

# BIOETICA ÎN PRACTICA GERIATRICĂ

**Gabriela Șoric, Ana Popescu**

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

Chișinău, R.Moldova

[gabriela.soric@usmf.md](mailto:gabriela.soric@usmf.md)

*Etica, echitatea și principiile justiției nu  
se schimbă odată cu calendarul.*

D. H. Lawrence

*Justiția nu constă în a fi neutru între bine și rău, ci în găsierea  
dreptului și susținerea acestuia, oriunde s-ar găsi, împotriva răului.*

Theodore Roosevelt

În ultimii ani, tema sănătății publice în contextul bioeticii globale și sociale s-a dezvoltat activ la nivel internațional. Grație documentelor de autoritate precum „Convenția cu privire la protecția drepturilor omului și a demnității în legătură cu aplicarea realizărilor biologiei și medicinei”, adoptată la Oviedo, în 1997, precum și „Declarația universală privind bioetica și drepturile omului”, adoptată de UNESCO, în 2006, sunt reglementate astăzi cercetarea biomedicală cu participare umană, se protejează drepturile și demnitatea omului și se stabilesc baza și platforma pentru strategiile naționale și programele de dezvoltare a serviciilor bioetice. În același timp, aspecte precum prioritatea intereselor și beneficiilor unei persoane (prevalând asupra intereselor societății sau științei), disponibilitatea egală pentru îngrijire medicală și respectarea standardelor profesionale sunt clar formulate. În contextul subiectului analizat, problemele bioeticii și eticii biomedicale, care afectează tema sănătății publice, sunt dezvoltate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), prin Comitetul pentru bioetică al Consiliului Europei, de Organizației Națiunilor Unite pentru Educație, Știință și Cultură (UNESCO), prin Comisia mondială deetică a cunoștințelor științifice și tehnologice, secțiunea pentru etica științei și tehnologiei și bioeticii [1].

Etica clinică este aplicarea teoriilor etice, a principiilor, a regulilor și reflecțiilor în situațiile clinice din medicină. Etica clinică este analoagă cu medicina clinică, deoarece principiile și conceptele generale trebuie să fie aplicate inteligent și atent în circumstanțele clinice unice/individuale. Astfel, este important ca clinicienii să aibă o bază de cunoaștere în teoriile și principiile etice și să dezvolte o metodă de aplicare a acestora în cazurile clinice provocatoare. Scopul analizei etice este de a oferi atât

o perspectivă din care să se judece dacă o acțiune din trecut a fost sau nu etică, cât și un cadru din care să se determine care dintre una sau mai multe acțiuni viitoare ar fi etice [2].

Etica clinică afectează toate deciziile, incertitudinile, conflictele de valori și dilemele cu care se confruntă medicii și echipele medicale la patul pacientului, în sala de operație, în timpul consultației în clinică sau la domiciliu [3].

Situațiile clinice care relevă întrebări de natură etică sunt frecvente în practica geriatrică de zi cu zi, indiferent dacă este vorba de alegerea unui nou loc de trai, de internarea în spital (de la anunțarea diagnosticului, la trecerea între stadiul curativ al bolii și stadiul paliativ), de limitarea sau refuzul tratamentelor active, de continuarea sau suspendarea unei anumite alimentații sau transferul într-un mediu specializat pentru îngrijiri de lungă durată [4].

Astăzi oamenii trăiesc mai mult decât oricând, iar creșterea numărului de persoane vârstnice conduce la schimbări sociale radicale, inclusiv provocări pentru sistemele globale de îngrijire a sănătății. Această dezvoltare a fost abordată în raportul mondial privind îmbătrânirea și sănătatea publicat de OMS, în 2015, urmată de strategia globală și planul de acțiune pentru îmbătrânire și sănătate 2016–2020, care oferă strategii pentru statele membre [5]. Îmbătrânirea populației este o realitate demografică inevitabilă și ireversibilă. Creșterea speranței de viață a făcut ca populația vârstnică să devină segmentul cu cea mai rapidă creștere numerică, la nivel global. Îngrijirea pacienților geriatrici poate fi complexă și va fi o sarcină în creștere în următoarele decenii [6]. Este această prelungire a vieții o povară, sau o șansă pentru societatea noastră modernă? Dincolo de preocupările economice și financiare legitime, de alegerile care trebuie luate pentru reforma pensiilor, este important să ne gândim la etica acestei revoluții a vârstei. Acest lucru va avea succes dacă ne schimbăm perspectivele asupra vârstei și bătrâneții, luptăm împotriva devalorizării persoanelor și „interdicției de îmbătrânire” care le este semnată de publicitate și mass-media, dacă facem loc oamenilor, dacă inventăm soluții umane și solidare pentru a satisface nevoile celor mai vulnerabili și, în cele din urmă, dacă ridicăm toate „gradele” de asistență personală la valoarea lor justă. Această etică a îmbătrânirii este, de asemenea, una personală. Toată lumea trebuie să preia provocarea pe care o oferă epoca în schimbare, o provocare care merge mână de mână cu responsabilitatea, aceea de a trăi perioada de bătrânețe cât mai fericit posibil, pentru a transmite „un mesaj de maturitate bucuroasă” generațiilor în creștere [7].

Procesul de îmbătrânire este fenomenul „care transformă adulții, majoritatea sănătoși, și care nu au nevoie de asistență din partea per-

sonalului medical, în vârstnici a căror condiție fizică deteriorată duce la creșterea progresivă a riscurilor de boală și deces. Efectele îmbătrânirii sunt familiare profesioniștilor din domeniul sănătății și adulților în etate, încât sunt privite de ambele părți ca fiind imuabile, o arenă în care au loc bolile și tratamentele lor, dar care nu fac obiectul intervenției sau modului. [...] La fel de important, intervențiile genetice și farmacologice, care cresc longevitatea, întârzie de obicei sau chiar previn multe patologii asociate vârstei, cum ar fi cancerul, declinul metabolic și neurodegenerarea. Astfel, o înțelegere mai detaliată a factorilor care determină îmbătrânirea și procesele prin care îmbătrânirea crește riscul unei game largi de boli și dizabilități letale și neletale ar putea, în viitorul previzibil, să aibă un impact profund asupra sănătății umane și medicinei preventive” [8 p.59].

