excluderea se referă la acțiunea de a împiedica o persoană să acceseze sau să participe la un anumit grup pe o platformă de rețea socială.

Hărțuirea cibernetică este o problemă semnificativă care există sub diverse forme și se manifestă pe diferite platforme online. În opinia lui Slonje & Smith, (2008) [14], hărțuirea cibernetică este răspândită în școlile secundare inferioare și are loc prin diferite mijloace, cum ar fi mesajele text, e-mailurile, apelurile telefonice și clipurile foto/video. O altă modalitate de a se implica în cyberbullying este reprezentată de platformele sociale, potrivit studiului Whittaker din 2015 [15], platformele sociale sunt utilizate frecvent de către studenții de vârstă universitară. De asemenea, în conformitate cu cercetarea realizată de Slonje & Smith, în 2008 [14], apelurile telefonice și mesajele text au fost identificate ca fiind cele mai frecvente tipuri de hărțuire cibernetică. În plus, au fost raportate și cazuri de hărțuire prin mesagerie instantanee. După cum reiese din studiul din 2008 al lui Dehue & Völlink [16], s-a descoperit că insultele și bârfele au fost metodele de hărțuire cel mai des folosite în cazurile de hărțuire cibernetică. Studiile menționate anterior indică faptul că hărțuirea cibernetică este o problemă cu multiple fațete, care are loc în diferite moduri și pe diferite platforme. Acestea subliniază importanța abordării acestei probleme prin implementarea unor strategii axate pe prevenire și intervenție.

Cyberbullying-ul versus Bullying-ul

În literatura de specialitate se afirmă că există distincții clare între hărțuirea cibernetică și bullying-ul obișnuit. Potrivit lui Kowalskiet *al.* (2012) [17], hărțuirea cibernetică este adesea asociată cu un sentiment perceput de anonim și poate avea loc în orice moment, indiferent de ora din zi sau din noapte. În schimb, hărțuirea convențională are loc mai ales în interiorul mediului școlar și include persoane identificabile ca agresori. Potrivit studiului lui Sticca & Perren (2013) [18], importanța faimei și a anonimatului depășește influența mijloacelor de comunicare (cibernetică vs. convențională) atunci când se evaluează gravitatea bullying-ului. Conform cercetării efectuate de Waasdorp & Bradshaw în 2015 [19], există o suprapunere semnificativă între cyberbullying și bullying-ul convențional, deoarece multe persoane care sunt victime ale unui tip de bullying îl experimentează și pe celălalt. Potrivit studiului lui Erdur-Baker (2010) [20], a existat o prevalență mai mare a bullying-ului și a victimizării în rândul elevilor de sex masculin, atât în context fizic, cât și în context cibernetic. Cercetarea a indicat, de

asemenea, că implicarea în activități online frecvente și cu risc ridicat a fost asociată cu o probabilitate mai mare de implicare în hărțuirea cibernetică.

Metodologia cercetării

Scopul acestui studiu este analiza mediului familial al elevilor din județul Timiș al căror părinți sunt plecați în străinătate din perspectiva Cyberbullying-ului urmărind predispoziția, din acest punct de vedere, fie ca victime, fie ca agresori, fie ca martori. Obiectivele acestei cercetări sunt după cum urmează:

OB.1. Investigarea percepțiilor elevilor cu privire la fenomenul de hărțuire cibernetică manifestat pe platformele educaționale, ținând cont de tendința lor de a fi expuși în mediul online în calitate de victimă, agresor sau martor.

OB.2. Identificarea factorilor de protecție împotriva hărțuirii cibernetice în rândul elevilor proveniți din familii în care unul dintre părinți se află în străinătate, având în vedere propensiunea lor de a fi expuși în mediul online în rolul de victimă, agresor sau martor.

OB.3. Analiza perspectivelor elevilor referitoare la hărțuirea cibernetică pe platformele educaționale, în funcție de regiunea geografică din care provin.

Ipotezele cercetării urmărite a fi analizate:

Ipotezele cercetării pot fi definite ca enunțuri conjuncturale care vizează relația dintre două sau mai multe variabile (Kerlinger, 1964) [21].

Ip. 1. Diferitele roluri pe care elevii le adoptă în mediul online sunt legate de frecvența atacurilor de cyberbullying la care sunt expuși.

Ip. 2. Prezența părinților elevilor în străinătate pentru muncă este corelată cu o creștere a riscului de a fi vulnerabil la atacuri de cyberbullying pe platformele educaționale.

Ip. 3. Proveniența dintr-un mediu rural este asociată cu o probabilitate mai mare de a fi susceptibil la atacuri de cyberbullying pe platformele educaționale.

Având în vedere că cercetarea de față investighează frecvența atacurilor de cyberbullying la care sunt expuși elevii, am ales ca metodă de prelucrare a informațiilor–metoda cantitativă, considerând-o a fi mai potrivită pentru investigarea acestui fenomen. Stilului cercetării cantitative îi sunt atribuite, următoarele trăsături: obiectivitatea faptelor, detașarea cercetătorului, analize statistice, numărul mare de participanți la cercetare, un grad înalt de fiabilitate, liber de valori. (Chelcea, 2001) [22].

Universul populației este cel al tinerilor din clasele gimnaziale sau din licee/școlile profesionale din județul Timiș. Eșantionul este alcătuit din 288 de elevi. Pentru a stabili participanții la studiu care au relevanță în cercetarea de față și asupra cărora se vor reflecta rezultatele cercetării am ținut cont de anumiți parametri: să fie elevi din ciclul gimnazial și liceal/profesional din Județul Timiș, atât din mediul urban cât și din mediul rural, iar ca metodă de eșantionare am ales tipul de eșantionare non-probabilistică–selecția arbitrară. Lotul cercetării este format din 288 elevi de liceu 212, 8 elevi de profesională și 68 elevi de gimnaziu. Dintre care 90 elevi de sex masculin și 198 elevi de sex feminin. Chestionarele au fost administrate online prin intermediul platformei Google Forms. Participanții au avut la dispoziție zece minute pentru a completa formularul, iar răspunsurile au fost apoi introduse în IBM SPSS versiunea 26 Statistics pentru a permite o analiză ulterioară.

Chestionarul de cercetare este instrumentul de investigare care validează, sau nu, ipotezele cercetării, printr-o succesiune de întrebări scrise ordonate într-o anumită ordine care urmează a fi aplicate persoanelor participante la cercetare, apoi răspunsurile vor fi analizate de către cercetător. (Chelcea, 2001) [22]. Instrumentul utilizat pentru colectarea datelor a constat într-un chestionar compus din 19 întrebări, organizate în categorii tipologice. Primele două întrebări au avut ca scop identificarea participanților în funcție de sex și locație. Următoarele 15 întrebări au fost modelate după un format preluat din lucrarea „Violența în context educațional. Forme actuale” și s-au concentrat pe identificarea elevului ca martor, victimă, sau agresor. Cele două întrebări finale au fost formulate pentru a identifica elevii a căror părinți sunt temporar plecați în străinătate. Studenții care au participat la chestionare au fost informați cu privire la obiectivele cercetării și au fost asigurați de confidențialitatea datelor colectate. Li s-a spus că informațiile lor nu vor fi dezvăluite și că nici numele lor și nici numele instituției de învățământ nu vor fi menționate în cadrul cercetării. De asemenea, li s-a subliniat faptul că au dreptul de a se retrage din studiu în orice moment. Având în vedere aspectele etice, prezentul studiu a fost structurat astfel încât să nu cuprindă informații care ar putea conduce la identificarea respondenților.

Limite ale studiului de cercetare

Subiectul cyberbullying-ului este unul sensibil și complex, iar cercetarea aduce cu sine provocări semnificative, mai ales în ceea ce privește sinceritatea și acuratețea răspunsurilor furnizate de către adolescenți. Există

posibilitatea ca unii respondenți să furnizeze răspunsuri dezirabile în locul celor reale, fie pentru a proteja propria imagine, fie pentru a evita recunoașterea comportamentelor agresive sau a experiențelor de victimizare. Mai mult, contextul pandemiei cu noul virus Covid-19 a adus cu sine modificări semnificative în modul în care au fost colectate datele, prin trecerea la chestionare online. Această schimbare poate induce îndoieli în ceea ce privește autenticitatea răspunsurilor. Elevii pot fi reticenți în a dezvălui experiențele lor într-un mediu virtual, unde confidențialitatea poate fi percepută ca fiind mai puțin garantată. Acest aspect poate influența în mod negativ acuratețea datelor colectate. Dincolo de aceste aspecte, cercetarea se confruntă cu o serie de limite, cum ar fi numărul redus de participanți la studiu, ceea ce poate restrânge generalizarea rezultatelor la populația mai largă de elevi. De asemenea, inegalitatea în distribuția elevilor în funcție de sex și zonă de proveniență poate afecta reprezentativitatea și echilibrul datelor colectate.

Rezultatele cercetării

Pentru acest studiu, eșantionul a inclus un total de 288 de elevi din județul Timiș, distribuiți astfel: 31% elevi de sex masculin și 69% elevi de sex feminin. În cadrul analizei primei ipoteze, am investigat frecvența cu care indivizii care au fost identificați ca victime, agresori sau martori au fost implicați în situații de hărțuire cibernetică.

Ip. 1. Diferitele roluri pe care elevii le adoptă în mediul online sunt legate de frecvența atacurilor de cyberbullying la care sunt expuși

Tabelul 1.1. Frecvența implicării victimelor în incidente de cyberbullying pe platformele educaționale

În perioada martie-iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp etc.) Colegii v-au blocat microfonul în timpul orelor de curs?		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	De câteva ori	56	19,4	19,4	19,4
	Niciodată	229	79,5	79,5	99,0
	Zilnic	3	1,0	1,0	100,0
	Total	288	100,0	100,0	

Despre comportamentul de victimizare cibernetică în cadrul sondajului, la întrebarea referitoare la frecvența primirii de mesaje jignitoare pe

platformele de comunicare online în perioada martie-iunie 2020 (pe platforme precum Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp etc.) cu privire la spațiul de locuit, observăm că din totalul de 288 de participanți la studiu, 56 de respondenți (reprezentând 19,4% din total) au indicat că au primit astfel de mesaje de câteva ori, în timp ce 229 de participanți (reprezentând 79,5% din total) au menționat că nu au fost expuși la această experiență în perioada menționată. De asemenea, 3 participanți (reprezentând 1% din total) au raportat că au primit astfel de mesaje zilnic. Prin urmare, rezultă că aproximativ 20,5% dintre respondenți au fost identificați ca victime ale comportamentului de victimizare cibernetică în contextul acestei cercetări.

Tabelul 1.2. Frecvența implicării agresorilor în incidente de cyber-bullying pe platformele educaționale

În perioada martie-iunie 2020 (la Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp etc.) Ați transmis colegilor informații private, umilitoare sau sensibile?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	O dată pe săptămână aproximativ	1	,3	,3	,3
	De câteva ori	29	10,1	10,1	10,4
	Niciodată	258	89,6	89,6	100,0
	Total	288	100,0	100,0	

În ceea ce privește comportamentul de transmitere a informațiilor sensibile, private sau jenante către alții în perioada martie-iunie 2020, folosind platforme precum Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp etc., rezultatele sondajului arată că din totalul de 288 de participanți, o persoană (ceea ce reprezintă 0,3% din total) a recunoscut că a trimis astfel de informații aproximativ o dată pe săptămână. De asemenea, 29 de participanți (reprezentând 10,1% din total) au indicat că au trimis astfel de informații de câtevaori, în timp ce 258 de participanți (reprezentând 89,6% din total) au afirmat că nu au făcut acest lucru deloc. În contextul cercetării, se observă că 10,4% dintre respondenți pot fi identificați ca agresori în ceea ce privește transmiterea de informații sensibile către alții.

Tabelul 1.3. Frecvența implicării martorilor în incidente de cyberbullying pe platformele educaționale

În perioada martie-iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp etc.) Ai observat că unor colegi li s-a blocat microfonul în timpul orelor de curs?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	O dată pe săptămână aproximativ	4	1,4	1,4	1,4
	De câteva ori	71	24,7	24,7	26,0
	Niciodată	209	72,6	72,6	98,6
	Zilnic	4	1,4	1,4	100,0
	Total	288	100,0	100,0	

Referitor la observațiile cu privire la blocarea intenționată a microfonului pentru a nu vorbi în timpul sesiunilor online desfășurate pe platformele precum Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp etc., în perioada martie-iunie 2020, rezultatele sondajului indică următoarele: din totalul de 288 de participanți, 4 persoane (reprezentând 1,4% din total) au menționat că au observat sau au auzit că unor colegi li s-a blocat microfonul aproximativ o dată pe săptămână. De asemenea, 71 de participanți (reprezentând 24,7% din total) au indicat că au observat această situație de câteva ori. În cazul a 209 participanți (reprezentând 72,6% din total), această situație nu a fost observată niciodată, iar 4 participanți (reprezentând 1,4% din total) au menționat că au observat acest lucru zilnic. Rezultă că în cercetarea de față 27,4% dintre respondenți pot fi identificați ca martori în legătură cu blocarea intenționată a microfonului pentru a evita participarea la discuții în cadrul sesiunilor online.

După examinarea detaliată a datelor prezentate în tabelele 1.1, 1.2 și 1.3, este evident că există o disparitate semnificativă în ceea ce privește frecvența expunerii elevilor la atacuri de cyberbullying, în funcție de rolul pe care îl adoptă în mediul online. Astfel, constatăm că ipoteza formulată este validată de aceste constatări.

Ip. 2. Prezența părinților elevilor în străinătate pentru muncă este corelată cu o creștere a riscului de a fi vulnerabil la atacuri de cyberbullying pe platformele educaționale.

Tabelul 1.4. Relația dintre variabila în care victima este implicată într-un caz de hărțuire cibernetică și variabila elevilor care au unul dintre părinți plecat în străinătate

În perioada martie-iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp, etc) Ai primit mesaje jignitoare la adresa ta cu privire la spațiul în care locuiești? * Care este situația părinților tăi? Crosstabulation							
Count							
		Care este situația părinților tăi?					Total
		Am doar un părinte, care se află în prezent acasă	Am doar un părinte, iar acesta este plecat în străinătate.	Amândoi părinți sunt acasă	Amândoi părinți sunt plecați în străinătate	Nu stau cu părinții	
Cât de des în perioada martie-iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp, etc.) [Ai primit mesaje jignitoare la adresa ta cu privire la spațiul în care locuiești?]	De câteva ori	12	1	23	0	1	37
	Niciodată	51	4	180	4	5	244
	Zilnic	2	0	5	0	0	7
Total		65	5	208	4	6	288

Analizând corelația dintre variabilele din a doua ipoteză prezentată în tabelul de mai sus, constatăm următoarele modele de răspunsuri în rândul celor 288 de participanți la studiu care au fost întrebați despre frecvența cu care au primit mesaje jignitoare în legătură cu spațiul în care locuiesc, în perioada martie-iunie 2020, folosind platforme precum Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp, etc. Din cei 65 de elevi care au doar un părinte prezent acasă, 12 dintre ei au declarat că au primit astfel de mesaje de câteva ori, în timp ce 51 au afirmat că nu au primit astfel de mesaje niciodată. În plus, 2 elevi au indicat că au fost expuși zilnic la astfel de mesaje. Doar unul dintre cei cinci elevi care au un părinte în țară și unul în străinătate a recunoscut că a primit mesaje injurioase de mai multe ori, în timp ce ceilalți patru au negat acest lucru. Un număr de 23 dintre cei 208 elevi cu amândoi părinții prezenți acasă au indicat că au fost expuși la astfel de mesaje de mai multe ori, în timp ce majoritatea, respectiv 180 de elevi, au declarat că nu au primit niciodată astfel de mesaje. De asemenea, 5 elevi au susținut că au primit astfel de

mesaje zilnic. În cazul celor 5 elevi al căror ambii părinți sunt plecați în străinătate, toți au declarat că nu au primit mesaje jignitoare legate de spațiul în care locuiesc. În ceea ce privește cei 6 elevi care nu locuiesc cu părinții, 4 dintre ei au menționat că nu au primit astfel de mesaje niciodată, iar unul a indicat că a primit mesaje jignitoare de câteva ori.

În conformitate cu analiza corelației dintre variabilele celei de-a doua ipoteze, care examinează comportamentul trimiterii de informații sensibile, private sau jenante către alții în rândul a 288 de participanți la cercetare, care au răspuns la întrebarea privind frecvența acestui comportament în perioada martie-iunie 2020, pe diverse platforme precum Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp, etc., următoarele constatări pot fi evidențiate: Din cei 65 de elevi care au un părinte prezent acasă și aceasta este locuința lor obișnuită, 7 dintre aceștia au afirmat că au trimis informații sensibile, private sau jenante către alții de câteva ori, în timp ce majoritatea, adică 58 de elevi, au indicat că nu au efectuat astfel de acțiuni niciodată. Toți cei cinci elevi cu un părinte acasă și unul în străinătate au declarat că nu au divulgat astfel de informații.

Tabelul 1.5. Relația dintre variabila în care agresorul este implicat într-un caz de hărțuire cibernetică și variabila elevilor care au unul dintre părinți plecat în străinătate

În perioada martie-iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp, etc.) [Ai observat că unii colegi au recepționat mesaje cu caracter jignitor la adresa spațiului de locuit al unor colegi?]* Care este situația părinților tăi? Crosstabulation							
Count							
		Care este situația părinților tăi?					Total
		Am doar un părinte, care se află în prezent acasă	Am doar un părinte, iar acesta este plecat în străinătate.	Amândoi părinți sunt acasă	Amândoi părinți sunt plecați în străinătate	Nu stau cu părinții	
Cât de des în perioada martie-iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp, etc.) [Ai auzit/văzut că unii colegi au primit mesaje jignitoare la cu privire la spațiul în care locuiesc unii colegi?]	O dată pe săptămână aproximativ	1	0	3	0	0	4
	De câteva ori	15	2	31	0	1	49
	Niciodată	49	3	172	4	5	233
	Zilnic	0	0	2	0	0	2
Total		65	5	208	4	6	288

Tabelul 1.6. Relația dintre variabila în care martorul este implicat într-un caz de hărțuire cibernetică și variabila elevilor care au unul dintre părinți plecat în străinătate

În perioada martie-iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp, etc.) [Ai trimis informații sensibile, private sau jenante către alții?] * Care este situația părinților tăi? Crosstabulation							
Count							
		Care este situația părinților tăi?					Total
		Am doar un părinte, care se află în prezent acasă	Am doar un părinte, iar acesta este plecat în străinătate.	Amândoi părinți sunt acasă	Amândoi părinți sunt plecați în străinătate	Nu stau cu părinții	
Cât de des în perioada martie-iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp, etc.) [Ai trimis informații sensibile, private sau jenante către alții?]	O dată pe săptămână aproximativ	0	0	1	0	0	1
	De câteva ori	7	0	22	0	0	29
	Niciodată	58	5	185	4	6	258
Total		65	5	208	4	6	288

Dintre cei 208 elevi ai căror părinți sunt amândoi prezenți acasă, distribuția răspunsurilor este următoarea: 1 elev a menționat că a trimis astfel de informații aproximativ o dată pe săptămână, 22 de elevi au indicat că au trimis de câtevaori, iar cei mai mulți, adică 186 de elevi, au declarat că nu au efectuat astfel de acțiuni niciodată. Atât cei 4 elevi ai căror ambii părinți sunt plecați în străinătate, cât și cei 6 elevi care nu locuiesc cu părinții, au susținut că nu au trimis niciodată informații sensibile, private sau jenante către alții.

Tabelul de mai sus prezintă relația dintre cele două variabile ale celei de a doua ipoteze, fapt care conduce la următoarele concluzii: din totalul de 288 de participanți la studiu care au furnizat răspunsuri privind experiența lor în a auzi/vedea că unii colegi primesc mesaje jignitoare cu privire la spațiul în care locuiesc, distribuția răspunsurilor relevă următoarele: Dintre cei 65 de elevi care au un părinte prezent acasă și acesta se află efectiv acasă, 1 elev a indicat că a auzit/văzut că unii colegi primesc astfel de mesaje aproximativ o dată pe săptămână, 15 elevi au menționat că au auzit/

văzut de câteva ori, iar majoritatea, adică 49 de elevi, au declarat că nu au avut astfel de experiențe niciodată. Doi dintre cei cinci elevi care au un părinte acasă și unul în străinătate au declarat că au auzit/văzut că unii dintre colegii lor au primit mesaje similare, în timp ce trei au negat că au avut astfel de experiențe. Dintre cei 208 elevi la ai căror amândoi părinți sunt acasă, 3 elevi au indicat că au auzit/văzut că unii colegi primesc astfel de mesaje aproximativ o dată pe săptămână, 31 de elevi au menționat că au auzit/văzut de câteva ori, 172 de elevi au negat că au avut astfel de experiențe, iar 2 elevi au afirmat că au auzit/văzut astfel de situații zilnic. Elevii la care ambii părinți sunt plecați în străinătate au negat că au avut astfel de experiențe. În cazul celor 6 elevi care nu locuiesc cu părinții lor, unul dintre aceștia a afirmat că a auzit/văzut de câteva ori că unii colegi primesc astfel de mesaje, în timp ce 4 elevi au negat că au avut astfel de experiențe. Concluzia evidentă din aceste date este că numărul de martori (adică cei care au auzit/văzut situații în care colegii lor primesc mesaje jignitoare cu privire la spațiul în care locuiesc) se ridică la 55. În plus, se poate observa că acești martori fac parte în cea mai mare parte din categoria elevilor ai căror ambii părinți sunt prezenți acasă.

Conform observațiilor noastre, se poate vedea faptul că atât elevii provenind din familii cu un singur părinte, cât și cei cu ambii părinți prezenți în viața lor, prezintă vulnerabilități în fața fenomenului de cyberbullying. Această concluzie are un impact semnificativ asupra ipotezei noastre inițiale și, în același timp, o invalidează, conform datelor prezentate în tabelele 1.4, 1.5 și 1.6. Ipoteza este invalidă.

Ip. 3. Proveniența dintr-un mediu rural este asociată cu o probabilitate mai mare de a fi susceptibil la atacuri de cyberbullying pe platformele educaționale.

Tabelul 1.7. Relația dintre variabila în care victima este implicată într-un caz de hărțuire cibernetică și variabila mediului de proveniență al elevilor

Locuiesc în * Cât de des în perioada martie-iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp, etc) [Ai primit mesaje jignitoare la adresa ta cu privire la spațiul în care locuiești?] Crosstabulation						
Coun						
		Cât de des în perioada martie-iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp, etc.) [Ai primit mesaje jignitoare la adresa ta cu privire la spațiul în care locuiești?]				
		De câteva ori	Niciodată	Zilnic	Total	
Locuiesc în	Zona rurală	16	86	4	106	
	Zona urbană	26	152	4	182	
Total		42	238	8	288	

Interpretarea datelor relevante pentru întrebarea „Cât de des în perioada Martie-Iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, Whatsapp, etc) ai primit mesaje jignitoare cu privire la spațiul în care locuiești?” evidențiază o analiză diferențiată între elevii din zona rurală și cei din zona urbană. Din cei 106 de elevi care locuiesc în zona rurală, 16 au raportat că au primit mesaje jignitoare de câteva ori, 55 niciodată și 4 zilnic. Acest fapt sugerează că o parte semnificativă din elevii din zona rurală nu au fost expuși la astfel de mesaje jignitoare legate de spațiul lor de locuit. În cazul celor 182 de elevi care locuiesc în zona urbană, 26 au indicat că au primit astfel de mesaje de câteva ori, 152 niciodată, iar 4 zilnic. Astfel, se observă o frecvență mai mare a mesajelor jignitoare în rândul elevilor din zona urbană, majoritatea acestora negând primirea de astfel de mesaje. Rezultatele subliniază că experiențele de cyberbullying legate de spațiul locativ sunt mai răspândite în mediul urban, în timp ce în mediul rural frecvența acestor experiențe este mai redusă. Această distincție poate fi influențată de diferitele dinamici sociale și contexte specifice fiecărui mediu, iar analiza

detaliată a acestor factori ar putea contribui la o înțelegere mai profundă a acestor diferențe.

Tabelul 1.8. Relația dintre variabila în care agresorul este implica tîntr-un caz de hărțuire cibernetică și variabila mediului de proveniență al elevilor

Cât de des în perioada martie-iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp, etc) [Ai trimis mesaje jignitoare la adresacolegilor cu privire la spațiul în care locuiesc?] Crosstabulation						
Count						
		Cât de des în perioada martie-iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp, etc.) [Ai trimis mesaje jignitoare la adresa colegilor cu privire la spațiul în care locuiesc?]				Total
		Aproximativ o dată pe săptămână	De câteva ori	Niciodată	Zilnic	
Locuiesc în	Zona rurală	1	1	104	0	106
	Zona urbană	0	7	173	2	182
Total		1	8	277	2	288

Analiza datelor privind întrebarea „Cât de des în perioada Martie-Iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, Whatsapp, etc) ai trimis mesaje jignitoare la adresa colegilor cu privire la spațiul în care locuiesc?” prezintă o analiză detaliată a comportamentului elevilor din zona rurală și urbană în ceea ce privește trimiterea de mesaje jignitoare. Din cei 106 elevi care locuiesc în zona rurală, s-a constatat că un singur elev a declarat că a trimis astfel de mesaje aproximativ o dată pe săptămână, în timp ce un alt elev le-a trimis de câteva ori, iar majoritatea, respectiv 104 elevi, nu au trimis astfel de mesaje niciodată. Aceasta sugerează că comportamentul de a trimite mesaje jignitoare legate de spațiul locuitorilor este puțin răspândit în rândul elevilor din zona rurală. În ceea ce privește cei 182 de elevi din zona urbană, s-a constatat că 7 dintre aceștia au recunoscut că au trimis mesaje jignitoare de câteva ori, în timp ce 173 de elevi au afirmat că nu

au trimis astfel de mesaje niciodată. De asemenea, 2 elevi au menționat că au trimis astfel de mesaje zilnic. Această analiză relevă faptul că există un număr mai mic de elevi în zona urbană care au admis că au trimis mesaje jignitoare comparativ cu cei care nu au adoptat astfel de comportamente.

Tabelul 1.9. Relația dintre variabila în care martorul este implicat într-un caz de hărțuire cibernetică și variabila mediului de proveniență al elevilor

Locuiesc în * Cât de des în perioada martie-iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp, etc.) [Ai observat că unii colegi au recepționat informații sensibile, private sau stânjenitoare cu privire la persoana lor către alții?] Crosstabulation

Count		Cât de des în perioada martie-iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, WhatsApp, etc.) [Ai auzit/văzut că unii colegi au primit informații sensibile, private sau jenante cu privire la persoana lor către alții?]				
		Aproximativ o dată pe săptămână	De câteva ori	Niciodată	Zilnic	
Locuiesc în	Zona rurală	0	22	83	1	106
	Zona urbană	1	24	151	6	182
Total		1	46	234	7	288

Analizând datele furnizate în legătură cu întrebarea „Cât de des în perioada Martie-Iunie 2020 (pe Zoom, Google Meet, Skype, Whatsapp, etc) ai auzit/văzut că unii colegi au primit informații sensibile, private sau jenante cu privire la persoana lor către alții?”, se observă o distribuție a comportamentelor în funcție de zona de locuit a elevilor și frecvența cu care aceștia au auzit sau văzut că colegii lor au primit astfel de informații. Din cei 106 elevi care locuiesc în zona rurală, s-a constatat că 22 dintre ei au auzit sau văzut că unii colegi au primit informații sensibile de câteva ori, 83 de elevi nu au avut asemenea experiențe niciodată, iar 1 elev a menționat că s-a întâmplat zilnic. În ceea ce privește cei 182 de elevi care locuiesc în zona urbană, s-a observat că un elev a auzit sau văzut că unii colegi au primit

astfel de informații aproximativ o dată pe săptămână, 24 de elevi au avut asemenea experiențe de câteva ori, 151 de elevi nu au avut asemenea experiențe niciodată și 7 elevi au relatat că acest lucru s-a întâmplat zilnic. Analiza acestor date sugerează că majoritatea situațiilor în care colegii au primit informații sensibile, private sau jenante au fost raportate în mediul urban, unde școlarizarea se desfășoară predominant prin platforme online. Acest lucru infirmă ipoteza inițială conform căreia acest comportament ar putea fi mai pronunțat în zonele rurale.

Concluzii și recomandări

Pentru a preveni abuzul digital asupra copiilor, este necesar să asigurăm protecția comunicării online a elevilor și să îmbunătățim implicarea părinților în viața copiilor lor.

Rezultatele cercetării evidențiază următoarele:

Frecvența atacurilor de cyberbullying: Studiul dezvăluie că poziția ocupată de elevi în mediul online are un impact semnificativ asupra frecvenței cu care sunt supuși atacurilor de cyberbullying. Elevii care ocupă poziția de victimă, agresor sau martor prezintă diferențe semnificative în ceea ce privește frecvența acestor atacuri.

Influența absenței părinților: Contrar ipotezei inițiale, studiul arată că elevii cu unul sau ambii părinți plecați în străinătate nu prezintă un risc semnificativ mai mare de a fi predispuși la atacuri de cyberbullying pe platformele educaționale. Astfel, absența fizică a părinților nu pare să fie un factor determinant în acest context.

Impactul mediului de proveniență: În ceea ce privește mediul de proveniență, elevii din zona urbană par să fie mai expuși atacurilor de cyberbullying decât cei din zona rurală. Aceasta contrazice ipoteza că elevii din mediul rural ar fi mai vulnerabili la acest fenomen.

Recomandări:

Promovarea conștientizării și educației: Datele obținute arată că elevii sunt implicați în diverse roluri în ceea ce privește cyberbullying-ul. În acest sens, educația și conștientizarea trebuie să fie încurajate atât pentru elevi, cât și pentru părinți, pentru a înțelege și a preveni aceste comportamente negative.

Intervenții și suport: Școlile ar trebui să implementeze programe de prevenire a cyberbullying-ului și să ofere suport elevilor în situații dificile. Dezvoltarea de mecanisme de raportare a incidentelor și consilierea pentru elevi ar putea fi utile în gestionarea acestor probleme.

Colaborare cu părinții: Școlile ar trebui să întrețină o comunicare deschisă cu părinții, mai ales în cazul familiilor cu părinți plecați în străinătate. Implicarea activă a părinților în educația online și în monitorizarea activității online a copiilor poate contribui la creșterea gradului de siguranță.

Stimularea conștientizării în mediul rural: Deși acest studiu nu a identificat o legătură semnificativă între mediul rural și riscul de cyberbullying, este important să se continue cercetările în această direcție. Eventualele diferențe subtile pot necesita strategii de prevenire specifice pentru elevii din mediul rural.

Se recomandă ca elevii să primească instrucțiuni privind schimbarea fundalului camerei virtuale pentru a preveni cazurile de cyberbullying. În plus, elevii care împart un spațiu de studiu cu membrii familiei pot beneficia de utilizarea căștilor audio pentru a minimiza invazia spațiului personal în timpul participării la cursurile virtuale.

1. Crearea unei platforme educaționale unice în vederea predării online.
2. Dezvoltarea abilităților de comunicare asertivă.
3. Elevii să fie învățați cum să schimbe backgroundul camerei virtuale în vederea eliminării oricărui act de Cyberbullying, de asemenea, considerăm că elevii care împart camera de studiu cu alți membrii de familie ar fi necesar să dispună de căști audio, astfel încât aceștia să poată participa la cursuri fără să fie frustrați că se aude în clasa virtuală ceea ce se întâmplă acasă.

Referințe bibliografice

1. Runcan R. Conflict Solution in Cyberbullying. În: Revista de Asistență Socială, 2020, Nr.2, pp.45-57.
2. Zaffaroni L.G., Cino D., Thiel K. & Lampert C. Drivers of cyberbullying and cybervictimization during the COVID-19 pandemic. In: Findings from an online survey during the first lockdown. Media Education, 2022, No 13(2), pp.65-77.
3. Ispas C. & Ispas, A.M.E. Perceptions and Challenges Regarding Cyberbullying during the Covid-19 Pandemic. In: Educația, 2021, No 21(21), pp.159-167.
4. Barlett C.P., Simmers M.M., Roth B. & Gentile D. Comparing cyberbullying prevalence and process before and during the COVID-19 pandemic. In: The journal of social psychology, 2021, No 161(4), pp.408-418.
5. Zăvoianu E.A. & Pânișoară I.O. Teachers' Perception of the Phenomenon of Cyberbullying during the COVID-19 Pandemic. In: LUMEN Proceedings, 2021, No 17, pp.737-743.

6. Alhujaili A., Karwowski W., Wan T.T. & Hancock P. Affective and stress consequences of cyberbullying. In: *Symmetry*, 2020, No 12(9), p.1536.
7. Schenk A.M. Psychological impact of cyberbully victimization among college students. West Virginia University, 2011.
8. Campbell M.A., Slee P.T., Spears B.A., Butler D.A. & Kift S. Do cyberbullies suffer too? Cyberbullies' perceptions of the harm they cause to others and to their own mental health. In: *School Psychology Internațional*, 2013, No 34, pp.613-629.
9. Foody M., Samara M. & Carlbring P. A review of cyberbullying and suggestions for online psychological therapy. In: *Internet Interventions*, 2015, No 2, pp.235-242.
10. Garaigordobil M. Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. In: *Internațional journal of psychology and psychological therapy*, 2011, No 11, pp.233-254.
11. Pingault J. & Schoeler T. Assessing the consequences of cyberbullying on mental health. In: *Nature Human Behaviour*, 2017, No 1, pp.775-777.
12. Grigore A.-N. *Violența în context educațional. Forme actuale*. Iași: Ed. Universității „Alexandru Ioan Cuza”, 2016.
13. Willard N. *Electronic Bullying and Cyber Threats: Responding to the Challenge of Online Social Cruelty, Threats, and Distress*. London: Center for Safe and Responsible Internet Use, 2006.
14. Slonje R. & Smith P.K. Cyberbullying: another main type of bullying? In: *Scandinavian journal of psychology*, 2008, Vol. 49, No 2, pp.147-54.
15. Whittaker E. & Kowalski, R.M. Cyberbullying Via Social Media. In: *Journal of School Violence*, 2015, No 14, pp.11-29.
16. Dehue F., Bolman C.A. & Völlink, T. Cyberbullying: Youngsters' Experiences and Parental Perception. In: *Cyberpsychology & behavior: the impact of the Internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 2008, Vol. 11, No 2, pp.217-23.
17. Kowalski R.M., Morgan, C.A. & Limber, S.P. Traditional bullying as a potential warning sign of cyberbullying. In: *School Psychology Internațional*, 2012, No 33, pp.505-519.
18. Sticca F. & Perren S. Is Cyberbullying Worse than Traditional Bullying? Examining the Differential Roles of Medium, Publicity, and Anonymity for the Perceived Severity of Bullying. In: *Journal of Youth and Adolescence*, 2013, No 42, pp.739-750.
19. Waasdorp T.E. & Bradshaw C.P. The overlap between cyberbullying and traditional bullying. In: *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 2015, Vol. 56, No 5, pp.483-8.
20. Erdur-Baker Ö. Cyberbullying and its correlation to traditional bullying,

gender and frequent and risky usage of internet-mediated communication tools. In: *New Media & Society*, 2010, No 12, pp.109-125.

21. Kerlinger F.N. *Foundations of behavioral research*. New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1964.
22. Chelcea S. *Metodologia cercetării sociologice: metode cantitative și calitative*. București: Editura Economică, 2001.

UNELE ASPECTE PRIVIND PROMOVAREA TOLERANȚEI ÎNTR-O SOCIETATE MULTICULTURALĂ

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

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

ORCID: 0000-0003-4065-3463

SOME ASPECTS ON PROMOTING TOLERANCE IN A MULTICULTURAL SOCIETY

The globalization process, which originally dominated only the economic sphere, subsequently led to profound social, political and cultural transformations, having a significant impact on culture and identity. In this context, tolerance is becoming a fundamental source of the peaceful coexistence of multi-ethnic and multicultural societies, facilitating cooperation and avoiding confrontations/ conflicts of values and norms. In this study, we propose to define the concept of tolerance, to elucidate the importance of promoting tolerance and education for tolerance in the context of the diversity in the contemporary world. Otherwise, tolerance stops violent extremism and genocide, provides prosperity and equal opportunities for the development of cultures, helps us to organize and maintain a constructive intercultural dialog.

Procesul de globalizare, care inițial a dominat doar sfera economică, ulterior a determinat profunde transformări economice, sociale, politice și culturale, influențând relațiile interetnice și interconfesionale. În acest context, *toleranța* a devenit o sursă fundamentală a conviețuirii pașnice

într-o societate multiculturală, facilitând cooperarea și evitarea nu doar a confruntărilor, dar și a conflictelor de valori și norme.

Cuvântul *toleranță* are o vechime mare în limbă, frecvent fiind utilizat în discursurile filosofilor antici privind realitățile sociale:

- ✓ Aristotel, fondatorul școlii peripatetice, susținea: „*Toleranța* și apatia sunt ultimele virtuți ale unei societăți muribunde”;
- ✓ Libanius, sofist și retor elin, afirma: „*Toleranța* permite guvernanților să obțină coeziunea tuturor în sânul unei societăți, în care există două definiții ale omului și ale cetății/orașului”;
- ✓ Cicero, savant și scriitor roman, semnala: „Nimic nu este mai atrăgător la om decât curtoazia, răbdarea și *toleranța* lui”;
- ✓ Seneca, filosof stoic roman, conchidea: „Fii îngăduitor, căci toți avem trebuință de iertare”.

În perioada medievală, viața socio-politică era ghidată de reguli incompatibile toleranței. Abia după războaiele religioase din sec. XVI, când era cert că intoleranța a devenit o sursă a violenței, chemările la toleranță au devenit frecvente și presupuneau interzicerea persecuțiilor. Semnalăm cele mai importante realizări la acest capitol pentru acea perioadă:

- ✓ Începând cu 1526, Erasmus din Rotterdam, personalitate marcantă a Renașterii și Reformei, promovează o *toleranță* provizorie, dar legală, cu sancționarea imediată a principalelor abuzuri ale Bisericii. El aspira să reducă dogma la un mic număr de articole și să lase restul la libera alegere [1].
- ✓ John Locke, filosof și om politic englez, pleda în favoarea ideii de toleranță atât în sfera politică, cât și în cea religioasă, ideile sale fiind expuse în lucrarea „Scrisoare despre toleranță”.
- ✓ În lucrarea „Tratat despre toleranță”, Voltaire analiza efectele teribile ale intoleranței religioase asupra societății, pornind de la cazul celebru al familiei Callas. Scriitorul și filosoful renescentist susținea: „Ce este toleranța? Apanajul umanității. Cu toții suntem caracterizați de slăbiciuni și erori; să ne iertăm reciproc pentru acest lucru – aceasta este cea dintâi lege a naturii.” Autorul conchidea că discordia este marele rău al speciei umane, iar *toleranța* este singurul leac și a ne ierta reciproc este prima lege a naturii [5].
- ✓ Victor Hugo, scriitor și om politic francez, promotorul ideilor liberale, susținea că *toleranța* este singura flacără care poate lumina înăuntrul unui suflet mare.

În epoca contemporană, conceptul de *toleranță* exprimă o atitudine îngăduitoare, indulgentă față de reprezentanții altui mediu etnic, cultural, lingvistic, religios etc. Ori, toleranța este prețul pe care îl plătim pentru o societate liberă și pluralistă, susținea senatorul american Robert Casey.

Pentru a stimula și promova *toleranța* pentru diversitate în numele democrației, Statele Membre ale ONU pentru Educație, Știință și Cultură, reunite la Paris, în perioada 25 octombrie - 16 noiembrie 1995, au adoptat „Declarația principiilor toleranței”, menționând: „Toleranța este respectul, acceptarea și aprecierea bogăției și diversității culturilor lumii noastre, felurilor noastre de expresie și manierelor de exprimare a calității noastre de ființe umane.” În cadrul Conferinței generale, ziua de 16 noiembrie a fost proclamată *Ziua Internațională a Toleranței*, ulterior fiind marcată prin organizarea unor acțiuni și evenimente de promovare a dialogului constructiv între culturi.

În condițiile sociale actuale, tot mai frecvent se discută, în contradicțoriu, statutul, natura și limita *toleranței*, ori noile realități socioculturale și politice ne demonstrează că tendința de absolutizare a toleranței nu este eficientă în depășirea situațiilor conflictuale sau construirea unui dialog productiv.

Potrivit filosofului irlandez Edmund Burke, există o limită în care *toleranța* încetează să mai fie o virtute. Ori, a fi tolerant nu înseamnă a face compromisuri, a încuraja lipsa de educație interculturală, a judeca fapte și valori pe care nu le putem conștientiza, deoarece nu am încercat să le cunoaștem. Potrivit „Declarației principiilor toleranței” (16 noiembrie 1995), „a practica toleranța nu înseamnă a tolera nedreptatea socială, a renunța la propriile convingeri, a face concesii în această privință; ea semnifică acceptarea faptului că ființele umane, care se caracterizează prin diversitatea aspectului fizic, prin situația lor, felul de exprimare, comportament și prin valorile împărtășite, au dreptul de a trăi în pace și de a fi cele care sunt” [1].

Din această perspectivă, conceptul de *toleranță echilibrată* presupune depășirea opiniei de exclusivitate și superioritate în raport cu celălalt, susținerea unui mod de gândire tolerant și echilibrat, respectarea normelor de conviețuire socială prin atitudini și comportamente pozitive.

Persoanele cu un mod de gândire dogmatic și rigid, care operează cu teze subiective, acceptate necritic, nu pot admite ideea de toleranță. Doar un mod de gândire echilibrat, determinat de capacitatea de autocontrol și

o stabilitate emoțională vor înlesni menținerea unui climat sociocultural favorabil, tolerant.

A fi tolerant înseamnă a dezaproba intoleranța, dogmatismul sau absolutismul, indiferența sau iresponsabilitatea. Filosoful englez Karl Popper susține: „trebuie să cerem în numele toleranței, dreptul de a nu tolera intoleranța”. Tolerant te face receptivitatea față de tot ce este nou și deosebit, bunele practici în domeniul sociocultural, mobilitatea și schimbul de experiență. Pe această linie de idei, Benjamin Disraeli, politician britanic, susține: „Călătoriile, la fel, învață toleranță”.

Așadar, *toleranța echilibrată* devine un antidot al intoleranței, un prim pas în realizarea unui dialog constructiv, de succes și este împărtășită de persoanele care conștientizează inevitabilitatea schimbărilor profunde în evoluția societății. *Toleranța echilibrată* nu presupune acceptarea pasivă a „celuilalt”, ci crearea de premise de colaborare și finalități concrete.

Toleranța trebuie să fie promovată și învățată. Dalai Lama, liderul spiritual al budismului tibetan, susține: „Când înveți să fii tolerant, dușmanul tău îți este cel mai bun profesor”. Ori, *toleranța* ne poate ajuta să devenim liberi de stereotipuri și prejudecăți, să-i facem pe oameni să se accepte reciproc, să se dezică de ostilitate și pizmă. Semnificative în acest context sunt cuvintele lui Abraham Lincoln, al șaisprezecelea președinte al Statelor Unite ale Americii: „Nu știu să am dușmani, pentru că pe toți i-am distrus, făcându-mi-i prieteni, prin iertare!”

Oficial, *educația pentru toleranță* a fost lansată de UNESCO ca răspuns la conflictele etnico-culturale, devenind un imperativ al lumii contemporane. Conform Constituției UNESCO, principiile fundamentale, care trebuie respectate în *educația pentru toleranță*, sunt nediscriminarea, egalitatea de șanse, tratamentul, accesul universal la educație și solidaritatea. În acest context, orientările contemporane ale tinerilor sunt determinate de valorile cu care se intră în contact, de capacitatea de a le conștientiza și tolera, de a deveni loiali.

Educația pentru toleranță este mijlocul cel mai eficient de prevenire a intoleranței. Bariere în educația pentru toleranță pot deveni următorii factori: discriminarea, șocul cultural, diferențele lingvistice, interpretarea greșită a limbajului nonverbal și paraverbal, etnocentrismul pluralismul religios, stereotipurile și prejudecățile, fanatismul, intimidarea etc.

În acest context, doar edificarea unui mediu tolerant va contribui la depășirea acestor bariere. Acțiunile ce urmează a fi realizate sunt: însușirea limbilor străine (pentru a fi posibil dialogul cu persoane ce aparțin altor spații culturale și lingvistice), introducerea în instituțiile de învățământ a disciplinelor *Comunicarea interculturală* sau *Educația interculturală* (pentru ai familiariza pe tineri cu diferențele culturale și provocările lumii contemporane), organizarea evenimentelor culturale și științifice internaționale, care ar facilita comunicarea dintre membrii diferitelor culturi, promovarea și monitorizarea mobilității tinerilor în domeniul educațional.

Așadar, conviețuirea pașnică a persoanelor ce aparțin diferitor medii culturale necesită un *mediu tolerant*. Pentru a-l crea este necesar să susținem educația pentru toleranță, să promovăm principiul gândirii tolerante, să acceptăm dreptul celuilalt de a avea propriul sistem de valori și credințe, să educăm abilități în materie de gestionare a conflictelor etnico-culturale. Ori, *toleranța pentru diversitate* poate asigura estomparea extremismului violent și a genocidului cultural, oferind membrilor diferitelor culturi oportunități și șanse egale, contribuind la organizarea și menținerea unui dialog intercultural constructiv.

Referințe bibliografice

1. Declaration of Principles on Tolerance, 16 November 1995, p.3.
2. Scheau, I. *Filosofia educației*. Cluj-Napoca: Editura Eikon, 2014, p.56.
3. Spînu, S. Criza valorilor europene în rândul tinerilor din Republica Moldova. În: *Administrarea Publică*. Chișinău, 2016, nr. 4, p.114.
4. Trousson, R. *Istoria gândirii libere de la origini până la 1789*. Iași: Polirom, 1997, p.55.
5. Voltaire. *Tratat despre toleranță*. București: Editura Herald, 2016, p.56.

ASISTENȚA MEDICALĂ ÎN INCINTA INSTANȚELOR DE JUDECATĂ DIN R.MOLDOVA - O NECESITATE STRINGENTĂ A SISTEMULUI JUDICIAR CONTEMPORAN

Zinaida Lupașcu, doctor în drept, conf. univ.

Facultatea Construcții Geodezie și Cadastru, Departament IDEI,
Program DREPT

Universitatea Tehnică a Moldovei, Chișinău, R. Moldova

lupascuzinaida135@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-3867-197X

MEDICAL ASSISTANCE IN THE COURTROOMS OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA - A PIVOTAL NECESSITY OF THE CONTEMPORARY JUDICIAL SYSTEM

Identifying the development trends and perspectives of the complex content of the law related to health protection and medical aid granted to litigants and employees in the courts of the Republic of Moldova. The relationship between legal and ethical aspects in the provision of health protection and quality medical aid in the judicial system. The importance of the relationship between constitutional, legal, and ethical aspects in medical practice regarding the medical aid given to litigants and employees in the courts of the Republic of Moldova.

Se susține, că dreptul la existență fizică și dreptul la protecția sănătății și la îngrijire medicală sunt în relație directă. Ele au în comun principiile bioeticii și ale eticii medicale incluse în conținutul lor [13, p.82].

Prezența medicilor într-o instanță de judecată poate fi întâlnită în câteva situații diferite, și anume:

1) ca martor, expert pentru susținerea unei opinii medicale deja expusă printr-o expertiză medico-legală sau pentru explicarea (descifrarea) unei stări medicale a unei părți sau a unui martor, atât în litigiile civile, cât și pe dosare penale [5, art.132, 154; 7, art. 88];

2) în calitate de pârât în acțiunea civilă, în urma condamnării definitive de malpraxis (neglijență medicală) în dosar penal [5, art. 59; 60; 6, art.213];

3) în calitate de inculpat într-un dosar penal pentru săvârșirea unei infracțiuni nelegate de activitatea profesională de medic;

4) ca un profesionist medical, dar care dobândește o diplomă în drept, și dorește să urmeze o practică (activitate) de avocat [14, p.238–282].

Dar poate fi prezent, după părerea noastră, și ca angajat în instanțele de judecată din R.Moldova, având misiunea de ocrotirea sănătății și a acorda ajutorul medical justițiabililor și angajaților din aceste instituții de stat.

Litițiile civile, dosarele penale fie simple sau de rezonanță, pe lângă sarcina importantă de a fi judecate corect și de a aplica corect legea, cât și rezultatul examinării lor, au și un impact negativ, atât față de participanții la proces - inculpat, partea vătămată, martor, judecătorul, procurorul sau avocatul, cât și asistența din sala de judecată.

Indiferent de ce profesii dețin, toți sunt oameni cu niște caracteristici fiziologice, cum ar fi: impresionabilitatea și sensibilitatea ridicată, interiorizare intensivă, exprimată prin percepție și trăire, a circumstanțelor activității profesionale, care la un anumit moment pot să nu țină piept programului sau impactului psihologic.

Practica judiciară demonstrează, că pe parcursul examinării dosarelor penale, de multe ori, se întâmplă incidente de orice fel.

Când unuia din participanții la procesul judiciar i se face rău în ședința de judecată, fie partea pe dosar în litițiile civile, fie partea vătămată, inculpatul, acuzatul sau membrii familiei acestora, martorul sau alt participant la proces pe cauze penale, este chemată salvarea, Serviciul de urgență, deoarece nu există vreun specialist care le-ar acorda asistență medicală calificată.

Un caz de speță, când unchiul îl învinuiește pe nepot, care este feciorul surorii sale, de săvârșirea infracțiunii de huliganism, art.287 Cod penal R.Moldova [6, art.287] (tragerea unei palme), iar completul Colegiul penal al Curții de Apel Chișinău care îi decide soarta, îl condamnă la 3 ani de privațiune de libertate. În timpul pronunțării Sentinței de către Completul de judecată, tatăl acuzatului a căzut pe podea având un infarct și, cu regret, până seara a decedat, deoarece salvarea a rămas blocată în ambuteiajul din trafic și nu a avut posibilitatea de a acorda ajutor medical la timp.

Dar dacă în incinta Curții de Apel Chișinău ar fi existat un punct medical unde era angajat un medic de specialitate pentru acordarea primului ajutor medical calificat, tatăl inculpatului ar fi fost viu și acum.

Următoarea categorie din subiecții care ar putea beneficia de ocrotirea sănătății și ajutorului medical calificat în sistemul judiciar moldav ar putea fi victima.

Victima, care a fost afectată din cauza săvârșirii infracțiunii și adăugându-se retrăirile anterioare, încordarea psiho-emoțională și emoțiile negative provocate de prezența inculpatului ar putea duce la situații de risc, care acționează negativ asupra sănătății acesteia.

Cazuri similare care pot duce la situații imprevizibile se pot întâmpla și la examinarea cauzelor civile complicate și scandaloase, mai cu seamă litigiile civile ce decurg din dreptul familiei cu privire la desfacerea căsătoriei, partajarea averii sau stabilirea domiciliu copiilor minori.

În rezultatul surplusului de emoții negative care au fost adunate pe parcursul examinării litigiului civil, cât și stresul acumulat în cadrul ședințelor de judecată, pot duce la o situație similară celui descris supra.

Un subiect aparte la examinarea dosarelor în sistemul judiciar moldav este și situația copiilor care sunt implicați și practic hărțuiți de părinți în favoarea cărora să deie depoziții.

Copiii în această situație sunt într-o situație cu impact emoțional înalt [11].

De aceea, existența unui centru medical în incinta instanțelor de judecată ar fi nu numai un lucru bun, dar și foarte benefic, reieșind din interesul superior al copilului, fapt reglementat atât de normele legale din Republica Moldova [9; 10; 11], cât și de legislația internațională [1; 2; 3].

Cu atât mai mult, că exista un șir de norme, atât din punct de vedere juridic, cât și medical, care ar permite activitatea unui centru medical în incinta instanțelor de judecată.

Principalele acte care ar influența pozitiv decizia judecătorului, reieșind din interesul superior al copilului, în aceste dosare sunt - expertiza psihi-co-didactică emisă de *Centrul Republican de Asistență Psihopedagogică* [18], și avizul *Direcției Generale Asistență Socială și Protecție a Familiei* [19] de sector. Dar acestea sunt doar niște înscrisuri, unde sunt înșirate pe hîrtie concluziile experților din domeniul.

Totodată nu uităm faptul, că factorul emoțional, mai ales în instanță, prevalează și chiar este în surplus. În acest caz, putem să ne dăm cu părerea, că mai poate fi de ajutor și angajatul Ministerului Sănătății, care ar putea să amelioreze atacul de panică sau manifestările declanșate ca rezultat a unei depresii profunde a copilului în timpul sau după ședința de judecată, unde a participat și a fost audiat.

Astfel de comportament se observă și în dosarele și mai ales cele referitor la violența în familie, unde prealabil a fost necesat ajutorul specialiști-

lor din cadrul *Centrului de asistență și consiliere pentru agresorii familiari* [20], care conlucrează cu Inspectoratele de poliție pe aceste cazuri.

Nu putem să trecem cu vederea nici starea sănătății angajaților propriu ziși ai instituțiilor judiciare ,inclusiv a instanțelor de judecată de fond,apel și Curtea Supremă de Justiție.

Pe lângă numărul extrem de mare de dosare care urmează a fi examinate în termeni legali și ședințele de judecată de la 9:00 până la 18:00 fără întrerupere, există un șir de factori interni și externi,și anume , responsabilitatea excesivă în îndeplinirea tuturor sarcinilor , planificarea ineficientă prezentă din cauza volumul foarte mare de muncă,care necesită suprasolicitarea și prelungirea programului de lucru etc., duc inevitabil la o epuizare profesională a magistratului, angajat din sistemul judiciar contemporan.

În acest caz, fără doar și poate, *Sindromul Burnout*, sindromul arderii profesionale, poate să fie prezent la fiecare magistrat, consultant sau grețier(ă).

În opinia psihologului american Christina Maslach “*epuizarea profesională este acel sindrom de epuizare fizică sau/și emoțională, care ar implica la profesionist o dezvoltare a unui autorespect negativ sau/și a unei atitudini profesionale depreciative, care pot duce la pierderea implicării și a unor sentimente pozitive*” [12, p.15-22].

Din cele expuse supra ,putem afirma, că epuizarea profesională este nu numai un rezultat al stresului cronic, condiționat de timpul de muncă extenuant, dar și al acelei trăiri, percepute la locul de muncă referitor la sentimentul, că ar exista o oarecare disproporție între posibilitățile tale individuale șiacea realitatea a condițiilor de muncă la care ești expus.

De aici concluzionăm, că și acel judecător care este epuizat de emoții negative, stres, muncă supraplan,mediu cu presiune permanentă, presiuni de timp nerezonabile, este și el cetățean al acestei țări, care are pe lângă obligații și un și de drepturi, și anume dreptul la ocrotirea sănătății [9; 10].

Un alt subiect,nu mai puțin important ,este și cel al deținuților care fiind etapați cu excorta de la penitențiere pot să facă o tentativă de suicid .Sau ,din cauza lipsei de asistență medicală specializată și calificată și în instituțiile penitenciare există situații de risc referitoare la ocrotirea sănătății și acordarea ajutorului medical [16] care se află acum pe rol la Curtea Europeană a drepturilor omului,și deasemenea pot duce la final tragic [17].

Deși au fost implementate și efectuate un șir de schimbări benefice în instituțiile penitenciare, totuși este foarte mult de lucru referitor la sistemul

medical care nu este nici licențiat [8]. De asemenea lipsește contingentul medical necesar cu cele specifice acestui gen de activitate, inclusiv psihiatri și psihologi.

Reiterez, că de multe ori, când sunt etapați din instituțiile penitenciare în instanță de judecată, mașina de escortă deseori este supra aglomerată, atunci există riscul real ca învinutului să i se facă rău până la ședința de judecată sau după ședința de judecată.

Mai mult decât atât, neacordarea la timp a unui serviciu medical competent poate duce la traume ale sănătății și încălcarea drepturilor omului referitor la ocrotirea sănătății și ajutorului medical calificat conform legislației în vigoare naționale și internaționale.

Ar fi binevenită, în instanțele mari, cum sunt Curțile de Apel, CSJ ca să existe chiar un centru medical compus din cel puțin doi medici calificați.

Un paragraf în plus în reforma sistemul judiciar referitor la asistența medicală în incinta instanțelor judiciare ar fi un punct forte, atât pentru justițiabili, pentru angajații instanțelor de judecată, cât și colaboratorii celorlalte instituții care sunt implicați în desfășurarea justiției în R.Moldova.

Astfel, putem **concluziona**, că dreptul cu privire la ocrotirea sănătății și a ajutorului medical acordat justițiabililor și angajaților din instanțele de judecată din R.Moldova se află într-o relație sistemică cu un șir de drepturi subiective, iar calitatea de punere în aplicare a acestora sunt influențate atât de criteriile legale, cât și de cele etice, care ar determina fundamentele activității legale și medicale.

De asemenea, o importanță indiscutabilă reprezintă impactul asupra corpului uman al mijloacelor inovatoare utilizate pentru ocrotirea sănătății și a ajutorului medical acordat justițiabililor și angajaților din instanțele de judecată, ale căror consecințe nu sunt pe deplin înțelese și reprezintă o amenințare pentru sănătatea fizică și psihică a unei persoane, și pot cauza o serie de prejudicii ireparabile fundamentele din punct de vedere spiritual, etic și social ale societății, ale statului, cât și ale umanității luată în ansamblu.

Prin urmare, putem reitera, că asistența medicală de calitate acordat justițiabililor și angajaților din instanțele de judecată din R.Moldova, fiind luată în considerație ca *lege ferenda*, ar trebui să îndeplinească un șir de criteriile de promptitudine și accesibilitate, iar îndeplinirea acestora ar urma a fi efectuate în conformitate, atât cu cerințele legale, cât și cu cele morale și etice.

Referințe bibliografice

1. Declarația Universală a Drepturilor Omului, adoptată la New York la 10.12.1948 (ratificată prin Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova nr.217-XII din 27.07.1990). În: *Tratate internaționale la care Republica Moldova este parte (1990-1998)*. Ediție oficială. Vol.1. Chișinău, 1998, pp.11-18.
2. Convenția Europeană pentru protecția Drepturilor și Libertăților Fundamentale ale Omului, Roma, 04.11.1950.
3. Convenția cu privire la Drepturile Copilului, Adunarea Generală a Națiunilor Unite din 20 Noiembrie 1989.
4. Constituția Republicii Moldova, din 29.07.1994. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 1994, nr.1.
5. Codul de procedură civilă al RM din 30.05.2003, nr. 225. În: *Monitorul Oficial*, 2018, Nr. 285-294, art. 436 cu modificările și completările ulterioare.
6. Codul penal al R. Moldova Nr. 985 din 18-04-2002. În: *Monitorul Oficial*, 2009, Nr. 72-74 art. 195.
7. Codul de procedură penală al Republicii Moldova din 14-03-2003, Nr. 122. În: *Monitorul Oficial*, 2013, Nr. 248-251 art. 699.
8. Legea sistemului penitenciar nr. 1036 din 1996. În: *Monitorul Oficial*, 2008, Nr. 57-60 art. 187cu modificările și completările ulterioare.
9. Legea protecției sănătății nr.411-XIII din 28 martie 1995. În: *Monitorul Oficial*, 1995, Nr. 34 art. 373.
10. Legea 10/2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2009, Nr. 67.
11. Legea nr. 140/2013 privind protecția specială a copiilor aflați în situație de risc și a copiilor separați de părinți.
12. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout. In: *Annual Review of Psychology*, 2001.
13. Певцова Н.С. Взаимосвязь права на физическую неприкосновенность с правом на охрану здоровья и медицинскую помощь: конституционно-правовые и этические аспекты. In: *Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова. Москва, 2006, № 3, с.82.*
14. Kannan K. Doctors in Court, Pages 239–283. În: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198082880.003.0005> (accesat: 18.08.23).
15. Studiu de evaluare a politicilor naționale în domeniul malpraxisului medical și asigurarea respectării drepturilor pacienților în Republica Moldova. În: <https://idom.md/wp-content/uploads/2019/05/STUDIUL-MALPRAXIS-MEDICAL-1.pdf> (accesat: 13.07.23).
16. În: <https://unimedia.info/ro/news/bae3522f72a0a80d/cazul-omului-de-afaceri-serghei-cosovan-a-ajuns-si-la-comitetul-de-ministri-al-consiliului-europei>

decizia-adoptata-implica-si-guvernul-rm-ce-masuri-va-trebuie-sa-intreprinda.html (accesat: 18.08.23).

17. Case of Cosovan v. The Republic of Moldova (Application no. 13472/18). În: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-216352%22%7D> (accesat:15.06.23).
18. Hotărîrea de Guvern Nr. 732din 16-09-2013 Cu privire la Centrul Republican de Asistență Psihopedagogică și Serviciul raional/municipal de asistență psihopedagogică, Publicat: 20-09-2013 în Monitorul Oficial Nr. 206-211 art. 823. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=22066&lang=ro (accesat:15.06.23).
19. Direcția Generalăde Asistență Socială și Protecție a Familiei. În: <https://www.anas.md/despre-anas/date-de-contact/> (accesat: 10.05.23).
20. Hotărîre de Guvern nr.496 din 30-06-2014, Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a Centrului de Asistență și Consiliere pentru Agresorii Familiali în Monitorul Oficial Nr. 174-177 art. 535. În: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=111917&lang=ro (accesat:15.06.23).

LEGAL ASPECTS OF SURROGATE MOTHERHOOD IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

Igor Arseni, Dr. of Law, Associate Professor
Comrat State University, Comrat, Republic of Moldova
igorarseni1987@gmail.com

Sergey Zaharia, Dr., Associate Professor
Comrat State University, Comrat, Republic of Moldova
skzaharia@mail.ru

ASPECTE JURIDICE ALE MATERNITAȚII SUROGAT ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Dorința de a avea copii este una dintre nevoile esențiale ale majorității oamenilor. Această nevoie este una dintre proprietățile sociale și psihologice ale unei persoane, care întâmpină anumite dificultăți în realizarea de sine fără prezența copiilor. Ca orice sferă a vieții publice, maternitatea surogat trebuie reglementată prin lege. Acest lucru se datorează faptului că relațiile de familie capătă întotdeauna caracterul de relații semnificative din punct de vedere social. În plus, problema demografiei în Republica

Moldova este o problemă de stat. Inseminarea artificială, și anume maternitatea de substituție gestațională, a devenit una dintre modalitățile de rezolvare a problemelor demografice în prezent. Cu toate acestea, actualmente practica de implementare a legislației privind mama surogat indică existența numeroaselor lacune. La nivel legislativ, interesele unui copil născut ale mamei surogat și cele ale părinților biologici, nu sunt protejate.

The birth of a child is an important event in the life of every family. But, unfortunately, not everyone is given the opportunity to experience the joy of fatherhood and motherhood, which is sometimes associated with a deterioration in reproductive health. In such cases, sometimes they resort to reproductive technologies [1].

Surrogate motherhood has been known since ancient times. For example, in ancient Rome, men gave their wives to foreign couples, in which the wife was barren, for the birth of a child. A child born to a hired mother was considered the legitimate child of an infertile couple [7]. Consequently, already in ancient times, people partially solved the issues of infertility.

Thanks to the rapid progress of medical science and the use of scientific achievements in medical practice around the world, research and experience in the field of medicine and medical law has greatly expanded the possibilities of overcoming infertility. The solution to the problem of having children for women and men diagnosed with infertility is possible at the legislative level.

Now in the Republic of Moldova, the use of the “surrogate motherhood” program is in demand. However, this method of the birth of a child causes a significant number of different conflicting opinions. At present, the attitude towards surrogate motherhood, both from a legal and moral point of view, is completely ambiguous. Some believe that this is a chance for those families who are unable to give birth to their own child, to become parents. Others, on the contrary, believe that surrogacy turns children into a commodity, and motherhood into a paid job.

The attitude in different countries to this type of contract is also ambiguous. In France, surrogacy is prohibited because it is contrary to the legal provision “On the inalienability of the human body” and the legislation on adoption. And in Israel, on the contrary, surrogate motherhood is widely developed and applied [3].

In the Republic of Moldova, there are no special normative legal acts

regulating the legal relations arising between the participants of “surrogate motherhood”.

The Republic of Moldova has the Law “On Reproductive Health” No. 138 dated June 15, 2012[6] In paragraph h) part (9) of Art. 9 of this law, the use of such assisted reproductive technologies as “donation of sperm, eggs, embryos” is allowed. However, at the moment, surrogate motherhood is prohibited in the Republic of Moldova. Moreover, in December 2013, Article 165 “Trafficking in Human Beings” was amended in the Criminal Code [14]. Now there is a paragraph that reads as follows “and also the use of a woman as a surrogate mother, committed by: b) deception; c) abuse of position of vulnerability or abuse of power, giving or accepting payments or benefits in order to obtain the consent of a person who controls another person.” Again, a legal conflict, this point can be considered in two ways. That is, if someone manages to prove that surrogate motherhood was not used to extract financial benefits by the surrogate mother, then perhaps there will be no punishment. According to the law, it is precisely the receipt of benefits from surrogate motherhood that is prohibited, and if one sister bears a child for another sister, if a mother bears a child for her daughter or for her son, then it turns out that this is permissible.

Surrogacy is prohibited by law in Austria, Germany, Norway, Sweden, France, and some states of America. In countries such as Australia, Great Britain, Denmark, Iceland, Canada, the Netherlands, surrogacy is allowed only on a gratuitous basis. Surrogate mothers receive health insurance, maternity benefits, but do not receive financial compensation from biological parents, at least not officially. Surrogate motherhood is allowed in most states of America, in South Africa, in India, in Russia, in Georgia, in Ukraine, in Israel. For example, in Israel, a woman applicant for a surrogate mother, in addition to being chosen by her parents, is chosen by psychologists. Social workers work with her, she is being prepared for this unusual motherhood. When there is confirmation that a woman has become pregnant through IVF, she is gradually prepared for the fact that she will give this child away. From the moment of conception to the moment of birth, the child does not belong to either the biological parents or the surrogate mother, it belongs to certain social services. If we are talking about monetary compensation, then the parents initially put the money into a certain account, only a social worker has access to this account, and only he will be able to transfer the amount to the account of the mother who

carried it out in the future. If this woman has her own children, then the biological parents are warned that they will pay not only the fee, but also money for the maintenance of children, for food, etc.

Despite the fact that surrogate motherhood is developing and in demand in our country, neither the Civil Code of the Republic of Moldova [4], nor the Family Code of the Republic of Moldova [11] has an exact definition of this method of assisted reproductive technologies. There is also no definition of a surrogate mother in our legislation, which, in our opinion, is unacceptable. At this stage of the development of the regulatory framework, there is no legally fixed definition of surrogate motherhood.

For example, in contrast to the Republic of Moldova, the term “surrogate motherhood” has received legislative consolidation in paragraph 9 of Art. 55 of the Federal Law of November 21, 2011 No. 323-FZ “On the Fundamentals of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation”⁵, where it is defined as the bearing and birth of a child (including premature birth) under an agreement concluded between a surrogate mother (a woman carrying fetus after transfer of a donor embryo) and potential parents whose germ cells were used for fertilization, or a single woman for whom the bearing and birth of a child is impossible for medical reasons [15].

Basically, there are two types of surrogate motherhood:

- “*traditional*” - kinship at the biological level between a woman carrying a child for another couple, and this child. It involves conception using the genetic material of the father and the egg of a surrogate mother. It is important to note here that in this case, the woman who carries the child is his biological mother.

- “*gestational*” - there is no connection at the genetic level between the surrogate mother and the child. She simply carries the embryo of the biological parents of the customers. The fertilized egg of the parents is injected into the uterus of the surrogate mother. This method is preferred among couples, because it allows you to have a 100% genetic connection with the child.

The shortcomings in the field of legal regulation of surrogate motherhood include the problem that arises in connection with the status and influence of the nasciturus, which is the child carried by the surrogate mother, on the hereditary rights of the surrogate mother and her relatives, as well as third parties. Being genetically not her child, and also given that

the surrogate mother wants to transfer him to potential parents after the birth, it will not be possible to proceed with the division of property before his birth [10]. Also, the issue of the possibility of inheritance by an unborn child after his potential parents, who, for one reason or another, may die before his birth, has not been resolved. This gap negatively affects the rights and legitimate interests of the child.

The absence of legal norms that would regulate these issues can be explained to some extent by the fact that the legislator recognizes a legally surrogate mother as the mother of a child, because it is on her decision that it depends who will raise and educate the born child - she or potential parents. It is worth noting that the term "potential parents" itself indicates the status of these persons, they will not become parents if the surrogate mother does not give her consent to register the child in the registry office. In many countries where surrogate motherhood is allowed, the legislator initially recognizes potential parents as parents, and the surrogate mother has no legal grounds to keep the child, which is possible in the realities of Moldovan law. The existence of such an opportunity is justified by the fact that during pregnancy a certain psychological connection may arise between the surrogate mother and the child, forcing the surrogate mother to transfer the child will become a serious trauma, both for her and for the newborn [8].

Nevertheless, it is important to note that the goal of surrogate motherhood is the treatment of infertility, and by establishing the right of a surrogate mother to keep the child, this goal may not be achieved, then this ART method can be considered meaningless.

Many other issues that people who wish to participate in the surrogacy program have not been resolved. The concept, subject and content of the surrogacy contract are not disclosed by law, its legal nature is not defined, and the consequences of its non-fulfillment are not fixed.

A number of researchers refer the surrogacy contract to civil contracts, others to family contracts, and still others to a special type of contract at the intersection of family and civil law. There is an opinion according to which this contract should be considered null and void. Supporters of this position argue that in fact the subject of the contract is the child, which contradicts not only the current legislation, but also the norms of morality and ethics.

Some scientists, such as E.S. Mitryakova [9], T.E. Borisova [2], O.V. Fetisova [16], suggest paying attention to the similarity of the surrogacy

contract with the contract for the provision of services for compensation. And E.V. Stebleva [12] adheres to the point of view on the family-legal nature of the surrogacy contract.

Representatives of another group do not attribute the surrogacy contract to either civil law or family law contracts, recognizing a special status for it, designating it as an unnamed, mixed contract. These scientists include S.Yu. Chashkova [17], S.P. Zhuravleva [5].

However, at the moment, the surrogate motherhood contract is in practice considered as a civil contract, the norms of the current civil legislation, as a rule, applied to contracts for the provision of services, are applied to it.

The subject of a surrogate motherhood agreement is the bearing and birth of a child. The current legislation does not establish the form of the contract, most of the authors consider it necessary to fix a notarized form. There are no rules that allow us to conclude what will be the essential terms of the contract, therefore, and also based on judicial practice, we can say that the parties themselves stipulate these conditions. The contract can be both paid and free of charge. The provisions concerning the rights and obligations, the parties establish by agreement. The law does not impose special requirements, with the exception of the nullity of the obligation of a surrogate mother to give consent to the recording by potential parents of a child in the registry office, the inclusion of which is proposed in some samples of a surrogacy contract.

Today, even a legally correct contract cannot guarantee biological parents that the child will be handed over to them after birth; unfavorable scenarios, such as blackmail, threats, deceit, cannot be ruled out. The legislator believes that the fact of gestation and birth is more significant than genetic origin [13].

Problems also arise in the sphere of responsibility of the parties in case of non-performance of the contract. The contract, as a rule, provides for the property liability of the parties in such situations as non-payment or payment with delay of amounts due to the surrogate mother as maintenance in addition to remuneration, and also if the surrogate mother spends these amounts of money for other than the purpose specified in the contract, leads lifestyle that can negatively affect the intrauterine development of the child. Due to the specifics of relations, a situation may arise in which purely civil liability may not be enough. For example, if potential parents abandon the child for one reason or another, the contract proposes to pro-

vide for the obligation to pay a certain amount of money to the surrogate mother in such a situation. Nevertheless, it is difficult to argue that this amount of money, in whatever amount it is provided, will be a fair measure of responsibility, because, in this situation, the child may suffer in the first place, his right to be raised in the family by his parents will be violated. A surrogate mother, concluding an agreement with potential parents, does not initially aim to keep the child, and therefore, if potential parents refuse him, she can also refuse him without taking him from the medical institution where he was born. As a result, she will be judicially deprived of parental rights in relation to this child with the obligation to pay alimony for his maintenance, while the child will grow up in a specialized institution (children's home). Therefore, a number of authors propose to establish in the legislation the maintenance obligations of potential parents if the surrogate mother is ready to consent to the registration of the child in the registry office, and they refuse for any reason from the child.

Another problem that exists in the legislation on surrogate motherhood is the legal uncertainty of establishing a family-legal relationship of a child with parents and adoptive parents.

Today, the question of who are the parents of a child born by a surrogate mother is finally decided only after the birth of the child. In this case, the child may be left with a surrogate mother, which deprives the genetic parents of the child of the opportunity to subsequently challenge this circumstance. In fact, a surrogate mother has the opportunity to destroy the terms of the contract, referring to the presence of blood relationship with the child. In practice, there are other problems in the field of legal regulation of the institution of surrogate motherhood that require legislative resolution, including the uncertainty as to whether only one of the spouses or a citizen can act as a customer under a contract for the provision of services in the field of surrogacy in a marital relationship.

It seems that for a clearer understanding of the legal status of a newborn child born under the contract for the provision of surrogacy services concluded between the genetic parents and the surrogate mother, one should also consider the issue of the civil law nature of such an agreement.

Independent legal regulation of the contract for the provision of surrogate motherhood services and its legal consolidation in the norms of civil legislation will largely remove the existing conflicts and legal uncertainties caused by not quite clear legislative formulations in the area under study.

This problem is closely related to the issue of the legal status of the customer under the surrogacy contract. E. S. Mitryakova believes that this issue should receive an unambiguous resolution at the legislative level in order to exclude the formation of conflicting judicial practice [8].

As priority tasks for improving the regulatory framework, it is advisable to develop fundamentally new approaches and proper legislative regulation, since the current legal norms in the field of surrogate motherhood today are only fragmentary

Thus, it seems possible to conclude that the existing array of regulations in the field of legal regulation of the institution of surrogate motherhood needs to be further improved. The main problems in this area today are:

1) The ability to refuse the full performance of the surrogacy contract by the executor (surrogate mother), which is currently solved only by going to court with a claim to establish the origin of the child. The way out of this situation is the introduction into the text of the civil code of an independent norm regulating the civil law contract for the services of surrogate motherhood;

2) Uncertainty in the question of who can act as the subject of a contract for the provision of services in the field of surrogate motherhood. To date, the law names only single women and married couples as parties to the contract, however, judicial practice shows that single men can also be subjects of the contract, which is not provided for by any normative act in force in the field of surrogate motherhood. As a solution to this problem, it is possible to recognize single men as parties to the agreement under consideration, subject to certain requirements and criteria, which, at a minimum, must fully coincide with the restrictions provided for by the rules on the adoption of children.

Bibliographical references

1. Abramovskaya D.V., Volkova A.A., Seregin D.S. Surrogate motherhood. Modern view. In: Issues of student science, 2019, No.12-2 (40), c.410.
2. Borisova T.E. The contract of surrogate motherhood: topical issues of theory, legislation and practice. In: Russian justice, 2009, No. 4.
3. Gitlina K.A. Surrogacy in the legislation of Israel and Russia. In: Scientific works of the Russian Academy of Advocacy and Notaries, 2015, No.1 (36), c.30.

4. Civil Code of the Republic of Moldova No. 1107-XV of 06.06.2002. In: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2019, No.66-77 of 03.01.2019.
5. Zhuravleva S.P. Legal regulation of the contract on surrogate motherhood in the Russian Federation: author. dis. ... cand. legal Sciences: 12.00.03. Moscow, 2011, p.12.
1. 6. Law of the Republic of Moldova „On Reproductive Health”, 2012, No.138 of June 15. In: Monitorul Oficial, 2012, Nr.205-207 of 28.09.2012.
6. Kozinchenko T.N. The contract of surrogate motherhood in Russian law. In: Bulletin of MNEPU, 2014, No.1, p.100.
7. Mityrkova E.S. Requirements for potential parents when using the method of surrogate motherhood. In: Family and housing law, 2018, No.6, c.7-9.
8. Mityrkova E.S. Legal regulation of surrogate motherhood in Russia: dis. ... cand. legal Sciences: 12.00.03. Tyumen, 2007.
9. Romanovsky G.B., Romanovsky G.B., Tarusina N.N., Mokhov A.A. et al. Biomedical law in Russia and abroad: monograph. Moscow: Prospekt, 2015, p.166.
10. Family Code of the Republic of Moldova. In: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2001, No.47-48 of 04.26.2001.
11. Stebleva E.V. Problems of realization of the rights of participants in surrogate motherhood relations: author. dis. ... cand. legal Sciences. 12.00.03. Moscow, 2012.
12. Tolstikova O.M. Problems of legal regulation of surrogate motherhood in Russia. In: Siberian Legal Bulletin, 2017, No.1 (76), c.86.
13. Criminal Code of the Republic of Moldova, No. 985 of 18.04.2002. In: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2009, No.72-74 of 14.04.2009.
14. Federal Law of the Russian Federation „On the Fundamentals of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation”, No.323-FZ of November 21, 2011. In: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (date of access: 26.08. 2023).
15. Fetisova O.V. Childless families in Russia: ways to solve the problem. In: Proceedings of the Institute of State and Law of the Russian Academy of Sciences, 2008, No.2.
16. Chashkova S.Yu. The system of contractual obligations in Russian family law: author. dis. ... cand. legal Sciences: 12.00.03. Moscow, 2004.

CURBA FERICIRII, CRIZA VÂRSTEI DE MIJLOC ȘI AVANTAJELE NEBĂNUITE ALE BĂTRÂNEȚII

Dorian Furtună, dr. în șt. biol., etolog
furtunadorian@yahoo.com

THE HAPPINESS CURVE, THE MIDLIFE CRISIS AND THE UNEXPECTED ADVANTAGES OF OLD AGE

In the middle age, a state of general dissatisfaction sets in for people (a reduced well-being), but then, towards retirement age, people start to feel better emotionally again. It is curious that the same psychological and emotional pattern has been recorded in anthropoid primate species. The article analyzes some possible causes of this universal happiness curve.

Cercetătorii care studiază fenomenul fericirii au descoperit un lucru surprinzător: dacă măsurăm gradul de percepție a fericirii de-a lungul vieții, ajungem la o diagramă în forma literei U (în engleză se spune *U-shaped happiness curve*), cu partea de jos însemnând gradul redus de fericire la vârsta de mijloc, pe la 40-50 de ani. Cu alte cuvinte, studiile psihosociologice arată că oamenii ating cel mai mare grad de insatisfacție în intervalul vârstei dintre 40 și 50 de ani, după care satisfacția de viață sporește, fiind maximă la adulții vârstnici, pensionați (dacă aceștia sunt și relativ sănătoși) [1].

Age and Life Satisfaction

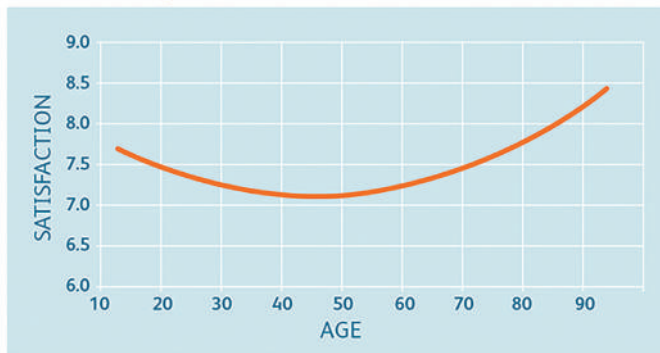


Figura 1. Curba U a percepției fericirii de-a lungul vieții [<https://wa-health.kaiserpermanente.org/whos-happier-people-in-their-40s-or-80s/>]

O cercetare, efectuată în 132 de țări (printre care România și Republica Moldova), a confirmat că forma U a percepției fericirii are o răspândire globală, e universală pentru natura umană. Deci, modul în care oamenii percep gradul lor de fericire e într-o mai mare măsură legat de vârsta și psihologia lor decât de starea socioeconomică a țării în care trăiesc [2]. Este notabil că tot după vârsta de 40 de ani este înregistrat și cel mai înalt consum de antidepresante, ceea ce indirect susține ipoteza curbei U a fericirii [3].

Sunt mai multe încercări de a explica acest fenomen. La oamenii în etate, la nivel fiziologic, se instalează o balanță hormonală care reduce din exprimările prea emotive. De asemenea, în creierul lor este secretată mai activ oxitocina – o substanță care induce starea de încredere și empatie față de cei apropiați; din acest motiv bătrânii sunt mai calmi, mai îngăduitori și mai satisfăcuți de viață [4]. În cazul vârstnicilor, satisfacția de viață mai înaltă e atribuită și faptului că la bătrânețe oamenii renunță la competițiile epuizante și frustrante, ei reduc din așteptări și nu sunt supuși stresului izvorât din ambiții și din *burnout* și se orientează mai mult către prețuirea relațiilor cu oamenii dragi. Se mai adaugă și avantajul că vârstnicii învață să își stabilească țeluri mai modeste și mai realiste, care pot fi atinse în scurt timp; ei își selectează mai atent prioritățile, dau preferință activităților plăcute și astfel își mențin mai bine echilibrul psihoemoțional [5, 6].