Îmbătrânirea cu demnități, în societatea modernă, este o luptă, o revendicare, o necesitate, un pariu pentru viitor. Unii ar spune că bătrânețea este neapărat un declin, un naufragiu, o reamintire pentru om a naturii sale adevărate. Oricine are dreptul la o bătrânețe demnă, la acea bucată de viață în care sunt înfrumusețate amintirile în care „urmele îngropate în creier – a spus Baudelaire – stau latente sub celelalte legende”.

Cu o speranță de viață care s-a triplat aproape, în ultimele două secole, omul este „sortit” să-și reorganizeze bătrânețea. Principalul lucru este de a menține legăturile sociale, căldura umană, libertatea și chiar, de ce nu, posibilitatea de a ne asuma în continuare riscul vieții! Vom vedea atunci că, umilința, disperarea, dezrădăcinarea, izolarea sunt cu adevărat „mortale”. Dimpotrivă, râsul, afecțiunea, respectul și susținerea sunt liniștitoare, aduc viață și armonie [9].

Raportul Organizației Mondiale a Sănătății privind îmbătrânirea și sănătatea enumeră șapte abilități de bază ale persoanelor vârstnice și dezvoltarea unui cadru etic pentru îmbătrânirea sănătoasă care ar trebui respectat: îndeplinirea elementelor de bază pentru care are nevoie să învețe, să crească intelectual și social, să ia decizii, să fie mobil, pentru a construi și a menține relații fiind util societății. În contextul de sănătate, fiecare dintre aceste abilități ridică diverse probleme care necesită explorare etică [10].

Una din problemele societății moderne încă rămâne „ageismul”. Termenul „ageism” se referă la două concepte: o construcție a spiritului predominant în societate care caracterizează vârstnicii pe baza stereotipurilor negative despre îmbătrânire, precum și o tendință de a structura societatea ca și când toți ar fi tineri, astfel încât nevoile reale ale persoanele în etate sunt ignorate. Ageismul este adesea cauza discriminării în funcție de vârstă, dar și a discriminării de natură mai sistemică, de exemplu în proiectarea și furnizarea de servicii, programe și facilități.

Discriminarea în funcție de vârstă implică tratarea unei persoane inegal din cauza vârstei sale, într-un mod care este împotriva legilor drepturilor omului. Discriminarea bazată pe vârstă nu este adesea văzută ca o formă de discriminare la fel de importantă ca oricare alta, deși poate avea aceleași consecințe economice, sociale și psihologice ca orice altă formă de discriminare [11].

Ageismul are efecte dăunătoare asupra sănătății persoanelor vârstnice. Studiile științifice arată că vârstnicii cu atitudini negative despre îmbătrânire pot trăi cu 7,5 ani mai puțin decât cei cu atitudini pozitive [12]. Transformările culturale moderne, viața politică și socio-economică, implică un dinamism ridicat în gândire, stăpânirea noilor tehnologii, ceea ce face dificilă adaptarea în societate a cetățenilor vârstnici, declanșând excluderea socială. Într-una din definițiile ageismului, directorul Institutului Național pentru Îmbătrânire din SUA, Robert Butler a descris-o ca reflectând asupra anxietății profunde ascunse a oamenilor, dezgustul lor personal și sentimentele de antipatie față de persoanele vârstnice, boală, dizabilitate, frica lor de neputință, inutilitate și moartea care se transformă în negativitate față de persoanele în etate [13]. Aceste stereotipuri socio-culturale, sunt elementele conștiinței de masă, de asemenea, fiind caracteristice și unor lucrători medicali, provocând judecăți eronate cu privire la această categorie de persoane, nevoilor vârstnicilor, capacitățile fizice și mentale, care deseori servesc drept factori decizionali [14, 15].

Principiile comportamentului medicului în bioetică au un sens mai universal, iar aceste principii stau la baza întregii etici profesionale moderne. În locul paternalismului ca principiu principal al eticii medicale, se introduce principiul autonomiei individuale, bazat pe respectarea alegerii libere a pacientului care are dreptul de a refuza tratamentul (*Voluntas aegroti suprema lex*) [14]. O responsabilitate definitorie a unui medic este de a lua decizii cu privire la îngrijirea vârstnicului aflat în diferite condiții. Aceste decizii implică mai mult decât selectarea tratamentului sau intervenției adecvate. Etica este o parte inerentă și inseparabilă a medicinei clinice, deoarece medicul are obligația etică de a aduce beneficii, de a evita sau de a minimiza daunele și de a respecta valorile și preferințele pacientului. Apare întrebarea dacă medicii sunt pregătiți să îndeplinească această obligație etică și își pot îmbunătăți abilitățile etice [3]. Decizia medicală se bazează pe patru principii fundamentale care pot fi regăsite în literatura de specialitate internațională: aceste patru principii au fost descrise de Beauchamp și Childress, în cartea intitulată „Principiile eticii biomedicale” [3]: Autonomie; Binefacere; Ne-dăunare; Justiție.

## Locul principiilor în bioetică

Alegeri etice, atât minore, cât și majore, se iau în fiecare zi în furnizarea de asistență medicală vârstnicilor cu diverse valori de viață, care trăiesc într-o societate pluralistă și multiculturală. În fața unei astfel de diversități, unde putem găsi ghiduri de acțiune morală atunci când există confuzie sau conflicte cu privire la ceea ce ar trebui făcut? Astfel de linii directoare ar trebui să fie în general acceptabile în rândul persoanelor în etate din multe și diferite culturi. Datorită varietății care există în contextul cazurilor clinice, precum și faptului că în asistența medicală există mai multe principii etice care par a fi aplicabile în multe situații, aceste principii nu sunt considerate ca absolute, dar servesc drept ghiduri de acțiune comună. Unele dintre principiile eticii medicale sunt folosite de secole. De exemplu, în secolul al IV-lea î.Hr., Hipocrate, un medic-filosof, i-a îndemnat pe medici „să ajute și să nu facă rău” (Epidemics, 1780). În mod similar, considerațiile de respect pentru persoane și pentru justiție au fost prezente în dezvoltarea societăților încă din cele mai vechi timpuri. Cu toate acestea, în special în ceea ce privește deciziile etice în medicină, în 1979, Tom Beauchamp și James Childress au publicat prima ediție a „Principiilor de etică biomedicală”, aflată acum la a șaptea ediție (2013), popularizând utilizarea principiilor în eforturile de rezolvare a problemelor etice în aplicarea tratamentului. În același an, în Raportul Belmont (1979) au fost identificate trei principii: *respect pentru persoane, binefacere și justiție*, ca linii directoare pentru cercetarea responsabilă folosind subiecți umani. Astfel, în medicina clinică, dar și în cercetarea științifică, se consideră în general că aceste principii pot fi aplicate, chiar și în circumstanțe unice, pentru a oferi îndrumări în descoperirea îndatoririlor morale în diverse situații [16, 17].