Psihologul Laura Carstensen, de la Stanford University, autoarea studiilor citate mai sus, explica în câteva interviuri că benevolența și toleranța bătrânilor față de frustrări se datorează și experienței de viață prin care au trecut aceștia. Ei înțeleg că perioadele negative sunt trecătoare, deci nu trebuie să ne lăsăm prea tare afectați de ele; pe de altă parte, ei cunosc și cât de fragile și grăbite sunt perioadele bune, care trebuie savurate cât încă e posibil. Vârsta îi obișnuiește cu finalitatea a tot și toate și tocmai conștientizarea acestui fapt le oferă bătrânilor capacitatea paradoxală să evite disperarea și să guste clipa prezentului [7]. Tinerii stau cu privirea către viitor, în timp ce vârstnicii nu mai pot avea ca reper viitorul, ci doar prezentul, și acesta este avantajul lor în gestionarea mai înțeleaptă a vieții de zi cu zi, cu toate tristețile și bucuriile ei [8].

Este curios că au fost identificate și unele mecanisme neurobiologice care permit o mai bună gestionare a situațiilor emoționale dificile odată cu înaintarea în vârstă; în particular, indivizii aflați în a șasea decadă a vieții manifestă mai rar sentimente acute de regret, comparativ cu tinerii de 25

de ani. Datorită acestor reacții mai temperate în raport cu situațiile dezamăgitoare și cu oportunitățile ratate, bătrânii sunt mai imuni față de crizele care le produc depresie și stări de nefericire tinerilor [9]. „Nu există fericire curată decât după 60 de ani”, scrisese undeva filosoful român Constantin Noica, în acord deplin cu ceea ce spun cercetările psihologilor.

La rândul lor, tinerii trăiesc intens emoțiile pozitive, dar și pe cele negative; aici există și diferențe între sexe, femeile fiind mai emotive decât bărbații atât în plan pozitiv, cât și negativ. Tinerețea, în fond, este vârsta speranțelor, a *drive*-ului hormonal și a convingerii că totul în viață e posibil, iar acest maximalism fiziologic și psihic se asociază cu impresia de miracol, de atotputernicie și de fericire. Totodată, această aspirație tinerească nestăvilită e și avantajoasă, și nu prea. Un studiu efectuat pe un eșantion larg de persoane a constatat următoarele: și tinerii, și vârstnicii greșesc în așteptările lor pe termen mediu față de viitor, numai că în mod diferit. În timp ce tinerii au așteptări exagerat de pozitive, însă deseori ratează împlinirea lor, oamenii în etate subestimează satisfacțiile și momentele benefice pe care le poate aduce viitorul. Ca efect, tinerii se dezamăgesc odată cu maturizarea, iar bătrânii, din contra, se bucură de întâmplările valoroase nebanuite [10].

În ceea ce-i privește pe indivizii de 40 de ani, aceștia, se știe, trec prin „criza vârstei de mijloc”, atât de mult analizată în literatura de specialitate. Una dintre explicațiile pentru această criză o găsim în cele relatate mai sus – adulții plătesc tribut pentru orgoliile și așteptările prea îndrăznețe și amăgitoare ale tinereții lor; ei ajung la apogeul unor decepții existențiale. Dar fenomenul e mai complex decât atât. Publicistul Jonathan Rauch, într-un excelent articol, intitulat „The Real Roots of Midlife Crisis”, descrie bazându-se pe exemplul său, precum și pe exemplul diferitor cunoscuți de-ai săi, cât de izbitor și de neașteptat este declinul psihologic la persoanele care au depășit al patrulea deceniu al vieții. Făcând referințe și la diverse studii de specialitate, și la istoriile celor apropiați lui, Rauch susține că orice om adult trebuie să se împace cu gândul că declinul de după 40 de ani e o chestiune aproape inevitabilă, care ține de psihicul uman, iar după 50 de ani sentimentele și percepțiile pozitive vor reveni, așa cum se întâmplă în foarte multe cazuri. În mod neprevăzut și din rațiuni încă neclare, după 50 de ani oamenii încep să-și privească și să-și aprecieze viața cu mai multă grațitudine, ei simt o mai mare bucurie de la lucrurile și experiențele obișnuite, care nu le ofereau prea mare mulțumire cu un deceniu mai devreme [11].

Deci, mai întâi de toate, se pare că există niște motive lăuntrice ale crizei în această perioadă a vieții. Și nu este exclus că frustrările inerente vârstei de mijloc sunt terapeutice și oarecum necesare pentru restructurarea noastră psihică și cognitivă; ele ne zdruncină și ne pregătesc filosofic pentru un trai mai echilibrat în deceniile care urmează.

Totuși, dincolo de frustrările existențiale prin care trec, maturii de vârstă medie au parte și de un cumul de alte neliniști și de factori stresanți obiectivi: ei sunt preocupați de școlarizarea copiilor, deseori au în grija lor bunicii sau părinții bătrâni, poartă răspundere pentru angajații lor sau pentru venitul familiei în perioade de crize și de instabilitate. Iar ultimul factor – crizele și instabilitatea economică – este deosebit de pronunțat în ultimele decenii și asta explică de ce maturii din anii 2010 sunt semnificativ mai stresați decât cei din generațiile precedente, chiar și decât cei din anii 1990 [12].

Și așa putea anticipa aici că tinerii de azi și din viitor vor intra mai devreme în „criza vârstei de mijloc” și aceasta va avea o durată mai mare. De ce? Fiindcă în zilele noastre comparația socială e mai presantă și mai de amploare; datorită rețelelor sociale, unii tineri ajung la o popularitate impresionantă deja în jurul vârstei de 20-30 de ani, ceea ce-i face pe majoritatea celorlalți să se considere inferiori, eșuați existențial și fără perspective. Deci frustrările, depresiile și stările acute de nefericire se impun nu după 40 de ani (cum era pe vremuri), ci încă prin al treilea deceniu al vieții.

Însă toate aceste nuanțe psihologice și sociale nu sunt suficiente pentru a lămuri convingător universalitatea curbei U, prezența acestui pattern la mai toate culturile lumii. Și apare întrebarea: totuși, de ce percepția fericirii urmează o dinamică atât de comună?

Se prea poate că la originea percepției despre starea de bine stă nu atât psihologia, cât biologia. Or, în mod uimitor, s-a descoperit că de „criza vârstei de mijloc” suferă și maimuțele antropoide. Într-un studiu asupra a 508 primat (cimpanzei și urangutani), cercetătorii au observat că emoțiile lor și relațiile cu alți semeni urmează traiectoria literei U, cu cele mai tensionate emoții și relații pe la mijlocul vieții. Deci, curbura dispoziției de-a lungul vieții e o trăsătură nu doar universal umană, ci e obișnuită și pentru alte specii de primat; „criza vârstei de mijloc” are un substrat evolutiv și depinde mai mult de biologia noastră și mai puțin de aspectele vieții sociale [13].

Această descoperire ne impune să reconsiderăm din temelii întregul eșafodaj al conceptului de fericire; or, iată că așa-numita fluctuație a fericirii, măsurată cu atâta migală la oameni, reprezintă un pattern fiziologic întâlnit și la maimuțe. Iar explicațiile psihologice și filosofice sofisticate pentru percepția fericirii stau pe o derizorie fundație de nisip, fiindcă, în realitate, stările emoționale și dispoziția individului de la o vârstă la alta țin nu doar de trăirile psihice lăuntrice, nu doar de influența unor factori sociali, ci în mod hotărâtor țin și de bioritmurile speciei, determinate genetic și evolutiv.

Referințe bibliografice

1. Cheng T.C., Powdthavee N., Oswald A.J. Longitudinal Evidence for a Midlife Nadir in Human Well-Being: Results from Four Data Sets. In: *The Economic Journal*. February 2017, Vol. 127, Issue 599, pp.126-142.
2. Blanchflower D.G. Is Happiness U-shaped Everywhere? Age and Subjective Well-being in 132 Countries. In: National Bureau of Economic Research. Working Paper No. 26641. 2020, January.
3. Blanchflower D.G., Oswald A.J. Antidepressants and age: A new form of evidence for U-shaped well-being through life. In: *Journal of Economic Behavior & Organization*, 2016, *Vol. 127*, pp.46-58.
4. Zak P.J., Curry B., Owen T., Barraza J.A. Oxytocin Release Increases With Age and Is Associated With Life Satisfaction and Prosocial Behaviors. In: *Front. Behav. Neurosci*, 2022. doi: 10.3389/fnbeh.2022.846234
5. Carstensen L.L. Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. In: *Current Directions in Psychological Science*, 1995, Vol. 4(5), pp.151-156.
6. Carstensen L.L., Turan B., Scheibe S., Ram N., Ersner-Hershfield H. et al. Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. In: *Psychol. Aging.*, 2011, Vol. 26(1), Mar, pp21-33.
7. Tatter Grace and Chakrabarti Meghna. Why Science Says Your Best Years Are Yet To Come. In: <https://www.wbur.org/onpoint/2021/04/02/science-older-happier-study-pandemic> (April 02, 2021).
8. Raz Guy and Carstensen Laura. Why Should We Look Forward To Getting Older? In: <https://www.npr.org/2015/06/19/414999589/why-should-we-look-forward-to-getting-older> (June 19, 2015).
9. Brassens S., Gamer M., Peters J., Gluth S., Büchel Ch. Don't look back in anger! Responsiveness to missed chances in successful and unsuccessful aging. In: *Science*, 2012, May, Vol. 4, No 336(6081), pp.612-614.

10. Schwandt H. Unmet aspirations as an explanation for the age U-shape in wellbeing. In: *Journal of Economic Behavior & Organization*, 2016, February, Vol. 122, pp.75-87.
11. Rauch Jonathan. The Real Roots of Midlife Crisis. In: <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2014/12/the-real-roots-of-midlife-crisis> (December, 2014).
12. Almeida D.M., Charles S.T., Mogle J., Drewelies J., Aldwin C.M., Spiro A., Gerstorf D. Charting adult development through (historically changing) daily stress processes. In: *Am. Psychol.*, 2020, May-Jun, Vol. 75(4), pp.511-524.
13. Weiss A., King J.E., Inoue-Murayama M., Matsuzawa T., Oswald A.J. Evidence for a midlife crisis in great apes consistent with the U-shape in human wellbeing. In: *Proc. Natl. Acad. Sci.*, 2012, Dec 4, Vol. 109(49), pp.19949-19952.

III

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

FACTORII CARE INFLUENȚEAZĂ INTEGRAREA COPIILOR CU DIZABILITAȚI ÎN INSTITUȚII ȘCOLARE DE TIP GENERAL

Lilia Damaschin-Rughina, medic,

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

„Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

larisa.spinei@usmf.md

FACTORS THAT INFLUENCE THE INTEGRATION OF CHILDREN WITH DISABILITIES IN GENERAL SCHOOL INSTITUTIONS

The abstract analyzes bibliographic sources in order to identify the key elements that significantly affect how well children with disabilities are included in education in the Republic of Moldova. As a result, factors like: 1. An unsuitable physical setting in educational facilities; 2. A lack of staff in schools; 3. The general perception of disability as a “disease”; and low parental acceptance on the part of parents of children without disabilities contribute to attitudes toward school segregation. In conclusion, community infrastructure improvements, encouragement for teachers and educators, and public awareness campaigns are the three essential recommendations that have a direct impact on the effectiveness of the educational inclusion process.

Introducere. Incluziunea școlară a copiilor cu dizabilități în instituții școlare de tip general rămâne a fi dificilă. În spatele stigmatizării care persistă în societate, incluziunea școlară este promovată la nivel de țară, instituții, comunitate.

Scopul. A evidenția factorii care influențează integrarea copiilor cu dizabilități în instituții școlare de tip general.

Material și Metode. Studiu secundar, sinteza narativă. Analiza surselor: PubMed, Med ONE, reviste științifice din domeniu publicate în perioada anilor 2017 – 2022; limba: engleză și română. Au fost selectate 48 de surse conform cuvintelor cheie.

Rezultate. În urma analizei surselor bibliografice au fost evidențiate trei grupe de factori majori care influențează direct calitatea procesului incluziunii educaționale. O problemă a incluziunii eficiente este direct dependentă de tipul dizabilității: cei cu dizabilități senzoriale (vizuale, auditive) se confruntă în mare parte cu probleme de deplasare (fie infrastructura locală proastă, ori lipsa rampelor de acces, ori lipsa transportului propriu-zis) de neadaptarea blocurilor sanitare. Aceasta se atestă îndeosebi în spații rurale. Pentru copii cu dizabilități intelectuale la probleme enumerate se adaugă și probleme de însușirea programului integrat de învățământ, ceea ce creează relații dificile interpersonale cu alți colegi. Un alt factor este lipsa în școli a cadrelor cum ar fi logopezi, mediatori, psihologi, precum și lipsa unei remunerări adiționale, ceea ce demotivează personalul existent. Factorul semnificativ este gradul scăzut de acceptabilitate din partea părinților cu copii fără dizabilități. Percepția generală a dizabilității că este o „maladie”, persistă în societate și majoritatea părinților manifestă atitudini de segregare școlară.

Pe de altă parte, studiile arată că în mare majoritate copiii cu dizabilități sunt dornici să frecventeze școala unde își fac prieteni și au posibilități de încadrare etichetabilă. Schimbarea mentalității cât și performarea abilităților necesită învățarea și de timp.

Concluzii. Pentru a mări gradul de sensibilizare a opiniei publice privind incluziunea educațională este necesară implicarea actorilor locali din APL, cadrelor didactice, părinților care vor avea rolul primordial de a promova educația incluzivă în comunitate. Instruirea continuă a cadrelor didactice din instituții de învățământ privind specificul educațional a incluziunii. Studiile arată că doar 40.0% din cadrele didactice aplică „în mare măsură”, materialele în baza cărora au fost instruiți. Este necesară și consolidarea infrastructurii instituțiilor de învățământ.

PROBLEMELE DEREGLĂRILOR COGNITIVE LA POPULAȚIA VÂRSTNICĂ

Tudor Grejdean, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Victoria Voloceai, dr. în șt. med., asist. univ.

Raisa Puia, dr. în șt. fizico-matimatică, conf. univ.

Catedra de Medicină Socială și Management

”Nicolae Testemițanu”, Universitatea de Stat de Medicină și

Farmacie ”Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova

fiodor.grejdean@usmf.md

PROBLEMS OF COGNITIVE DEREGLATIONS AT THE VARTNIC POPULATION

Cognitive impairment is a major problem in complex geriatric assessment. Based on the geriatric assessment of 100 elderly people from urban and rural areas, aged between 65 and 95 years, from different localities in the Republic of Moldova, most of them being patients from the Geriatrics Department of the Clinical Hospital of the Ministry of Health. The patients were evaluated according to the level of cognitive impairment. From the general population, the female sex predominates, living in rural areas, over 75 years old, having an average level of education and working as workers. In elderly patients, the presence of relatives suffering from nervous disorders predominates, which denotes the hereditary etiology, and the risk factors: alcohol, nicotine, trauma, mental overwork. Alzheimer is often associated with other pathologies, causing the syndrome of polypathologies. The progressive loss of short-term memory was identified as an early symptom, as well as a later symptom - the irreversible loss of long-term memory, with association with other cognitive disorders (aphazo-apraxo-agnosic).

Introducere. Conform ultimelor date statistice prevalența globală a demenței, de orice tip, este de aproximativ 25 milioane, cu 4,6 milioane de cazuri noi anual. Numărul persoanelor afectate de această patologie ar putea atinge cifra de 81,1 milioane în 2040. Majoritatea persoanelor ce ajung să fie diagnosticate cu această patologie sunt înregistrate în țările dezvoltate [5]. De altfel, 60-70% dintre aceștia suferă de maladia Alzheimer [1, 2,3].

Când punem în scenă problema demenței, atunci nu vorbim doar de mecanismele apariției maladiei, patofiziologie sau tratament, dar trebuie de menționat și impactul socio-economical acestei epidemii contemporane [4]. Cheltuielile suplimentare asociate cu această patologie include costurile directe medicale, precum azilurile de bătrâni, directe non medicale, fiind asistența socială la domiciliu și cele indirecte, reprezentând pierderea capacității de muncă a persoanelor.

Speranța de viață a unui pacient cu un diagnostic clinic de demență este redusă semnificativ. Marcherii neurologici ai afectării reprezintă plăcile senile bogate în amiloid, depunerile neurofibrilare și degenerescența neuronală[8].

Țesutul nervos este cel mai vulnerabil și odata distrus el nu se mai regenerează, din aceasta cauza este important să cunoștem măsurile de prevenire a influențelor vătămătoare din partea unor factori ca: comotii cerebrale, iradiere ionizanta, consum exagerat de somnifere, alcool, nicotina, afecțiuni intrauterine, afecțiuni grave ale sistemului nervos(mielita, poliomielifita, nevrita, neurosifilis), surmenaj psihic și neuroze. [6,7].

Demența este o boală care apare ca urmare a afectării creierului. Ea se caracterizată printr-un declin progresiv al funcțiilor mintale. Sunt afectate memoria, limbajul, intelectul, abilitățile sociale, reacțiile emoționale, modul de comportare. Pe măsura evoluției bolii se reduce posibilitatea persoanei de a realiza activitățile de fiecare zi. Demența este o boală destul de frecventă la persoanele în vârstă. Ea apare la 1 din 15 persoane de peste 65 de ani și la 1 din 4 persoane de peste 85 de ani.

Scopul lucrării. Studiarea parametrilor determinanți ai dereglărilor cognitive a populației vârstnice și elaborarea unui set de măsuri de prevenire a acestora.

Material si metode. Studiul a fost proiectat pentru a culege informații dintr-un eșantion format din 100 de persoane din mediul urban și rural, cu vârste cuprinse între 65 și 95 de ani, din diferite localități din Republica Moldova, majoritatea fiind pacienți din secția de Geriatrie a Spitalului Clinic al Ministerului Sănătății. Pentru efectuarea acestei lucrări au fost folosite următoarele materiale: 100 de chestionare pentru vârstnici, date din fișele de observație a pacienților chestionați, date statistice despre dereglările neurologice la nivel național, surse din literatura de specialitate referitor la tema dată. Studiul efectuat și-a propus să descrie tulburările cognitive a populației de peste 65 de ani, din aspect medico-social, factorii

de risc neurologici, metodele de profilaxie, terapie psihologica si sociala, ce ar contribui la îmbunătățirea calității vieții unui vârstnic suferind de demență.

Rezultate și discuții. În lucrarea noastră rezultatele generale corespund cu datele internaționale, ce determină o prevalență a dereglărilor cognitive de mai mult de cincizeci la sută la sexul feminin. La fel în cercetarea efectuată, este o pondere la persoanele de sex feminin și constituie 67% (67 pacienți), față de cea a persoanelor de sex masculin, 33% (33pacienti).In studiu dat demența predomină la persoanele de peste 70 de ani, constituind în total 72%, rezultate, ce sînt în concordanță cu datele din literatura, ce relateaza ca atrofia cerebrală este dependentă de procesul de îmbătrînire și odata cu înaintarea vârstei orice bătrân e predispus sub acțiunea factorilor de risc sa devie dement. În cercetarea data, ponderea cea mai mare a revenit persoanelor cu vârsta de 70-79 ani (40%), urmată de persoanele vârstnice de peste 80 de ani (32%) și, respectiv, de cele de 65-69 de ani (28%). Din totalul persoanelor chestionate, majoritatea vârstnicilor își au domiciliul în mediul rural - 66%, celor domiciliați în mediul urban revenindu-le 34% din total. Conform literaturii pe plan mondial majoritatea vârstnicilor suferinzi de demență locuiesc în mediul rural, unde populația nu este supusă unui lucru psihic încordat. În rezultatul studiului putem confirma că, majoritatea pacienților demenți au un nivel de instruire mediu(42%) și domeniul de activitate ca muncitori (69%), iar cei intelectuali(31%). Ceea ce determină o stimulare cognitivă minima, reprezentând un factor determinant în degenerescența cerebrală. În studiul nostru am dovedit înca odata, potrivit datelor mondiale, ca demența rareori se prezintă ca patologie unică, ba din contra este asociata cu o frecvență de 80% cu alte maladii, ce agraveaza și mai mult starea vârstnicilor, formând sindromul de polipatologii. Asemenea se prezintă nivelul de afectare somatică generală la vârstnicii : un grad de afectare moderat (68%), ușor (20%) și sever (12%). Printre simptome se enumeră: greutatea în membre, spate, cap, cefalee , mialgii, pierdere de energie fatigabilitate. Iar conform etiologiei ereditare s-a demonstrat că 63% au confirmat prezența rudelor cu afecțiuni nervoase, iar 37% au negat prezența rudelor cu afecțiuni nervoase. Se constituie o pondere majorata la cei ce se dovedește o transmitere ereditară pe linia parinți, buneii, determinând o cauză primordială și mai frecvent întilnită în demențe confirmată atât la nivel național, cât și internațional. Ca simptom precoce a fost identificat pierderea progresiva a memoriei de scurtă durata, la fel și un simptom

mai tardiv-pierderea ireversibila a memoriei de lungă durată, cu asociere de tulburări cognitive(afazo-apraxo-agnozice). Iar într-un final pacienții au apreciat viața lor ca fiind una satisfacatoare. Nu au fost observate diferențe semnificative între rezultatele studiului efectuat și concluziile formulate în literatura de specialitate. Majoritatea vîrstnicilor suferinzi de demența sînt izolați și detașați de comunitate, ceea ce afectează și mai mult starea lor psiho-socială. Din persoanele în vîrstă de peste 65 de ani, 58% afirmă că sunt mulțumiți de viața trăită, cîte 15% se declară nemulțumiți și dezamăgiți, 6% sunt fericiți, și 5% sunt nefericiți sau au o altă variantă de răspuns 1%. Pacienții cu demență au nevoie de supraveghere și îngrijire permanentă din partea familiei sau a unui îngrijitor specializat, pentru a le ameliora și îmbunătăți cât de cât condițiile, modul de viață și a avea o batrînețe un pic mai frumoasă.

Concluzii.

1. Demența mai frecvent se întilnește la femei,cu domiciliu în mediul rural, cu vîrsta de peste 75 ani, iar conform stării sociale, la muncitori și nivel de instruire mediu.
2. La pacienții vîrstnici predomina prezența rudelor ce suferă de afecțiuni nervoase, ceea ce denota etiologia ereditara, iar factorii de risc: alcool, nicotina, traume, surmenaj psihic. Alzheimer deseori este asociată cu alte patologii, determinînd sindromul de polipatologii.
3. Ca simptom precoce a fost identificat pierderea progresiva a memoriei de scurta durata, la fel și un simptom mai tardiv-pierderea ireversibila a memoriei de lunga durată, cu asociere de tulburări cognitive(afazo-apraxo-agnozice).Iar intr-un final pacienții au apreciat viața lor ca fiind una satisfacatoare.
4. Profilaxia deregularilor cognitive,constă în organizarea unui regim rațional de viață în care se asigura o alternanță ritmică optimă între activitate, odihna și alimentație. Îmbinarea repausului absolut (somm) cu repausul parțial (plimbare, jocuri sportive, etc.) este cel mai bun mijloc de refacere a energiei și de prevenire a oboselii patologice a sistemului nervos.

Referințe bibliografice

1. Negară A., Blaja-Lisnic N., Maniuc O. Compendium de geriatrie. Chișinău, 2012, pp.123-189.

2. Gagauz O. Îmbătrânirea populației: probleme și perspective. În: Valorificarea rezultatelor științifice – baza dezvoltării a economiei naționale. Chișinău, 2004. pp.261-262.
3. P.B., Keady J., Cert H. Alzheimer’s Care Quarterly Harris. April/May/June. 2004. Volume 5, Issue 2, pp.111-122.
4. Popescu C.D. Îmbătrânirea creierului și a sistemului său arterial. Iași, 1997, pp.123-145.
5. Mereuță I., Ingrijirea vârstnicilor la domiciliu. Chișinău, 2001, pp.230-290.
6. Oprea N., Nacu A., Oprea V. Psihiatrie. Chișinău, 2007, pp.263-274.
7. Prelipceanu D. Psihiatria clinică. București, 2013, pp.699-733.
8. Tibs M., Kingsley J. Social Work and Dementia. 2001, pp.233-245.

SĂNĂTATEA MATERNĂ – UN DREPT UMAN GARANTAT DE STAT ȘI RISCURILE AFERENTE NERESPECTĂRII ACESTUIA: SINTEZĂ NARATIVĂ

Rodica Scutelnic, doctorand,
Catedra de medicină socială și management „Nicolae Testemițanu”,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R.Moldova
rchimirciuc@yahoo.com

MATERNAL HEALTH – A HUMAN RIGHT GUARANTEED BY THE STATE AND THE RISKS ASSOCIATED WITH ITS FAILURE: A NARRATIVE SYNTHESIS

Evidence-based data suggests that most maternal deaths are preventable. A significant proportion of these deaths is not solely a biological occurrence; they result from the denial of women’s rights, including lack of freedom and respect. Accessibility and availability of quality family planning and abortion services are key determinants of maternal mortality in low-income countries. We conducted a narrative synthesis study analyzing publications from 1990 to 2021 concerning women’s reproductive rights and their impact on maternal mortality. The initial search returned 103 articles, from which 76 eligible papers were selected. The mere availability of medical services in states does not guarantee access by women if these

services lack physical, economic, cultural accessibility or are unacceptable to women or their families within national health systems. Consequently, this inability to access services hinders the reduction of maternal morbidity and mortality. Despite states' efforts to organize health systems and improve the performance of medical services, the Millennium Development Goals were not achieved. This failure can be attributed, in part, to women's lack of access to services due to human rights violations. Ensuring respect for human rights is a key intervention in reducing maternal mortality and enhancing maternal health. The growing international and regional concern about maternal mortality and morbidity highlights the need to recognize that reducing maternal mortality and morbidity depends not only on the development of health systems but also on the realization of human rights, particularly in maternal health. Acknowledging this reality will lead to the development of new measures to reduce maternal mortality and improve maternal health.

Întroducere

Abordarea sănătății materne prin prisma drepturilor omului pentru o mai bună înțelegerea determinantelor acesteia se referă în primul rând la contextul legal, cultural și social a accesibilității și prestării serviciilor medicale. Acest aspect a devenit sensibil datorită faptului că conform datelor bazate pe dovezi majoritatea deceselor materne sînt evitabile și, divergențelor mari dintre riscul mortalității materne pe parcursul vieții fertile în țările cu venituri mari și țările cu venituri mici, precum și între femeile bogate și sărace [1]. Majoritatea deceselor materne nu este un simplu fenomen biologic, acestea fiind determinate de lipsa libertății și drepturilor cu care s-au confruntat femeile și prestatorii de servicii, precum și de lipsa răspunderii prestatorilor, sistemelor de sănătate, și țărilor față de femei și familiile acestora [1, 2]. Conceptul libertății se referă la dreptul femeii de a-și controla corpul său, inclusiv opțiunile de reproducere, și la accesibilitatea la servicii de planificare familială acceptabile și efective, inclusiv avortul în siguranță. Accesibilitatea și disponibilitatea serviciilor calitative de planificare familială și avortului legal sînt determinantele cheie a mortalității materne în țările cu venituri mici.

Consiliul Națiunilor Unite pentru Drepturile Omului de asemenea consideră ratele înalte ale mortalității și morbidității materne inacceptabile și drept violare a drepturilor omului. În rezoluția sa este accentuat că morta-

litatea maternă este un subiect ce ține de manifestarea diverselor forme ale discriminării împotriva femeilor [3].

Drepturile umane reprezintă garanțiile legale universale care protejază indivizii și grupurile de indivizi împotriva acțiunilor care afectează libertățile fundamentale și demnitatea umană [1]. Pornind de la idea că aproape toate decesele maternale sînt evitabile, mortalitatea maternă, deasemenea reprezintă și un subiect al respectării drepturilor umane. Drept urmare, în prezent mortalitatea maternă este abordată ca subiect ce ține de drepturile omului.

Scopul acestui subiect constă în elucidarea importanței realizării drepturilor femeii la viață, sănătate, demnitate, educație, informație, acces la progresul științific în reducerea morbidității și mortalității maternale

Materiale și metode. A fost realizat un studiu de sinteză narativă. S-a efectuat analiza publicațiilor între 1990-2021 referitor la respectarea drepturilor femeii la sănătate reproductivă și influența nerespectării acestora asupra nivelului mortalității maternale prin utilizarea termenilor „mortalitate maternă”, „sănătatea reproductivă”, „dreptul la sănătate”, „Obiective de Dezvoltare a Mileniului”, „Obiective de Dezvoltare Durabilă”, „avortul în siguranță”, „drepturile omului”. Căutarea inițială a rezultat cu 103 de articole, din care au fost selectate 93 de lucrări eligibile. După excluderea înregistrărilor care nu au legătură cu studiul și revizuirea rezumatelor au rămas 76 de lucrări eligibile ce reflectă impactul nerespectării drepturilor femeii asupra mortalității maternale și sănătății maternale. Am analizat drepturile omului care influențează mortalitatea maternă și sănătatea maternă. Nu au fost stabilite limite de limbă, dar au fost prioritizate articolele în limba engleză publicate după anul 2010.

Rezultate și discuții.

La începutul anilor 1980, majoritatea eforturilor orientate spre îmbunătățirea sănătății femeilor și reducerea morbidității și mortalității maternale au fost intensificate. A fost atins un consensus mondial privind reducerea nivelului înalt al morbidității și mortalității maternale prin îmbunătățirea serviciilor medicale acordate femeilor și copiilor [4, 5]. Începînd cu mijlocul anilor 1990, în lume a fost înregistrată o reducere substanțială a mortalității maternale [6]. Cu toate acestea, o cotă esențială a mortalității maternale este considerată prevenibilă, ceea ce indică faptul că îmbunătățirea în continuare este posibilă [7, 8, 9].

Dr. Martin Luther King, Jr la 25 March 1966 în cea de-a Doua Convenție

Națională a Comitetului Medical pentru Drepturile Omului, Chicago, Illinois a menționat că „Din toate formele de inegalitate, injustiția în sănătate este cea mai șocantă și inumană”. Decesele și prejudiciile materne sînt o reamintire puternică a riscurilor cînd autoritățile sînt inapte să asigure organizarea unui sistem care respectă, protejează și satisface dreptul omului la sănătate fără discriminare.

Ținînd cont de faptul că determinantele sociale și organizarea sistemului de sănătate joacă un rol important în mortalitatea maternă [10], acest fapt este important nu doar prin numărul de vieți salvate în această perioadă, dar și prin progresul esențial atins în domeniul dezvoltării și egalității gender înregistrat în lume. Mortalitatea maternă este o tragedie, progresul atins motivînd comunitatea internațională să depună eforturi pentru eliminarea deceselor materne prevenibile [11].

Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare care a avut loc în Cairo în anul 1994 pentru prima dată a abordat sănătatea reproducerii într-un mod holistic, inclusiv prin prisma drepturilor omului. În cadrul conferinței 179 de țări au adoptat Programul de Acțiuni privind Populația și Dezvoltarea, care mutual consolidează legătura dintre populație și dezvoltare și susține necesitatea unei strategii noi bazate pe drepturi și focalizată pe satisfacerea necesităților fiecărei femei și bărbat și nu pe atingerea obiectivelor demografice.

Prin Declarația de la Beijing și Platforma pentru Acțiuni în anul 1995, statele au hotărît să fortifice și să reorienteze serviciile de sănătate spre asigurarea accesului universal al femeilor și fetelor la servicii de sănătate calitative, îmbunătățirea sănătății, reducerea morbidității materne și atingerea la nivel mondial a consensului privind reducerea mortalității materne către anul 2000 cu cel puțin 50% din nivelul anului 1990, și în continuare cu 50% către anul 2015. Angajamentele au fost asumate pentru a asigura disponibilitatea serviciilor necesare la toate nivelele sistemului de sănătate, accesibilitatea serviciilor reproductive tuturor persoanelor de vîrstă adecvată prin intermediul asistenței medicale primare.

Declarația Mileniului din septembrie 2000 a marcat reconfirmarea angajamentului, aspirațiilor și viziunii asumate de Programul de Acțiuni al Conferinței Internaționale pentru Populație și Dezvoltare. Printre opt Obiective de Dezvoltare a Mileniului, Obiectivul 5 era „Îmbunătățirea sănătății materne” și ținta ODM 5.A era Reducerea cu $\frac{3}{4}$ între anii 1990-2015 a ratei mortalității materne [12].

Este de menționat faptul că aceste obiective nu au fost atinse, inclusiv și de multe țări industrializate [13, 14, 15]. Mai mult ca atât, în unele țări a fost înregistrată creșterea mortalității materne. De exemplu în Statele Unite ale Americii a fost înregistrată o creștere a maternității materne de la 12 la 100 000 nou născuți vii în 1990 la 14 la 100 000 nou născuți vii în 2015 [15, 16, 17, 18]. Printre cauzele creșterii au fost enumerate îmbunătățirea raportării cazurilor de mortalitate maternă, în special celor prin cauze obstetricale indirecte și decesele care au avut loc după 42 zile după naștere [19], și creșterea morbidității prin boli cronice printre femeile gravide.

Drept urmare, statele membre ale Națiunilor Unite și-au extins angajamentul global asumat în anul 2000 prin Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, prin adoptarea pe 25 septembrie 2015 a Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă. Obiectivele de Dezvoltare Durabilă au fost lansate pe 25 septembrie 2015 după adoptarea Rezoluției Adunării Generale Transformarea lumii noastre: Agenda 2030 pentru o Dezvoltare Durabilă [20] și au intrat în vigoare pe 1 ianuarie 2016 pentru o perioadă de 15 ani pînă la 31 decembrie 2030. Printre cele 17 obiective, țintele direct legate de sănătate se referă la ODD3: Asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor la orice vîrstă [21]. ODD, suplimentar la faptul că plasează accent direct asupra reducerii mortalității materne, de asemenea accentuează și importanța abordării bunăstării femeii după supraviețuire.

Decesele materne și ale nou născuților este un segment deosebit de sensibil al calității sistemului de sănătate, deoarece majoritatea deceselor rezultate din complicațiile nașterii pot fi evitate în cazul tratamentului corespunzător [22].

Conform OMS, UNICEF, Băncii Mondiale și altor organisme internaționale, majoritatea deceselor materne și cazurilor de dizabilitate pot fi prevenite prin asigurarea accesului la asistență antenatală și intranatală [23]. OMS estimează că 88-98% ale mortalității materne sînt prevenibile [24]. Deasemenea, UNICEF reafirmă că aproximativ 80% ale deceselor materne ar putea fi evitate prin asigurarea accesului la asistență medicală obstetrică și servicii de sănătate de bază [25].

Câteva studii din Europa și Statele Unite ale Americii au stabilit că fiecare de la 1 din 2 pînă la 2 din 3 mortalități materne sînt prevenibile [26, 27, 28, 29, 30, 31, 32]. Totodată, este estimat că cca 80% din mortalitatea maternă din Africa poate fi prevenită sau evitată prin acțiuni care s-au dovedit a fi efective și accesibile, chiar și pentru țări cu resurse limitate [33].

Aceste date sînt confirmate și printr-un studiu realizat de Berg CJ, Harper MA, Atkinson SM, et al [34] a scos în evidență că aproximativ 90% din cazurile de mortalitate maternă cauzate de hemoragie sau complicații ale bolilor cronice au fost prevenibile, cu excepția deceselor cauzate de accidentele cerebrovasculare, embolia cu lichid amniotic, sau sindromul hemolitic microangiopatic. Totodată, modalitățile de prevenire variau în dependență de cauza decesului. Cel mai important element în prevenirea deceselor cauzate de hemoragie și infecție a fost îmbunătățirea calității asistenței medicale. Totodată, posibil că înțelegerea de către femei a riscurilor sarcinii la femei de vîrstă reproductivă avansată ar putea constitui unul din factorii care ar determina femeia să ia decizii privind conceperea la o vîrstă mai tînră. De asemenea, asistența preconcepțională ar fi putut potențial preveni mai mult de jumătate din decesele cauzate de boli cronice. Similar, schimbările în acțiunile pacienților, determinate de recunoașterea factorilor de risc și responsabilitatea personală, ar fi putut preveni jumătate din decesele cauzate de hipertensiunea indusă de sarcină.

Estimările Băncii Mondiale, arată că 74% din decesele materne ar fi posibil de prevenit prin asigurarea asistării nașterilor de specialiști, în special prin asigurarea accesului la asistență medicală obstetricală, servicii de întrerupere a sarcinii în siguranță, efectuarea managementului activ în etapa a III a travaliului, și utilizarea anticonvulsivanelor în preeclampsie [35]. Doar 15% din sarcini și nașteri necesită asistență obstetricală de urgență datorită complicațiilor care sînt dificil prognozabile [23].

În anul 2001 un raport OMS a recunoscut că „eșecul soluționării problemei mortalității și dizabilității materne prevenibile reprezintă una din cele mai mari nedreptăți ale timpului nostru” și faptul că „riscurile legate de sănătatea reproducerii la femei nu sînt nenorociri simple și dezavantaje naturale inevitabile ale sarcinii, dar mai degrabă nedreptăți pe care societățile sînt apte și obligate să le remedieze” [36].

Consiliul pentru Drepturile Umane în rezoluția nr.11/8 (paragraful 2) identifică spectrul drepturilor umane direct legate de mortalitatea și morbiditatea maternă și anume „dreptul la viață, la demnitate, educație, la libertatea de a căuta, primi și împărtăși informația, a se bucura de rezultatele progresului științific, libertatea de discriminare, și dreptul de a se bucura de cele mai înalte standarde a sănătății fizice și mentale, inclusiv sănătatea sexuală și reproductivă”.

Comitetul privind Eliminarea Discriminării Femeilor (CEDAW), Co-

mitetul privind Drepturile Omului și Comitetul privind Drepturile Copilului au interpretat explicit că dreptul la viață include obligația de a preveni și reduce mortalitatea maternă [37, 38, 39].

Conform art. 36 la Constituția Republicii Moldova, statul garantează populației dreptul la ocrotirea sănătății [40]. Prin urmare, când o femeie decedează în timpul sarcinii sau nașterii din cauza eșecului statului de a utiliza resursele disponibile pentru a întreprinde măsurile necesare pentru abordarea cauzelor prevenibile ale mortalității materne și asigurarea disponibilității, accesibilității, acceptabilității și calității satisfăcătoare a serviciilor medicale, responsabilitatea statului poate fi interpretată drept violare a dreptului femeii la viață. Decesele și leziunile materne prevenibile de asemenea reprezintă violarea dreptului femeii de a beneficia de cel mai înalt standard de sănătate fizică și mentală, inclusiv de sănătate reproductivă și sexuală, dreptului la egalitate și nondiscriminare și dreptului la informație, educație, și de a se bucura de beneficiile progresului științific. Aceste drepturi nu pot fi abordate ca absolut distincte, dar mai probabil „indivizibile, interdependente, interconectate, și de importanță egală pentru demnitatea umană” [41].

Tratatele internaționale privind drepturile omului recunosc că mortalitatea maternă implică un spectru mai larg al drepturilor umane și au recomandat ca statele părți să întreprindă măsuri efective pentru reducerea ratei mortalității materne și îmbunătățirea sănătății materne [42]. Realizarea dreptului la educație este esențial pentru dezvoltarea abilității femeii de a se bucura de întregul spectru de drepturi umane. Totodată înțelegerea comprehensivă a sănătății sexuale și reproductive sînt imperative pentru asigurarea capacității femeilor de a-și proteja sănătatea lor și de a lua decizii informate despre sexualitate și reproducere. Studiile existente au demonstrat contribuția majoră a nivelului scăzut de educație al femeilor asupra ratelor înalte de mortalitate maternă la nivel Mondial [43, 44, 45, 46]. Nivelul scăzut al educației influențează în mod negativ și alți indicatori de sănătate maternă, inclusiv rata fertilității, accesarea serviciilor de asistență antenatală, utilizarea metodelor de contracepție și vîrsta avansată la prima naștere. Nivelul redus al educației afectează sănătatea femeilor prin limitarea cunoștințelor despre nutriție, intervalul dintre sarcini, contracepție [47]. Și din contra, egalitatea gender și emanciparea joacă un rol cheie în prevenirea mortalității materne, deoarece acestea duc la o solicitare crescută de către femei a serviciilor de planificare a familiei, asistență antenatală și naștere în siguranță [48].