Cum se „aplică” principiile pentru un anumit caz?

Intuitiv, principiile în utilizarea curentă în etica îngrijirii sănătății par a fi de o valoare evidentă și de o aplicare clară. De exemplu, ideea că medicul „nu ar trebui să facă rău” niciunui pacient este convingătoare pentru majoritatea oamenilor sau ideea că medicul ar trebui să elaboreze un plan de îngrijire conceput pentru a oferi cel mai mare „beneficiu” pacientului, în ceea ce privește alte alternative concurente, par atât raționale, cât și de la sine înțelese. Mai mult, înainte de implementarea planului de îngrijire medicală, este acum acceptat în mod obișnuit că pacientul trebuie să aibă posibilitatea de a face o alegere în cunoștință de cauză cu privire la îngrijirea sa. În cele din urmă, beneficiile medicale ar trebui distribuite în mod echitabil, astfel încât vârstnicii cu nevoi similare și în circumstanțe similare să fie tratați cu corectitudine, un concept important în lumina resurselor limitate [12, 18].

**Principiul autonomiei** constă în implicarea persoanei în procesul decizional și plasarea sa în centrul luării deciziilor. Principiul autonomiei este definit prin recunoașterea capacității unei persoane de a avea opinii, de a face alegerea și de a acționa în funcție de propriile valori și convingeri [18]. Principiul autonomiei se bazează pe anumite condiții indispensabile:

- Plasarea persoanei în centrul luării deciziilor autonome:
  - ▶ Expunerea informației (adevărului);
  - ▶ Informarea;
  - ▶ Obținerea consimțământului;
  - ▶ Verificarea libertății decizionale (fără influențe).
- Evaluarea autonomiei persoanei:
  - ▶ Capacitatea înțelegerii informației;
  - ▶ Capacitatea aprecierii situației;
  - ▶ Capacitatea de raționament;
  - ▶ Capacitatea de exprimare și de menținere a alegerii.
- Pentru persoana competentă în luarea deciziilor se consideră că:
  - ▶ Starea psihologică permite de a fi apt să ia decizii;
  - ▶ Starea mentală permite de a fi apt să ia decizii;
  - ▶ Starea fizică permite de a fi apt să ia decizii [19].

Persoana vârstnică poate prezenta un profil patologic care combină poli-patologia și dependența, limitând autonomia decizională din cauze multiple (psihologice, mentale și funcționale). Astfel, dificultățile de comunicare, deficitale senzoriale (auditive, vizuale), schimbările de dispoziție, depresia, care pot fi mascate, și toate celelalte deficite, îngreunează stabilirea dorințelor pacientului pentru consimțământul de tratament și îngrijire. În acest context, deseori vârstnicii se bazează pe membrii apropiați ai familiei sau chiar pe medicii lor, pentru a lua decizii pentru ei. Cu toate acestea, există unele dovezi care sugerează că, atunci când sunt prezentate decizii ipotetice cu privire la tratamentul de susținere a vieții, membrii familiei și medicii nu prezic în mod consecvent preferințele pacientului la niveluri de precizie mai bune decât cele preconizate a fi realizate doar din întâmplare. A fost observat că membrii familiei supraestimează frecvența cu care pacienții ar dori să primească tratament. Atunci când o intervenție este inițiată sau continuată în mare parte în beneficiul familiei unei persoane, pacientul este folosit pentru a servi interesul celorlalți și, prin urmare, autonomia lor este încălcată [10,20]. Totodată, trebuie luat în considerare faptul că, respectând autonomia vârstnicului, putem crea o situație în care compromitem autonomia altei persoane, cum ar fi, copiii care sunt angajați în câmpul muncii și care sunt nevoiți să-și schimbe activitatea în favoarea îngrijirii părintelui dependent.

Condiția prealabilă pentru respectarea autonomiei este aceea de a furniza pacientului informații de calitate (complete, corecte, veridice, pe înțelesul pacientului) și de a obține consimțământul informat înainte, în timpul și după îngrijirile medicale. Consimțământul informat trebuie să respecte decizia pacientului, chiar dacă aceasta este contrarie opiniei medicului. Consimțământul este unul dintre modurile în care se exprimă autonomia persoanei [21].

Esența etică a consimțământului se manifestă prin respectarea demnității bolnavului ca ființă umană, realizarea dreptului acestuia de auto-determinare conștientă și securitate a propriei sale persoane în relația medic-pacient stabilită în perioada tratamentului. Procedura de încheiere a acordului informat cuprinde trei componente de bază, care pot fi interpretate ca etape consecutive de negociere dintre medic și pacient: informarea pacientului, conștientizarea de către el a informației primite, respectiv exprimarea consimțământului liber și benevol pentru serviciul medical [22]. Consimțământul poate fi atașat la fișa medicală a persoanei, anticipând o eventuală situație de limitare a autonomiei decizionale pe viitor, deoarece, în contextul unui deficit cognitiv sau senzorial, obținerea consimțământului necesită exact aceleași linii directoare; este exclus să proclamăm „incapacitatea pacientului de a se exprima” pur și simplu din cauza bolii neuropsihice. Comunicarea nu trebuie abandonată, ci rămâne esențială cu includerea persoanelor din anturajul vârstnicului [23]. Abilitățile cognitive ale persoanei pot fi împărțite în mai multe categorii. În primul rând, capacitățile conceptuale care permit subiectului să înțeleagă conceptul acțiunii de îngrijire, de a face referire la informațiile comunicate (conform acestei definiții, a avea aceste capacități conceptuale înseamnă utilizarea memoriei semantice). Apoi, capacitățile deductive, legate cognitiv de durata de atenție a unui individ și funcțiile sale executive. Acestea fac posibilă deducerea consecințelor asupra informațiilor date (care face apel la logica individului). În cele din urmă, capacitățile de memorie (legate de memorie și orientarea temporo-spațială) permit să păstreze informații pentru a raționaliza, dar și pentru a înțelege că deciziile luate vor avea un impact asupra viitorului persoanei [24].

Orice acțiune de luare a deciziilor morale presupune că agenții raționali sunt implicați în luarea deciziilor informate și voluntare. În deciziile de îngrijire a sănătății, respectul pentru autonomia pacientului presupune că pacientul are capacitatea de a acționa intenționat, cu înțelegere și fără influențe care ar anula un act liber și voluntar. Acest principiu stă la baza practicii „consimțământului informat” în tranzacția medic/pacient cu privire la îngrijirea sănătății și respectarea permanentă a auto-

miei pacientului. Un astfel de respect nu este pur și simplu o chestiune de atitudine, ci un mod de a acționa astfel încât să recunoască și chiar să promoveze acțiunile autonome ale pacientului [17,25]. Persoana autonomă poate alege în mod liber valori, loialități sau sisteme de credință religioasă care îi limitează alte libertăți. De exemplu, reprezentanții unor culte cred că este greșit să accepți o transfuzie de sânge. Prin urmare, într-o situație care pune viața în pericol, în care este necesară o transfuzie de sânge pentru a salva viața pacientului, acesta trebuie să fie informat în acest sens. Consecințele refuzului unei transfuzii de sânge trebuie să fie clarificate pacientului prin explicarea riscului de a muri din cauza hemoragiei. Dorind să „beneficieze” pacientul, medicul ar putea dori să ofere o transfuzie de sânge, crezând că este un „beneficiu clar”. Atunci când este informat în mod corespunzător, pacientul este liber să aleagă dacă acceptă transfuzia de sânge, conform dorinței puternice de a trăi, sau dacă refuză transfuzia de sânge, acordând o prioritate mai mare convingerilor sale religioase despre greșeala transfuziei de sânge, chiar până la acceptarea morții ca rezultat previzibil. Acest proces de comunicare trebuie să fie plin de compasiune și respectând valorile unice ale pacientului, chiar dacă acestea diferă de obiectivele standard ale biomedicinii, ținând cont de capacitățile decizionale ale persoanei. Medicul are datoria de a respecta alegerea autonomă a pacientului, precum și o obligație de a evita vătămarea și de a oferi un beneficiu medical. În acest caz, informat de practica comunității și de dispozițiile legii pentru exercitarea liberă a religiei, medicul a acordat o prioritate mai mare respectului pentru autonomia pacientului decât altor sarcini [3].

**Principiul binefacerii** desemnează faptul de a realiza beneficiul pacientului care contribuie la ameliorarea calității vieții acestuia. Totuși, este important să menționăm că unele acțiuni medicale pot părea benefice, dar pot prezenta, totodată, și posibilitatea de a dăuna. Acest principiu este evident în practica geriatrică din cauza vulnerabilității globale a persoanelor vârstnice ce induce creșterea frecvenței efectelor adverse ale medicamentelor, de exemplu, sau a instituționalizărilor care pot induce confuzii și stări depresive. Declinul fizic minimizează accesul la servicii medicale sau la comunicare, inducând izolarea socială, care la rândul său agravează alte sindroame geriatrice. De aceea, în practica geriatrică, binefacerea impune o abordare interdisciplinară globală, în vederea estimării riscului de a dăuna. Un alt aspect al acestui principiu este că vârstnicilor li s-au refuzat intervențiile medicale potențial utile în trecut, pe motiv de vârstă [26] sau recent raportate în contextul actualei pandemii. Acest lucru este deosebit de dificil în domeniul medicinei geriatrice, deoarece există relații complexe între combinațiile individuale de comorbidități,



adesea multiple, ceea ce face predicția rezultatelor potențiale mai dificilă. Totodată, lipsesc dovezi de cercetare pentru această categorie de persoane vârstnice, care sunt adesea excluse din studiile de cercetare științifică medicală. Acest fapt a condus la presupunerea că vârstnicii pot beneficia mai puțin de tratamentele agresive și sunt recunoscuți a fi mai susceptibili de a suferi complicații dăunătoare, în urma terapiilor medicale, față de pacienții mai tineri. O alegere benefică în această situație este, fără îndoială, una în care pacientului nu i se oferă tratamentul, având în vedere posibilele prejudicii ce pot fi aduse [27].

Înțelesul obișnuit al acestui principiu este acela că furnizorii de servicii medicale au datoria de a veni în beneficiul pacientului, precum și de a lua măsuri pozitive pentru a preveni și a îndepărta daunele de la pacientul vârstnic. Aceste îndatoriri sunt privite ca fiind raționale și de la sine înțelese și sunt pe larg acceptate ca adevărate scopuri ale medicinei. Acest principiu se află în centrul îngrijirii sănătății, ceea ce implică faptul că un solicitant care suferă (pacientul) poate intra într-o relație cu cel pe care societatea l-a autorizat ca fiind competent să ofere asistență medicală, având încredere că obiectivul principal al medicului este să ajute. Obiectivul de a oferi beneficii poate fi aplicat atât pacienților individuali, cât și societății în ansamblu. De exemplu, sănătatea bună a unui anumit pacient vârstnic este obiectivul de bază adecvat geriatriei, iar prevenirea bolilor prin cercetarea și folosirea vaccinurilor este același obiectiv extins la populație, în general [3].