Dreptul la informație și beneficiile progresului științific reprezintă un alt drept fundamental al omului. Accesul la informație este o componentă necesară a abilității femeilor să ia o decizie informată privind viața sexuală și reproductivă și accesul la servicii medicale necesare pentru asigurarea sarcinii și nașterii sănătoase. În articolul 16, paragraful 1 (e) al Convenției privind Eliminarea tuturor Formelor de Discriminare împotriva Femeilor, este stabilit că Statele trebuie să asigure „accesul la informație, educație și instrumente” pentru a permite femeilor să decidă liber și responsabil despre numărul și intervalul dintre sarcini. Dreptul de a beneficia de progresul științific, conform art. 15 paragraful 1 la Acordul Internațional Privind Drepturile Economice, Sociale și Culturale, este recunoscut dominant în contextul mortalității și morbidității materne, fiind considerat o intervenție de sănătate cu costuri joase, pe care femeile au dreptul să-l acceseze și care ar contribui esențial la reducerea mortalității și dizabilității materne [49].

Pentru asigurarea accesibilității serviciilor de sănătate reproductivă, bunurilor și instituțiilor medicale conform Raportului Special privind dreptul fiecărei persoane de a se bucura decel mai înalt standard de sănătate fizică și mentală acestea trebuie să fie: a) disponibile într-un număr suficient; b) accesibile fizic și economic; c) accesibile fără discriminare; și d) calitative [50]. Alte criterii cheie includ acceptabilitatea și accesibilitatea informației [48].

Două treimi din constituțiile naționale conțin prevederi privind asigurarea dreptului la sănătate. Aceste prevederi constituționale reprezintă angajamentul național privind promovarea sănătății, adesea însoțind intenția de asigurare sau facilitare a accesului întregii populații la servicii medicale [51].

De rând cu angajamentele asumate de State în multiplele conferințe și inițiative globale a fost elaborată Legea internațională privind drepturile omului care stabilește că toate ființele umane trebuie să fie apte să se bucure de drepturile sale umane, aplicate pe bază de egalitate între femei și bărbați [52, 53, 54, 55, 56], și liber de discriminare în baza criteriului de sex, rasă, culoare, limbă, religie, opinie politică sau alt tip, origine națională și socială, proprietate, naștere sau alt statut [52, 53, 56, 57, 58]. Printre alte lucruri, aceste cerințe legale fundamentale obligă statele să se abțină de la acțiuni discriminatorii [59], să întreprindă pași pozitivi proactivi pentru a garanta egalitatea [56, 59, 60] (nu doar în lege, dar în politică și practică) [56, 59, 60], să asigure că măsurile și abordarea aparent neutră nu are efect discriminatoriu în termeni reali [56, 59, 60], și în anumite contexte să recunoască

divergențele și să le ia în considerare [60]. Această lege obligă statele să a respecte și să protejeze drepturile omului privind sarcina și nașterea.

În contextul mortalității și morbidității materne prevenibile, aceste obligații stabilesc ca Statele să: a) se abțină de la măsuri care ar împiedica accesul femeilor la servicii de sănătate necesare sau la determinanții de sănătate care stau la bază (obligația de a respecta), b) întreprindă măsuri pentru prevenirea deceselor materne (obligația de a proteja), c) întreprindă măsuri legislative, administrative și judiciare, inclusiv prin angajarea la maximum a resurselor disponibile pentru prevenirea mortalității și morbidității materne (obligația de a realiza). Prin urmare, obligația Statelor de a respecta drepturile umane include ambele abordări, cea negativă de a se abține de la acțiuni restrictive și cea pozitivă de a acționa afirmativ pentru a preveni mortalitatea și morbiditatea maternă, inclusiv prin întreprinderea acțiunilor pentru asigurarea accesului femeilor la servicii medicale și alte servicii relevante de sănătate sexuală și reproductivă.

Scăderea dimensiunii familiilor și deplasarea continuă către paternitate a transformat profilul nașterilor la o vîrstă reproductivă avansată. În trecut, puține femei nășteau primul sau al doilea copil la o vîrstă de 40 ani sau mai mult. Majoritatea „mamelor mai în vîrstă” nășteau al patrulea, al cincilea sau mai mult. În mijlocul anilor 1970, primul și al doilea copil au reprezentat tipic una din cinci nașteri la mame cu vârsta de peste 40 de ani. Astăzi majoritatea nașterilor la femei de vîrstă reproductivă avansată constituie primul și al doilea copil [61]. Pentru a asigura egalitatea gender și nediscriminarea în baza criteriului de sex, Statele sînt obligate să asigure că legile, politicile și practicile să sabordează în mod semnificativ necesitățile specifice ale femeilor datorită abilităților sale de a deveni gravide și a naște [53, 54, 62, 63]. Aceasta include, printre altele, obligația de a asigura accesul femeilor la servicii obstetricale de urgență și alte servicii de sănătate sexuală și reproductivă și informații, așa ca planificarea familială [62, 63].

Conform cercetărilor, mortalitatea și morbiditatea maternă prevenibilă este legată de lipsa prevederilor de prioritizare a asistenței medicale [64] de care au nevoie doar femeile datorită reproducerii.

Un exemplu elocvent de realizare a dreptului la sănătate este accesul femeilor la servicii de întrerupere a sarcinii în condiții de siguranță. Organismele internaționale și-au exprimat îngrijorarea privind impactul mortalității și dizabilității materne legate de avortul nesigur nu doar asupra dreptului femeilor la viață dar și asupra dreptului la sănătate [65].

Modelele cantitative au sugerat că prevenirea sarcinilor prin contracepție are un rol mai important pentru reducerea mortalității materne comparativ cu inducerea avortului în sarcina neplanificată [66]. Mai multe studii au relevat episoade de tratament fără respect și abuz al femeilor gravide sau parturientelor [67, 68]. Lipsa tratamentului cu respect ar purtea însemna că femeia nu se va mai adresa după asistență medicală când va avea nevoie, sau nu se va adresa la timpul oportun, fapt ce poate duce la deces matern.

Criminalizarea avortului „este una din cele mai dăunătoare căi de instrumentalizare și politizare a corpurilor și vieților femeilor” [69], prin substituirea dreptului de decizie personală cu cel al statului [70]. Drepturile omului stabilesc că indivizii sînt liberi de a lua decizii fără interferență din partea statului, în special în viața lor sexuală și reproductive [71].

Un instrument de reducere a mortalității materne prin realizarea drepturilor umane este accesul la servicii de planificare familială. Planificarea familiei oferă femeii dreptul de a lua de sine stătător decizii argumentate privind sănătatea sa sexuală și reproductivă, fapt ce ar reduce nivelul mortalității materne cu cca 25-40% [72]. Necesitatea globală nesatisfăcută în servicii de planificare familială rămîne a fi o barieră esențială pentru atingerea obiectivelor legate de drepturile omului și dezvoltare, care contribuie substanțial la mortalitatea maternă, și este estimat că pentru fiecare caz de mortalitate maternă, 20-30 femei suferă de o patologie acută sau cronică legată de sarcină [73, 74]. Conform estimărilor OMS, 200 milioane de perechi în țările în curs de dezvoltare ar dori amînarea nașterii copiilor, dar nu folosesc nici o metodă de contracepție [75], din cauza accesului limitat la metode de contracepție, spectrul limitat de metode contraceptive, frica față de efecte adverse, refuzul din motive culturale sau religioase, nivelul jos al serviciilor prestate, și barierele gender.

Totodată trebuie de menționat că responsabilitatea se află în centrul exercitării tuturor drepturilor omului care are două componente majore: abordarea suferințelor trecute și corectarea eșecurilor de sistem pentru prevenirea daunelor în viitor. Responsabilitatea adesea este înțeleasă foarte îngust în termeni de blamare și sancționare, cu toate că este mai util a fi privit ca un proces pentru identificarea celor ce funcționează (și prin urmare poate fi repetat) și ce nu (și trebuie a fi ajustat) [76]. Fără monitorizarea eșecurilor sistemice de reducere a mortalității și morbidității materne, acestea nu pot și corectate.

Concluzii

Dreptul la sănătate nu se limitează la accesul la asistență medicală, mortalitatea și morbiditatea maternă fiind afectată și de determinanții de sănătate sociali, economici, culturali, politici și bariere structurale.

Responsabilizarea statelor privind reducerea barierelor legate de determinanții de sănătate sociali, economici, culturali, politici și bariere structurale care denotă implicarea multiplelor drepturi umane va contribui la îmbunătățirea sănătății materne și va reduce mortalitatea maternă.

Prioritizarea serviciilor medicale legate de sănătatea reproducerii ar contribui la reducerea mortalității materne evitabile influențate de determinanțele de sănătate sociali, economici, culturali, politici și bariere structurale.

Creșterea accesului la informație ar crește probabilitatea conștientizării de către femei a importanței serviciilor de planificare a familiei și riscurilor legate de sarcini nedorite precum și sarcini la femei de vîrstă reproductivă avansată, ce ar putea constitui unul din factorii care ar determina femeia să ia decizii privind conceperea la o vîrstă mai tînără.

Referințe bibliografice

1. Freedman, L.P. Using Human Rights in Maternal Mortality Programs: From Analysis to Strategy. In: *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2001,75 (1): 51–60.
2. PMNCH. Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Human Rights and Accountability. Knowledge Summaries 23: Women's and Children's Health. Geneva: PMNCH, 2013.
3. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. Report of the Human Rights Council on its eleventh session. HRC resolution 11/8. Geneva: United Nations Human Rights Council, 2009. In: (www.who.int/pmnch/events/2010/A_HRC_RES_11_8.pdf).
4. WHO. Monitoring emergency obstetric care. In: www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/index.html
5. Khan KS, Wojdyla D., Say L., Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*, 2006, 367(9516):1066–74.
6. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. In: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf.

7. Panting-Kemp A., Geller SE, Nguyen T., Simonson L., Nuwayhid B., Castro L. Maternal deaths in an urban perinatal network, 1992–1998. In: *Am J Obstet Gynecol*, 2000,183:1207–12.
8. Callaghan WM, Berg CJ. Maternal mortality surveillance in the United States: moving into the twenty-first century. In: *J Am Med Womens Assoc*, 2002, 57:131– 4.
9. Why mothers die 1997–1999: the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London (UK): Stationary Office, 2001.
10. UNDP. A social determinants approach to maternal health. In: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Democratic%20Governance/Discussion%20Paper%20MaternalHealth.pdf>.
11. Bustreo F., Say L., Koblinsky M., Pullum TW, Temmerman M., Pablos-Mendez A. Ending preventable maternal deaths: the time is now. In: *Lancet Glob Health*,2013, 1:e176–7.
12. Goal 5: Improve maternal health. In: United Nations [website]. undated <https://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>.
13. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A., Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C., Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. In: *Lancet*, 2014, 384:980–1004. doi: [org/10.1016/S0140-6736\(14\)60696-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60696-6)
14. World Health Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund, World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization, 2014. In: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>.
15. World Health Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund, World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization, 2015. In: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>.
16. Creanga AA, Berg CJ, Syverson C, Seed K, Bruce FC, Callaghan WM. Pregnancy-related mortality in the United States, 2006–2010. In: *Obstet Gynecol*, 2015, 125:5–12. In: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000564>
17. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. ACOG statement on maternal mortality. Washington (District of Columbia): American Congress of Obstetricians and Gynecologists; 2015 May 4. In: <http://www.acog.org>.

org/About-ACOG/News-Room/Statements/2015/ACOGStatement-on-Maternal-Mortality.

18. Chescheir N. Enough already. In: *Obstet Gynecol*, 2015, 125:1–4
19. Joseph KS, Lisonkova S., Muraca GM, Razaz N., Sabr Y., Mehrabadi A., et al. Contribution of improved surveillance to temporal increases in maternal mortality in the United States. In: *Obstet Gynecol*, 2017, 129(1):91–100.
20. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development 2015. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. United Nations General Assembly, Seventieth session. New York (NY): United Nations, 2015 In: (A/RES/70/1; http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1).
21. Sustainable Development Goal 3. In: Sustainable Development Goals Knowledge Platform [website]. New York (NY): United Nations, 2019. In: (<https://sustainabledevelopment.un.org/SDG3>).
22. Ronsmans C., Graham WJ. And the Lancet Maternal Survival Series steering group. Maternal mortality: who, when, where, and why. In: *Lancet*, 2006, 368:1189–200.
23. Goal: Improve maternal health. In: www.unicef.org/mdg/maternal.html
24. WHO. Maternal mortality: helping women off the road to death. In: *WHO Chronicle*, 1986, vol. 40, pp. 175–183.
25. UNICEF. The State of the World’s Children 2009: Maternal and Newborn Health. In: United Nations publication, Sales No. E.09. XX.1, p.2.
26. Mertz KJ, Parker AL, Halpin GJ. Pregnancy-related mortality in New Jersey, 1975 to 1989. In: *Am J Public Health*, 1992, 82:1085–8.
27. Hogberg U., Innala E., Sandstrom A. Maternal mortality in Sweden, 1980–1988. In: *Obstet Gynecol*, 1994, 84:240–4.
28. Schuitemaker NW, Gravenhorst JB, Van Geijn HP, Dekker GA, Van Dongen PW. Maternal mortality and its prevention. In: *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1991, 42:S31–5.
29. Bouvier-Colle MH, Varnoux N., Breart G. Maternal deaths and substandard care: the results of a confidential survey in France: Medical Expert Committee. In: *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1995, 58:3–7.
30. Lewis G., Drise J., Botting B., Carson C., Cooper G., Hall M., et al. *Why Mothers Die: Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom, 1997–1999*. London (UK): Department of Health on behalf of the Controller of Her Majesty’s Stationery Office, 2001.
31. Kilpatrick SJ, Crabtree KE, Kemp A., Geller S. Preventability of maternal deaths: comparison between Zambian and American referral hospitals. In: *Obstet Gynecol*, 2002, 100:321–6.

32. Jacob S., Bloebaum L., Shah G., Varner MW. Maternal mortality in Utah. In: *Obstet Gynecol*, 1998, 91:187–91.
33. World Health Organization Regional Office for Africa. *Reducing Maternal Deaths: The Challenge of the New Millennium in the Africa Region*. Brazzaville, Congo. WHO. Regional Office for Africa, 2002.
34. Berg CJ, Harper MA, Atkinson SM, et al. Preventability of pregnancy-related deaths: results of a state-wide review. In: *Obstet Gynecol*, 2005, 106(6):1228–1234. doi:10.1097/01.AOG.0000187894.71913.e8
35. Wagstaff A. and Claeson M. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the Challenges* Washington: DC, World Bank, 2004, pp. xi, 6, 51 and 52.
36. Cook R.J., Dickens B.M. and others. *Advancing Safe Motherhood through Human Rights*. Geneva: WHO, 2001.
37. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. Concluding comments: Belize, para. 56, A/54/38/Rev.1; 1999.
38. Human Rights Committee. Concluding observations: Mali, para. 14, UN Doc. CCPR/CO/77/MLI; 2003.
39. Committee on the Rights of the Child. Concluding observations: Democratic Republic of Congo, UN Doc. CRC/C/COD/CO/2, parag. 33–34; 2009.
40. Constituția Republicii Moldova nr. 1 din 29.07.1994. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=111918&lang=ro
41. Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights (1997), para. 4. See also: Universal Declaration of Human Rights. Vienna Declaration and Programme of Action (1993), para. 5.
42. Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women: For a comprehensive review of concluding observations and general comments and recommendations of treaty bodies on maternal mortality see: Center for Reproductive Rights, “Bringing rights to bear: preventing maternal mortality and ensuring safe pregnancy”, 2008.
43. Gerds C., Vohra D., Ahern J., Baradaran HR. Measuring Unsafe Abortion-Related Mortality: A Systematic Review of the Existing Methods. *PLoS One*. 2013;8:e53346. doi: 10.1371/journal.pone.0053346.
44. Adegoke AA, Campbell M., Ogundeji MO, Lawoyin T., Thomson AM. Place of birth or place of death: an evaluation of 1139 maternal deaths in Nigeria. In: *Midwifery*, 2013, 29:115–121. doi: 10.1016/j.midw.2012.11.018.
45. Yang S., Zhang B., Zhao J., Wang J., Flick L., Qian .Z, et al. Progress on the Maternal Mortality Ratio Reduction in Wuhan, China in 2001–2012. *PLoS One*. 2014;9:e89510. doi: 10.1371/journal.pone.0089510.
46. Halim A., Utz B., Biswas A., Rahman F., van den Broek N. Cause of and contributing factors to maternal deaths; a cross-sectional study using verbal

- autopsy in four districts in Bangladesh. *BJOG*. 2014;121:86–94. doi: 10.1111/1471-0528.13010.
47. Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. Report of the Human Rights Council on its eleventh session. HRC resolution 11/8. Geneva: United Nations Human Rights Council, 2009. In: www.who.int/pmnch/events/2010/A_HRC_RES_11_8.pdf
 48. Hunt and Bueno de Mesquita, Reducing Maternal Mortality: The Contribution of the Right to the Highest Attainable Standard of Health (University of Essex, n.d.), p. 6, 7. In: <http://repository.essex.ac.uk/9719/1/reducing-maternal-mortality-contribution-right-highest-attainable-standard-health.pdf>
 49. Resolution 11/8, Preventable maternal mortality and morbidity and human rights. In: https://ap.ohchr.org/documents/E/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf
 50. The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/61/338. Geneva: United Nations. In: <https://hivlanguagecompendium.org/pdf/2006-A-61-338%20Report%20Special%20Rapporteur%20on%20the%20Right%20to%20Health.pdf>
 51. Kinney E., Clark B. Provisions for health and health care in the constitutions of the countries of the world. In: *Cornell Int Law J.*, 2004, 37:285–356.
 52. International Covenant on Civil and Political Rights. In: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>
 53. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. In: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
 54. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, arts. 1 and 2. In: https://legal.un.org/avl/pdf/ha/cedaw/cedaw_e.pdf
 55. Human Rights Committee, general comment No. 28. The equality of rights between men and women (article 3) (2000). In: [https://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Compilation/Pages/b_General_Comment_No28_Theequality_of_rights_between_men_and_women_\(article3\)\(2000\).aspx](https://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Compilation/Pages/b_General_Comment_No28_Theequality_of_rights_between_men_and_women_(article3)(2000).aspx)
 56. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). (2009). In: <https://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>
 57. Convention on the Rights of the Child, art. 2, para. 1. In: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
 58. Human Rights Committee, general comment No. 18: Non-discrimination (1989). In: <https://www.refworld.org/docid/453883fa8.html>
 59. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 16: The equal right of men and women to the enjoyment of all economic, social

and cultural rights (art. 3 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) (2005). In: <https://www.refworld.org/docid/43f3067ae.html>

60. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, general recommendation No. 25: Temporary special measures (2004). In: <https://www.refworld.org/docid/453882a7e0.html>
61. Beaujouan E., Sobotka T. Population & Societies no.562, INED, January 2019. In: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/28820/562.ang.web_1.en.pdf
62. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), (2000). In: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>
63. Committee on the Elimination of Discrimination against Women, general recommendation No. 24: Article 12 of the Convention. Women and Health, 1999. In: <https://www.refworld.org/docid/453882a73.html>
64. UNICEF. State of the World's Children, 2009, p.2. In: <https://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf>
65. Committee on the Elimination of Discrimination against Women concluding observations: Cameroon (CEDAW/C/CMR/CO/3), para. 40; CESCR concluding observations: Kenya (E/C.12/KEN/CO/1), para. 33; Trinidad and Tobago (E/C.12/1/Add.80), 2002, para. 23; CRC concluding observations: Democratic People's Republic of Korea (CRC/C/15/Add.239), para. 50; Ukraine (CRC/C/15/Add.151), para. 57.
66. Darroch J. & Singh S. Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing In Family Planning and Maternal and Newborn Health Estimation Methodology, 2009.
67. Hassan-Bitar A., and L. Wick. Evoking the Guardian Angel: Childbirth Care in a Palestinian Hospital. In: *Reproductive Health Matters*, 2007, 15 (30): 103–13.
68. Silal S.P., L. Penn-Kekana, B. Harris, S. Birch, and D. McIntyre. 2012. Exploring Inequalities in Access to and Use of Maternal Health Services in South Africa. *BMC Health Services Research* 12: 120.
69. Report of the working group on the issue of discrimination against women in law and in practice. A/HRC/32/44. Geneva: United Nations.
70. The Report of the Special Rapporteur on the Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/66/254. Geneva: United Nations.
71. Brüggemann and Scheuten v. Federal Republic of Germany, Application No. 6959/75. In: <https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/10/Bruggemann-v.-Germany.pdf>
72. World Bank. Population issues in the 21st century: the role of the World

- Bank, Health, Nutrition and Population. Washington, D.C., 2007, April.
73. Nanda G., Switlick K., Lule E. Accelerating progress towards achieving the MDG to improve maternal health: a collection of promising approaches (health, nutrition and population discussion paper). Washington DC: World Bank, 2005. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13702>
74. Ashford L. Hidden suffering: disabilities from pregnancy and childbirth in less developed countries (policy brief). Washington DC: Population Reference Bureau, 2002. In: <http://www.prb.org/pdf/hiddensufferingeng.pdf>.
75. WHO. Family Planning, Fact sheet No. 351, 2011, April.
76. Report of the Special Rapporteur on the right to health (A/HRC/4/28), para. 46.

INSTRUMENTE DE MĂSURARE A CALITĂȚII VIEȚII ÎN SĂNĂTATE

Tudor Grejdean, dr. hab. șt. med., prof.univ.

Rodica Scutelnic, drd.

Victoria Voloceai, dr. în șt. med., asist. univ.

Ludmila Goma, dr. în economie, conf. univ.

Catedra de medicină socială și management „Nicolae Testemițanu”,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R.Moldova

fiodor.grejdean@usmf.md

HEALTH QUALITY MEASUREMENT INSTRUMENTS

In this article are defined some notions of quality of life towards health. The council of life quality is an indicator of health in population, and in governments, and it applies the realization of some favorable ways of life, has whole developments, which include „happiness – salve spacious”, „social adaptation and, satisfaction of life”. The problem of quality of life, leads to hard-to-control areas in terms of quantification. Which does not mean that, at least in part, it cannot be subjected to conceptualization and modeling, precisely to modify the strictly medical-clinical optics.

Actualitatea temei. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) propune următoarea definiție: „Calitatea vieții este percepția de către oameni „peo-

ple's perception" a poziției lor în viață în relație cu scopurile lor și cu sistemul de valori pe care ei l-au acceptat și încorporat din perspectiva luării deciziilor". Această definiție plasează centrul problemei în zona voinței și capacității individului de a comunica și participa la realizarea propriului destin, a propriei „calități a vieții”.

Calitatea vieții este un indicator a sănătății, atât pentru populație, cât și pentru guverne și se impune realizarea de moduri de viață favorabile sănătății.

Nu trebuie ignorat nici un moment faptul că, conceptul de calitate a vieții are o dezvoltare largă care în mare măsură nu are legătură cu medicina. În al doilea rând se poate vorbi de calitatea vieții corelată cu sănătatea..

Organizația Mondială a Sănătății propune următoarea definiție „care în vedere problematica în general”: „Calitatea vieții este percepția de către oameni (people, „s perception”) a pozițiilor în viață în relație cu scopurile lor și cu sistemul de valori pe care l-au acceptat și încorporat din perspectiva luării deciziilor pe care le iau”. Această definiție plasează centrul problemei în zona voinței și capacității individului de a comunica și participa la realizarea propriului destin, a propriei „calități a vieții” [1].

Toți autorii care descriu istoricul temei – „calității vieții” se referă la un discurs a lui Lundon Johnson din 1964 în care afirmă: „Nu ne putem atinge obiectivele referindu-ne doar la nivelul contului bancar. Trebuie de asemenea evaluată calitatea vieții pe care o caută poporul nostru”. Tot în SUA sociologii au fost cei ce au introdus termenul de „fericire – mulțumire” („happines”), stare de bine psihologic („psychological well – being”), „satisfacție de viață” (satisfaction of life”), „adaptarea socială” („social adjustment”) și în sfârșit „calitate a vieții” („quality of life”). Acest din urmă termen apare în 1969 lansat de către Brandbun și echipa sa de la NOROC (National Opinion Research Center).

În 1976 Campbell se interesa de calitatea vieții colective și de moravurile concetățenilor americani. Urmează apoi aportul psihologilor care încearcă să coreleze calitatea vieții cu satisfacția nevoilor, cu stările afective, atitudinile și evaluările cognitive.

În ceea ce privește medicina, deși se citează studiile lui Karnofski (1948) în direcția evaluării stării de performanță (și bine subiectiv) la cancerosi precum și elaborările în aceeași direcție a lui Katz (1963), se pare că doar în 1966 Elkinton utilizează pentru prima dată termenul de „calitate a vieții” într-o publicație medicală. Contribuții la circumscrierea calității

vieții au avut așa după cum s-a menționat deja sociologii, psihologii, politicienii, filosofi, medicii și chiar companiile de asigurare ale sănătății. Cele relatate din așa numeroase direcții, sugestiile de conceptualizare au furnizat perspective multiple care au încercat – și încearcă încă – să se integreze într-o viziune unitară. Deși, „pluridimensionalitatea” conceptului nu poate fi evitată.

Scopul studiului constă în *evaluarea calității vieții în corelație cu indicatorii de măsurare a sănătății.*

Una dintre ideile ce au încercat să ordoneze acest domeniu a fost polarizarea între aspectul subiectiv și cel obiectiv al calității vieții. Perspectiva subiectivă are în vedere în primul rând ceea ce s-a numit starea de „bine subiectiv” (well being”, „bien-etre”), domeniu care a fost unul dintre primele studiate sistematic, mai ales în perspectiva evoluției cazurilor sub terapia medicamentoasă. Apoi starea de fericire – mulțumire (happieness”, le bonheur”) concept greu definibil, cu multe aspecte subiective ale conceptului global de calitate a vieții, corelate unor diverse incidențe ale trăirilor desfășurate pe variate perioade de timp. În cadrul polarizării menționate au fost evidențiate pe de altă parte aspectele „obiective” a calității vieții. Cel mai simplu este să se inventarieze condițiile fizice de existență: standardul locuinței proprii, nivelul de confort în această locuință, câștigul bănesc de care individul dispune, asigurarea sa cu hrană și alte facilități ale civilizației. Apoi posibilitățile sale de comunicare cu alții prin deplasare: facilitățile existente în comunicarea și deplasarea la distanță, în asigurarea contactului cu alții. Aceste probleme pot fi grevate deja de probleme medicale generale (tulburări motorii, de exprimare verbală, vizuală, emotive) sau de tulburări psihice (dificultăți de deplasare ale unui agrafohic cu atacuri de panică, de deplasare și comunicare ale unui depresiv sau schizofren). Atunci când apreciem calitatea vieții avem în vedere starea interepisodică, eventual difectuală a pacientului. La fel un aspect în mare măsură „obiectiv” este funcționarea subiectului în roluri sociale. De exemplu faptul de a fi performant într-o activitate socialmente standardizată, sau de a fi capabil de o bună administrare a propriei gospodării. Aceste performanțe depind de o serie de capacități și abilități bio – psihologice. Polarizarea de mai sus între aspecte subiective și obiective ale calității vieții este parțial reală, parțial artificială. Cu atât mai mult cu cât există și o serie de aspecte ce pot fi astfel plasate doar după o interpretare nuanțată.

De exemplu, faptul de a avea relații intime, afectate comportamentale și chiar sexuale; sau chiar faptul de a reuși o bună integrare în grupul familial, în alte microgrupuri sociale, de prieteni, de apartenență politică sau religioasă. În acest aspect, felul în care un subiect anume se deschide spre spiritualitate, se împărtășește din acestea, participă la viața culturală sau religioasă, se simte împlinit prin aceste acțiuni și trăiri, faptul de a fi eventual creator, sentimentul de a se împlini cu rost și responsabilitate întru binele altora. Dificultățile acestei distincții țin și de probleme metodologice ale măsurării (evaluării), dat fiind că stările afectate și distorsiunile cognitive conduc la evaluări variate ale aceleași situații obiective [3].

Problema calității vieții (C.V.), conduce spre domenii greu controlabile din punct de vedere al cuantificării. Ceea ce nu înseamnă că, cel puțin parțial, ea nu poate fi supusă unei conceptualizări și modelări, tocmai spre a modifica optica strict medical-clinică.

Având conștiința faptului că ansamblul acestor aspecte existențiale sunt corelate particularităților unei socio-culturi date și că se cer filtrate prin specificarea unică, a unei personalități conștiente, să urmărim câteva tentative de sistematizare a problemei.

Rezultate și discuții. Prezentăm în continuare un model (o schemă) a elementelor ce caracterizează calitatea vieții, propusă de Felce, D și Perry (1996) (Schema – 1). Schema evidențiază faptul că calitatea vieții în medicină în general – se realizează în cele din urmă printr-un proces subiectiv de trăire și evaluare, care ține seamă de valorile universului cultural în care subiectul trăiește și care sunt încorporate de aceasta într-o manieră proprie. Dar în același timp se evidențiază faptul că calitatea vieții e corelată cu libertatea și voința subiectului. Precum și de o serie de factori corelați comunicării, interrelației și integrării subiectului în raport cu alte persoane și societatea din care face parte, inclusiv performanțele sale în rolurile sociale. Starea de „bine” subiectiv („well being”), „bien etre”), în diverse interpretări, de la starea afectivă de moment la satisfacția de durată în raport cu desfășurarea existenței sale. Funcționarea în roluri sociale și ansamblul problematic corelat relațiilor interpersonal - sociale, abordat din diverse incidente, perspective, focalizări. Factorii ambientali (contextuali) predominant materiali (venit, hrană, locuință, căldură, etc.) corelați cu caracteristicile nișei ecologice umane în care subiectul trăiește. Aceștia se referă și la facilitățile sociale (de deplasare, comunicare), la șansele de educare și informației, la accesul, la serviciile de sănătate și asistență socia-

lă, la modalitatea în care e realizată securitatea persoanei în afara locuinței, la relațiile cu vecinii etc. Cele relatate confirmă, că toți factorii ambientali și cei ce țin de funcționarea socială se reflectă în cele din urmă în trăirile subiective ale individului. Însă, ele se cer comentați distinct, împreună cu interacțiunile posibile și reale dintre caracteristicile personale, genetic – tipologice așa cum se manifestă ele la un moment dat și ofertele sau șansele ambientale, fizice, economice, socio-culturale și de relaționare interpersonală. Atenție acordată calității vieții pentru foștii bolnavi somatici (cu sechele sau diferite – desabilități minime sau mai importante) lărgeste considerabil perspectiva în gândirea tradițional medicală [4].

După ce acest orizont a fost deschis, cercetătorii au formulat și testat diverse scale de evaluare a calității vieții, gândindu-se după aspecte empirice la început; dar făcând mereu efortul să sistematizeze și să conceptualizeze acest domeniu.

Autorii ce au abordat și studiat problema calității vieții la pacienți au folosit la un anumit moment teoria lui Maslow a „nevoilor umane bazale” ierarhizate pe mai multe nivele, și care, într-o manieră simplistă ar putea fi prezentată (după Mc.Kenna) astfel:

- ✓ Auto-realizarea - nevoia de a realiza propriul potențial.
- ✓ Stima - nevoia de a fi respectat de alții (ce se corelează cu stima de sine).
- ✓ Aspectul social - nevoia de suport din partea ambianței sociale.
- ✓ Siguranța - securitatea la domiciliu și în lume.
- ✓ Aspecte psiho-fiziologice, nevoia de alimentație, adăpost.

Invocarea concepției lui Maslow a fost doar un ghid aproximativ în studierea (C.V.) calității vieții, dezbaterile care au survenit pe parcurs relevând o serie de aspecte a acestei probleme.

În concluzie, din cele deja menționate câteva perspective doctrinare, care au stat și stau la baza sistematizării și conceptualizării „calității vieții”, reamintim dintre acestea:

- ✓ concepția lui Maslow privitoare la „nevoile” umane bazale;
- ✓ diferențierea dintre aspecte: subiective și obiective ale calității vieții; diferențierea dintre domenii: 1. satisfacție și împlinire subiectivă; 2. nivelul de competență în rolurile sociale în integrarea socială (ce se bazează pe diverse abilități specifice umane păstrate și dezvoltate); 3. factori ambientali contextuali, fizici, umani, valorici.

- ✓ corelarea în perspectiva dinamică care studiază interrelații dintre factorii deja amintiți, precum și modificarea acestora în perspectiva programelor de rehabilitare țintite, a terapiei și a ciclurilor vieții.

Referințe bibliografice

1. Sartorius N., Quality of Life and Mental Disorders: A Global Perspective, in A, pp.319-328.
2. Barrz, M.M., “Well / being and Life Satisfaction as components of Quality of Life in Mental Disorders” in A/ pp.31-42.
3. Wolfensberger, W., “Let’s Hang Up” Quality of Life As a Hopeless, in Quality of Life for Persons with Disabilities. Ed.D.Goode, Brookline Books, 1994, pp.265-319.
4. Chambon , Cardine, M.M., Qualite de vie subjective et fonctionnement mental: le point de vue cognitiviste. In: Teraraveyi Bibl., 7, pp.40-62.

ABORDAREA TERAPEUTICĂ COMPLEXĂ A MINORULUI CU DIABET ȘI AFECȚIUNI ORALE

Ala Ojovan, dr. șt. med., conf. univ.

Catedra de stomatologie terapeutică,

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

Chișinău, R. Moldova

Vitalina Ojovan, doctorand; medic endocrinolog

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

Chișinău, R.Moldova

Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară, Chișinău

ala.ojovan@usmf.md vitalina.ojovan@gmail.com

COMPLEX THERAPEUTIC APPROACH OF CHILDREN WITH DIABETES AND ORAL DISEASES

This material represents a theoretical and analytical approach to the problem of the correlation between type 1 diabetes in minors and diseases of the oral cavity. Following observations made in parallel by doctors specializing in dentistry and those in endocrinology, a clear interdependence between dental conditions and type 1 diabetes was found.

This fact also requires an appropriate therapeutic tactic. Parallel actions with bio-psycho-social rehabilitation are of particular importance for minor patients.

Medicina contemporană se caracterizează prin procese integratoare cu o accentuată dezvoltare dinamică. În rezultat apar încontinuu subiecte și domenii de cercetare și aplicare în practica clinică cu caracter interdisciplinar. Practic toate domeniile medicinei mai mult, sau mai puțin, poartă un caracter interdisciplinar păstrând, totodată, esența lor originală. Zone integrative se atestă chiar și în domeniile ce aparent nu au interferențe în realizarea actului medical. Dar relevarea acestor interferențe, interconexiuni, se evidențiază odată cu dezvoltarea domeniului medical respectiv și cu implicarea în tactica terapeutică a unor criterii noi, fapt ce reflectă nu numai performanțele atinse, ci și necesitățile ce vin din mediul social.

O atare situație se atestă și în corelația dintre stomatologie și endocrinologie, în ultimul deceniu ea devenind tot mai vizibilă atât în cadrul clinic, cât și în cel de cercetare. Aici trebuie de menționat faptul, că necesitățile evident terapeutice condiționează investigațiile științifice de rigoare. Adică devine o necesitate, presantă la moment, de a elabora reperele teoretice de bază al acestei corelații: stomatologie – endocrinologie. Expuneri ale unor aspecte conceptuale deja au fost schițate și prezentate la manifestări științifice internaționale [1], cât și în studii monografice [2].

Cadrul interesului de cercetare devine și mai valoros când se referă la diferite categorii de persoane vulnerabile, inclusiv minorii cu diabet zaharat de tip 1. Devine un fapt necesar și firesc conlucrarea interdisciplinară dintre medicul stomatolog și cel endocrinolog. Această conlucrare s-a conturat pornind de la tratamentul stomatologic, chiar de la unele insuccese din cauza afecțiunilor endocrine, dintre care pe locul de frunte se situează diabetul. Diabetul juvenil devine factorul declanșator al diferitor disfuncții și patologii, iar succesul unui tratament, în atare cazuri, nu se poate atinge fără implicarea specialistului endocrinolog. Aceste situații deseori s-au întâlnit în timpul tratamentului stomatologic la minorii cu diabet tip 1, fapt ce și declanșat necesitatea de colaborare cu endocrinologul: inițial de consultare ocazională, apoi de colaborare generală, ca în fine să se realizeze un act terapeutic comun.

Este deja cunoscut faptul că o serie de leziuni orale sunt cauzate de disfuncția endocrină a organismului, care poate varia de la ușoară la se-

veră. Adesea, această situație afectează starea organelor cavității bucale – limba, gingiile, palatul, membranele mucoase ale obrajilor, provocând procese inflamatorii și durere. În acest caz, atât endocrinologul, cât și medicul dentist se află într-o situație destul de dificilă: nu pot efectua direct, rapid și convenabil consultațiile necesare și prescrie un tratament adecvat, ceea ce necesită o abordare interdisciplinară. Astfel, întregul contingent de pacienți devine vulnerabil.

Pacienții cu diabet acuză probleme referitor la cavitatea orală: gura uscată (senzația frecventă de uscăciune a gurii); sete permanentă; inflamația gingiilor, care poate duce la gingivită și parodontită (înroșirea gingiilor, inflamarea și sângerarea); vindecarea lentă a țesuturilor din cavitatea orală; candidoza bucală primele semne fiind apariția unor pete sau a unor zone albe pe limbă; senzație de arsură la nivelul gurii sau al limbii.

Cercetările realizate pe copiii diabetici din Brazilia cu vârsta medie de 13–17 ani au depistat gingivita și parodontita în 21% și 6%. Într-un grup de copii lituanieni cu diabet zaharat în vârstă de 10-15 ani prevalența gingivitei a fost de 27%. Persoanele cu diabet zaharat sunt predispuse la dezvoltarea bolilor dentare, cum ar fi gingivita, parodontita. Diferențele semnificative între diabetici și de persoanele sănătoase apar anume în adolescență [3].

Sunt interesante datele survenite în rezultatul unui studiu dedicat frecvenței afecțiunilor cavității orale și specificul acestora la copiii cu patologie endocrină. Astfel, din 371 de copii: 181 de fete (48,8%) și 190 de băieți (51,3%), diabetul zaharat a constituit 258 de copii (69,5%), (obezitatea – 37 de copii (9,9%), patologia glandei tiroide – 27 de copii (7,2%), hipostatură constituțională – 24 de copii (6,4%), patologia hipotalamo-hipofizară – 13 de copii, (3,5%). Afecțiunile stomatologice au fost depistate mai frecvent la copiii cu diabet zaharat: gingivita în 81% de cazuri, caria dentară în 74% de cazuri, leziuni ale mucoasei orale în 32% de cazuri, candidoza mucoasei orale în 9% de cazuri [4].

Între patologia stomatologică și diabetul zaharat există multiple și complexe conexiuni. În ceea ce privește medicina stomatologică, diabetul este implicat în etiopatogenia unor afecțiuni cu exprimare semiologică la nivelul cavității orale, în reactivitatea pacienților la unele tratamente stomatologice, în prognosticul unor boli și în managementul general al pacienților diabetici. Manifestările orale în diabetul zaharat sunt reprezentate de gingivită, boală parodontală, candidoză bucală, multiple carii dentare,

disfuncția glandelor salivare, xerostomie, pierderea unităților dentare, tulburări gustative și neurosenzoriale (arsuri bucale). Aceste manifestări nu sunt patognomonice, dar sunt relevante pentru pacienții suferinzi de diabet. De fapt, prognosticul acestor afecțiuni stomatologice este mai rezervat la pacienții diabetici.

Boala parodontală este principala cauză de pierdere a unităților dentare la un pacient cu diabet zaharat. Prevalența bolii parodontale este de două ori mai mare în rândul pacienților cu diabet zaharat decât în rândul pacienților nediabetici [5].

Interrelația dintre boala parodontală și diabetul zaharat este bidirecțională. De asemenea, pacientul va percepe o mobilitate anormală odată cu expunerea unei suprafețe tot mai mari din dinte. Boala parodontală poate duce la durere, respirație urât mirositoare persistentă.

Debutul și evoluția *parodontitei* la pacienții cu diabet zaharat sunt induse de microangiopatie diabetică, tulburări de răspuns imun și o rezistență mai mică la infecții, tulburări în metabolismul colagenului. Hiperglicemia are, de asemenea, în mod indirect are un efect nociv, stimulând celulele sistemului imunitar la eliberarea citokinelor inflamatorii, care ulterior vor declanșa apariția afecțiunilor țesutului parodontal. În ultima perioadă studiile demonstrează corelația dintre gravitatea afecțiunii parodontale și vârsta de debut al diabetului zaharat: cu cât vârsta de debut al diabetului este mai mică, cu atât este mai grav afectat parodontul. În același timp s-a dovedit că tratamentul cu succes al afecțiunilor parodontale reduce nivelul de glucoză din sânge.