Uneori se consideră că ne-dăunarea este o datorie constantă, adică nu trebuie să vătămăm niciodată alt individ, în timp ce binefacerea este o datorie limitată. Un medic are datoria de a căuta beneficiul oricărui pacient sau al tuturor pacienților săi. Totuși, un medic poate alege pe cine să admită în practica sa și nu are datoria strictă de a accepta pacienții care nu sunt recunoscuți ca făcând parte din acest grup. Această datorie devine complexă dacă doi pacienți apelează la tratament în același moment. Unele criterii de urgență ale nevoii ar putea fi utilizate sau principiul cine vine mai întâi este primul servit, pentru a decide cine ar trebui să fie ajutat într-un anumit moment [25].

Există un exemplu clar în îngrijirea sănătății, în care principiul binefacerii este prioritar față de principiul respectului pentru autonomia pacientului. Acest exemplu provine din medicina de urgență. Când pacientul este în incapacitate de a da consimțământ informat din cauza naturii grave a accidentului sau a bolii, presupunem că persoana rezonabilă ar dori să fie tratată agresiv și ne grăbim să oferim o intervenție benefică prin oprirea sângerării. În actuala cultură medicală, atunci când medicul acționează dintr-un spirit binevoitor în furnizarea unui tratament bine-

făcător care, în opinia lui, este în interesul superior al pacientului, fără consultarea acestuia sau prin substituirea dorințelor sale, doctorul este considerat a fi „paternalist”. Cel mai clar caz de paternalism justificat este văzut în tratamentul pacienților sinucigași care prezintă un pericol clar și prezent pentru ei înșiși. Aici, datoria de binefacere necesită ca medicul să intervină în numele salvării vieții pacientului sau plasării acestuia într-un mediu protector, sub convingerea că pacientul este compromis și nu poate acționa în interesul său în momentul respectiv. Condițiile cazului sunt extrem de importante pentru a putea judeca dacă autonomia pacientului este compromisă [18,28].

**Principiul ne-dăunării** scutește pacientul de suferință. Conform acestui principiu, orice decizie trebuie să evite vătămările fizice sau morale și se referă la vechiul dicton „*Primum non nocere*” al lui Hippocrates. Acest principiu afirmă că lucrătorul medical nu trebuie să aducă daune sănătății altor persoane în mod intenționat sau neintenționat și, mai mult, trebuie să-i protejeze pe ceicare nu se pot apăra singuri fie din cauza vârstei, fie a bolii sau a stării psihice.

Întrebarea care apare în legătură cu acest principiu este cum să determinăm exact ce anume se înțelege prin „vătămare”, în raport cu domeniul biomedicinii, în principal în raport cu activitățile medicului și în relația acestuia cu pacientul. În acest sens, dacă abordăm situația din partea unui medic, distingem următoarele forme de „vătămare”:

Vătămare cauzată de inacțiune, nerespectarea asistenței pentru cei care au nevoie de aceasta;

Vătămare cauzată din neglijență sau intenții negative, de exemplu, scopuri egoiste;

Vătămare cauzată de acțiuni incorecte, necugetate sau necalificate;

Vătămare cauzată de acțiuni obiectiv necesare într-o anumită situație.

Principiul ne-dăunării presupune să nu creăm intenționat un prejudiciu sau vătămare pacientului. Furnizarea unui standard adecvat de îngrijire care evită sau minimizează riscul rănirii este susținut atât de convingerile morale obișnuite, cât și de legile societății. Acest principiu afirmă necesitatea competenței medicale. Este clar că pot apărea greșeli medicale. Cu toate acestea, principiul ne-dăunării articulează un angajament fundamental din partea profesioniștilor din domeniul sănătății pentru a-și proteja pacienții de vătămare [3].

În timpul îngrijirii pacienților, există situații în care un anumit tip de vătămare pare inevitabil și, de obicei, suntem obligați din punct de vedere moral să alegem cel mai mic dintre două rele, deși, cel mai mic dintre rele poate fi determinat de circumstanțe. De exemplu, cei mai mulți ar fi dispuși să experimenteze unele dureri dacă procedura în cauză ar prelungi

viața. Cu toate acestea, în alte cazuri, cum ar fi cazul unui pacient în etate care moare de carcinom intestinal dureros, pacientul ar putea alege să renunțe la tratament sau ar putea alege să renunțe la tehnologia de susținere a vieții, cum ar fi dializa sau un aparat respirator. Motivul unei astfel de alegeri se bazează pe convingerea pacientului că viața prelungită cu o afecțiune dureroasă și debilitantă este mai rea decât moartea, un rău mai mare, în mod obișnuit. Este important de menționat că această determinare trebuie făcută de pacient, care este singura autoritate în interpretarea prejudiciului „mai mare” sau „mai mic” pentru sine [3, 25].

Există o altă categorie de cazuri care este confuză, deoarece o singură acțiune poate avea două efecte, unul care este considerat bun, celălalt unul rău. Cum ne ghidează datoria noastră față de principiul ne-dăunării în astfel de cazuri? Denumirea formală a principiului care guvernează această categorie de cazuri se numește de obicei principiul **dublului efect**. În asemenea circumstanțe, decizia trebuie să țină cont de mai multe aspecte. 1. *Natura actului*. Acțiunea în sine nu trebuie să fie greșită intrinsec, trebuie să fie un act bun sau cel puțin neutru din punct de vedere moral. 2. *Intenția agentului*. Agentul intenționează doar obținerea unui efect bun, nu a unui rău, chiar dacă cel de-al doilea este previzibil. 3. *Distincția dintre mijloace și efecte*. Efectul rău nu trebuie să fie mijlocul efectului bun. 4. *Proportionalitatea între efectul bun și efectul rău*. Efectul bun trebuie să depășească răul care este permis, cu alte cuvinte, efectul rău [3].

**Principiul justiției** este principiul care obligă lucrătorul medical să trateze fiecare persoană în mod egal în procesul de îngrijire, independent de rasă, vârstă, gen, stare civilă, diagnostic, stare socială, statut economic și convingeri religioase ale pacientului [3]. Principiul justiției provine dintr-un ideal colectiv. Poate varia de la o cultură la alta. În societatea noastră și în contextul sănătății, ideea de justiție este înțeleasă în mod convențional prin termeni care ilustrează nediscriminarea, universalitatea și accesul la îngrijirea sănătății pentru toți, solidaritatea. Prin urmare, este un concept deschis, larg și în evoluție. Fără îndoială, se intersectează cu o puternică dimensiune morală în jurul respectului pentru persoană. Dar este și locul multor tensiuni etice, pentru că ceea ce poate fi judecat drept corect de unii poate fi considerat incorect/ilegal de alții [29].

Justiția este un principiu care presupune implementarea unui program social care asigură accesul egal al tuturor categoriilor de populație la bunuri publice, inclusiv servicii biomedicale, accesul la agenți farmaceutici necesari pentru menținerea sănătății, accesul la efectuarea de cercetări biomedicale a celor mai vulnerabile segmente a populației. Conform principiului echității, beneficiul pentru pacient trebuie întotdeauna să fie prioritar. Ideea morală a dreptății este una dintre ideile de

bază care guvernează relațiile umane, iar principiul dreptății are importanță și pentru practica medicală. Acest principiu stă la baza tratamentului uman al pacientului, indiferent de situația sa economică și statutul social. Principiul solicită în primul rând alocarea echitabilă a resurselor de asistență medicală (inclusiv cele legate de domeniul farmacie), adică accesul la aceste resurse pentru membrii societății conform unor programe corecte. În practica medicală profesională, principiul justiției include altruism, independență, compasiune, milă și contribuie la punerea în aplicare a obiectivelor inițiale și finale ale medicinei – vindecarea unei persoane. Medicul trebuie să prefere dreptatea ca un principiu profesional între toate celelalte considerente [28].

Dreptatea în îngrijirea sănătății este de obicei definită ca o formă de corectitudine sau așa cum a spus Aristotel, „oferind fiecăruia ceea ce i se cuvine”. Aceasta implică o distribuție echitabilă a bunurilor în societate și necesită să analizăm rolul drepturilor fiecărui pacient vârstnic. Problema justiției distributive pare, de asemenea, să depindă de faptul că unele bunuri și servicii sunt insuficiente și nu este suficient să circule. Astfel, trebuie stabilite unele mijloace corecte de alocare a resurselor limitate. Beauchamp și alții susțin că multe dintre inegalitățile pe care le experimentăm sunt rezultatul unei „loterii naturale” sau a unei „loterii sociale” pentru care individul afectat nu este de vină. Prin urmare, societatea ar trebui să se implice chiar și în terenul de joc prin furnizarea de resurse pentru a ajuta la depășirea situației defavorizate. Una dintre cele mai controversate probleme din domeniul sănătății moderne este întrebarea „cine are dreptul la asistență medicală?” Sau, posibil ca societate, dorim să fim binevoitori și corecți și să oferim un nivel decent de îngrijire a sănătății pentru toți cetățenii, indiferent de capacitatea de plată. Principiul justiției este o motivație puternică pentru reforma sistemului de sănătate, astfel încât să fie luate în considerare nevoile întregii societăți, ale tuturor categoriilor de populație. Cerințele principiului justiției trebuie să se aplice la patul pacientului vârstnic, individual, dar și sistematic în legile și politicile societății care guvernează accesul vârstnicului la asistența medicală. Rămâne mult de făcut la această temă [3, 28].

Cele patru principii menționate nu sunt ierarhice, ceea ce înseamnă că niciun principiu nu „învinge” în mod obișnuit pe altul. În acest mod suntem obligați să luăm în considerare toate principiile de mai sus, atunci când acestea sunt aplicate cazului clinic. Cu toate acestea, atunci când se aplică două sau mai multe principii, putem constata că acestea sunt în conflict. Cu alte cuvinte, în fața altor argumentări contradictorii, avem datoria de a respecta fiecare dintre aceste principii. Apare necesitatea echilibrării cerințelor acestor principii, determinând care are mai multă

greutate în cazul particular aflat în analiză. Datoria reală a unui agent moral este determinată de chibzuirea și echilibrarea tuturor îndatoririlor concurente în orice caz particular [25], deoarece principiile sunt goale de conținut, iar aplicarea se concentrează prin înțelegerea caracteristicilor și faptelor unice care oferă context cazului. Prin urmare, obținerea faptelor relevante și exacte reprezintă o componentă esențială a acestei abordări de luarea deciziilor [3].

Cele patru principii, care operează în prezent în etica îngrijirii sănătății, au avut o lungă istorie de dezvoltare comună cu a societății, chiar înainte de a deveni populare pe scară largă, ca ghid de acțiune morală în etica medicală în ultimii patruzeci de ani, prin activitatea unor eticieni precum Beauchamp și Childress. În fața unor situații ambigue din punct de vedere moral în îngrijirea sănătății, nuanțele utilizării lor au fost rafinate prin nenumărate aplicații. Unii bioeticieni, precum Bernard Gert și colegii (1997), susțin că exceptând principiul ne-dăunării, celelalte sunt inexacte ca ghiduri de acțiune morală, întrucât sunt nespecifice, pur și simplu amintind factorului de decizie de considerații care ar trebui luate în considerare. Într-adevăr, Beauchamp și Childress recomandă utilizarea acestor principii pentru a reflecta asupra problemelor morale și pentru a trece la o rezoluție etică, dar nu susțin că principiul oferă o teorie morală generală. Gert incriminează, de asemenea, că principiile nu reușesc să facă distincția între regulile morale și idealurile morale și, așa cum am menționat anterior, că nu există o metodă convenabilă pentru rezolvarea disputelor, atunci când două principii diferite intră în conflict cu ceea ce ar trebui făcut. El afirmă că propria sa abordare, moralitatea comună, apelarea la reflecția rațională și transparența concură la o abordare mai utilă [30]. Mai mult, bioeticianul Albert Jonsen și colegii (2010) susțin, în munca lor, că pentru a aplica riguros aceste principii în situații clinice, folosirea lor trebuie să înceapă cu analiza contextului unui anumit caz [17].