Prezența parodontitei progresa rapid (pierderea atașamentului osos al dintelui). Gingia și osul subiacent se retrag într-un ritm accelerat, neconcordanț cu vârsta. Datorită retracției gingivale și a resorbției osoase, papila interdentară va avea o poziție mai joasă, cu apariția de zone negre sub punctele de contact.

Cariile dentare sunt mai frecvente la pacientul cu diabet zaharat din cauza xerostomiei (secundară disfuncției glandelor salivare), concentrației mai mari a glucozei în lichidul crevicular și numărului mai mare de streptococi și lactobacilli în placa bacteriană. O manifestare a disfuncțiilor este uscăciunea mucoaselor care se mai numește și xerostomie și este determinată de o producție insuficientă de salivă. Efectele xerostomiei sunt numeroase, între ele numărându-se iritații, apariția de carii, afte recurente și probleme la deglutiție și vorbire.

Prin stabilirea *patologiei orale* la nivelul mucoasei orale la pacientul cu diabet zaharat sunt mai frecvent întâlnite infecțiile fungice, cum ar fi candidozele orale, stomatitele aftoase recurente, lichenul plan, ulcerele traumatice, limba fisurată care provoacă pete albe dureroase în gura.

Infecțiile repetate ale mucoaselor afectează sistemul imun de apărare împotriva microbilor și bacteriilor. Autorezistența nu funcționează la capacitatea optimă și riscul de infecții crește considerabil. În acest mediu apar abcese gingivale, ulceratii bucale, tulburări ale gustului. Se înregistrează și *hemoragii continue* în urma extracțiilor.

Pot apărea și *supurații* (producția și scurgerile de puroi) în regiunea buco-maxilo-faciale. Supurațiile lojilor superficiale și ale lojilor profunde au adesea un punct de plecare dentar.

La nivel maxilo-facial se înregistrează o *patologie traumatică* diversă, constând din plăgi, traumatisme dento-parodontale și chiar fracturi ale oaselor masivului facial.

De asemenea la copiii cu diabet *dinții pot erupe precoce*.

Cunoașterea afecțiunilor generale ale pacientului este crucială pentru medicul stomatolog. Astfel, medicul stomatolog poate fi primul medic care să suspecteze prezența diabetului zaharat la un pacient cu manifestări orale sugestive, care nu răspund corespunzător la terapia aplicată, și poate îndruma pacientul către medicul diabetolog. Decizia oportunității, a momentului operator, pregătirea specifică și tipul de tratament aplicat depind de prezența sau absența bolilor asociate, de gradul de compensare metabolică, funcțională sau de echilibrul hemodinamic al pacientului. Colaborarea interdisciplinară este necesară pentru succesul terapeutic.

În contextul corelației dintre diabet și bolile stomatologice există trei repere majore care trebuie luate în considerare de fiecare dată: pacientul cu diabet are o susceptibilitate crescută la bolile stomatologice și o reactivitate specifică; există două entități clare, diferite și bine definite de pacienți cu diabet, cei cu boala controlată printr-un tratament și un regim de viață corecte și cei care au un diabet netratat/necunoscut sau tratat incorect; termenul generic de referință pentru abordarea terapeutică stomatologică prin proceduri invazive a pacienților cu diabet este acela de contraindicație relativă [6].

Se poate înregistra și un proces invers: tratarea afecțiunilor gingivale ajută la îmbunătățirea nivelului glicemic din sânge la diabetici, iar organismul minorilor cu nivelul normal de glucoză serică răspunde foarte bine la tratamentul stomatologic.

Odată ce sunt abordări privind aplicarea interdisciplinarității, acest fapt se referă concomitent și atât domeniilor medico-biologice, cât și subiecților *etice*. Se știe că o serie de leziuni în cavitatea bucală sunt cauzate de boli endocrine. În practica clinică dentară și endocrinologică (cu leziuni comune legate de aceste două domenii ale medicinei moderne), medicii au remarcat anumite priorități în manifestarea principiilor *bioetice*.

Primul dintre ele este *principiul integrității terapeutice*. Respectarea acestuia este de netăgăduit cu o abordare terapeutică interdisciplinară multilaterală în cazul bolilor endocrino-stomatologice. Aici se manifestă nu numai interconexiunea proceselor patologice, ci și utilizarea în tactici terapeutice a unor acțiuni specifice diferitelor specialități medicale, cu prevalarea celor endocrine și dentare. Stabilirea priorităților duce, în majoritatea cazurilor, la consecințe negative pentru organism în general. O abordare bioetică este utilizată pentru a identifica o opțiune de tratament adecvată.

Pe locul doi se află *principiul confidențialității*. Din observațiile pe termen lung ale medicilor, aproximativ 60% dintre pacienții minori care suferă de diabet zaharat, care au descoperit leziuni corespunzătoare în cavitatea bucală, nu doresc să afle nu numai colegii sau rudele, ci și medicii din alte specialități medicale înguste. De menționat că pacienții din această categorie asociază în mod direct respectarea confidențialității medicale de către medic cu manifestarea profesionalismului acestuia.

Pe locul al treilea se află *principiul binefacerii* care proclamă norma morală de a efectua acțiuni în beneficiul pacientului. Acest principiu concentrează atenția medicului asupra necesității nu doar de a evita vătămarea, ci și de a lua măsuri active pentru a o preveni sau corecta, dacă aceasta deja s-a produs. În această categorie de pacienți tocmai aceste principii bioetice s-au dovedit a fi prioritare.

O experiență specifică de *conlucrare între medicul stomatolog și endocrinolog*, cât și în *relațiile medic-pacient* s-a realizat în timpul restricțiilor antipandemice. În aceste condiții atât endocrinologul, cât și medicul stomatolog, se aflau într-o situație destul de dificilă: nu puteau efectua direct, rapid și convenabil consultațiile necesare și prescrie un tratament adecvat, fapt ce necesita în mod obiectiv o abordare interdisciplinară. Astfel, întregul contingent de pacienți devine vulnerabil.

Strategia de tratament comună este un exemplu clar de aderență la principiul integrității terapeutice, precum și la principiul binefacerii. Implementarea acestei tactici începe cu consensul reciproc, rezultat cu schimbul

de informații despre subiectul bolii, după care se determină procesul tratamentului. Din experiența R.Moldova, trebuie menționat că în condițiile restricțiilor antipandemice din anul 2020, toate serviciile stomatologice au fost interzise timp de mai mult de jumătate de an, cu excepția serviciilor urgente care funcționau în spitale sau secții corespunzătoare. Drept urmare, medicii stomatologi au avut mai mult timp de alocat consultațiilor telefonice. Aceeași situație a fost observată și la endocrinologi. Cu toate acestea a rezultat mai puțin timp liber din cauza cererilor crescute din partea pacienților cu patologii endocrine. În astfel de condiții devine mai dificil să se identifice o serie de parametri asociați cu boala, deoarece a devenit imposibil să se examineze direct starea țesuturilor cavității bucale și a altor părți ale corpului. Totodată, în această situație, a avut loc un proces de consolidare a relației medic-medic sub forma unei cooperări mai strânse în ceea ce privește tratamentul individual, care urma să fie completat cu alte acțiuni și opțiuni terapeutice specifice care, la moment, erau temporar imposibile [7]. Cea mai evidentă dificultate a fost neglijarea sau nerespectarea de către adolescenți a acțiunilor terapeutice stabilite. La copii de până la 14 ani grijile pentru sănătate preponderent erau purtate de către părinți.

Așa dar, identificarea particularităților interdisciplinare ale abordării afecțiunilor endocrino-stomatologice sun destul de actuale și cu o deosebită valoare practică la contingentul de minori cu diabet zaharat tip 1. Apariția interesului față de legătura între afecțiunea stomatologică și diabetul zaharat a creat condiții pentru a analiza noua abordare interdisciplinară și a face față problemelor sănătății orale la astfel de categorii de pacienți ca una de sistem.

Obiectivul de bază a tratamentului afecțiunilor cavității bucale constă în stoparea evoluției patologiilor, stabilizarea structurilor țesuturilor și organelor, reabilitarea morfo-funcțională și biopsihosocială. Tactica și etapele tratamentului trebuie să fie individualizate și modificate în dependență de diagnosticul stabilit. Este importantă comunicarea trilaterală pacient-stomatolog-endocrinolog pentru stabilizarea, echilibrarea metabolică a pacienților cu diabet zaharat tip 1 și controlul eficient al statutului parodontal dereglat. Sunt importante reperele etice și bioetice în actul medical cu respectivul contingent de pacienți minori.

Afecțiunile parodontale evoluează o perioadă de timp îndelungată cu efecte deseori ireversibile până la pierderea dinților. Simptomele incipiente nu sunt întotdeauna evidente pentru adolescent cum ar fi hemoragia gin-

givală, ceea ce duce la creșterea incidenței bolii. Rezultatele tratamentului afecțiunilor parodontale nu vor depinde doar de competențele medicului, ci și de cooperarea adolescentului. De aceea sunt necesare acțiuni și de școlarizare, de informare competentă accesibilă pentru minori. O condiție benefică în actul terapeutic și cel de reabilitare rezidă în desfășurarea de activități educaționale în rândul pacienților vizați privitor la stilul de viață sănătos și îngrijirea orală preventivă. Se relevă evident necesitatea unei cooperări mai strânse a medicului endocrinolog și cel stomatolog.

Referințe bibliografice

1. Ожован А.Г., Ожован В.В. Эндокринно-стоматологические патологии: биоэтические аспекты лечебного процесса в условиях пандемии Covid-19. In: *Здоров'я, медицина та філософія: стратегії виживання. Матеріали ІХ Міжнародного симпозиуму з біоетики*, 15-16 квітня, 2021 р., Київ. Упор. С.В. Пустовіт, Б.І. Остапенко. Київ: Графіка і дизайн, 2021. с. 57-59; 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*, 7-8 octombrie 2022, Chișinău. Ediția a 5-a. Chișinău: Print-Caro, 2022, pp.249-256.
2. Năstase C., Ojovan Vitalina, Fedas V. Sindromul metabolic și sănătatea orală. Monografie. Chișinău: Poliviz-Design, 2021.
3. Ojovan Vitalina, Luchianiu A. Stabilirea tacticii de tratament in afecțiunile parodontale la adolescenții cu diabet zaharat tip 1. În: *Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale*, 6-7 noiembrie 2020, Chișinău. Ediția a 3-a. Chișinău: Print-Caro, 2020, pp.350-352.
4. Stepco E., Vudu V. Specificul afecțiunilor cavității orale La copii cu patologie endocrină. În: *Medicina stomatologică*, 2014, nr. 4(33), pp. 30-36.
5. Câmpian R.-S., Pea A. Diabetul și bolile stomatologice. În: *Viața medicală*, 2017, Nr. 11, apr. În: <https://www.viata-medicala.ro/diabetul-si-bolile-stomatologice-13069> (accesat: 30.08.2023).
6. *Ibidem*.
7. Ожован А.Г., Ожован В.В. Эндокринно-стоматологические патологии: биоэтические аспекты лечебного процесса в условиях пандемии Covid-19. In: *Здоров'я, медицина та філософія: стратегії виживання. Матеріали ІХ Міжнародного симпозиуму з біоетики*, 15-16 квітня, 2021 р., Київ. Упор. С.В. Пустовіт, Б.І. Остапенко. Київ: Графіка і дизайн, 2021. с. 57-59.

CRITERIILE DE ARGUMENTARE A PROTOCOLULUI DE TRATAMENT ENDODONTIC

Iuliana Bicec, doctorand

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

iuliana.bicec@gmail.com

THE ARGUMENTATION CRITERIA OF THE ENDODONTIC TREATMENT PROTOCOL

The goal of endodontic treatment is to debride and clear the root canal system of infected pulp tissue so that the canal space can be shaped and prepared to be filled with an inert material, thereby preventing or minimizing any chance of reinfection. However, failure occurs when endodontic treatment does not meet clinical standards and principles. Two approaches have been proposed to solve this problem. In the first approach, residual bacteria are eliminated or prevented from repopulating the canal system by inserting a dressing into the root canal, in an additional visit, generally falling into the following categories: phenolic derivatives (eugenol, para-monochlorophenol camphorate, phenol camphorate, metacresyl acetate, creosote from beech wood), aldehydes (formocresol), halogens (potassium iodide), calcium hydroxide, antibiotics or other combinations. The decision on the treatment tactics remains at the choice of the dentist, depending on the clinical condition, the general condition of the patient, the technical possibilities and the materials at his disposal, as well as his experience.

Introducere. Tratamentul endodontic este de natură destul de previzibil cu rate de succes raportate de până la 86–98% [13]. Adresarea populației adulte la medicul stomatolog terapeut din cauza pulpitei reprezintă 16% din numărul total de pacienți, iar din cauza parodontitei apicale – aproximativ 30%. Conform cercetărilor clinico–radiologice, mai mult de 70 % din eșecurile tratamentului endodontic sunt legate de obturarea neadecvată a canalelor radiculare [5].

Scopul tratamentului endodontic este debridarea și curățarea sistemului de canal radicular de țesut pulpar infectat, astfel încât spațiul canalului să poată să fie modelat și pregătit pentru a fi umplut cu un material inert, pre-

venind sau minimizând astfel orice șanse de reinfecție. Cu toate acestea, eșecul apare atunci când tratamentul endodontic nu corespunde standardelor și principiilor clinice [14]. Prin urmare, tratamentul endodontic are ca scop prevenirea și vindecarea parodontitelor apicale acute și cronice.

Prevenirea și vindecarea parodontitelor apicale acute și cronice depind de mai mulți factori. Aceștia pot fi:

1. factori preoperatori:
 - existența parodontitei apicale, tratament primar sau retratament;
2. factori operatori:
 - prepararea canalului radicular;
 - calitatea și găsirea spațiului endodontic;
 - existența accidentelor iatrogene;
3. factori post operatori:
 - infiltrația coronară;
 - aplicația ulterioară a unui pivot [3].

Totuși, nu există un consens în literatură pe baza unei definiții consecutive a criteriilor de „succes” a tratamentului endodontic [14].

Alegerea materialului de obturare endodontică și a numărului de ședințe. Din multitudinea de factori care influențează tratamentul endodontic, unul din ei va fi alegerea numărului de ședințe, care depinde de adoptarea deciziei de a folosi un pansament intracanal sau nu, respectiv de materialele care le avem în cabinet și proprietăților.

Eficacitatea tratamentului depinde de tipul și compoziția materialului de obturare care face ca unul să fie superior față de celălalt [8]. În contact cu țesutul periradicular, sigilanții eliberează diverse substanțe, provocând diferite reacții [12].

Au fost propuse două abordări pentru a rezolva această problemă. În prima abordare, bacteriile reziduale sunt eliminate sau împiedicate să repopuleze sistemul canalar prin introducerea unui pansament în canalul radicular, în o vizită suplimentară, în general încadrându-se în următoarele categorii: derivați fenolici (eugenol, paramonoclorofenol camforat, fenol camforat, acetat de metacrezil, creozot din lemn de fag), aldehide (formocrezol), halogenuri (iodură de iod de potasiu), hidroxid de calciu, antibiotice sau alte combinații [9]. Pe parcursul timpului au fost dezvoltate și folosite mai multe tipuri de substanțe ca pansament intracanal, fiecare din ele având proprietăți specifice [5]. A doua abordare are ca scop eliminarea bacteriilor rămase sau a le face inofensive prin conservarea lor prin

obturație tridimensională completă, terminând tratamentul într-o singură vizită pentru a priva microorganismele de nutriție și spațiu necesar pentru a supraviețui și a se înmulți [9].

Rezultatele unor astfel de investigații au condus la concluzii contradictorii. Unele studii au sugerat că utilizarea diferitelor medicamente între vizite poate contribui la eliminarea tuturor bacteriilor (Fava, 1995). În schimb, alții au subliniat necesitatea de a sigila spațiul endodontic cât mai repede posibil, adică într-o singură vizită, deoarece cimenturile temporare nu sunt de încredere în menținerea unei sigilări coronare bune în timpul intervalului dintre vizite [9].

Cu timpul a crescut preferința printre medicii stomatologi să efectueze tratamentul endodontic într-o singură vizită. În plus, practica endodonției într-o singură vizită, spre deosebire de endodonția cu mai multe vizite, a fost încurajată dediferențele neglijabile în rezultatele tratamentului între cele două, care includ o absență a durerii postoperatorii și tratarea clinică și radiologică a dinților [5]. La fel, în timpul vizitelor multiple, calitatea sigiliului coronar influențează sterilizarea canalului radicular [8].

În ultimii 30 de ani, introducerea și îmbunătățirea instrumentelor de magnificare, instrumentele din nichel-titan și noile protocoale de irigare au îmbunătățit capacitatea medicilor să gestioneze cazurile complexe și simptomele asociate într-o singură vizită [10]. Cu toate acestea, nu toate cazurile din practica stomatologică vor prezenta un prognostic favorabil. Prognosticul poate deveni discutabil sau nefavorabil din cauza prezenței unei infecții vechi, incapacității de a ajunge la microorganisme în zonele inaccesibile (adică anatomie apicală complexă sau prezența infecției extraradiculare), prezența chisturilor apicale mari sau, în unele cazuri, un pacient cu imunocompetența scăzută. Această ultimă variabilă include predispoziția genetică sau dobândită de a dezvolta parodontită apicală persistentă (Fouad & Burleson, 2003; Morsani și colab., 2011). Atunci, prognosticul este afectat de factori combinatori (multifactoriali). În aceste cazuri, se prezintă utilizarea unui medicament intracanal după o debridare adecvată un avantaj clinic, deoarece ameliorarea simptomelor poate fi confirmat înainte de finalizarea tratamentului (Chong & Pitt Ford, 1992).

Utilizarea unui medicament intracanal oferă medicului stomatolog posibilitatea de a testa efectul fundamental al proceduri endodontice; dacă rezultatele pe termen scurt sunt satisfăcătoare pentru medic și pacient, cazul poate fi finalizat. Dispariția edemului sau fistulei, ameliorarea durerii, absen-

ța percuției și/sau sensibilității la palpare sunt semne clinice favorabile [10].

Astfel, medicamentele intracanalare contemporane precum hidroxidul de calciu sunt utile nu numai pentru eliminarea microorganismelor și inactivarea acestora produse secundare (Byström et al., 1985; Safavi & Nichols, 1993; Shuping et al., 2000), dar și pentru confirmarea semnelor inițiale de vindecare sau a rezoluției simptomelor înainte de finalizarea tratamentului (Chong & Pitt Ford, 1992).

Studiile au arătat un răspuns extins al celulelor gigantice în zona peripicală la sigilanții care conțin hidroxid de calciu. Diferențele dintre răspunsurile inflamatorii provocate de sigilanți care conțin hidroxid de calciu ar putea fi motivul rezultatelor mai bune obținute la studiile anterioare pe animale. Experimentarea pe animale a arătat rezultate favorabile când hidroxidul de calciu a fost pus în contact strâns cu țesuturile vii [8].

Utilizarea hidroxidului de calciu în endodonție a cunoscut de-a lungul timpului un interes permanent, datorită proprietăților sale: stimulează formarea de țesut calcificat, are acțiune antimicrobiană, elimină secrețiile apicale persistente, accelerează descompunerea materialului necrotic [2]. Conform studiilor efectuate de Ghose, L. (1987), hidroxidul de calciu are proprietatea unică de a favoriza mineralizarea, chiar și a țesuturilor pentru care, în mod normal, acest proces nu este caracteristic. Ipotezele recente atribuie grupului hidroxid o importanță majoră, în accelerarea calcificării prin furnizarea mediului alcalin favorabil acestui proces. PH-ul alcalin acționează multidimensional:

- neutralizează acidul lactic ca produs al activității osteoclastelor prevenindu-se, astfel, disoluția componentelor minerale dentinare;
- activează fosfataza alcalina, care, la rândul ei, eliberează din sânge grupările fosfat-anorganice ce se precipită sub formă de fosfați de calciu (Weine, F.S.) [2]. Hidroxidul de calciu s-a dovedit a fi inefficient împotriva biofilmelor de *E. fecalis* chiar și după 24 de ore de tratament [10].

Comparațiile de antibiotice au fost studiate în ultimii ani în timpul strategiilor de endodonție regenerativă. Literatura de specialitate este inconsecventă cu privire la eficacitatea dublei și paste cu triple antibiotice (DAP și TAP), respectiv împotriva biofilmelor mono și multispecie. S-a demonstrat că TAP este semnificativ mai bun decât hidroxidul de calciu și clorhexidină în distrugerea biofilmelor de *E. Fecalis* [11]. Cu toate acestea, posibilitatea ca bacteriile de canal să dezvolte rezistență la antibiotice și posibile reacții alergice la pacienți, rămân preocupări importante cu această categorie de medicamente.

În practica clinică, medicii folosesc o varietate de materiale, cum ar fi pe bază de zinc oxid eugenol, pe bază de rășină și pe bază de hidroxid de calciu. Odată cu apariția materialelor bioactive, literatura de specialitate a arătat o îmbunătățire a vindecării periapicale [8].

La fel, cercetătorii caută alternative naturale la produsele farmaceutice sintetice, din cauza creșterii continue a tulpinilor rezistente la antibiotice și a efectelor adverse induse de medicamentele sintetice. Chiar dacă plantele au o gamă largă de aplicații în medicină, au fost puține investigate în stomatologie [6].

Studiile legate de utilizarea medicamentelor pe bază de plante în combinație cu sigilații endodontice disponibili comercial, au evidențiat: propolisul și ceaiul verde, uleiul de scorțișoară, radacina de moringa, extractul de coajă de tamarillo etc. [6].

Se va decide, încâte ședințe va fi tratat dinte în cauză, ducându-se evidența de contraindicații specifice pentru tratamentul endodontic într-o ședință, propuse de Alshkenaz (1984):

1. Prezența modificărilor periapicale în dinți cu pulpă vie și neviabilă;
2. Particularitățile anatomice (micșorarea volumului camerei pulpare, obliterări de canal, curburi majuscule de canal, bifurcare de canal);
3. Dinți pluriradiculari nu prezintă contraindicație absolută, dar reieșindu-se din faptul, că ei frecvent prezintă dificultăți (canale suplimentare, curburi pronunțate, denticle și calcificări). Ar fi cu mult mai comod pentru majoritatea stomatologilor de practică generală să efectueze tratamentul în mai multe ședințe [1, 4].

Se reiese și din faptul, că există mai multe căi de acordare a asistenței endodontice, fiecare din care, în situații concrete, se pot modifica și în dependență de condiții [1].

În viitor, ar putea fi posibil să se atragă țesut asemănător pulpei în canalele radiculare curățate și modelate. Cu toate acestea, introducerea conceptelor de inginerie tisulară în clinicile stomatologice de zi cu zi nu a fost încă realizată și, prin urmare, concentrarea actuală pentru îmbunătățirea abordării convenționale de obturare a canalelor radiculare va rămâne în continuare [7].

Concluzie. Decizia asupra tacticii de tratament rămâne la alegerea medicului stomatolog, în funcție de starea clinică, de starea generală a pacientului, de posibilitățile tehnice și materialele de care dispune, cât și de

experiența sa. Cunoașterea proprietăților materialelor, studierea literaturii actuale și perfecționare continuă îl vor ajuta să adopte o decizie corectă.

Referințe bibliografice

1. Burlacu V., Fala V., Cartaleanu A., Burlacu V, Vatamanu F., Chiriac O. In: https://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/4324/1/PROGRAMAREA_TRATAMENTULUI_ENDODONTIC.pdf (accesat: 15.09.2023).
2. Nicolau G., Iuhtimovschi E., Tratamentele periodontitelor cronice in două etape. In: https://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/21853/1/TRATAMENTUL_PERIODONTITELOR_p.38_40.pdf (accesat: 01.09.2023).
3. Scărlătescu S., Perlea P., Gheorghiu I., Diaconu O., Iliescu G, Iliesc A. Obturația endodontica adezivă. In: Revista Romana de stomatologie, 2015, Vol. LXI, p.35-40.
4. Ashkenaz PJ. One-visit endodontics. In: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6594282/> (accesat: 03.09.2023).
5. Holland R., Gomes Filho J. E., Cintra L.T.A., Queiroz I. O. A. Estrela C. Factors affecting the periapical healing process of endodontically treated teeth. În: <https://www.scielo.br/j/jaos/a/dRgMC4hj3SXWRWBh4NVqNCw/?lang=en> (accesat: 10.08.2023).
6. Karobari, M.I.; Adil, A.H.; Assiry, A.A.; Basheer, S.N.; Noorani, T.Y.; Pawar, A.M.; Marya, A.; Messina, P.; Scardina, G.A. Herbal medications in endodontics and Its application - a review of literature. In: <https://www.mdpi.com/1996-1944/15/9/3111> (accesat: 10.09.2023).
7. Kishen A., Peters O.A., Nair M.K. In: Advances in endodontics: Potential applications in clinical practice. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872571/?report=reader> (accesat: 10.09.2023).
8. Khandelwal A., Janani K., Venkata Teja K., Jose J., Battineni G., Riccitiello F., Valletta A., Palanivelu A., Spagnuolo G. Periapical Healing following Root Canal Treatment Using
9. Different Endodontic Sealers: A Systematic Review. In: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2022/3569281/> (accesat: 02.08.2023).
10. Manfredi M, Figini L, Gagliani M, Lodi G. Single versus multiple visits for endodontic treatment of permanent teeth. In: Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016, Vol. 12.
11. Ordinola-Zapata R., Noble W.C., Perez-Ron A., Ye Z., Vera J. Present status and future directions of intracanal medicaments. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9321724/> (accesat: 14.08.2023).

CALITATEA VIEȚII POPULAȚIEI DIN ȚĂRILE CU VENITURI MICI ȘI MEDII ESTIMATĂ CU INSTRUMENTE STANDARTIZATE

Alina Ferdohleb, dr. în șt. med., conf. univ.

Catedra de medicină socială și management „Nicolae Testemițanu”,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R.Moldova
alina.ferdohleb@usmf.md

QUALITY OF LIFE OF POPULATIONS IN LOW AND MIDDLE INCOME COUNTRIES ESTIMATED USING STANDARDIZED TOOLS

This article presents the concept of health-related quality of life and sociological standardization tools proposed by international institutions (WHO, FDA, EORTC) with the aim of estimating the quality of treatment and the health-related quality of life of the population in low- and middle-income countries (LMICs). Standardized questionnaires (WHO QoL, SF-36, SWLS) focus on personal health (physical, mental and spiritual), social relationships, educational status, work environment, sense of security, safety and freedom, autonomy in decision-making.

Introducere.

În epoca tratamentelor în continuă expansiune și a medicinei de precizie, speranța de vindecare rămâne obiectivul final pentru pacienții, care suferă de maladii incurabile și au nevoie de un tratament delungă durată. La fel de importantă pentru mulți pacienți reprezintă *calitatea vieții* (CV) obținută în timpul și după tratament. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, calitatea vieții în medicină se înțelege drept bunăstareafizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite în cadrul existenței lor cotidiene [1].

Calitatea vieții legată de *sănătate* este acceptată ca o evaluare multidimensională a modului în care boala și tratamentul afectează sentimentul de funcționare generală și bunăstare al pacientului [2]. Definiția oficială a *calității vieții* legată de *sănătate* (CVLS) este „un concept pe mai multe domenii care reprezintă percepția generală a pacientului asupra efectului bolii și al tratamentului asupra aspectelor fizice, psihologice și sociale ale

vieții” [3]. Un motiv principal pentru care se pune accent pe CVLS este faptul că pacienții doresc să trăiască bine cât mai mult timp, fiind crucial pentru rezultatele generale ale acestora.

Estimarea calității vieții cu instrumentele standardizate ale instituțiilor internaționale este o soluție eficientă pentru populațiile din țările cu venituri mici și mijlocii. Conform listei de economii a Băncii Mondiale anunțată în 2021 (<https://www.worldbank.org>), *țările cu venituri mici* (ȚVM) sunt definite ca țări cu un venit național brut (PIB) pe cap de locuitor de 1.035 USD și mediu inferior. *Țările cu venituri mici și medii* (ȚVMM / LMIC) sunt cele cu un PIB pe cap de locuitor între 1.036 USD și 4.045 USD. În prezent, există 29 de ȚVM și 50 de ȚVMM, majoritatea în Africa, Asia și doar două în Europa (Moldova și Ucraina). Printre țările cu venituri medii superioare (UMIC), 12 din 56 de țări (*Albania, Armenia, Azerbaidjan, Belarus, Bosnia și Herțegovina, Bulgaria, Kazahstan, Kosovo, Muntenegru, Macedonia de Nord, Federația Rusă și Serbia*) reprezintă țările europene.

Materiale și metode

Pentru atingerea obiectivelor trasate în cadrul proiectului „Phage treatment and wetland technology as intervention strategy to prevent dissemination of antibiotic resistance in surface waters (PhageLand)”, a fost realizat un studiu secundar cu obiectivul de a analiza instrumentele de cercetare sociologic standardizate contemporane la subiectul proiectului de cercetare.

Sinteza /reviul narativ a presupus colectarea de informații din bazele de date internaționale cu acces deschis – PubMed, Google Scholar, Medline, utilizând cuvintele-cheie: „calitatea vieții”, „calitatea vieții legată de sănătate”, „țările cu venituri mici și mijlocii”, „Organizația Mondială a Sănătății / WHO”, „instrumente sociologice”, „36-Item Short Form Survey /SF-36”, „World Health Organization Quality of life /WHO QoL”, „SWLS”. Au fost analizate circa 100 de surse bibliografice, fiind reținute în funcție de relevanță – 47 de surse. Limbile de publicare ale surselor bibliografice selectate au fost: engleza, româna și rusă. La sumarizare sintezei narative a fost selectat instrumentul sociologic, care a corespuns cerințelor obiectivului de studii al proiectului multilateral PhageLand. Protocolul cercetării a fost avizat pozitiv de către Comitetul de Etică a Cercetării al USMF „Nicolae Testemițanu” nr. 7 din 09.01.2022

Rezultate

Conceptul *calitatea vieții* este crucial pentru pacienți și important pentru evaluarea tehnologiei medicale. Pe de altă parte, este un concept dificil de măsurat, iar majoritatea cercetătorilor confirmă că atât durata vieții, cât și calitatea vieții sunt importante. Totodată, sensul *calității vieții* înalte și foarte bune poate fi diversă în diferite subgrupe de cercetare. Nu există o definiție unică a calității vieții, în pofida faptului că au existat multe încercări de a o sistematiza / formula. Definiția Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) se numără printre definițiile mai cuprinzătoare ale calității vieții. OMS definește calitatea vieții *caperepția indivizilor* asupra poziției lor în viață în contextul culturii și sistemelor de valori în care trăiesc și în relație cu obiectivele, așteptările, standardele și preocupările acestora.

Calitatea vieții (CV) este un concept larg afectat, într-un mod complex, de sănătatea fizică a persoanei, starea psihologică, nivelul de independență, relațiile sociale, convingerile personale și relația acestora cu trăsăturile esențiale ale mediului înconjurător” [6].

Pentru o evaluare detaliată a calității vieții ar trebui să fie măsurate parametrii: sănătatea fizică și mentală, bunăstarea generală, severitatea simptomelor, funcționarea socială. Totodată, nu se poate trece peste de așa importanți factori cum ar fi: tulburările de somn, performanța sexuală. În recomandările Agenției Europene pentru Medicamente (EMA) a fost menționat că chestionarele de evaluare a calității vieții trebuie să includă următoarele caracteristici: 1) utilitatea (validitatea) - unitate de măsură în care este apreciat un subiect de test; 2) sensibilitatea (reacția) la detectare, care are loc într-un subiect de test; 3) fiabilitatea - pentru a primi aceleași rezultate într-un test repetat. Mai mult ca atât, acestea ar trebui să fie practice și adecvate pentru o anumită condiție, simple la traducere în limbile locale / din regiune, să prevadă o marcare ușoară și economică, create pentru auto-completare de persoanele din grupul de test.

Așadar, chestionarele de evaluare a calității vieții pot fi împărțite în trei grupe de bază: 1) chestionare generale, 2) chestionare de evaluare a severității bolii și 3) chestionare specifice bolii. Chestionarele generale sunt aplicate pentru a evalua factorii mentali, intelectuali și fizici, indiferent de starea de sănătate, precum și prezența unor alte boli. Aceste sunt utilizate în rândul populației generale, atât la subiecții sănătoși, cât și la pacienții ale căror prognosticul este sever.

În ultimii cincisprezece de ani, cercetătorii naționali au început mai

frecvent să utilizeze instrumentele sociologice standandartizate de organizațiile internaționale în domenii medicale: chirurgia, stomatologia, pediatria, igiena, medicină socială și managementul [5]. De multe ori cercetătorii caută instrumentele și metodologia predestinată studiului empiric, iar din această cauză este important ca instrumentul să fie standartizat și fezibil conform criteriilor biostatisticii / statisticii medicale. Evaluarea instrumentului sociologic cu coeficientul Cronbach alfa este conștientizarea internă a chestionarului [6, 7].

Conform ultimelor date ale OMS, calitatea vieții cuprinde mai multe domenii cheie, numite parametri / domenii. Acestea sunt elementele de bază ale chestionarelor standardizate. La nivel mondial, s-au realizat peste 500 de studii, în ultimii zece de ani, în care s-au utilizat chestionarele *WHO QoL*, *SF-36*, *SWLS*. În tabelul mai jos sunt sistematizate parametrii și itemii din domeniile de bază ale calității de viață legată de sănătate.

Tabelul 1. Domeniile Organizației Mondiale a Sănătății ale calității vieții

	<i>Domenii</i>	<i>Itemii încorporate în domenii</i>
calității vieții legată de sănătate	1. Sănătate fizică	<ul style="list-style-type: none"> • Energie și oboseală • Durere și disconfort • Timpul suficient pentru somn și odihna
	2. Sănătate psihologică	<ul style="list-style-type: none"> • Imaginea și aspectul corpului • Sentimente negative • Sentimente pozitive • Stimă de sine • Gândire, învățare, memorie și concentrare
	3. Nivel de independență	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilitate • Activități din viața de zi cu zi • Dependența de medicamente și ajutoare medicale • Capacitate de lucru
	4. Relații sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Relații personale • Suport social • Activitate sexuală

5. Mediu	<ul style="list-style-type: none"> • Resurse financiare • Libertate, siguranță fizică și securitate • Sănătate și asistență socială: accesibilitate și calitate • Mediul acasă • Oportunități pentru dobândirea de noi informații și abilități • Participarea și oportunitățile de recreere și petrecere a timpului liber • Mediul fizic (poluare, zgomot, trafic, climă) • Transport
6. Valori și convingeri personale	<ul style="list-style-type: none"> • Religie • Spiritualitate • Convingerile personale

Primele patru domenii ale calității vieții enumerate, în tabelul de mai sus, includ aspecte care pot fi direct afectate de sănătate și de utilizarea medicamentelor și a tehnologiei medicale, în timp ce ultimele două domenii (*mediu și valori și convingeri personale*), deși importante, este posibil să nu fie afectate, la fel de frecvent, precum utilizarea tehnologiilor medicale (*inclusiv medicamente*). Acest accent mai restrâns asupra calității vieții, din cauza stării de sănătate, se numește *calitatea vieții legată de sănătate*.

Pacientul sau persoana care dorește să înțeleagă valoarea unui tratament ar putea include ultimele două domenii sau ar putea presupune că nu se vor schimba, iar, în cele din urmă, se vor concentra mai specific pe aspectele direct afectate de tehnologiile de sănătate. *Calitatea vieții legată de sănătate* este multidimensională, conține mai multe elemente și domenii, inclusiv domenii fizice, psihologice, funcționale și sociale legate de percepția unei persoane asupra calității vieții afectate de starea de sănătate. Rezultă, deci, că încercările de măsurare a *calității vieții legată de sănătate* vor capta aceste domenii.

Cercetătorii au demonstrat că evaluarea și gestionarea simptomelor, în afara vizitelor medicale obișnuite, sunt fezabile și îmbunătățesc rezultatele. Integrarea tehnologiei pentru o mai bună monitorizare și management al simptomelor poate fi vitală pentru îngrijirea integrată, îmbunătățirea *calității de viață* și rezultate mai bune.

După ce instrumentele sunt puse în aplicare, pentru a recunoaște problemele de suferință și *calitatea vieții legată de sănătate*, lucrătorii din sistemul medical ar trebui să se concentreze asupra modului de abordare a acestor simptome. O temă recurentă, în special ceea ce privește componenta psihosocială a *calității vieții legată de sănătate*, este coordonarea și integrarea îngrijirii. Integrarea cu adevărat a serviciilor psihosociale în îngrijirea pacienților paliativi necesită mai multe componente cheie, incluzând: (1) manageri de îngrijire psihosocială, care pot servi drept punct de legătură al serviciilor disponibile din asistența medicală primară, (2) urmărirea sistematică a simptomelor și aderarea la recomandările de tratament, instrumente, (3) educarea pacientului cu privire la problemele psihosociale și importanța auto-îngrijirii, (4) tratamente psihosociale scurte bazate pe dovezi, care pot fi executate de managerii de îngrijire sub supravegherea specialiștilor și (5) un model de management care să permită escaladarea treptată a intervenției pe baza liniilor directoare și a răspunsului la tratament. O parte a unui model de management ar putea include, de asemenea, mijloace mai puțin tradiționale de abordare a problemelor psihosociale. Ghidurile pentru pacienții paliativi recomandă o abordare integrată în domeniul sănătății psihologice și relațiilor sociale.

Concluzii.

Dovezile cu privire la importanța *calității vieții legată de sănătate* continuă să se acumuleze în toate aspectele de îngrijire a pacienților, inclusiv supraviețuirea generală și alte rezultate cheie. În același timp, există și continuă să evolueze intervenții care îmbunătățesc *calitatea vieții legată de sănătate* global, precum simptomele fizice, psihosociale și toxicitate financiară. Pentru a se asigura că pacienții cu cancer primesc îngrijire optimă și experimentează cele mai bune rezultate posibile, aceste aspecte ale *calității vieții legată de sănătate* trebuie abordate, în mod regulat, cu servicii interdisciplinare și integrate.

Referințe bibliografice

1. WHO QoL Group. The World Health Organization. In: Soc Sci Med., 1995, nr. 41, pp.1403-1409.
2. Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. In: Semin Oncol., 1995;22(2 Suppl 3), pp.73-81.

3. Quinten C., et al. Baseline quality of life as a prognostic indicator of survival: a meta-analysis of individual patient data from EORTC clinical trials. In: *Lancet Oncol.*, 2009;10(9), pp.865-871.
4. Ferdohleab A. Eficiența clinico-funcțională a tratamentului chirurgical al stric-turilor biliare benigne. Teză de doctor habilitat în științe medicale. Chișinău, 2020.
5. Croitoru C., Ciobanu E., Ferdohleab A. Validarea chestionarului: cunoștințe, atitudini și practici privind fenomenul de antibiorezistență la medici. În: *Arta Medica*, 2022; 3(84), pp.4-15.
6. Diener E, Seligman ME. Beyond money. Toward an economy of well-being. In: *Psychological Science in the Public Interest*, 2004;5(1), pp.1-31.
7. Новик А.А., ИONOBA T.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание, под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. Москва: ЗАО «Олма Медиа Групп», 2007.

INSTRUIREA ÎN EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE A ASISTENȚILOR MEDICALI LA NIVEL COMUNITAR

Angela Baroncea, doctorand

Tudor Grejdean, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Catedra de medicină socială și management „Nicolae Testemițanu”,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R.Moldova

fiodor.grejdean@usmf.md

HEALTHERN INSTRUCTION OF MEDICAL ASSISTANCE AT THE COMMUNITY LEVEL

In this scientific paper there are described the experiment results of the pedagogical model in the health education of the medical assistants whose purpose was the validation of the health education focused on the formation of prospective competencies of the health promotion by the medical assistants at the community level. The experiment results of the pedagogical model include: the analysis of the thematic refinement module, education for health, the determination of the prospective competencies level in the domain of the health education, the experimental intervention for refinement, the medical assistance in internal diseases, the establish-

ment of the formation level of the prospective competencies on the basis of the final test.