Principiul justiției se bazează pe criteriile dreptății distributive:

- distribuția resurselor pentru egalizarea rezultatelor de sănătate;
- asigurarea de șanse egale la sănătate pentru toate grupurile de populație, inclusiv cele vulnerabile;
- echitate în sănătate „sănătate pentru toți”;
- acces egal la serviciile de sănătate;
- resurse cheltuite egal pentru fiecare individ sau pentru fiecare caz de o anumită condiție medicală, socială, etnică;
- dreptul de a beneficia de îngrijirea sănătății în funcție de necesități;
- aceeași calitate a îngrijirilor de sănătate [31].

Problemele etice relevante pentru un individ care îmbătrânește, sau o

societate care îmbătrânește, sunt multiple și complexe și necesită luarea în considerare a modului în care toți oamenii sunt încadrați în societate, pe toată durata vieții.

Apare necesitatea de a pune tensiunile etice, induse de îngrădirea persoanelor vârstnice, vulnerabile, pe mai multe niveluri pentru a identifica ceea ce intră în prevenirea și protecția persoanei, respectiv rolul statului în fața unei crize sanitare și ce ar putea fi parte a unei tendințe sociale către o formă de ageism și paternalism. Aceste paliere ar fi:

- la nivel individual, în echilibrul dintre principiul autonomiei și principiul binefacerii;
- la nivelul îngrijitorilor sau al profesioniștilor, în echilibrul dintre binefacere, ne-dăunare și risc profesional;
- la nivel de societate, în echilibrul dintre principiul ne-dăunării și principiul justiției.
- Trei paradigme etice ne pot ajuta la soluționarea situațiilor prezentate, ele rezultând din reflecțiile anterioare și fiind destinate a fi utilizate întotdeauna, cu principalele obiective de îmbunătățire a sănătății și evitarea mortalității premature, atât cât se poate preveni:
- etica responsabilității, care reflectă răspunderea pentru consecințele acțiunilor, alegerilor și deciziilor, înainte de acțiune;
- etica solicitării (îngrijirii), care dedică numărul maxim de drepturi celor mai vulnerabili, astfel încât să permită acțiuni/resurse suplimentare;
- etica dezbaterii, care promovează apariția unui consens echitabil pentru a aloca resurse obiectivelor înaintate[32].

Decizia medicală poate fi o sursă de tensiune între valori (valori individuale, puncte de vedere științifice, moralitate, familie, grup de gândire, religii, dimensiune economică etc.). Calea către o decizie medicală trebuie să parcurgă etica dezbaterii, acordând importanță punctului de vedere al celuilalt și extragerea unei concluzii comune în favoarea pacientului.

**Consimțământul informat.** Consimțământul informat este o regulă de etică biomedicală bazată pe o cerință, și anume, respectarea dreptului pacientului de a cunoaște întregul adevăr despre starea sa de sănătate, despre tratamentele existente pentru boala sa și riscurile asociate cu fiecare dintre ele. Consimțământul informat este un dialog comunicativ între medic și pacient/apartinători, asumarea respectării unui număr de norme etice și procedurale, luând în considerare nivelul cultural, caracteristicile naționale și religioase ale pacientului, tactul unui medic sau cercetător, calitățile morale ale părților, capacitatea de a asigura înțelegerea informațiilor de către pacient. Informațiile corecte despre sănătate

și prognostic oferă pacientului posibilitatea de a dispune în mod independent și adecvat de dreptul la viață, oferindu-i-se libertatea de alegere voluntară.

**Confidențialitatea.** Confidențialitatea este o regulă a eticii biomedicale care presupune încredere reciprocă între medic și pacient. Încălcarea confidențialității agravează relația dintre pacient și medic, făcând dificilă realizarea responsabilităților medicale de către personalul medical. Regula confidențialității se bazează pe considerații morale, conform cărora fiecare individ are dreptul să decidă cui și în ce măsură îi poate transfera gânduri, experiențe, sentimente, circumstanțe ale vieții sale. Confidențialitatea implică respectarea strictă a discreției asupra datelor medicale, stocarea fiabilă de către medic a informațiilor primite de la pacient, anonimatul cercetării efectuate (după caz), minimizarea interferenței cu intimitatea pacientului, stocarea atentă a informațiilor personale primite și limitarea accesului la acestea nu numai în timpul vieții, ci și după moartea pacientului.

**Procesul decizional.** În etica biomedicală modernă, procesul prin care se ia o decizie este la fel de important ca decizia în sine. Acesta este motivul pentru care este necesar să existe o abordare clară care să țină seama de problemele ce trebuie abordate și de toate persoanele implicate în acest proces. Abordarea se bazează pe o serie de întrebări, care sunt prezentate și explicate mai jos [33].

Care sunt faptele, circumstanțele? Această întrebare determină o descriere a problemei clinice, a factorilor concurenți și a aspectelor psiho-sociale și de mediu. Punctul de plecare este conștientizarea faptului că interacțiunea nu este cu o boală, ci cu o persoană vârstnică cu o patologie, care are o anamneză de viață, familie, afecțiuni, valori personale profunde, existențiale și ideologice, care a avut loc de muncă. Fiecare participant va experimenta, în felul său, impactul deciziei. În mod clar, în centrul deciziei se află pacientul vârstnic, fiind persoana care va lua decizia sau va fi ajutată să ia o decizie de membrii familiei (în lipsa acestora, de persoane împuternicite de organele competente) și va suporta consecințele. Opțiunile disponibile ar trebui evaluate din punct de vedere clinic, având în vedere probabilitatea de succes a opțiunii alese. De exemplu, care sunt șansele ca un pacient cu cancer agresiv să supraviețuiască intervenției chirurgicale mutilante care poate avea efecte adverse majore. Pe lângă evaluarea pur clinică, trebuie luate în considerare și costurile umane și emoționale implicate.