Actualitatea problemei. Determinarea unor modalități de stabilizare și dezvoltare a sistemului național de ocrotire a sănătății impun o analiză riguroasă a tendințelor mondiale, a practicilor educaționale prospective, ca factor determinant pentru dezvoltarea societății, precum și a situației actuale în sistemul sănătății. Dezideratul nominalizat este axat pe formarea de către specialiștii medicali cu studii medii de specialitate a unei culturi sanitare la toate grupurile sociale, precum și pe elaborarea, valorificarea strategiilor și mijloacelor educative adecvate formării unui comportament sănătos/mod sănătos de viață.

Problema cercetării este determinată de divergența dintre importanța formării medicale continue prospective, pe de o parte, și absența unui model de formare continuă prospectivă a asistenților medicali axate pe educația pentru sănătate, pe de altă parte [1,2,3].

Metode și tehnici de investigație. Studiul s-a realizat în cadrul Departamentului de Formare Medicală Continuă cu Studii Medii a Specialiștilor Medicali și Farmaciști.

Pentru realizarea demersului investigativ s-au utilizat următoarele metode:

- analiza documentelor oficiale (Legea Învățământului, Politica Națională de Sănătate 2007-2012, Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 și curricula disciplinară);
- aplicarea chestionarului „*Evaluarea aspectelor dimensiunii prospective*” pentru cursanți;
- aplicarea chestionarului „*Evaluarea nivelului de formare a competențelor prospective*” după demersul autonom pentru cursanți.

Prin intermediul experimentului formativ, în care au fost implicați cursanții de la specialitatea *Medicina generală*, calificarea *Asistent medical*, ne-am axat pe formarea de competențelor specifice în educația pentru sănătate din cadrul disciplinei Asistența medicală în boli interne, iar experimentul formativ cu cursanții de la specialitatea *Medicina generală*, axat pe educației pentru sănătate centrată pe formarea competențelor prospective de promovarea sănătății de către asistenții medicali la nivel comunitar.

Metodologia de formare a competențelor prospective a respectat principiile și strategiile de formare ale acestora, prevăzute de EP, iar drept su-

port au servit etapele de formare a competențelor prospective la asistenții medicali.

Pentru o evaluare corectă a competențelor prospective a fost analizată curricula disciplinară, evidențiind nivelul de proiectare a dimensiunii prospective și evaluarea nivelului de realizare a competențelor prospective (anticipare, planificare și direcționare) de către cadrele didactice în procesul educațional{4,5}.

Rezultate și discuții. În viziunea noastră *educatia prospectivă* reprezintă una din dimensiunile sectoriale ale activității de formare/dezvoltare a personalității pentru a face față cerințelor de viitor, proiectată și realizată pe baza valorilor fundamentale umane. *Modelul pedagogic al EP*, ce reprezintă un concept pedagogic fundamental, de tip orientator, care direcționează toate aspectele actului educativ spre pregătirea beneficiarului educațional pentru viitor. În structura *Modelului pedagogic al FCP* sunt incluse :

- fundamente teoretice – partea I a modelului, reprezentată prin: 1) caracteristicile EP; 2) funcțiile EP și 3) principiile EP;
- fundamente praxiologice – partea II a modelului axat pe curricula.

Modelul pedagogic al FCP reprezintă o construcție teoretico-praxiologică necesară pentru realizarea cu succes a procesului de instruire și educare în conformitate cu aspirațiile, competențele și posibilitățile cadrului didactic, cu cele ale educabililor, dar și cu necesitățile sociale. La elaborarea *Modelului pedagogic al FCP* s-a ținut cont de specificul influenței schimbărilor globale asupra societății și de cerințele actuale ale angajatorilor {6,7}.

La nivel de obiective a fost realizată o amplă analiză a modulului de perfecționare *Asistența medicală în boli interne* (anexa nr.4) și modulului de perfecționare tematică *Educație pentru sănătate*, corelându-se obiectivele generale cu cele de referință. În acest mod am urmărit să evidențiem în ce măsură este prezentă în curricula de formare continuă dimensiunea prospectivă: anticipare, planificare și direcționare în domeniul educației pentru sănătate. Analiza documentelor atestă următoarele:

- la modulul de perfecționare *Asistența medicală în boli interne* au fost identificate obiective de nivelul I (cunoaștere) –2, de nivelul II (aplica-re) – 3 și de nivelul III (integrare) – 1;
- la modulul de perfecționare tematică *Educație pentru sănătate* din cele 11 obiective specificate, 6 – nivelul I, 3 – nivelul II și 2 - nivelul III, fiind identificate 4 obiective referitoare la *proiectare*.

Din rezultatele studiului se observă că 33,33% sunt obiective de nivelul I; 50,00% de nivelul II (dintre care 33,33% au o orientare prospectivă – să planifice, să elaboreze, să proiecteze etc.) și 16,66 % de nivelul III.

Analizând proiectarea finalităților prospective (anticipare, planificare și direcționare) în modulul de perfecționare tematică *Educație pentru sănătate* la nivel de obiective evidențiem următoarele rezultate.

În rezultatele obținute a studiului se observă că 54,54% sunt obiective de nivelul I; 27,27% de nivelul II (dintre care 33,33% au o orientare prospectivă – să planifice, să elaboreze, să proiecteze etc.) și 18,618 % de nivelul III; dintre toate obiectivele 36,36% au o orientare prospectivă – să planifice, să elaboreze, să proiecteze etc.).

Determinarea nivelului de formare a competențelor prospective (demers disciplinar). Înainte de realizarea experimentului pedagogic propriu zis am determinat nivelul de formare a competențelor prospective la grupul țintă (calificarea Asistent medical - 75 cursanți) și grupul de control (calificarea Moașe - 75 cursanți). În acest scop am utilizat „*Matricea de evaluare*” și chestionarul „*Evaluarea aspectelor dimensiunii prospective*” administrat la etapa de constatare. Chestionarul s-a axat pe trei dimensiuni: *competența de anticipare, de planificare și competența de direcționare în educația pentru sănătate la nivel de comunitate*. Ca urmare s-a constatat că ambele grupuri de respondenți au oferit răspunsuri incomplete sau non-răspunsuri. În cele ce urmează prezentăm câteva exemple de itemi și răspunsurile colectate prin acest chestionar.

1. *Anticipați schimbările ce pot să apară în comunitate în urma educației pentru sănătate. Exemplificați.*

Eșantionul din grupul țintă și grupul de control au afirmat următoarele:

- *familiarizarea membrilor comunității despre necesitatea alimentației sănătoase;*
- *cunoștințe în efectele negative ale abuzului de alcool asupra organismului;*
- *posibilitatea de poluare al mediului inconjurător cu deșeuri;*
- *influența negativă asupra organismului a apei poluate etc.*

2. *Care sunt riscurile de sănătate în funcție de factorii nocivi?*

Respondenții de la calificarea Asistent medical au susținut în majoritate că:

- *modificarea funcției sistemelor respirator și digestiv;*

- *dereglarea funcției sistemului uroexcretor;*
 - *persoana umană devine inefficientă în prevenirea unor maladii.*
- Cursanții de la calificarea Moașe au menționat că:
- *întotdeauna vor fi efecte negative asupra dezvoltării fătului,*
 - *rolul factorilor mediului asupra dezvoltării organismului fetițelor,*
 - *existența multor schimbări și a multor probleme va necesita soluționarea problemelor din mai multe perspective.*

Răspunsurile date confirmă faptul că subiecții oarecum intuitiv anticipă atât schimbările din domeniul profesional/medical, cât și riscurile acestor schimbări pentru viitorul. Rezultatele obținute ne-au permis să selectăm grupul de studenți care va fi implicat în experimentul formativ după demersul autonomiei și cel care va fi implicat după demersul infuzional.

3. *Obișnuiți să planificați timpul în realizarea activităților de promovare a sănătății în rândurile populației din comunitatea dvs.?*

Prin acest item am dorit să înțelegem semnificația atribuită performanțelor personale. La această întrebare 24 % subiecți de la calificarea Asistent medical și 34 % de la calificarea Moașe au răspuns „nu”.

Conform rezultatelor mai mult de 60% subiecți de la ambele specialități menționează că sunt obișnuiți să planifice timpul oferit educației pentru sănătate. Diferențele ne semnificative a rezultatelor înregistrate în cele două grupuri, poate fi explicată prin faptul că cursanții de la calificarea Asistent medical pun accentul pe planificare, ca una din funcțiile de bază ale activității prestate.

4. *Este planificarea educației pentru sănătate un fapt determinant în realizarea performanțelor personale?*

35 % dintre cursanți de la calificarea Asistent medical consideră că „da”, iar 9% cursanți de la calificarea Moașe consideră că „nu”.

Acest rezultat este unul modest, deoarece a trasa obiective sau a accepta responsabilități încă nu înseamnă a avea și un plan concret de acțiuni. Iar faptul de a avea un plan de acțiuni, încă nu presupune și realizarea lui. Explicăm numărul mare de non-răspunsuri prin neînțelegerea de către subiecți a impactului, pe care îl are planificarea asupra creșterii performanțelor, prin anticiparea riscului de imposibilitate a realizării celor planificate sau prin lipsa competenței de a lua decizii.

În viziunea noastră, aspectele invocate au influențat desfășurarea procesului educațional. În același timp, aplicarea diverselor instrumente de instruire a permis selectarea strategiilor de lucru cu grupul țintă.

Concluzii:

1. Procesul globalizării lansează *noi provocări* educației, și impune necesitatea ajustării valorilor tradiționale la cele globale, ceea ce determină schimbări în paradigma educațională.

2. Schimbările în paradigmele politice, sociale, economice, solicită și ajustarea paradigmei educaționale, accentul fiind pus pe acțiune și participare.

3. Metodologia de formare a competențelor prospective a respectat principiile și strategiile de formare ale acestora, prevăzute de EP, iar drept suport au servit etapele de formare a competențelor prospective la asistenții medicali.

4. În rezultatul studiului am identificat în ce măsură studiile medicale, în general, și cele de la cursul de Asistența medicală în boli interne, în particular, pregătesc cursanții pentru viitor: prin anticiparea consecințelor comportamentale asupra sănătății, prin planificarea acțiunilor de modelare a comportamentului.

Referințe bibliografice

1. Galieta Minca D., Grigorie M. Sănătate Publică și Management Sanitar. Suport de curs destinat învățământului postuniversitar. Ediția a II-a. București: Carol Davila, 2004.
2. Bajag M., Fondafan L., Frank K. Educație pentru Sănătate. Chișinău: Corpul Păcii SUA în Republica Moldova, 2001.
3. Bursuc B. Educație pentru sănătate. Cluj-Napoca, 2005, pp.6-29.
4. Antonesei L. Polis și Paideia. Șapte studii despre educație, cultură și politici educative. Iași: Polirom, 2005..
5. Stanciu M. Reforma conținuturilor învățământului. Cadru metodologic. Iași: Polirom, 1999.
6. Cămpianu V. Dimensiunea globală a dezvoltării durabile. București: Institutul Național de Cercetări Economice, 2006. 339 p.
7. Lungu V. Educația prospectivă și cerințele societății de mâine, Conferința Tehnico-Științifică a Colaboratorilor, Doctoranzilor și Studenților U.T.M. 15-17 noiembrie, Chișinău, 2008, pp.243-245.

IV

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

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

DIABETUL ZAHARAT TIP 2 – O COMPONENTĂ DE BAZĂ A SINDROMULUI METABOLIC ȘI LOCUL SĂU ÎN STRUCTURA MORBIDITĂȚII POPULAȚIONALE GENERALE

Ion Mereuță¹, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Vasile Fedăș¹, dr. șt. med.

Lilia Poleacova¹, dr.șt.biol.

Anatolie Baciu^{1,3}, dr.șt.biol., conf.cerc.

Vladimir Carauș¹, dr.șt.biol.

Corneliu Năstase⁴, dr. șt. med.

¹Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie al Universității de Stat din Moldova

²Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

³Universitatea de Stat din Transnistria „T.G. Șevcenco”

⁴IMSP Asociația Medicală Teritorială Buiucani

ion.mereuta@usmf.md

*TYPE 2 DIABETES – A BASIC COMPONENT OF THE METABOLIC
SYNDROME AND ITS PLACE IN THE STRUCTURE OF GENERAL
POPULATION MORBIDITY*

Insulin resistance (IR) is the first link in the pathogenesis of type II DM and is associated with a decrease in the ability of insulin to enhance the uptake of glucose from the bloodstream by target cells. IR manifests as the

resistance of cells to the action of insulin and arises from a lesion of the mechanisms driving the insulin signal in them.

Diabetul zaharat (DZ) este una dintre cele mai frecvente boli cronice și reprezintă o problemă gravă de sănătate publică, deoarece este asociat cu scăderea calității vieții, invaliditatea timpurie și mortalitatea ridicată. În toate țările lumii, se observă ascendența incidenței DZ. În ultimii 50 de ani, prevalența DZ s-a mărit de 10 ori, adică de la 0,5-0,6 la 5-7% și continuă să crească într-un ritm alarmant [1]. Numărul pacienților cu această boală gravă în prezent constituie circa 500 milioane pe glob, cea mai mare parte a lor (90%) fiind cu DZ tip 2, iar până în 2025 mai mult de 25-30% din populația lumii va avea DZ [2, 3, 4].

Creșterea prevalenței DZ și a complicațiilor sale este o povară grea pentru sănătatea populației și economiile lumii, ea reprezentând până la 11% din costul asistenței medicale pentru persoanele cu vârste cuprinse între 20 și 79 de ani. La nivel global, persoanele cu DZ cheltuiesc anual 727 miliarde de dolari doar pentru asistență medicală, ceea ce echivalează cu unul din fiecare cei 8 dolari alocați pentru asistență medicală. DZ reprezintă 10,7% din totalul mortalității în rândul persoanelor din această grupă de vârstă. Potrivit proiectelor actuale ale OMS, DZ va fi a șaptea cauză de deces în 2030.

Prevenirea simptomelor DZ incipient constă în eliminarea efectului toxic asupra pancreasului și reducerea rezistenței la procesele infecțioase. Măsurile preventive împotriva DZ tip 2 sunt justificate prin controlul greutății corporale, corecția nutrițională, în special la persoanele cu antecedente ereditare complicate. Pacienții cu simptome de apariție a DZ au nevoie de sfatul unui medic generalist, a unui endocrinolog și a unui cardiolog în cazul patologiilor combinate, sunt necesare consultațiile unor specialiști de profil: cardiolog, nefrolog, reumatolog. Prognosticul depinde de bolile organelor și sistemelor vitale, care agravează cursul procesului patologic [5, 6].

Mortalitatea prin boli cardiovasculare la pacienții cu DZ de tip 1 și 2 este de 35 și, respectiv, 75%. Speranța de viață la pacienții cu DZ de tip 2 este mai scurtă, iar mortalitatea (ținând cont de vârstă) este de aproape două ori mai mare decât la pacienții fără această boală.

În condiții de rezistență la insulină, există o scădere a aportului de glucoză către țesuturile insulino-dependente (mușchi, țesut adipos), o creștere a producției de glucoză de către ficat, care contribuie la dezvoltarea hiperglicemiei. Cu o capacitate adecvată a celulelor β -pancreatice de a compen-

sa creșterea nivelului de glucoză prin producția excesivă de insulină, starea normoglicemică se păstrează. Totuși, ulterior, odată cu creșterea severității rezistenței la insulină, capacitatea de secreție a celulelor β este epuizată și acestea încetează să facă față creșterii încărcăturii cu glucoză. Inițial, acest lucru se manifestă prin dezvoltarea hiperglicemiei în perioada postprandială (după mese). Un așa exemplu de hiperglicemie este alterarea toleranței la glucoză. Odată cu progresia ulterioară a tulburărilor secreției de insulină de către celulele β ale pancreasului și rezistența persistentă la insulină, toleranța afectată a glucozei se transformă în DZ de tip 2. S-a constatat de asemenea, că toleranța alterată la glucoză anual se transformă în DZ de tip 2 la 4-9% dintre pacienți. Astfel, complicațiile macrovasculare, care sunt o manifestare a BCV, apar mult mai devreme decât dezvoltarea unei imagini complete a DZ în ansamblu [7, 8].

Dezvoltarea IR implică factori precum predispoziția genetică, supranutriția și obezitatea, stresul și inflamația cronică în condiții de transmitere afectată a semnalului insulinei în interiorul celulelor. Mecanismele moleculare și markerii IR sunt insuficient caracterizați, ceea ce împiedică diagnosticul precoce și crearea terapiei medicamentoase preventive eficiente.

Dezvoltarea evenimentelor după IR în patogeneza DZ tip 2 include o creștere a secreției de insulină ca răspuns al organismului la lipsa acțiunii sale. Cu toate acestea, hiperinsulinemia prelungită duce la disfuncția celulelor β pancreatice și la o scădere a sintezei insulinei pe fondalul IR persistente. Drept urmare, transportul insulino-dependent al glucozei din sânge către celulele mușchilor și țesutului adipos este complet perturbat, sinteza glucozei și, în consecință, secreția acesteia, crește în ficat. Se dezvoltă o hiperglicemie stabilă, în care glucoza și produsele sale metabolice, purtătoare de grupuri aldo- și ceto-active chimic, afectează proteinele și celulele plasmiei sanguine, precum și endoteliul vascular, modificându-le fizic și perturbându-le funcțiile [9].

Principalii factori de risc pentru IR sunt dislipidemia și obezitatea, inflamația, stresul reticulului endoplasmatic (ER) și stresul oxidativ [10]. Lipodistrofia, care este strâns asociată cu IR și DZ tip 2, ar trebui subliniată oarecum separat, dar multe detalii și mecanisme ale acestei relații rămân necunoscute. Cu excepția lipodistrofiei, toate aceste afecțiuni provoacă inflamații latente ale țesutului adipos datorită hipertrofiei și hipoxiei sale, infiltrarea de către macrofagi cu trecerea lor ulterioară la un fenotip inflamator și secreția unui spectru de citokine inflamatorii [11]. Aceste citokine

declanșează cascade de semnalizare despre inflamație în adipocite care implică NF- κ B, IKK, JNK și alte kinaze, și care utilizează IR ca unul dintre substraturi, fosforilându-l la mai multe reziduuri de serină, făcându-l inactiv și întrerupând transmisia semnalului de-a lungul cascadei de insulină [12]. Alături de citokine, acizii grași liberi au și ei un efect pro-inflamator.

Insulina circulantă susține funcția de barieră endotelială prin activarea sintezei de NO printr-un mecanism identic cu activarea intrării glucozei în celulele adipoase și musculare. În paralel, activând cascada kinazei Erk1/2 MAP, insulina controlează și sinteza ET-1, afectând astfel tonusul vascular. În condiții de IR, hiperinsulinemie și disfuncție endotelială, acțiunea insulinei este afectată, activitatea vasorelaxantă a NO scade, crește efectul constrictor al ET-1 și permeabilitatea barierei endoteliale. Pătrunderea insulinei prin endoteliu și accesibilitatea acesteia la celulele musculare și grase se schimbă, ceea ce aduce o contribuție suplimentară la modificarea absorbției insulino-dependente de glucoză de către aceste celule din fluxul sanguin. Astfel, o perturbare a funcției de barieră a endoteliului poate fi unul dintre factorii care agravează hiperglicemia și potențează dezvoltarea complicațiilor vasculare ale DZ tip 2. În același timp, se știe puțin despre etapele patogeniei DZ tip II cu aceste modificări caracteristice și despre ce se întâmplă cu endoteliul vascular în stadiile incipiente ale dislipidemiei și prediabetului.

Activitatea transcripțională și diferențierea adipogenă joacă un rol important în patogeneza DZ tip 2. Aportul excesiv de alimente cu un stil de viață inactiv duce la dezvoltarea IR ca răspuns adaptat datorită supraîncărcării stocurilor de grăsimi existente. Multe medicamente hipoglicemiente utilizate pentru tratamentul DZ (tiazolidindione, derivați sulfonilureici, glinide, insulină) activează regulatorul cheie al diferențierii adipogene PPAR γ , provocând o creștere a greutateii corporale datorită formării de noi depozite de grăsime [13]. Cu toate acestea, o analiză pilot a cascadelor de insulină a celulelor arată posibilitatea de a afecta selectiv creșterea și divizarea celulelor fără inducerea simultană a lipo- și adipogenezei [14].

Stimularea diferențierii preadipocitelor țesutului adipos în celule brune și bej este considerată o alternativă promițătoare la terapia farmacologică a DZ tip 2. Se știe, că grăsimea brună și bej are proprietăți hipolipidemice și hipoglicemiente. Celulele lor au un mecanism de decuplare, care promovează utilizarea grăsimilor și glucozei fără a obține energie și, prin urmare, nu este suprimată de un exces al acestor resurse alimentare. Factorul cheie este proteina UCP-1 sau termogenina, ce descuplează lanțul respira-

tor, reduce potențialul mitocondriilor și sinteza ATP în acestea. Ca urmare, adipocitele maro și bej pot arde grăsimile, transformându-și energia în căldură. Expresia termogeninei și diferențierea celulelor progenitoare de grăsime în adipocitele bej este controlată de hormonul local irisina [15]. Ea este derivată din proteina precursor Fndc5, a cărei expresie se află sub controlul factorului de transcripție PGC1 α . Conform lui I.I. Dedov și colab. expresia PGC1 α , la rândul ei, este controlată de PrEP1. Astfel, PrEP1 poate regla formarea grăsimii brune și poate fi o țintă potențială pentru activarea termogenezei.

Țesutul adipos brun a fost studiat foarte activ în ultimile decenii, iar adipocitele „bej” au fost descoperite abia în 2012. Vizualizarea țesutului adipos maro a devenit posibilă mai întâi cu PET-CT cu 18-fluor-deoxiglucoză (18FDG). În ultimii ani, spectroscopia MR [16] a fost utilizată cu succes ca abordare alternativă. Dezvoltarea acestor tehnici va face posibilă urmărirea eficacității diferențierii direcționate a grăsimii în grăsimi brune și bej la pacienții cu DZ tip 2 în medicina personalizată.

Este cunoscut că, endoteliul vascular este prima țintă a insulinei din organism, secretată în fluxul sanguin de către celulele β ale pancreasului. În mod similar, endoteliul este prima țintă a formelor reactive de oxigen și a aducților carbonilici ai metabolismului glucozei și ai acizilor grași, formați în urma stresului oxidativ și carbonil în timpul supraîncărcării alimentare, a obezității și DZ, indiferent dacă acestea provoacă dezvoltarea și/sau menținerea DZ [17].

În patogeneza DZ, factorii de risc primari, inclusiv obezitatea, inflamația și stresul de diferită natură, conduc la dezvoltarea IR în celulele țintă ale insulinei. În versiunea clasică, în adipocitele țesutului adipos, toți factorii de risc pentru IR acționează printr-un singur mecanism asociat cu inflamația latentă și activarea cronică a kinazelor dependente de stres, cum ar fi JNK și IKK. Acestea fosforilează substratul receptorului de insulină IRS, perturbând activarea cascadei de insulină și eliberarea transportorului de glucoză GLUT4 pe suprafața celulei. La nivel molecular, IR se manifestă printr-o scădere a fosforilării insulino-dependente a componentelor cascadei de insulină, a kinazei Akt și a proteinei AS160. Datele lui I.I. Dedov și colab. (2018) confirmă, că fosforilarea specifică site-ului Akt, AS160 și JNK poate servi drept marker molecular al IR în adipocite.

Referințe bibliografice

1. American Diabetes Association. Prevention of Delay of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes – 2018. In: *Diabetes Care*, 2018, Vol. 41 (Suppl 1), pp.S51-S54. doi: 10.2337/de18-S005.
2. Di Costanzo G.G., Tortora R., Morisco F. et al. Impact of Diabetes on Outcomes of Sorafenib Therapy for Hepatocellular Carcinoma. In: *Archives of medical sciences. Atherosclerotic diseases*, 2017, 12(1), pp.61-67. doi: 10.1007/s11523-016-0454-5.
3. Diabetes Mellitus in Developing Countries and Underserved Communities. Editor Sam Dagogo-Jack. Springer Cham, 2017. Doi: 10.1007/978-3-319-41559-8. ISBN 978-3-319-41557-4. ISBN 978-3-319-41559-8 (eBook).
4. Khan M.A.B., Hashim M.J., King J.K., Govender R.D., Mustafa H., Al Kaabi J. Global Burden of Disease and Forecasted Trends. In: *Journal of epidemiology and global health*, 2020, 10(1), pp. 107-111. doi: 10.2991/jegh.k.191028.001.
5. Sofroni L., Teaciu D., Badan A., Jovmir V., Machidon V., Cudina E., Cotruță A., Botnariuc N., Bacalâm L. Conduita perioperatorie la pacientele cu cancer al glandei mamare și Diabet Zaharat tip II. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*, 2015, 3(48), pp.178-182.
6. Naito R., Miyauchi K. Coronary artery disease and type 2 diabetes mellitus. In: *International heart journal*, 2017, 58(4), pp.475-480. doi: 10.1536/ihj.17-191.
7. Eșanu V., Palii I., Revenco N. Vudu L. Cobet V. Afectarea cardiacă în diabetul zaharat. In: *Buletin de Perinatologie*, 2020, 2(87), pp.62-70.
8. Mereuță I., Ojovan V., Fedaș V. Diabetul zaharat: Sistemul integral de corecție a stării funcționale în hiperglicemie. Chișinău: Tipografia „Poliviz-Design”, 2022.
9. Дедов И.И., Ткачук В.А., Гусев Н.Б., и др. Сахарный диабет 2 типа и метаболический синдром: молекулярные механизмы, ключевые сигнальные пути и определение биомаркера для новых лекарственных средств. В: *Сахарный диабет*, 2018, Т.21, № 5, с.364-375. doi: <https://doi.org/10.14341/DM9730>
10. Ткачук В.А., Воротников, А.В. Молекулярные механизмы развития резистентности к инсулину. В: *Сахарный диабет*, 2014, 17(2), с.29-40. doi: 10.14341/DM2014229-40.
11. Lackey D.E., Olefsky J.M. Regulation of metabolism by the innate immune system. In: *Nature reviews. Endocrinology*, 2016, 12, 1, pp.15-28. doi: 10.1038/nrendo.2015.189
12. Haider N., Lebastchi J., Jayavelu A.K. et al. Signaling defects associated with insulin resistance in nondiabetic and diabetic individuals and modification by sex. In: *The Journal of clinical investigation*, 2021, 131(21), p. e151818. doi: 10.1172/JCI151818.
13. Choi J.H., Banks A.S., Estall J.L. et al. Anti-diabetic drugs inhibit obesity-linked phosphorylation of PPARgamma by Cdk5. In: *Nature*, 2010, 466(7305), pp.451-456. doi.org/10.1038/nature09291.

14. Bruno A., Di Sano C., Simon H.U. et al. Leptin and TGF- β 1 Downregulate PREP1 Expression in Human Adipose-Derived Mesenchymal Stem Cells and Mature Adipocytes. In: *Frontiers in cell and developmental biology*, 2021, 9, p.700481. doi: 10.3389/fcell.2021.700481.
15. Erickson H.P. Irisin and FNDC5 in retrospect: An exercise hormone or a transmembrane receptor? In: *Adipocyte*, 2013, 2(4), pp.289-293. doi.org/10.4161/adip.26082.
16. Karlas A., Reber J., Liapis E. et al. Multispectral Optoacoustic Tomography of Brown Adipose Tissue. In: *Handbook of experimental pharmacology*, 2019, 251, pp.325-336. doi: 10.1007/164_2018_141.
17. Suveică L., Curocichin Gh., Ciobanu N. Tratatamentul hipertensiunii arteriale asociate cu diabet zaharat. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*, 2006, 1(5), pp.143-146.

STRESUL OXIDATIV ȘI ROLUL SĂU ÎN DECLANȘAREA ȘI EVOLUȚIA INFLAMAȚIEI ȘI SINDROMULUI METABOLIC

Vasile Fedaș¹, dr. șt. med.

Ion Mereuță¹, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Anolie Baciu^{1,3}, dr. șt. biol., conf. cerc.

Vitalina Ojovan², doctorandă

Liudmila Listopadova³, doctorandă

Lilia Poleacova¹, dr. șt. biol.

¹Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Universitatea de Stat din Moldova

²Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

³Universitatea de Stat din Transnistria „T.G. Șevcenco”

vasilefedash@gmail.com

OXIDATIVE STRESS AND ITS ROLE IN THE INITIATION AND DEVELOPMENT OF INFLAMMATION AND THE METABOLIC SYNDROME

Upon activation of oxidative stress, immune cells begin to form free radicals. The synthesis of reactive oxygen species contributes to the development of the inflammatory state. Increased oxidative stress and decreased

antioxidant defenses lead to mitochondrial DNA damage and adenosine triphosphate (ATP) depletion. Long-term and constant exposure to free radicals is accompanied by massive damage to molecules. This induces the activation of programmed cell death; in the plasma, the number of mitochondrial fragments increases, which are inducers of the systemic inflammatory response.

Chimistul american Moses Gomberg în 1900, în timp ce făcea experimente cu substanțe organice, a obținut accidental radicali liberi și a devenit faimosul fondator al chimiei radicalilor liberi. Deteriorarea macromoleculilor și a celulelor sub influența radicalilor liberi se numește stres oxidativ. Speciile reactive de oxigen (ROS) sunt primii radicali, care apar în timpul oxidării radicalilor liberi. Cele mai frecvente forme de activitate a oxigenului sunt anionul radical superoxid, radicalul hidroxil, oxigenul unic și peroxidul de hidrogen, în timp ce cel mai frecvent proces de formare a radicalilor liberi din materialele biologice este peroxidarea lipidelor și a proteinelor. Reacțiile cu radicali liberi stau la baza funcționării normale a unei celule, fiind necesare pentru formarea enzimelor, activarea factorilor de transcripție, oxidarea xenobioticelor și protecția bactericidă. În plus, ei participă la exprimarea genelor, transduce semnale hormonale și celulare și, de asemenea, reglează procesele de reproducere celulară.

Astfel, speciile reactive de oxigen și speciile reactive de azot sunt produse în mod natural în corpul uman, fiind produse secundare cheie în procesul metabolic. Radicalii liberi sunt menținuți în limite fiziologice de către antioxidanți. Pentru funcționarea normală a celulelor, este necesar un echilibru între protecția antioxidantă și oxidarea radicalilor liberi. Când cantitatea de radicali liberi depășește activitatea de apărare antioxidantă, se formează o afecțiune numită stres oxidativ [1]. Efectul patologic al radicalilor liberi este deteriorarea ADN-ului, peroxidarea lipidelor și a proteinelor [2, 3].

Depunerea periferică de grăsime în cavitatea abdominală și în zona organelor interne duce la dezvoltarea lipotoxicității, care este unul dintre principalii protagoniști ai stresului oxidativ [4]. Acesta, ca și procesele pro-inflamatorii sunt strâns legate între ele. O creștere a nivelului de citokine proinflamatorii duce la activarea complexului NADPH oxidază. El este localizat pe membranele plasmactice ale celulelor și în unele organite, fiind sursa primară a speciilor reactive de oxigen [4].

Nivelul stresului oxidativ în obezitate a fost evaluat prin conținutul din țesuturile produsului de peroxidare lipidică precum malondialdehida, cât și produsele de peroxidare a proteinelor precum grupările carbonil. Nivelurile de glutatation total, oxidat și redus, ceruloplasmină și superoxid-dismutază au fost aleși ca indicatori ai stării sistemului antioxidant. S-a constatat o scădere a nivelurilor unor antioxidanți, cu o creștere simultană a nivelurilor altora, datorită cărui fapt se păstrează activitatea generală a proceselor de oxidare a radicalilor liberi, vitală pentru homeostazia structurală. Astfel, datele obținute indică perturbări ale sistemului de peroxidare și dezvoltarea stresului oxidativ la femeile obeze [5].

Patogeneza acestui proces adipocitar în SM rămâne în mare parte un mister. În 2003 I. Talior și colab. [6] au arătat, că stresul oxidativ al adipocitelor izolate de la șoareci cu SM este observat numai în prezența glucozei – hiperglicemia poate provoca stresul oxidativ. Se presupune, că în calitate de cauză a lui în SM ar putea fi o creștere a conținutului de acizi grași liberi din sânge și țesuturi. S-a stabilit că TNF α , al cărui nivel este crescut în sângele pacienților cu SM, poate provoca un stres oxidativ în adipocite [7].

Eriksson J.W. [8] a emis ipoteza, că stresul cronic este cauza principală a rezistenței la insulină și a dislipidemiei în SM. Această ipoteză este susținută și de unele observații clinice.

S-a dovedit, că o activitate mai mare de superoxid-dismutază în țesutul cerebral al șoarecelui este asociată cu o durată de viață mai lungă. Durata de viață a diferitelor celule ale corpului uman depinde, de asemenea, de conținutul acestei enzime din ele: cu cât este mai mare cantitatea sa, cu atât celulele trăiesc mai mult. Activitatea sistemelor antioxidante în celulele creierului persoanelor în vârstă este de 2 ori mai mică decât cea a tinerilor [9]. Conform datelor disponibile, activitatea glutatation-peroxidazei deja în stadiile incipiente ale patologiei vasculare a creierului este redusă cu aproape jumătate în comparație cu cea sănătoasă și tinde să scadă pe măsură ce boala progresează.

Principalele ținte ale stresului oxidativ sunt proteinele, lipidele și ADN/ARN, iar modificările aduse acestor molecule pot crește șansele de muta-geneză. Producția excesivă de ROS/AFA, în special pe o perioadă lungă de timp, poate provoca deteriorarea structurii și funcției celulare și la fel mutații somatice și transformări preneoplazice și neoplazice. Prin urmare, producția excesivă de ROS în celule și țesuturi poate fi dăunătoare dacă nu este oprită la timp [10]; în viitor, ea poate provoca daune ireversibile

celulelor, ducând la moartea celulară ca urmare a proceselor necrotice și apoptotice [11].

Se știe, că inflamația este un mecanism natural de apărare împotriva agenților patogeni și se asociază cu multe boli patologice, cum ar fi infecțiile microbiene și virale, expunerea la alergeni, radiații și substanțe chimice toxice, boli autoimune și cronice, obezitate, consum de alcool, fumat și un risc ridicat de diete calorice. Multe boli cronice asociate cu producția crescută de ROS duc la stres oxidativ și la diverse oxidări ale proteinelor. În plus, oxidarea proteinelor este transformată în eliberarea moleculelor de semnal inflamator, iar peroxiredoxina 2 (PRDX2) a fost recunoscută ca un semnal inflamator important [12].

Legătura dintre stresul oxidativ și inflamație a fost documentată de mulți autori. Dovezile sugerează că stresul oxidativ joacă un rol patogen în bolile asociate cu inflamația cronică. Deteriorarea cauzată de stresul oxidativ, cum ar fi proteinele oxidate, produsele de glicare și peroxidarea lipidelor, duc la degenerescența neuronală în bolile cerebrale. ROS generat în țesuturile cerebrale poate modula conexiunile sinaptice și nonsinaptice între neuroni, ceea ce generează neuroinflamarea și moartea celulară, apoi la procese neurodegenerative și pierderea memoriei [13]. Stimulii inflamatori declanșează eliberarea de PRDX2, o enzimă intracelulară redox omniprezentă. Odată eliberată, ea acționează ca un mediator redox al inflamației și activează macrofagele pentru a produce și elibera TNF- α . Legarea oxidativă a GSH (tripeptid glutation) la proteina PRDX2 are loc înainte sau în timpul eliberării PRDX2, care este implicată în reglarea imunității. Salzano și colab. [14] au identificat PRDX2 printre proteinele glutationilate sintetizate in vitro de macrofage stimulate de LPS. În plus, PRDX2 face parte, de asemenea, din cascada inflamatorie și poate induce eliberarea TNF- α de către macrofage. În răspunsul inflamator clasic, citokinele sunt sintetizate, dar PRDX2 nu afectează sinteza proteinelor mediată de mRNA sau lipozaharide (LPS), deși există în mod constant în macrofage, dar la un nivel mai scăzut decât atunci când este stimulat de LPS, și mai apoi este eliberat în formă oxidată. Acest studiu a concluzionat, că macrofagul PRDX2 și tioredoxina (TRX) pot modifica starea redox a receptorilor de suprafață celulară și pot promova inducția inflamatorie, oferind o țintă terapeutică potențial nouă pentru bolile inflamatorii cronice.

Stresul oxidativ excesiv cauzează leziuni severe celulelor creierului în DZ [15]. Studiile au relevat că peroxidarea lipidică mai mare, nivelurile

de nitriți, malondialdehida și starea oxidativă totală au fost mai scăzute în enzimele marker antioxidante din creierul șobolanilor diabetici. Mai mult, studiile au arătat că stresul oxidativ indus de DZ crește nivelurile de citokine inflamatorii precum TNF- α și interleukina-6 (IL-6) [16] și activează, de asemenea, molecule inflamatorii VCAM-1 și NF- κ B [16], ceea ce duce la degenerescența neuronală și la encefalopatia diabetică.

Interacțiunea polifenolilor cu oxidul de azot-sintază (NOS) poate modula producția de NO. Xantinaoxidaza (CO) este considerată o sursă cheie de radicali liberi și s-a demonstrat, că anumite flavonoide, precum quercetina, silibina și luteolina, inhibă această activitate. Flavonoidele pot reduce, de asemenea, activitatea peroxidazei și pot inhiba eliberarea radicalilor liberi de către neutrofile și activarea acestor celule de către α 1-antitripsina [17]. S-a demonstrat la fel, că diferiți polifenoli modulează activitatea enzimelor care metabolizează acidul arahidonic, cum ar fi cicloxigenaza (COX), lipoxigenaza (LOX) și NOS. Inhibarea acestor enzime reduce producția de AA, prostaglandine, leucotriene și NO, care sunt unii dintre mediatorii inflamatori cheie.

Polifenolii pot afecta sistemele de semnalizare enzimatică și inflamatorie, cum ar fi tirozina și serin-teonin kinaza. Se știe că aceste enzime sunt implicate în procesele de activare a celulelor, cum ar fi proliferarea celulelor-T, activarea limfocitelor B sau producerea de citokine de către monocitele stimulate. Se cunoaște, că genisteina este un inhibitor specific al tirozin-kinazei. Acest compus este implicat în unele efecte antiinflamatorii, deoarece proliferarea celulelor T este însoțită de fosforilarea tirozinei a anumitor proteine. Polifenolii afectează și procesele secretoare ale celulelor inflamatorii. Acești polifenoli inhibă, de asemenea, eliberarea acidului arahidonic din membranele celulare [18].

Mecanismele moleculare ale activității antiinflamatorii a polifenolilor includ inhibarea enzimelor pro-inflamatorii (COX-2, LOX și iNOS), inhibarea NK- κ B și activarea proteinei-1 (AP-1), activarea enzimelor antioxidante detoxifiante și activarea proteinkinazei activate cu mitogen a protein kinazei-C și a factorului nuclear legat de eritroid 2 [19].

Proprietățile antioxidante ale polifenolilor sunt utile în inflamație și carcinogeneză. S-au observat efecte benefice ale unei diete bogate în polifenoli, precum fructele, legumele, cacao, ceaiul și vinul, care pot avea efecte pozitive la om. Mai mult, s-a demonstrat că consumul a mai mult de trei căni de ceai pe zi reduce riscul de BCV cu 11%, în timp ce consumul

adecvat de vin roșu este asociat cu o reducere cu 32% a riscului de boli cardiovasculare.

Stresul oxidativ activează mulți dintre mediatorii inflamatori implicați în mai multe boli cronice. Dovezile clinice sugerează că stresul oxidativ și inflamația asociate cu producția excesivă de ROS sunt probabil o componentă importantă în dezvoltarea bolilor, inclusiv a bolilor cronice însoțite de inflamație.

Numeroase studii pe modele de animale și celule indică faptul că aportul alimentar de polifenoli poate fi util ca tratament adjuvant pentru prevenirea și tratamentul unor astfel de boli.

Referințe bibliografice

1. Brand-Williams W., Cuvelier M. E., Berset C. Use of a free radical method to evaluate antioxidant activity. In: *Lebensmittel-Wissenschaft und Tehnologies*, 1995, No 28, pp.25-30.
2. Stratulat S. Stresul oxidativ la pacienții cu sindromul metabolic în dependență de dereglarea metabolismului glucidic. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*, 2015, Nr. 1(46), pp.128-133.
3. Tocan A., Țurcan S. Stresul oxidativ și polimorfismul genetic al sistemului antioxidant în colita ulcerativă. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*, 2017, Nr. 3(55), pp.16-20.
4. Agarwal A., Aziz N., Rizk B. *Studies on Women's Health*. Humana Press, New York. 2013, pp.33-60. In: <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-1-62703-041-0>. (accesat: 17.08.2023).
5. McGarry T., Biniiecka M., Veale D.J., Fearon U. Hypoxia, oxidative stress and inflammation. In: *Free radical biology & medicine*, 2018, Vol.125, pp.15-24. doi: 10.1016/j.freeradbiomed.2018.03.042.
6. Puchalska P., Crawford P.A. Multi-dimensional roles of ketone bodies in fuel metabolism, signaling, and therapeutics. In: *Cell metabolism*, 2017, No 25, pp.262-284.
7. Hotamisligil GS. Foundations of Immunometabolism and Implications for Metabolic Health and Disease. In: *Immunity*, 2017, No 47(3), pp.406-420. doi: <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2017.08.009>
8. Di Costanzo G.G., Tortora R., Morisco F. et al. Impact of Diabetes on Outcomes of Sorafenib Therapy for Hepatocellular Carcinoma. In: *Archives of medical sciences. Atherosclerotic diseases*, 2017, No 12(1), pp.61-67. doi: 10.1007/s11523-016-0454-5.

9. Фархутдинова Л.М. Окислительный стресс. История вопроса. В: Вестник Академии наук РБ, 2016, Т. 20, № 1, с.42-49.
10. Capurso C., Capurso A. From excess adiposity to insulin resistance: the role of free fatty acids. In: *Vascular pharmacology*, 2012, No 57(2-4), pp.91-97. doi: 10.1016/j.vph.2012.05.003.
11. Isacowitz R. Pilates. 2nd Edition. Champagn: Human Kinetics, 2014.
12. Natividad J.M., Agus A., Planchais J. et al. Impaired Aryl Hydrocarbon Receptor Ligand Production by the Gut Microbiota Is a Key Factor in Metabolic Syndrome. In: *Cell Metab.*, 2018, No 28(5), pp.737-749.e4. doi: 10.1016/j.cmet.2018.07.001.
13. Parmenter B.H., Croft K.D., Hodgson J.M., et al. An overview and update on the epidemiology of flavonoid intake and cardiovascular disease risk. In: *Food & function*, 2020, No 11(8), pp.6777-6806. doi: 10.1039/d0fo01118e.
14. Gouni-Berthold I., Berthold H.K. Pharmacologic therapy for cardiovascular risk reduction in patients with the metabolic syndrome. In: *Current pharmaceutical design*, 2014, No 20(31), pp.5025-5038. doi: 10.2174/1381612819666131206111721.
15. Saltiel AR. J. Insulin signaling in health and disease. In: *Investigación clínica*, 2021, No 131(1), p. e142241. doi: 10.1172/JCI142241.
16. Camacho-Barcia L., Munguía L., Lucas I. Metabolic, affective and neurocognitive characterization of metabolic syndrome patients with and without food addiction. Implications for weight progression. In: *Nutrients*, 2021, No 13(8), p.2779. doi: 10.3390/nu13082779.
17. Barbara G., Barbaro M.R., Fuschi D. et al. Corrigendum: Inflammatory and Microbiota-Related Regulation of the Intestinal Epithelial Barrier. In: *Frontiers in nutrition*, 2021, No 8, p.790387. doi: 10.3389/fnut.2021.790387.
18. Aryaeian N., Sedehi S.K., Arablou T. Polyphenols and their effects on diabetes management: A review. In: *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 2017, No 31, p.134. doi: 10.14196/mjiri.31.134.
19. Fetco-Mereuță D., Matcovschi S., Grib L., Negară A., Dumitraș T. Clinical and paraclinical considerations in SARS-COV-2 penumonia in obese patients. În: *Culegerea de rezumate ale Conferinței științifice anuale „Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță”*, 20-22 octombrie 2021. Chișinău, 2021, p.112.

ACHIEVING A MAXIMUM PROGRAM FOR CREATING AND MAINTAINING THE HUMAN WORKFORCE BY OPTIMIZING THE CIRCADIAN SLEEP-WAKE AND FASTING-EATING CYCLES

Anatolie Baci, PhD, associate professor

Institute of Physiology and Sanocreatology, Moldova State University

Liudmila Listopadova, doctoral student, Doctoral School of

Biological, Geonomic, Chemical and Technological Sciences, Moldova

State University, Chisinau, Republic of Moldova

anatolikbacio@gmail.com

REALIZAREA UNUI PROGRAM MAXIM PENTRU CREAREA ȘI MENTINEREA FORȚEI DE MUNCĂ UMANE PRIN OPTIMIZAREA CICLURILOR CIRCADIENE DE SOMN-VEGHE ȘI CELOR POST CONSUM DE ALIMENTE

O analiză sintetică și o modelare experimentală pe animale a activității fizice forțate de desincronizare, combinată cu nutriția hedonică în timpul perioadelor de activitate și odihnă, e necesară pentru a identifica efectul muncii în turele de noapte. Se presupune că desincronizarea forțată și expunerea emoțională comportamentală alimentară produc activarea sinergetică a oscilatorilor centrali hipotalamici laterali suprachiasmatici și orexinergici. Activarea oscilatorilor în timpul perioadei de repaus (orele de zi) distruge ritmul circadian natural și reacțiile bioritmice metabolice naturale.

Introduction

This work was carried out within the framework of 2 projects: „Neuro-protection and Neurorehabilitation Program based on the combined multimodal action of environmental factors, individual daily activity and ecological nutrition” (postdoctoral project, 22.00208.7007.08/PD I) and “The role of the orexinergic system of the brain in the regulation of the wake-sleep cycle and eating behavior” (doctoral project), funded by the National Agency for Research and Development. The subject of the Projects is devoted to the most pressing problem of modern society, actively involved in daily educational and professional activities, - Optimizing, Respecting

the daily regimen of food, work and rest. The implementation of the projects is inspired by the Global Strategy for the Development, Creation and Strengthening of Human Resources: Workforce 2030. Participating countries at all levels of socio-economic development face, to varying degrees, challenges in the fields of Education, Development, Retention and Force Performance of work, i.e. Human Resources. Countries in military conflicts, natural or man-made disasters, those that host refugees and those with vulnerability to climate change, encounter particular difficulties in the creation and development of the Society's Workforce. The links to economic performance in communities and nations are becoming increasingly apparent. This adds to the rationale for strong Global and National policies for Climate Change Mitigation and Adaptation. There is a clear relationship between workplace conditions and Economic Performance and Sustainable Development. If the percentage loss of annual "Productive Work Hours" reduces annual GDP for countries similarly, the losses will be substantial. I am referring to Tord Kjellstrom's article which is related to Climate Change, Human Security, Health, Risk and Vulnerabilities, Economic Development [1]. The Norwegian K. Rodahl, in his work systematizes the factors affecting Physical Performance determined by Training and Adaptation [2].

The International Labor Organization (ILO) and the European Foundation for the Improvement of Life and Work constantly strive to monitor global trends in changing working conditions and service provision. For example, in 2019, the survey included approximately 1.2 billion workers in 187 countries whose exposure to shift work was assessed and compared. It turns out that between 10 and 30% of workers and employees perform intensive work and service activities at least once a month in night and day shifts. Changes in the circadian cycle cause what is called social jet lag, caused by changes in the nature of daily activities of Education, Work and Services. The „24/7" schedule in work and service activities is becoming dominant in modern society, whose members are required to work and serve around the clock and seven days a week. In the performance of military duties, in medical assistance, in military medical and emergency institutions, for workers in air, water and land transport and energy, on offshore oil platforms and geological exploration stations, in manufacturing, in the hotel business, a regime of work 24 hours a day.

Another foundation of our developments is the achievement of three

authors in the discovery of the molecular mechanisms that control the circadian rhythm, for which they were awarded the Nobel Prize for Physiology or Medicine in 2017: Michael Rosbash, Jeffrey C. Hall, and Michael W. Young.

The circadian sleep-wake and fasting-eating cycles in eating behavior have a systematizing, synchronizing effect. In the active phase, when energy consumption is higher and food and water are consumed, the organs must be prepared for the reception, processing and absorption of nutrients. The activity of organs such as the stomach, liver, small intestine, pancreas and the blood supply to these organs requires internal synchronization, which can be provided by a internal clock [3]. During sleep, although energy expenditure and digestive processes are reduced, many important processes occur, including cell restoration, elimination of toxins, expression of pro-inflammatory cytokines, memory consolidation and information processing by the brain.

Experimentally, in the early 1970s, since circadian rhythms are associated with the light-dark cycle, structures were identified in the hypothalamus that receive direct projection from the retina of the eyes. The suprachiasmatic nucleus of the hypothalamus (SCN) receives extensive projections from the retina, and when the SCN is damaged, circadian rhythms are disrupted. 20 years later, the role of the SCN was confirmed by transplanting small grafts of neural tissue from the SCN region of a mutant hamster with a short 20-hour circadian period into non-mutant hamsters in which the own SCN was destroyed and the 24- hourly rhythm was abolished. Not only did the transplant restore circadian rhythms, but more importantly, the restored rhythms lasted for 20 hours, indicating that an important component of the clock – its period was transplanted along with the SCN [4].

The SCN in the human brain contains approximately 50,000 cellular circadian oscillators that are stable enough to generate circadian rhythms of neuronal firing for at least six weeks *in vitro*. This was first shown in dispersed SCN neurons of newborn rats placed in culture on a microelectrode array. Individual neurons exhibited robust circadian rhythms when electrically driven, but the phases of these individual rhythms differed, suggesting that SCN neurons act as individual clocks and that the underlying oscillations reside within individual cells rather than being an emergent property of a network of individual neurons [5, 6].

Transcriptional triggering is provided by two proteins called „Kaput

circadian locomotor output loops” or, less tantalizingly, CLOCK (CLK), which are associated with the „brain muscle network” such as *l'or* or BMAL1. The CLK-BMAL1 complex binds to E-box promoters, driving the transcription of five major clock genes, three Period (Per) genes, which give rise to PER1, PER2, and PER3 proteins, and two Cryptochrome (Cry) genes, which encode CRY1 and CRY2 proteins.

The SCN projects directly to about 35 brain regions, located mainly in the hypothalamus, and especially to those areas of the hypothalamus that regulate the release of hormones. Indeed, many hormones under the control of the pituitary gland, such as cortisol, are under a strict circadian regulation. In addition, the SCN regulates the activity of the autonomic nervous system, which acts to synchronize many aspects of physiology, including the sensitivity of target tissues to hormonal signals [7, 8].

The aim consists in testing an experimental model of desynchronization of the circadian rhythm caused by eating behavior and forced activity during the rest period and indirectly studying the interactions of the central oscillators of the hypothalamus.

Materials and methods

In our experimental model we used mature laboratory animals (rats) raised in a vivarium with a standard diet, with free access to water and natural light. Hedonistic foods, including favorite foods in the diet: egg yolk, pork, seeds, cottage cheese. An experimental animal model was used with the inclusion of 3 groups of laboratory animals (adult male rats) in the experiment: control ($n=5$); hedonic food during the rest period (08:00-16:00) ($n=5$); hedonic eating during periods of rest and increased physical activity at night. An animal model of „night work” was applied, based on forced activity in a rotating cage during daylight hours (in rodents the resting period). Forced motor activity of an animal during rest or sleep, for example. total sleep deprivation was simulated in a rotating cage with a diameter of 150 mm and a rotation speed of 12 rpm with a stop at 12:00 for food and water. The behavioral and physiological responses of the animals in this model are similar to those observed in night workers. To estimate vigilance during motivated feeding behavior, we determined the frequency of behavioral acts for the entire observation period (60 min, i.e. 3600 s), and calculated the total duration and average duration of each act. Concentration of attention was assessed by recording acts of searching and sniffing, approach to feeder, approach to drinker, acts of biting the cell, as well as

the amount of food and water consumed during of registration. To estimate the emotional state, we recorded and estimated acts of care, relaxed sleep, as well as acts of expressing positive emotions, manifested in motor reactions in the area of the animal's head. The results of the evaluation of the food behavior indicator were systematically compared with the dynamics of body mass. To monitor locomotor activity during the circadian sleep-wake cycle, we placed and fixed an accelerometer (Actigraph, USA) on the back of an experimental animal, which allows non-invasive recording of motor activity during daily sleep-wake and fasting-eating cycles. Statistical analysis using ANOVA method.

Results

In the control group, during the rest period (sleep) during daylight hours on a standard diet, activity was 350 during meals and 150 units (according to the average actigraph indicators) after meals.

In the control group, during the period of activity in the dark with normal eating behavior and consumption of a standard diet, increased physical activity in the dark was detected within 800 units for every 2 hours.

The “Night work” model during the rest period (daylight hours) with hedonic food feeding led to significantly higher physical activity (Fig. 1).

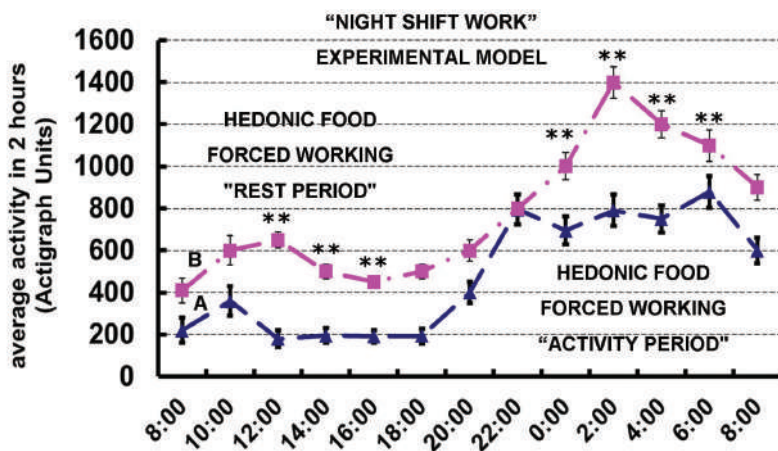


Figure 1. Average accelerometer recordings in the case of combining forced work and hedonic nutrition during the circadian cycle. A – control group; B – experimental group. ** - $P < 0.01$

The “Night shift work” model in the period of activity (dark time) in combination with hedonic nutrition caused a significantly higher physical activity up to 1400 ($P < 0.01$), and during the daylight hours physical activity tends to increase compared to physiological rest (Fig. 1).

Discussions

The complex interactions associated with sleep/wake generation are under normal conditions regulated by two endogenous factors called the homeostatic process (Process S), which is enhanced by wakefulness and the circadian process (Process C). This is a „dual-processor” sleep pattern. The circadian rhythm of promoting nighttime sleep and daytime wakefulness opposes a homeostatic driver that increasingly promotes sleep (S) during the day, and then during sleep the homeostatic sleep pressure dissipates toward the end of the sleep episode. The time of day most suitable for sleep - the „sleep window” - appears as a result of the combined influence of circadian and homeostatic factors. The sleep pressure in the sleep window will be the highest in the first half of the night, but it decreases gradually more so as the homeostatic drive to sleep dissipates towards the end of the night [9]. The changes we found in the emotional status of experimental animals are consistent with data obtained in a study of eating behavior using the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in 24-hour working nurses in a major Emergency Hospital in Hong Kong. The result is obvious and indicates that round-the-clock duty determines the atypical nature of the circadian fast-ing-eating cycle, which is accompanied by the generation of negative emotions. Nurses who worked four or more shifts per month were more likely to have abnormal emotions and inhibition on the DEBQ [10]. It is important that when practicing disordered eating behavior, the risk of developing obesity and metabolic syndrome increases, even despite a low-calorie diet [11].

Conclusion

Under conditions of physiological rest under normal lighting conditions (from 08:00 to 22:00), with normal eating behavior and consumption of a standard diet, an increased physical activity in the dark is detected in the range of 800 units (according to average actigraph indicators) for every 2 hours. While during the day and during a standard meal, the activity is 350 during meals and 150 after meals. During the consumption of hedonic foods, motor activity according to actigraphic indicators was approximately 500-600, and in the dark the activity of was 700-800 units. Forced desynchronization during active period (in the dark) resulted in significantly

higher motor activity up to 1400 units, and during the rest period (in the light) motor activity was accelerated too in comparison to physiological rest. We hypothesize that environmental influence (forced desynchronization) and dietary behavioral influence (hedonic diet) cause synergistic activation of the suprachiasmatic and the orexinergic lateral hypothalamic central oscillators. Thus, the activation of oscillators during the period of rest (day hours) destroys the natural daily biorhythm and natural metabolic biorhythmic reactions.

Bibliographical references

1. Kjellstrom T. Productivity Losses Ignored in Economic Analysis of Climate Change Climate Change, Human Security, Health, Risk & Vulnerabilities. In: Economic Development, 2014, Article: 2014.09.23.
2. Rodahl K. Occupational Health Conditions in Extreme Environments. In: The Annals of Occupational Hygiene, 2003, Nr. 47(3), pp.241-252.
3. Gonçalves C.F., and Meng Q.-J. Timing metabolism in cartilage and bone: links between circadian clocks and tissue homeostasis. In: Journal of Endocrinology, 2019, Nr. 243(3), pp. R29-R46.
4. Yan S.-S., Wang W. The effect of lens aging and cataract surgery on circadian rhythm. In: Int J Ophthalmol., 2016, Nr. 9(7), pp.1066–1074.
5. Bernard S., Gonze D., Čajavec B., Herzel H., and Kramer A. Synchronization-Induced Rhythmicity of Circadian Oscillators in the Suprachiasmatic Nucleus. In: PloS. Computational Biology, 2007, Nr. 3(4), e68, pp.0667-0679.
6. Beaulé C., Granados-Fuentes D., Marpegan L., and Herzog E.D. In vitro circadian rhythms: imaging and electrophysiology. In: Essays Biochem., 2011, Nr. 49(1), pp.103–117.
7. Bechtold D.A. and Loudon A.S.I. Hypothalamic clocks and rhythms in feeding behaviour. In: Trends in Neuroscience, 2013, Nr. 36(2), pp.74-82.
8. von Gall C. The Effects of Light and the Circadian System on Rhythmic Brain Function. In: Int J Mol Sci., 2022, Nr. 23(5), p.2778.
9. Borbély A.A. A two process model of sleep regulation. In: Hum Neurobiol, 1982, Nr. 1(3), pp. 195-204.
10. Wong H., Wong M.C., Wong S.Y., Lee A. The association between shift duty and abnormal eating behaviour among nurses working in a major hospital: A cross-sectional study. In: Int. J. Nurs. Stud., 2010, Nr. 47, pp.1021–1027.
11. Pot G.K., Hardy R., Stephen A.M. Irregular consumption of energy intake in meals is associated with a higher cardiometabolic risk in adults of a British birth cohort. In: Int. J. Obes., 2014, Nr. 38, pp.1518–1524.

ROLUL FACTORILOR EPIGENETICI ÎN PROCESUL DE DERULARE A SPERMATOGENEZEI

Ion Balan, dr. hab. șt. biol., conf. cercet., șef laborator

Nicolae Roșca, dr. șt. biol., conf. cerc., cercet. șt. coordonator

Sergiu Balacci, doctorand

Vladimir Buzan, cercet. științific

Vasile Harea, dr. șt. agr., conf. univ., cercet. șt. superior

Roman Crețu, doctorand

Gheorghe Bacu, doctorand

Parascovia Țurcanu, cercet. științific

Alexei Hanțațuc, cercet. șt. stagiar

Artiom Filippov, cercet. șt. stagiar

Vlad Temciuc, cercet. șt. stagiar

Laboratorul Fiziologia și Sănătatea Reproductivă, Institutul de
Fiziologie și Sanocreatologie,

Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, R. Moldova

balanion@rambler.ru

THE ROLE OF EPIGENETIC FACTORS IN THE PROCESS OF SPERMATOGENESIS

The special properties of spermatozoa are established by the processes of spermatogenesis and maturation simultaneously with their epigenome. It is known that there is a close correlation between environmental factors and the outcome of their action on the phenotype, which is particularly significant for spermatogenesis, reproduction and development. Environmental epigenetic effects on sperm genesis and maturation influence male reproductive health and the epigenetic inheritance of offspring. The effect of environmental factors in epigenetics and its reversibility can present intragenerational adaptive implications, with the subsequent transmission to the next generations through the semen of the acquired traits, and the adaptive responses will favor long-term natural selection, changing their frequency in the population.

Este cunoscut că există o strânsă corelație între factorii de mediu și rezultatul acțiunii lor asupra fenotipului, ceea ce este deosebit de semnifica-

tiv pentru spermatogeneză, reproducție și dezvoltare. În procesul spermatogenezei celulele germinale primare evoluează variabil în diverse etape de dezvoltare până la spermatozoizi maturi, care capătă proprietăți morfologice și fiziologice fundamentale caracteristice cu o intensitate suficientă a mobilității.

Cele mai remarcabile modificări apar în timpul depozitării epididimale, unde se stabilește un schimb molecular între spermatozoizi și epiteliul epididimal, ceea ce are ca rezultat transformarea conținutului molecular seminal al spermatozoidilor și al plasmei.

Nivelul ridicat de transformări prin diferențiere morfologică și fiziologică al spermatozoidilor, adecvat reacționează la presiunea selectivă ridicată la care este supus în timp ce își dezvoltă funcția, iar protejarea conținutului său nuclear și citoplasmatic rămas se asigură prin compactizarea sporită a ADN-ului. Mai exact, compactizarea sporită a ADN-ului protejează materialul genetic de degradare, iar hidrodinamica citoplasmei facilitează deplasarea spermatozoidului, ceea ce este posibil numai datorită energiei proporționale a mitocondriilor și a structurii flagelilor. Concomitent, se inițiază mecanismele de reglare ale expresiei epigenomului prin modificarea accesibilității sau disponibilității elementelor implicate în procesele de transcripție și translație. Aceste mecanisme, care răspund la condițiile de mediu, definesc tipurile de celule reproductive, adică identitatea fenotipică a spermatozoidului. Activitatea epigenetică decurge din transcriptom și proteom, iar mecanismele epigenetice tradiționale sunt rezultatul acestora. În prezent, aceste mecanisme tradiționale sunt studiate independent, iar cercetarea transcriptomului și proteomului, cu orientare epigenetică este o minoritate.

Pe de o parte, modelele de metilare ale ADN-ului, distribuțiile și modificările variațiilor histonelor sunt asociate cu variația accesibilității la regiunile cromatinei și, în consecință, cu nivelul de expresie diferențială. Pe de altă parte, transcriptomul și proteomul intervin la multe niveluri de reglare prin interacțiunea cu cromatina și între ele. Interdependența acelor mecanisme epigenetice permite schimbul de informații, care este benefic în situații instabile, sau când unul dintre ele are integritatea compromisă. Pe lângă această dependență, agenții efectori (ARN-ul și proteinele) sunt, de asemenea, subordonați secvenței ADN-ului. Prin urmare, modificările genetice pot duce la o activitate epigenetică perturbată. În același mod, expresia epigeneticii influențează secvența ADN-ului, așa cum se întâmplă

atunci când probabilitatea de mutație crește din cauza prezenței indicatorilor de metilare, sau când se produce fragmentarea ADN-ului, cauzată de un pachet neregulat de cromatină.

Unele studii semnalează faptul, că performanța și coordonarea mecanismelor epigenetice la spermatozoizi au implicații pentru sănătate și evoluție. În mod specific, problemele de reproducere sunt o problemă de sănătate îngrijorătoare și în creștere masculină. Scăderea fertilității masculine este o problemă de îngrijorare la nivel mondial, deoarece studiile disponibile sugerează o calitate mai scăzută a spermei de-a lungul anilor.

Prin urmare, epigenetica spermatozoidelor constă în multiple aspecte din domeniul biologiei reproducerii și dezvoltării, în special, prin efectul epigenetic al factorilor de mediu asupra genezei și maturizării spermei se influențează sănătatea reproductivă masculină și moștenirea epigenetică a descendenților.

Epigenetica spermatozoidelor include, în primul rând, metilarea ADN-ului, care posedă variabilitate minimă. Spermatozoidii sunt metilați pe scară largă, deși unele regiuni, cum ar fi promotorii, sunt slab metilate, inclusiv și în alte dinucleotide din celulele spermatozoidelor, cel mai frecvent în transpozoni.

Altă proprietate epigenetică este compactizarea ADN-ului spermatozoidelor, care se bazează pe un sistem unic de protamine ușoare, cu o natură alcalină mai înaltă decât cea din histone, datorită abundenței argininei. Această proprietate permite de a neutraliza semnificativ aciditatea ADN-ului și de a genera o structură specifică, cu un nivel mai ridicat de compactizare. Modificările post-tranșlaționale ale protaminelor variază afinitatea lor față de ADN. La fel, se produc și mai multe modificări ale histonelor, caracteristice spermatozoidelor, prin stabilirea distribuției și modificărilor post-tranșlaționale, asociate cu procesele fiziologice. Aceste aspecte denotă, că modificarea histonelor este mai degrabă funcțională decât aleatorie cu un șir de neclarități.

În procesul epigenetic este inclus și transcriptomul, deși până de curând, s-a considerat că transcriptomul spermatozoidului a fost un remanent din perioadele anterioare. Acum este recunoscut ca un mecanism epigenetic esențial cu proporții variabile în materialul seminal. Spermatozoidii posedă un grup complex și caracteristic de ARN, uneori exclusiv pentru acest tip celular. Variabilitatea lor în spermatozoidii normali, are un rol remarcabil. În plus, unele ARN-uri sunt complete și funcționale, în timp ce altele, sunt

fragmentate. Mai mult, ele pot fi protejate de vezicule din ribonucleoproteine, rămân libere sau își pot crește stabilitatea prin adoptarea de structuri tridimensionale. ARN-ul este localizat în capul sau coada spermului și în plasma seminală. În capul spermatozoizilor, distribuția ARN-ului se găsește între compartimentele celulare și în membranele extranucleare și intranucleare și poate interacționa cu cromatina. În coadă, apare și ARN-ul mitocondrial și, ca urmare, poate fi considerat o parte a transcriptomului, deoarece intervine în funcția spermatozoizilor.

În epigenetica spermatozoizilor participă și protenomul, care constă din diverse proteine cu ambele tipuri de activitate *cis* sau *trans*, cu rol transversal și mecanisme epigenetice. Aceste proteine posedă activitate epigenetică potențială în modificarea histonelor, interacțiunea ARN-ului, organizarea cromatinei și al.

Proprietățile epigenetice ale spermatozoizilor se stabilesc la nivel morfologic și fiziologic de-a lungul etapelor prin care trece celula. Aceste modificări sunt induse de mediul extracelular, influențat de mediul extern al organismului. Transmiterea prin generații a elementelor epigenetice este limitată de două evenimente de reprogramare epigenetică. Prima este reprogramarea liniei germinale și a doua este reprogramarea preimplantare.

În timpul și după migrarea celulelor germinale, evenimentele de reprogramare au loc în gamet, inclusiv demetilarea activă și această perioadă este considerată prima perioadă susceptibilă la factorii de mediu datorită complexității implicate.

A doua perioadă de susceptibilitate apare în timpul reactivării spermatogoniei prin remetilare accelerată. Interacțiunile dintre ARN, metilom și histone determină expresia de tranziție în mai multe etape celulare, inclusiv și diferențierea. În același timp, ambele modificări sunt extinse în timpul diferențierii metilării și dezvoltării spermatozoizilor. În plus, menținerea punților intercelulare în timpul procesului asigură o transformare echilibrată și sincronă, incluzând și conținutul epigenetic cu reorganizarea cromatinei.

Reorganizarea cromatinei se produce prin compactarea cromatinei, care include stabilirea structurii toroidale pe bază de protamine și încorporarea unor varietăți de histone specifice spermatozoizilor în testicule. Tranziția către conformația toroidală începe cu modificări ale histonelor testiculare, fiind în mare parte înlocuite cu proteine de tranziție. Proteinele de tranziție sunt variabile, suferind cele mai mari modificări în regiunea cozii cu im-

plicarea histonelor. Regiunile histonelor din cromatină mențin un caracter flexibil și accesibil transcripțional. Există dovezi că transcriptomul intervine în această tranziție, contribuind la menținerea structurii cromatinei. Pe lângă această remodelare a cromatinei, are loc o transformare treptată a diversității de modificare a proteinelor de ambalare în timpul genezei spermatozoizilor.

A treia perioadă de susceptibilitate la factorii de mediu în spermatogeneză se consideră gravitatea modificării histonelor. Aceste schimbări produc spermatozoizii hipermetilați în comparație cu hipometilarea celulelor somatice.

Fluctuațiile ARN-ului pe durata procesului de spermatogeneză în compoziția transcriptomului, precum și cele suferite de proteom, reflectă rolul acestuia în reglarea meiozei și morfogenezei, împreună cu pregătirea pentru fazele posterioare. Totodată, transformarea proteomului și transcriptomului în structura sau metabolismul spermatozoizilor, se află sub controlul ARN-ului în funcție de transcrierile preformate. În mod similar, reducerea citoplasmei implică pierderea unei mari părți din proteom și transcriptom, care devin inactice din punct de vedere translațional și depind de proteomul resintetizat.

O parte semnificativă a moleculelor implicate în schimbul dintre spermatozoizi și epiteliile epididimale sunt elemente epigenetice, iar transcriptomul suferă transformări dramatice prin creștere. În cap și în coada epididimului, transcriptomul spermatozoizilor suferă modificări proeminente în diversificarea ARN-ului. Unele ARN-uri și proteine rămân în lichidul seminal, au loc modificări ale metilomului și interacțiuni mai mari de stabilizare a cromatinei, derivate din permutarea proteomului și transcriptomului.

Cu toate acestea, modularea epigenetică a spermatozoizilor are loc și după ejaculare. Mai mult, modificarea epigenetică a spermatozoizilor este influențată și de condițiile fizico-chimice. În plus, se emise ipoteza despre existența unui schimb de informații epigenetice între spermatozoizi.

Stabilitatea epigenomului asigură spermatozoizilor proprietățile necesare pentru funcțiile specifice, iar fluctuațiile factorilor externi sau interni ai mediu pot produce modificări și perturbări în epigenomul spermatic.

Prin urmare, fenotipul apare prin combinarea informațiilor genotipice și inducerea expresiei acestora de către factorii de mediu. Acei inductori pot proveni din mediul extern, independent de organism, sau din condiții

genetice ale organismului, care împreună cu mediul extern, influențează mediul corporal, compartimentat în medii extracelulare. Aceste medii locale modulează epigenetica celulară, determinând modul de expresie al acesteia. În acest fel, interacțiunea epigenetică între mediu și genotip va defini un fenotip prin modificarea sau redistribuirea elementelor epigenetice. Perturbațiile mediului extracelular, de către factori externi sau genetici, influențează celulele reglatoare, modificând proprietățile epigenetice ale spermatozoizilor. Severitatea modificărilor depinde de faza de incidență, de intensitatea acesteia și de calea parcursă, cu reflectare asupra moștenirii epigenetice.

În această ordine de idei, generațiile succesive posedă un caracter fenotipic comun, care nu poate fi explicat exclusiv prin moștenirea genetică. Moștenirea epigenetică poate fi între două generații consecutive sau între multiple generații consecutive. În același timp, nu sunt cunoscute mecanismele epigenetice de transmitere a fenotipului fără pierderea valorii între generații, dar se estimează că moștenirea se modulează de moleculele *cis* și *trans*. În plus, capacitatea lor de a se deplasa pe distanțe lungi le permite, de asemenea, să transfere informații de mediu către spermatozoizi din alte țesuturi. Când modificările în spermatozoizi influențează aspecte esențiale și conservate ale dezvoltării, la descendenți apar disfuncții epigenetice severe, sau schimbări de reglementare neutre, chiar și benefice pentru următoarea generație și le pot oferi avantaje adaptative la mediul preexistent.

Efectul factorilor de mediu în epigenetică și reversibilitatea acestuia poate prezenta implicații adaptative intrageneraționale cu transmiterea ulterioară către generațiile următoare prin materialul seminal a trăsăturilor dobândite. Aceste răspunsuri adaptative vor favoriza și selecția naturală pe termen lung, schimbându-și frecvența în populație.

Mai mult, influența bidirecțională dintre genom și epigenom face posibilă o nouă paradigmă a intensității factorilor de mediu cu natura răspunsului adaptativ în generațiile următoare. Ipotetic, factorii cu frecvență și intensitate scăzută pot induce un răspuns epigenetic reversibil, în timp ce, factorii cu frecvență și intensitate foarte puternică pot implica genomul și determina o adaptare stabilă.

ROLUL MICROBIOTEI ÎN DEZVOLTAREA CANCERULUI COLORECTAL

Viorica Năstase, medic.

Ion Mereuță¹, dr. hab. șt. med., prof. univ., cercet. șt. principal

Vasile Fedăș¹, dr. șt. med., cercet. șt. coord.

¹Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, USM, Chișinău, R. Moldova

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

nastasecor@mail.ru

THE ROLE OF MICROBIOTA IN THE DEVELOPMENT OF COLORECTAL CANCER

The article briefly considers physiological aspects of the human gut microbiota, associations between dysbiosis and colorectal cancer (CRC). For patients with a predisposition or suffering from colorectal cancer, it is recommended to use probiotic preparations to eliminate the opportunistic microflora.

Introducere

Cancerul colorectal (CCR) este una dintre cele mai frecvente tumori maligne în rândul populației multor state moderne [1]. Cancerul este abordat la etapa actuală mai degrabă drept o boală emergentă, rezultată în urma impactului factorilor de mediu ambiant, decât o boală cauzată de anomalii genetice constituționale [2]. Trebuie remarcat faptul că diagnosticarea precoce a cancerului colorectal prezintă dificultăți semnificative [3]. Situația în cauză se explică prin aceea că cancerul colorectal (CCR) se manifestă clinic de regulă în stadii destul de avansate, ceea ce constituie unul dintre principalele motive pentru mortalitatea înaltă și supraviețuirea joasă [1,3].

Este extrem de specific că la adresarea primară, 70-80% dintre pacienți sunt diagnosticați cu cancer colorectal în stadiul III-IV [1]. Pentru a reduce numărul de forme avansate de cancer și a reduce rata ridicată a mortalității, este necesară depistarea CCR în stadiile incipiente [1]. S-a produs o schimbare de paradigmă, facilitată de dezvoltarea metodelor de biologie moleculară și de o mai bună înțelegere a mecanismelor de bază ale evoluției respectivului morbo [2].

În acest sens, este relevantă căutarea și identificarea de noi biomarkeri diagnostici și/sau terapeutici, în special în imunoterapia antitumorală, care să permită suspectarea acestei patologii și întreprinderea unor examinări și

tratamente mai reușite a pacienților vizați, precum și studierea funcțiilor bacteriene, - pentru a înțelege mai bine influența mediului ambient asupra acestor tipuri de cancer [1,2].

Influența microbiotei și a dietei asupra producerii și evoluției CCR este în prezent studiată destul de intens [1]. De exemplu, la persoanele cu sindrom metabolic, o dietă dezechilibrată din punct de vedere cantitativ și calitativ poate modifica rapid microbiota intestinală și funcția bacteriilor sale constitutive [2].

Intestinul uman este populat de colonii imense de microbi – „nocivi”, „benefici” și „neutri”. Microbii benefici - bifidobacteriile și bacteroidalele sunt saprofiți și folositori. Ele ajută la digestie, protejează de alergii, întrețin sistemul imunitar și chiar reduc posibilitatea dezvoltării bolilor oncologice. Dar și țin din scurt „dușmanii” : stafilococii, proteia, streptococii, ciupercile din familia *Candida*. Uneori sub influența factorilor externi acest echilibru este perturbat – numărul bacteriilor “folositoare” se reduce, iar microbii nocivi încep a gospodări prin intestin – se dezvoltă o stare sub denumirea de „disbacterioză”. Disbacterioza nu este o boală independentă, ci o manifestare a altor afecțiuni în organism. Această stare poate însoți gastrita, pancreatita și alte boli ale organelor digestive, la fel poate fi și o consecință a unei infecții intestinale suportate, sau se poate dezvolta în urma administrării îndelungate a antibioticelor. Ca urmare, se dezvoltă *disbioza*, - stare caracterizată printr-o perturbare a componenței microorganismelor în diferite părți ale intestinului (*bacteriile folositoare devin tot mai puține, iar cele oportuniste, - respectiv nocive, - mai multe*), fapt ce duce la dereglarea activității tubului gastrointestinal [4].

În cazul disbacteriozei în intestin apar bacterii nocive și ciuperci (de exemplu, ciupercile din familia *Candida*), iar numărul microorganismelor folositoare se reduce, ceea ce duce la dereglarea digestiei. Disbacterioza de lungă durată se caracterizează prin dereglarea absorbției vitaminelor, grăsimilor, altor componenți alimentari, fapt ce duce la scăderea greutateii, anemiei. Componentele de bază ale tratamentului sunt: respectarea dietei. În alimentație se introduc neapărat produse acido-lactice, îmbogățite cu bifidobacterii vii. Antibioticele sau bifidobacteriile sunt prescrise în unele cazuri pentru inhibarea bacteriilor nocive din intestin; produsele speciale, care normalizează componența microflorei intestinale (bifi-form, bifidumbacterin, bificol, hilac, linex și altele). Tratamentul, de regulă, permite restabilirea unei digestii normale în decurs de două luni.

Astfel, considerăm că disbioza în sindromul metabolic și afecțiunile precanceroase devine o prioritate *d.p.d.v.* cercetarea cancerului. În colonul uman, există numeroase tipuri de microorganisme care formează o simbioză cu celulele intestinale pentru a-și exercita funcția normală [3]. Microflora intestinală normală este un mecanism biologic destul de divers, dar echilibrat și net funcțional, care îndeplinește o serie de funcții importante [1, 4].

Microbiota intestinală participă la formarea reactivității imunobiologice a organismului, oferind un nivel ridicat de rezistență organismului față de factorii externi, începând de la naștere și pe tot parcursul vieții omului [4]. Ea produce compuși antibiotici, protejând organismul de pătrunderea microorganismelor patogene, participă la circulația hepato-intestinală, sintetizează o serie de vitamine B, K, enzime, participă la eliminarea substanțelor nedigerate, formând compuși organici [4].

Perturbările în compoziția microflorei intestinale pot fi, de asemenea, asociate cu dezvoltarea unor boli de colon, cum ar fi boala Crohn, colita ulcerosă, diferite boli inflamatorii, precum și tumorile intestinale [4]. Prin caracterizarea microbiotei intestinale la persoanele care suferă de sindrom metabolic și afecțiuni precanceroase, este posibilă determinarea disbiozei specifice și, astfel, evaluarea probabilității de succes sau eșec al unei diete și terapii de corecție.

Conform literaturii de specialitate, procesul tumoral este însoțit de unele modificări calitative și cantitative în peisajul microbial [1]. Se știe că unele bacterii au propriul potențial cancerigen care îl pot manifesta în diferite moduri [3]. De exemplu, *Enterococcus faecalis* distruge ADN-ul, inducând generarea de forme active de oxigen și azot [3].

Se remarcă faptul că numărul de *E. faecalis* a fost constatat de 2,2 ori mai mare la pacienții cu cancer colorectal comparativ cu populația sănătoasă ($p = 0,0013$) [5]. Unele enterobacterii, cum ar fi *E. coli*, au fost identificate ca cofactori de activare a procesului carcinogen în rând cu factorii ambientali (*virusuri, poluanți chimici etc.*).

În patogeneza cancerului colorectal, deteriorarea mucoasei intestinale este esențială ca urmare a expunerii prelungite la impactul factorilor mecanici, toxici și alergici, ceea ce duce la perturbarea funcțiilor motorii și secretoare ale intestinului [4]. Drept consecință, agenții chimici cancerigeni ai mediului ambiant, xenobioticele din alimente, utilizarea excesivă sau necorespunzătoare a medicamentelor antibacteriene și a laxativelor, precum și alți factori afectează enorm starea microflorei intestinale, provo-

când perturbări cantitative și calitative în corelațiile dintre diferitele populații microbiene [4].

Prin asociere, toate acestea pot duce la instituirea unor procese supurative și inflamatorii, localizate și generalizate, sau – la asocierea acestora [4]. Eliminarea lentă în permanență a toxinelor și a agenților cancerigeni din intestine duce inevitabil la dezvoltarea cancerului colorectal [4]. Pe de altă parte, au fost identificate mecanisme fiziologice speciale ce realizează o activitate anticancerigenă, care sunt specifice unor tulpini specifice de *Lactobacillus*, *Bifidobacterium*, și datorită cărora se realizează funcția protectoare a acestor bacterii [3].

În cazul unui dezechilibru în statusul bacterian, *Bifidobacteria* și *Lactobacillii* nu mai pot contracara acțiunile bacteriilor proinflamatorii, iar la nivelul mucoasei colonului se produce o inflamație cronică asimptomatică, despre care se știe că respectiva contribuie la procesele de carcinogeneză [2].

Microbiota disbiotică poate contribui la dezvoltarea cancerului prin următoarele mecanisme [2]:

- activarea inflamației;
- reorientarea sistemului imunitar;
- producerea de genotoxine (*colibactin*, *fragilisin*) și factori de virulență de către bacterii, care pot modifica direct ADN-ul celulei gazdă;
- inducerea stresului oxidativ prin producerea unor forme active de oxigen;
- producția bacteriană de metaboliți secundari (acizi biliari secundari etc.).

Astfel, studierea naturii microbiotei intestinale poate nu doar să aprofundeze cunoștințele despre caracteristicile CCR, ci și să contribuie la elucidarea unor aspecte fundamentale ale carcinogenezei [1]. De exemplu, transformarea malignă a epiteliului colonic este promovată de ETBF, - o toxină secretată de *Bacteroides fragilis* [3]. Bacteriile *Salmonella enterica* pot modula răspunsul imun al gazdei facilitând transformările maligne prin deteriorarea ADN-ului [3].

Interacțiunile și asocierile *Escherichia/Shigella*, *Bacteroides*, *Faecalibacterium*, *Prevotella*, *Corynebacterium*, *Oribacterium*, *Enterococcus*, *Neisseria*, *Porphyromonas* și *Akkermansia* sunt presupuse a fi un factor important în dezvoltarea CCR [1 ,3].

Trebuie menționat și faptul că afectarea stării imunologice a pacienților cu tumori maligne din cauza bolii principale și a tratamentului antitumoral (chirurgical, radioterapie și chimioterapie) agravează modificările disbiotice ale microflorei intestinale [4]. În același timp, conceptul de „interrelație

între dezvoltarea procesului tumoral în colon și compoziția microbiotei intestinale” dictează necesitatea imperioasă de a efectua cercetări suplimentare, deoarece Informațiile disponibile astăzi în literatura de specialitate sunt adesea contradictorii sau inconsistente [3].

Drept punct de pornire ar putea servi afirmația că doar în ansamblu microbiota intestinală poate modela răspunsul gazdei la chimioterapia și imunoterapia cancerului. Această acțiune nu este niciodată cauzată de un singur tip de bacterie [2]. Este foarte probabil ca modularea ținută a microbiotei intestinale să devină una dintre modalitățile prioritare de optimizare a terapiei antitumorale preventive în viitorul apropiat.

Argumentele de mai sus au determinat efectuarea unor studii privitor la elucidarea peisajului microbiotei intestinale în tulburări metabolice și afecțiunile precanceroase.

Scopul studiului: examinarea compoziției microbiotei intestinale la subiecți cu riscuri metabolice crescute și afecțiuni precanceroase, și - evaluarea posibilității de utilizare a datelor obținute în practica clinică în vederea optimizării terapiei preventive antitumorale.

Rezultatele cercetării

Au fost examinați 18 subiecți cu tulburări metabolice (HTA, DZ tip II, obezitate) și 22 subiecți în perioada post-COVID-19, la compartimentul indicilor microorganismelor *Bifidobacterium bifidum*, *Lactobacillus acidophilus*, *Escherichia coli* și *Enterococi*. Indicii fiind comparați cu cei determinați științific, fiziologic de către savanții B.A. Senderov, 1996 (Tabelul 1).

Tabelul 1. Indicii microorganismelor la subiecții lotului de cercetare

Specia de microorganism	*Subiecți sănătoși		¹ Subiecți cu SM	² Subiecți în perioada post-COVID-19	P
	25≥70	>70			
<i>Bifidobacterium bifidum</i>	10 ⁹ -10 ¹⁰	10 ⁹ -10 ¹⁰	10 ⁷ -10 ⁸	10 ⁸ -10 ⁹	<0,05
<i>Lactobacillus acidophilus</i>	10 ⁷ -10 ⁹	10 ⁷ -10 ⁸	10 ⁶ -10 ⁸	10 ⁷ -10 ⁸	<0,05
<i>Escherichia coli</i>	10 ⁷ -10 ⁸	10 ⁸ -10 ⁹	10 ⁹ -10 ¹⁰	10 ⁹ -10 ¹⁰	<0,05
Enterococi	10 ⁶ -10 ⁷	10 ⁷ -10 ⁹	10 ⁸ -10 ¹⁰	10 ⁸ -10 ¹⁰	<0,05

* – Indicii subiecților sănătoși (B.A. Senderov, 1996).

1 – Subiecții cu SM (N=18, - bolnavi cu hipertensiune arterială, diabet zaharat tip II, obezitate).

2 – Subiecții în perioada post-COVID-19 (N=22,).

Pacienților li s-au preluat probe microbiene ale maselor fecale după metoda microbiologică uzuală. S-a stabilit că *Bifidobacterium lactis* și *Lactobacillus acidophilus* aveau valori scăzute față de norma fiziologică (metoda B/A/ Senderov, 1996), - 10^7 - 10^8 (norma 10^9 - 10^{10}) și 10^6 - 10^8 (norma 10^7 - 10^8) CFU/ml corespunzător. *Escherichia coli* și *Enterococci* aveau valori crescute – 10^9 - 10^{10} (norma 10^7 - 10^8) și 10^8 - 10^{10} (norma 10^6 - 10^7) CFU/ml corespunzător.

Pacienților le-a fost administrat timp de 21 zile un supliment alimentar biologic activ (SABA), - complimentar la terapia de bază a nozologiilor diagnosticate de medicul de familie și confirmate de către Consiliul medical al instituției unde au fost internați. După administrarea SABA, complimentar la tratamentul de bază, starea bolnavilor s-a ameliorat. Obiectiv: indicii hemodinamici – tensiunea arterială s-a micșorat, de la 170/100 mmHg la 140/80 mmHg, glucozemia a scăzut de la 8,2 mmol/l la 5,9 mmol/l, masa corporală s-a micșorat cu 4,5 kg, trigliceridele s-au micșorat de la 0,49 la 0,36 mM/l, ASAT s-a micșorat de la 146 la 74 mM/l, ALAT de la 128 la 72,6 mM/l. Sa restabilit echilibrul microbial intestinal, pentru *Bifidobacterium lactis* și *Lactobacillus acidophilus* 10^9 și respective 10^8 , s-a consolidat sistemul imunitar prin faptul că imunoglobulinele M,G,A au avut o tendință de creștere de la 1,09 la 1,39, de la 6,22 la 6,71, de la 0,81 la 1,13 corespunzător, T limfocitele (CD+) de la 66,89 la 72,14, T helperii (CD3+CD4) de la 0,68 la 0,29.

Semnificativ s-a îmbunătățit peroxidarea lipidelor. Ceruloplasmina s-a micșorat de la 244 la 235 mg/dL, catalaza și glutationul, peroxidaza au crescut de la 10,7 la 13,8 și de la 6,6 la 7,9 mM/l corespunzător. Superoxid dismutaza a rămas la același nivel 1096 uc/l. Dialdehida malonică a scăzut de la 39,6 la 37,1 mjM/l. Concomitent la bolnavi s-au îmbunătățit indicii hematologici: Hb a crescut de la 109 la 117 g/l, eritrocitele de la 2,9 până la $3,2 \times 10^{12}$, leucocitele au avut indici constanți. Trombocitele, eozinofilele, limfocitele nu s-au schimbat semnificativ. Indicii biochimici au avut o tendință de ameliorare – bilirubina totală s-a micșorat de la 22,9 la 17,6 mM/l, urea de la 8,9 la 7,6 mM/l, creatinina de la 126 la 117 mM/l, iar proteina totală a crescut de la 72,1 la 76,2 g/l. Nesemnificativ s-a micșorat colessterolul total de la 4,51 la 4,48 mM/l. Valorile scăzute a *Bifidobacterium lactis* și *Lactobacillus acidophilus* au revenit la norma fiziologică 10^9 și 10^8 CFU/ml corespunzător.

În final, putem concluziona, că SABA revendicat are o acțiune de stimulare a florei microbiene intestinale (biotei), imunostimulatoare, de minima-

lizare a riscului metabolic, a proceselor de imunoinflamație și cancerigene.

Concluzii

Studiul nostru a comparat compoziția cantitativă și calitativă a microbiotei intestinului gros la persoane cu sindromul post-COVID-19 și la pacienți cu tulburări metabolice și afecțiunile precanceroase.

Nivelul cantitativ al bacteriocenozei intestinale a avut o tendință de creștere a *Escherichia coli* atât la subiecții cu tulburări metabolice – de la 10^9 - 10^{10} (N- 10^7 - 10^8), cât și la cei cu COVID-19 - 10^9 - 10^{10} (N- 10^7 - 10^8). Indicii *Bifidobacterium bifidum* a avut o tendință de scădere la subiecții cu SM - 10^7 - 10^8 (N- 10^9 - 10^{10}), și 10^8 - 10^9 (N- 10^9 - 10^{10}) la subiecții în perioada post-COVID-19. Tendința de scădere s-a observat și la *Lactobacillus acidophilus* – la 10^6 - 10^8 (N- 10^7 - 10^9) pentru subiecții cu tulburări metabolice și 10^7 - 10^8 la subiecții cu sindromul post-COVID-19.

E oportun de continuat cercetările în vederea determinării elaborării unor prebiotice selective pentru tulburări metabolice și afecțiuni precanceroase. Metodele de diagnostic preclinic al tulburărilor metabolice trebuie implementate în practica medicilor de familie, ceea ce poate duce la determinarea stării de sănătate dar și a fortificării ei.

Referințe bibliografice

1. Волков С.В., Лобанов С.Л., Добродеев А.Ю. Особенности состава кишечной микробиоты у больных раком толстой кишки. In: Сибирский онкологический журнал. 2022;21(5):102-108. In: <https://doi.org/10.21294/1814-4861-2022-21-5-102-108> (accesat: 28.07.2023).
2. Iraj Sobhani. Рак пищеварительной системы и микробиота кишечника: от онкогенеза до ответа на лечение. In: <https://www.biocodexmicrobiotainstitute.com/ru/pro/rak-pischevaritelnoy-sistemy-i-mikrobiota-kishechnika-ot-onkogeneza-do-otveta-na-lechenie> (accesat: 28.07.2023).
3. Волков С.В., Лобанов С.Л. Характеристика пристеночной кишечной микробиоты при раке толстой кишки. Сибирский научный медицинский журнал. 2021;41(2):74-78. In: <https://doi.org/10.18699/SSMJ20210210> (accesat: 28.07.2023).
4. Старостина М.А., Афанасьева З.А., Губаева М.С., Ибрагимова Н.Р., Сакмарова Л.И. Биоценоз кишечника у больных колоректальным раком. In: Практическая медицина, 2012, № 6(61), pp.97-99.
5. D'asheesh TA, Hussen BM, Al-Marzoqi AH, Ghasemian A. Assessment of oncogenic role of intestinal microbiota in colorectal cancer patients. In: J Gastrointest Cancer, 2021, No 52(3), pp.1016-1021. doi: 10.1007/s12029-020-00531-8.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ: ОБЗОР

Vlada Furdui,

dr. în șt. biologice, conf. cercetător, cerc. științ. superior

vlada.furdui@mail.ru

Ana Leorda,

dr. în șt. biologice, conf. cercetător, cerc. științ. superior

leorda-ana64@mail.ru

Ion Balan,

dr. hab. în șt. biologice, prof. cercet., șef laborator

balanion@rambler.ru

Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, USM,

or. Chișinău, R.Moldova

FEATURES OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN VIRAL HEPATITIS AND DIABETES MELLITUS: REVIEW

Viral hepatitis, accompanied by diabetes, is one of the most common pathologies that can have a negative impact on reproductive function. The purpose of the article is to identify the features of changes in the functioning of the reproductive system in this combined pathology. The relationship between psycho-emotional changes that arise as a result of the above-mentioned diseases and reproductive function is also considered.

Сахарный диабет (СД) и хронические заболевания печени (ХЗП) являются актуальными медико-социальными проблемами мирового здравоохранения в связи с широкой распространенностью (в 2016 году составила более 25%) и сохраняющейся тенденцией роста числа больных [1]. Эксперты Международной диабетической федерации (IDF) прогнозируют увеличение количества больных СД к 2045 г. до 629 млн, а частоту встречаемости различных ХЗП, в особенности вирусных гепатитов В и С, в 2 раза, что в целом составит приблизительно 400 млн человек [2]. Около 40 млн. человек каждый год умирает от причин, так или иначе с ними связанных [3]. Существует значительное количество данных как относительно нарушений репродуктивной функции при сахарном диабете обоих типов, так и касательно

изменений функции репродуктивной системы при поражении печени вирусом гепатита. Однако статистические данные свидетельствуют о частой сочетанной патологии сахарного диабета и вирусного гепатита [4]. Необходимо выявить характер изменений репродуктивной функции в данном случае для определения возможности их восстановления, что и послужило целью данной обзорной статьи.

Если еще несколько лет назад был спорным вопрос о том, «что первично» – СД или ВГ, то в настоящее время появляется все больше данных, подтверждающих роль вирусных гепатитов в развитии нарушений углеводного обмена и свидетельствующих о наибольшей роли в данном процессе вирусов гепатита В (HBV) и С (HCV)[5-7]. По мнению J.F. Huang и соавт., СД является одним из метаболических проявлений данных инфекций [8]. По данным Н. Knobler и соавт. HCV-инфекция ассоциируется с трехкратным увеличением риска развития СД: частота дебюта СД среди пациентов с HCV-инфекцией и без нее составила 33 и 5,6% соответственно [9].

Существуют данные об осложнениях СД, негативно влияющих на фертильность мужчины. Такими осложнениями являются ретроградная эякуляция и вторичный гипогонадизм, которые часто встречаются у больных СД. Установлено, что ретроградная эякуляция характерна в большей степени для больных сахарным диабетом 1 типа (СД1), достигая 5-10% и распространенность этого осложнения связана с длительной декомпенсацией углеводного обмена. Более чем у 40% пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) отмечается снижение уровня как общего, так и свободного тестостерона, что может не зависеть от компенсации углеводного обмена [10]. Вопрос о состоянии сексуальной функции у больных с инсулинзависимым сахарным диабетом (ИЗСД), значительно лучше изучен у мужчин, чем у женщин. По одним данным, сексуальные расстройства встречаются у 35 % женщин репродуктивного возраста, страдающих ИЗСД, т. е. в 6 раз чаще, чем в общей популяции, и частота этих расстройств положительно коррелирует с длительностью течения заболевания, дозами инсулина и наличием осложнений диабета [2]. Данные других исследований свидетельствуют об одинаковой частоте сексуальных нарушений у женщин с ИЗСД и здоровых женщин [11]. Частота нарушений не коррелировала с длительностью заболевания, наиболее же важным фактором в спонтанной ремиссии представляется улучшение соци-

альной ситуации [12]. Отмечается, что СД II типа (инсулиннезависимый) имеет более значительное влияние на половую сферу женщин (на способность к оргазму, смазку, сексуальную активность, удовлетворенность), чем ИЗСД. Способность к беременности отмечается у 70,5 % больных ИЗСД женщин, 2,1 % женщин стерильны. Более часты случаи мертворождения у беременных с СД (6,3 % по сравнению с 1,5% у здоровых женщин). Прослеживается различие в количестве нежелающих иметь детей женщин, больных СД (22,7 %), и здоровых женщин (7,5 %;). Авторы, вероятно справедливо, объясняют нежелание больных ИЗСД женщин иметь детей страхом перед осложнениями беременности. Интересно сообщение о возможности успешного зачатия *in vitro* и последующего переноса эмбриона больными СД женщинам [2]. Здоровье матери, связанное с гестационным сахарным диабетом (ГСД), привлекает значительное внимание исследователей из-за его серьезного риска и неблагоприятных последствий для здоровья. Это наиболее распространенное метаболическое заболевание, которым могут страдать до 25% женщин во время беременности [12].

Существуют также данные о нарушениях репродуктивных функций вследствие заражения вирусом гепатита. В последние годы накоплено много информации о влиянии заболеваний гепатобилиарной системы у беременных на организм матери и ребенка [13-15]. Установлено негативное влияние на иммунную и другие системы детей, рожденных от матерей, перенесших хронический гепатит до беременности и во время беременности [16-20].

Федоров Л.Ф. приводит данные о концентрациях гонадотропных и стероидных гормонов у женщин репродуктивного возраста, больных вирусным гепатитом, которые свидетельствуют о существенном изменении функционального состояния гипофизарно-яичниковой системы по сравнению с практически здоровыми женщинами, наибольшее из которых выявлены у женщин с ХВГ [21].

Очень важным является определение особенностей психоэмоционального состояния человека при СД и ВГ, поскольку оно является важнейшей детерминантой вектора изменения репродуктивных функций. Шевченко В.В. утверждает, что психологический статус больных вирусными гепатитами В и С на стационарном этапе лечения отличался от психологического статуса здоровых лиц наличием

выраженной тревожности, аутистических и ипохондрических проявлений, депрессивных расстройств.

Установлена статистически значимая зависимость психологического статуса больных вирусными гепатитами В и С от пола, возраста, уровня образования и занятости [22]. Что касается психоэмоционального состояния при сахарном диабете, то есть особенности их изменений в зависимости от его типа. Так, согласно сообщению Валиевой Д. А., у мужчин и женщин, больных сахарным диабетом II типа отмечаются пики по шкалам ипохондрии, депрессии и истерии, тогда как больным сахарным диабетом I типа свойственны более высокий уровень тревожности и сниженный уровень депрессии по сравнению с СД II типа [23].

По принципу обратной связи можно выявить нарушения репродуктивной функции при патологиях печени, сочетанных с сахарным диабетом. Согласно данным ряда исследователей, у женщин с высоким уровнем тревожности имели место осложнения в процессе вынашивания и родов [24 - 28]. Также существуют данные о том, что бесплодие в большей степени ассоциировано с депрессией и стрессом у мужчин, чем у женщин. В частности, установлено, что среди супружеских пар, проходивших лечение от бесплодия, зачатия не происходило в 60 процентах случаев, когда у мужского партнера наблюдалась депрессия. Такого не наблюдалось, если депрессией страдала женщина. Также, как было установлено при исследовании качества спермы у мужчин во время войны в секторе Газа по сравнению с состоянием спермы в мирный период 2009-2017, в 37 процентах случаев сперма, полученная в течение 2 месяцев после военного конфликта, отличалась низкой подвижностью [29]. NikolaevAA утверждает, что у мужчин, связанных с сильными эмоциональными переживаниями, высока доля функционально слабых половых клеток по отношению к прогрессивно-подвижным формам. При этом относительное количество непрогрессивно-подвижных форм (в основном патологических) заметно выше в сравнении с контрольными показателями. Механизм влияния эмоционального стресса на репродуктивную функцию довольно сложен: с одной стороны, запускаются общие механизмы развития окислительного стресса, с другой — подключаются центральные регуляторные механизмы на уровне гипоталамо-гипофизарного комплекса, обеспечивая эндокринные сдвиги в системе гипофиз-се-

менники. Повышенный уровень пролактина вызывает угнетение тестикулярноандрогенопоэза, что отрицательно сказывается на сперматогенной функции. В результате угнетение сперматогенеза в условиях хронического эмоционального стресса носит интегральный характер [30].

Выводы:

1. Сочетанная патология ВГ и СД, характеризующаяся широкой распространенностью и высоким уровнем прироста, является одной из самых актуальных проблем здравоохранения.

2. ВГ, сопровождаемый СД 2-го типа у мужчин приводит к вторичному гипогонадизму, а у женщин имеет более значительное влияние на половую сферу по сравнению с поражением печени, сочетанным с СД 1-го типа, также вызывающим у мужчин ретроградную эякуляцию.

3. Психоэмоциональное состояние мужчин и женщин, больных сахарным диабетом II типа характеризуется наличием ипохондрии, депрессии и истерии, тогда как больным сахарным диабетом I типа свойственны более высокий уровень тревожности и сниженный уровень депрессии по сравнению с СД II типа.

4. Дополнительным критерием, определяющим вектор развития репродуктивных нарушений при сочетанной патологии ВГ и СД, является специфика эмоционального состояния больного.

Библиография

1. Ying S., Bower Y., Yuying W., et al. Associations of Sugar-Sweetened Beverages, Artificially Sweetened Beverages, and Pure Fruit Juice With Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Cross-sectional and Longitudinal Study. In: <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2023.06.002> (accessed: 11.09.2023).
2. Калмыкова З.А., Кононенко И.В., Майоров А.Ю. Сахарный диабет и хронические заболевания печени. Часть 1: общие механизмы этиологии и патогенеза. В: Терапевтический архив 91, 2019, № 10, с.106-111.
3. Амбалов Ю.М. Вирусные гепатиты: невыдуманные истории. Ростов н/Д, 2015, 272 с.
4. Белый П.А., Дудина К.Р., Знойко О.О., и др. Распространенность хронической HCV-инфекции у пациентов с сахарным диабетом 2 типа в Российской Федерации. В: Сахарный диабет, 2022, № 25(1), с.4-13.

5. García-Compeán D, González-González J.A, Lavalle-González F.J, et al. Hepatogenous diabetes: Is it a neglected condition in chronic liver disease? In: *World J Gastroenterol.*, 2016, No 22(10), pp.2869-2874.
6. Tolman K.G, Fonseca V, Dalpiaz A, Tan M.H. Spectrum of Liver Disease in Type 2 Diabetes and Management of Patients With Diabetes and Liver Disease. In: *Diabetes Care*, 2007, No 30(3), pp.734-43.
7. Khan R, Foster R, Chowdhury A. Managing Diabetes in Patients with Chronic Liver Disease. In: *Postgrad Med.*, 2012, No 124(4), pp.130-137.
8. Huang J.F, Dai C.Y, Hwang S.J, et al. Hepatitis C viremia increases the association with type 2 diabetes mellitus in a hepatitis B and C endemic area: an epidemiological link with virological implication. In: *Am J Gastroenterol.*, 2007, No102(6), pp.1237-1243.
9. Knobler H, Schihmanter R, Zifroni A, et al. Increased Risk of Type 2 Diabetes in Noncirrhotic Patients With Chronic Hepatitis C Virus Infection. In: *Mayo Clin Proc.*, 2000, No 75(4), pp.355-359.
10. Роживанов Р.В., Парфёнова Н.С., Курбатов Д.Г. Состояние мужской репродуктивной функции при сахарном диабете. В: *Сахарный диабет*, 2009, 12(4), с.21-22.
11. Матвеева Л.С., Бердыклычева А.А., Стреколыщикова О.Д. Репродуктивная функция у женщин с инсулинзависимым сахарным диабетом. В: *Проблемы Эндокринологии*, 1994, 40(1), с.52-56.
12. Choudhury A. A., Rajeswari D. Gestational diabetes mellitus - A metabolic and reproductive disorder. In: *Biomed Pharmacother*, 2021, Nov., 143.
13. Khasanov B.B. Experimental chronic toxic hepatitis and hematological features in the dynamics of mother's and the offspring lactation. In: *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 2020, Т. 7, №9, pp.1367-1373.
14. Khasanov B.B. Structural and functional features of immunocompetent breast cells glands during pregnancy and lactation in chronic hepatitis. In: *Psychology and Education*, 2021, Т. 58, №. 2, pp.8038-8045.
15. Khasanov B. Chronic toxic hepatitis and lactation processes. In: *The Scientific Heritage*, 2020, №. 55-52, pp.40-41.
16. Хасанов Б.Б. Иммуногенные свойства молочной железы и материнского молока. В: *Re-health journal*, 2022, № 3 (15), с.21-30.
17. Хасанов Б.Б. Современные представления о структурно-функциональных особенностях пейеровых бляшек. В: *Достижения науки и образования*, 2022, № 5 (85), с.78-87.
18. Хасанов Б.Б. Современные представления о структурно-функциональных особенностях лимфатических узлов. В: *Достижения науки и образования*, 2022, № 5 (85), с.66-73.
19. Хасанов Б.Б. Структурно-функциональные особенности селезенки. В: *Достижения науки и образования*, 2022, № 5 (85), с.66-73.

20. Хасанов Б.Б., Хасанова З.Ш. Влияние токсического гепатита на детородную функцию самок крыс и развитие иммунной системы потомства. В: Пробл. биол. и медиц., 2003, Т. 2, с.65-69.
21. Федоров Л.Ф., Колесникова Л. И., Сутурина Л.В., Шолохов Л.Ф. Состояние гипофизарно-яичниковой системы у женщин с нарушениями менструальной функции при вирусном гепатите В: Бюллетень СО РАМН, 2009, № 1(135), с.50-59.
22. Шевченко, В. В. Психосоматический статус больных вирусными гепатитами В и С на стационарном этапе лечения. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук 003 166800. Санкт-Петербург, 2008.
23. Валиева Д. А. Психоэмоциональные особенности пациентов с сахарным диабетом В: Вестник современной клинической медицины, 2014, № 7(1), с.69-75.
24. Хрянин А.А. и др. Эпидемиология вируса гепатита С и половой путь передачи. В: Экспер. и клинич. Гастроэнтерология, 2017, Vol.145, № 9, с.35-40.
25. Khasanov B.B. Extragenital Pathology and Immunocompetent Cells Relations of Lactating Breast Gland and Offspring Jejunum. In: American Journal of Internal Medicine, 2022, Т. 10, № 2, pp.28-33.
26. Chan D.P., Sun H.Y., Wong H.T. et al. Sexually acquired hepatitis C virus infection: a review. In: Int J Infect Dis., 2016, No 49, pp.47-58.
27. Анчева И. А. Особенности и влияние психоэмоционального состояния беременных Юго-Востока Украины на течение беременности и исход родов В: Врачеб. дело, 2016, № 7–8, с.76-81.
28. Кох Л.И., Егоркина Ю.В. Влияние тревожности на течение беременности и родов у женщин крайних возрастных групп. В: Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины, 2008, № 1(2), с.15-18.
29. Шарман А. Бесплодие больше связано с депрессией и стрессом у мужчин, чем у женщин. In: <https://tengrinews.kz/medicine/besplodie-svyazano-depressiyey-stressom-mujchin-u-jenschin-347904/> (accessat:11.09.2023).
30. Nikolaev AA, Loginov PV. Spermatogenesis state in men exposed to adverse environmental conditions. In: Russian Journal of Human Reproduction, 2015, No 21(5), 96-101.

SĂNĂTATEA POPULAȚIEI ÎN PERSPECTIVA SIGURANȚEI ALIMENTARE A AVICULTURII INDUSTRIALE

Igor Petcu, dr., conf. univ., șef laborator

Ion Balan, dr., conf. univ., cercetător științific

Boris Demcenco, dr., cercetător științific

Natalia Osadci, dr., conf. univ., cercetător științific

Feodora Roșca, cercetător științific

Ana Gramovici, doctorand, cercetător științific

Laboratorul Creșterea și Exploatarea Păsărilor,
Institutul Științifico-Practic de Biotehnologii în Zootehnie
și Medicină Veterinară,
loc. Maximovca, r-nul Anenii Noi, Republica Moldova
petcuigorr@gmail.com

POPULATION HEALTH IN THE PERSPECTIVE OF INDUSTRIAL POULTRY FOOD SAFETY

Food safety remains an ongoing and significant public health concern for the food poultry industry. This concern includes not only the poultry sector of the poultry industry, but also the commercial egg industry. Food-borne pathogens can be in contact throughout the production chain, from initial hatching to processing and ultimately to poultry retailing and cooking. The prevention and control of these pathogens in industrial poultry production requires the identification of their sources and transmission routes. Characterization of microbial populations by gene sequencing for taxonomic identification and comparison of microbiome diversity gives the poultry industry new insight into associated microbial communities with all aspects of poultry production and health maintenance.

Siguranța alimentară rămâne o problemă semnificativă de sănătate publică pentru industria păsărilor agricole. Această preocupare include nu numai sectorul producției de carne de pasăre din industria avicolă, dar și industria comercială a ouălor. Problemelor de siguranță alimentară asociate cu producția de păsări agricole reprezintă o provocare semnificativă din mai multe motive. Adică, managementul producției de păsări include un șir de procese, de la reproducție, incubație, creștere, întreținere, alimentație, transport, până la procesare și livrare a produselor avicole.

Având în vedere prevalența continuă și persistența agenților patogeni de origine alimentară în efectivele de păsări, carnea de pasăre și produsele din ouă, există un interes considerabil pentru îmbunătățirea siguranței alimentelor în toate fazele producției obținute din avicultură. Ameliorarea siguranței alimentelor pentru păsările agricole cuprinde, în mod fundamental, o gamă largă de strategii. Într-o oarecare măsură, cu siguranță pot fi eficiente instrumente de management privind măsurile de optimizare a programelor de curățare, îmbunătățirea biosecurității și limitarea accesului la elementele exterioare din adăposturile de păsări. De asemenea, igienizarea, limitarea accesului în unități și implementarea unui plan bine formulat și bine executat de analiză a riscurilor pentru punctele critice de control, pot duce la ameliorarea siguranței alimentelor în unitățile de creștere a păsărilor și de procesare a produselor avicole. La fel și la nivelul comerțului cu amănuntul, anumite precauții în manipularea alimentelor și formarea personalului, împreună cu educația consumatorilor privind siguranța alimentară, poate îmbunătăți gradul de conștientizare privind siguranța alimentară și poate atenua unele dintre efectele negative ale expunerii produselor la agenți patogeni de origine alimentară. În mod colectiv, aceste acțiuni necesare, oferă oportunități de a limita diseminarea agenților patogeni de origine alimentară și de a reduce riscul de expunere a persoanelor susceptibile. Cu toate acestea, aceste măsuri separat nu oferă o asigurare completă a protecției împotriva agenților patogeni de origine alimentară.

Pe lângă strategiile menționate de management și formare o abordare mai directă a aplicării intervențiilor care limitează direct agenții patogeni de origine alimentară în lanțul de aprovizionare a păsărilor s-a dovedit eficientă în atenuarea în continuare a acestor agenți patogeni. În linii mari, intervențiile în producția avicolă pot fi grupate în două categorii de bază. Un grup este utilizat, în primul rând, pentru a preveni colonizarea și infectarea de agenți patogeni de origine alimentară a păsărilor în timpul creșterii și ouatului. Conceptul general este, că aceste intervenții, fie oferă o barieră directă în calea colonizării agenților patogeni alimentari a tractului gastrointestinal, fie inițiază apărarea imună a gazdei și alte procese de protecție pentru profilaxia agenților patogeni invadatori. Cea mai documentată abordare de apărare a gazdei este vaccinarea, care declanșează sistemul imunitar al gazdei de a răspunde la acțiunea agenților patogeni specifici din alimente. De asemenea, microbiota tractului gastrointestinal a păsărilor poate fi modulată pentru prevenirea agenților patogeni de origine alimen-

tară. Această funcție de barieră poate fi realizată, fie prin administrarea de microbi alimentați direct, denumite și probiotice, fie prin administrarea de prebiotice. Probioticele sunt antagoniste agenților patogeni de origine alimentară după stabilirea reședinței în tractului gastrointestinal. Prebioticele sunt substraturi specifice care servesc în mod selectiv ca nutrienți pentru microbiota indigenă a tractului gastrointestinal, producând creșterea acestora în tractul gastrointestinal și la antagonismul ulterior față de agenții patogeni de origine alimentară.

Cealaltă categorie de măsuri de intervenție sunt agenții care, fie scad, fie elimină agenții patogeni alimentari, deja stabiliți în efectivul de păsări, sau pe carcasă, sau produsele din ouă. Nu este surprinzător, acest lucru cuprinde majoritatea substanțelor dezinfectante obișnuite, inclusiv peroxidul de hidrogen, acidul peracetic, clorul și derivații lui, acizii organici, ozonul și o multitudine de alți compuși. În plus, au fost propuși și mai mulți agenți biologici, cum ar fi bactericidele, bacteriofagii și diverse substanțe vegetale, inclusiv uleiuri esențiale. Aplicarea lor în procesarea cărnii de pasăre și a ouălor este destul de eficientă și, practic, ele sunt aplicate în cantități suficiente pentru a reduce efectiv populațiile de agenți patogeni, fără a influența negativ, atât calitățile produselor, cât și bunăstarea personalului implicat în fluxul tehnologic. Pe lângă reducerea agenților patogeni, interesul a crescut și în ceea ce privește proprietatea acestora de a limita prezența microorganismelor de alterare pe carne și de a prelungi perioada de valabilitate.

În prezent, o mare parte din inovațiile de cercetare în domeniul siguranței alimentelor pentru păsările agricole au devenit semnificative și pentru producția de păsări vii, ceea ce reprezintă un alt accent pentru siguranța alimentelor privind intervențiile. Acest accent a avut loc din două motive generale.

În primul rând, eliminarea antibioticelor din producția avicolă și organismul păsării a creat o oportunitate de piață pentru modificări alternative în hrana animalelor, care pot înlocui unele dintre beneficiile tractului gastrointestinal și sănătatea, precum și performanța atribuită antibioticelor pentru păsări.

În al doilea rând, perspectiva generală a siguranței alimentelor pentru păsările de curte, deși reducerea agenților patogeni de origine alimentară în fabricile de procesare este importantă, trebuie să se concentreze și asupra efectivelor de păsări vii, pentru a reduce agenții patogeni, care pătrund în unitatea de procesare. În orice caz, administrarea compușilor antimicrobieni alternativi la păsări s-a dovedit a fi dificilă. De exemplu, livrarea

compusului sub formă activă la locul țintă dorit al tractului gastrointestinal și interacțiunea cu microbiota rezidentă a tractului gastrointestinal pot perturba rezultatul dorit.

De asemenea, apar îngrijorări cu privire la natura substanțelor și la spectrul larg al unora dintre acești compuși. Acest lucru este important, deoarece este de dorit să se evite perturbarea microbiotei indigene a tractului gastrointestinal, cât mai mult posibil, pentru a evita slăbirea barierei potențiale pe care o produc aceste microorganisme împotriva agenților patogeni de origine alimentară. Agenții biologici precum bacteriofagii sunt suficient de specifici pentru a evita această problemă, dar agenții patogeni de origine alimentară, invers pot deveni rezistenți la aceștia. Este cunoscut, că administrarea fagilor are alte probleme potențiale, cum ar fi faptul, că este prea specifică pentru o gamă restrânsă de tulpini bacteriene și riscul de a transfera materialul genetic, inclusiv elementele de patogenitate, către gazde bacteriene nepatogene. Cu siguranță, bacteriofagii au un rol de jucat în managementul intervenției, în special, pentru eliminarea inițială a agenților patogeni deja stabiliți. Cu toate acestea, trebuie utilizate și alte intervenții pentru a preveni stabilirea ulterioară a agenților patogeni.

Limitarea agenților patogeni de origine alimentară în producția avicolă rămâne o provocare continuă. Această provocare se datorează, în parte, complexității diferitelor etape, implicate în producția avicolă, transportul păsărilor la unitatea de procesare și conversia ulterioară în produse din carne. Complexitatea este deosebit de evidentă în unitatea de procesare, unde, pe lângă multiplele etape existente, sunt luate în considerare performanța tehnică și potențiala de introducere a automatizării. Acest lucru reprezintă o provocare pentru metodologiile de detectare, atât pentru a fi suficient de sensibile pentru a detecta niveluri scăzute de agenți patogeni în aceste medii și pentru a oferi un răspuns, în timp util, pentru implementarea intervențiilor și a altor măsuri de control. Persistența agenților patogeni de origine alimentară și capacitatea de a rezista la stresul mediului, cum ar fi prezența căldurii și a acidului, complică și mai mult strategiile de control. Această abilitate este deosebit de problematică dacă apare un fel de răspuns de protecție încrucișată, în care agentul patogen, după ce devine rezistent la un stres, devine și rezistent sau tolerant la alți factori de stres, aparent neînrușiți. Gama largă de mecanisme de toleranță și rezistență pe care le folosesc agenții patogeni de origine alimentară duce, la rândul său, la necesitatea constantă de a găsi noi antimicrobieni și de a le optimiza pe

cele utilizate în prezent, fie în fermă, fie în unitatea de procesare a păsărilor agricole. De asemenea, dezvoltarea de strategii cu mai multe obstacole, care includ antimicrobiene cu mecanisme diferite, oferă un mijloc de a depăși potențialul de protecție încrucișată.

În industria avicolă, strategia principală pentru siguranța alimentelor este de a dezvolta o modificare a furajelor, care, fie elimină agenții patogeni alimentari deja prezenți în tractul gastrointestinal, fie împiedică stabilirea lor inițială. În mod ideal, modificarea hranei va acorda o influență minimă asupra microbiotei generale a tractului gastrointestinal, în special, activități dăunătoare împotriva membrilor microbieni, care pot fi considerate benefice pentru gazdă. Mai mulți aditivi pentru hrana animalelor sunt, fie performanți, fie luați în considerare pentru aplicații potențiale, dar sunt necesare cercetări considerabile pentru a optimiza aplicarea acestora. Aceste eforturi nu sunt îndreptate doar spre sporirea eficacității lor împotriva agenților patogeni de origine alimentară, dar și spre depășirea problemelor de management, cum sunt păstrarea activității după ce au fost supuse proceselor tehnologice de fabrică, atât în producția avicolă, cât și în furajele destinate pentru avicultură. Sistemele de livrare pentru amendamentele furajelor, atunci când sunt consumate de pasăre, sunt pe deplin activi în secțiunea țintă a tractului gastrointestinal, unde agentul patogen este cel mai probabil rezident sau poate coloniza, sunt acum foarte importante și sunt luate în considerare deosebit de serios. Acest lucru necesită cercetări suplimentare asupra mecanismelor agenților patogeni de origine alimentară pentru stabilirea în timpul expunerii la apărarea gazdei, precum și interacțiunea cu microbiota indigenă a tractului gastrointestinal.

Evoluțiile accelerate în viziunile contemporane ale geneticii agenților patogeni de origine alimentară și a metodelor moleculare de identificare a acestora contribuie la progresul în siguranța alimentelor de origine avicolă. Utilizarea progreselor recente în secvențierea genomului pentru urmărirea tulpinilor individuale de agenți patogeni de origine alimentară a oferit un mijloc de a identifica mai precis sursele și căile de transmitere. Pe măsură ce mai mulți agenți patogeni de origine alimentară au fost izolați, aceștia au fost supuși secvențierii genomului și aceste informații au contribuit la îmbunătățiri ale metodologiilor de identificare moleculară, cum sunt reacțiile cantitative ale polimerazei, cu o acuratețe sporită și mai multe ținte de gene pentru aplicații multiplele testelor reacției cantitative a polimerazei.

Dezvoltarea tehnologiilor grupate de repetare palindromică scurtă in-

terspațiată, în mod regulat pentru serotiparea moleculară va fi deosebit de utilă, în special, pentru diferențierea salmonelilor. Caracterizarea populațiilor microbiene prin secvențierea genelor pentru identificarea taxonomică și compararea diversității microbiomului acordă industriei avicole o nouă perspectivă asupra comunităților microbiene asociate, cu toate aspectele producției obținute de la păsări. Cartografierea microbiomului tuturor etapelor producției avicole va oferi informații suplimentare cu privire la impactul intervențiilor asupra populațiilor microbiene și va prevedea durata de valabilitate. Cercetarea microbiomului a determinat, de asemenea, o mai bună înțelegere a impactului aditivilor pentru hrana dietetică și al altor factori influenți asupra microbiotei tractului gastrointestinal a păsărilor agricole.

Combinarea tehnologiilor moleculare actuale și introducerea de metodologii noi performante va oferi un context mult mai detaliat și mai informativ pentru apariția agenților patogeni de origine alimentară în producția avicolă. Cu toate acestea, devine evident, că ecologia microbială a populațiilor microbiene nepatogene și interacțiunea lor cu agenții patogeni pot fi importante de luat în considerare atunci când se încearcă introducerea de intervenții pentru controlul contaminării cu agenți patogeni. Acest lucru este relativ intuitiv în tractul gastrointestinal al păsărilor, unde nu este surprinzător, că are loc o interacțiune complexă între comunitatea microbială rezidentă a tractului gastrointestinal, factorii gazdă, cum ar fi sistemul imunitar și maturitatea păsării, precum și apariția agenților patogeni de origine alimentară. Pe măsură ce sunt efectuate mai multe studii care utilizează transcriptomica, metabolomica și proteomica, aceste interacțiuni vor deveni mai evidente. În procesarea păsărilor agricole, impactul microbiotei carcasei asupra microbiologiei generale a cărnii este mai puțin clar. Cu toate acestea, după cum se știe, dinamica biologică a deteriorării și termenele de valabilitate pot deveni mai previzibile. În cele din urmă, progresele în bioinformatică, procesarea datelor și securitatea cibernetică vor deveni critice pentru sănătatea populației pe măsură ce se generează mai multe informații.