Care sunt valorile puse în joc pentru fiecare dintre părțile implicate? Pentru a răspunde la această întrebare, este necesar să întocmim o listă personalizată a ierarhiei valorilor din situația clinică specifică, pentru principalele părți interesate, în principal pentru pacient, dar și pentru

membrii familiei (în mod clar, unde au un cuvânt de spus) și echipa medicală. De exemplu, în cazul unei intervenții chirurgicale care implică riscul de efecte adverse grave și dizabilități, pacientul ar putea refuza intervenția chirurgicală dacă simte că gradul de binefacere, așa cum este percepută de el, nu este adecvat. Pacientul vârstnic ar putea dori în schimb să-și păstreze starea fizică actuală, refuzând o procedură pe care o consideră invazivă și distructivă, asta pentru că pacientul se teme că, după intervenția chirurgicală, s-ar putea să nu se recunoască pe sine ca fiind persoana care a fost anterior. Din partea sa, medicul poate simți că intervenția chirurgicală va permite pacientului să supraviețuiască prin ceea ce medicul consideră o calitate satisfăcătoare a vieții (binefacere/ne-dăunare). În alte cazuri, se poate întâmpla invers: pacientul și membrii familiei sale pot dori ca operația să fie efectuată, indiferent de ce, chiar dacă impactul său pozitiv poate fi minim sau zero (autonomia pacientului *vs.* autonomia medicului *vs.* alocarea corectă a resurselor).

Care sunt alternativele? De prea multe ori, situațiile încărcate emoțional duc la o polarizare a vederilor între doar două posibilități [32-34].

**Luarea deciziei.** Decizia trebuie luată după consultarea principalelor părți implicate, în primul rând pacientul vârstnic, dar și membrii familiei acestuia, echipa medicală etc. Este important de a avea o atitudine deschisă și atenție corespunzătoare. Vârstnicul trebuie privit nu numai din punct de vedere medical, ci ca un individ care are o poveste de viață, credințe și preocupări. Ideea de a consulta un coleg pentru a obține o a doua opinie sau chiar comitetul de etică al spitalului este binevenită. Este necesar să se ia o decizie după epuizarea tuturor acestor pași. Decizia luată trebuie argumentată și justificată luând în considerare dovezile medicale pentru fiecare situație, dar și toate problemele etice specifice situației. Este esențial să se specifice care elemente justifică principiile cărora li s-a acordat prioritate în procesul decizional [32].

**Considerații finale.** Principiile, alături de reguli, sunt ghiduri de acțiune, deși ghidarea pe care o oferă poate fi mai abstractă sau generală. Primele principii ale eticii biomedicale au apărut în Raportul Belmont, din 1979. Principiile, au fost ulterior crescute de la trei la patru și descrise mai detaliat de Beauchamp și Childress în prima ediție a cărții „Principles of biomedical ethics” și includ respectul pentru autonomie, binefacerea, ne-dăunarea și justiția/echitatea. Conform principiului respectului pentru autonomie, alegerea pacientului este autonomă dacă: (1) alegerea este voluntară (adică este liberă și se elimină constrângerile din partea celorlalte părți implicate), (2) pacientul este informat în mod adecvat și (3) pacientul posedă capacitatea sau competența decizională. Principiul ne-dăunării se referă la datoria de abținere de la a provoca vătămare. Principiul binefacerii afirmă datoria de



a-i ajuta pe ceilalți, iar principiul justiției susține că dreptatea impune ca egali să fie tratați în mod egal, iar atunci când se impune un tratament inegal, acesta trebuie să fie proporțional cu inegalitățile relevante dintre părțile în cauză. Principiile materiale ale justiției distributive pretind să se răspundă la întrebarea: Când este o inegalitate una relevantă? Principiile care au fost propuse ca principii materiale valide ale justiției distributive includ următoarele: pentru fiecare persoană o cotă egală; fiecărei persoane în funcție de nevoie; fiecărei persoane în funcție de efort; fiecărei persoane conform contribuției; fiecărei persoane după merit; și fiecărei persoane în conformitate cu schimbările economiei de piață.

## Bibliografie

1. Мишаткина, Т.В. Социальная биоэтика сквозь призму глобальной биоэтики. Минск «ИВЦ Минфина» 2018, с. 4.
2. Taylor, R.M. Ethical principles and concepts in medicine. În: *Handbook of Clinical Neurology* (editori James L. Bernat și H. Richard Beresford). Amsterdam: Elsevier, 2013, vol. 118, pp. 1-9. ISBN: 978-0-444-53501-6
3. Beauchamp, T.L., Childress, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. 4<sup>th</sup>ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 1994. ISBN: 978-0195085372
4. ANESM. *Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux*. Haute Autorité de Santé Website, 2010. Disponibil la: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco\\_ethique\\_anesm.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ethique_anesm.pdf) (accesat: 15.08.2021).
5. WHO. *Developing an ethical framework for healthy ageing: Report of a WHO meeting*. Tübingen, Germany, 18 March 2017. Disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/developing-an-ethical-framework-for-health-ageing-report-of-a-who-meeting> (accesat: 15.08.2021).
6. Heshmati, H.M. The centenarians: An emerging population. În: *Update in Geriatrics* (editor Somchai Amornytin). London: IntechOpen Limited, 2021. ISBN: 978-1-83962-309-7; Disponibil la: <https://www.intechopen.com/chapters/75412> (accesat: 15.08.2021).
7. de Hennezel, M. Éthique du vieillissement. În: *Traité de bioéthique* (editor Emmanuel Hirsch), Vol.3. Paris; Toulouse: Érès, 2010, pp. 178-185. ISBN: 978-2749213071
8. Lombard, D.B., Miller, R.A., Pletcher, S.D. Biology of aging and longevity. În: *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* (editori Jeffrey B. Halter, Joseph G. Ouslander, Stephanie Studenski, Kevin P. High, Sanjay Asthana, Christine S. Ritchie, Mark A. Supiano), 7<sup>th</sup> Edition. New York, Toronto: McGraw-Hill, 2017, pp. 59-82. eISBN: 978-0-07-183346-2
9. Ancet, P., Mazen, N.-J., Mourey, E., Pftizenmeyer, P. *Viellir dans la dignité. Un combat pour demain*. Bordeaux: Les Etudes Hospitalières, 2009. ISBN: 978-2848741222
10. Pruncho, R.A., Smyer, M. (Editors). *Challenges of an aging society. Ethical dilemmas, political issues*. Baltimore: The John Hopkins University Press. 2007, pp. 3-15. ISBN: 9780801886485

11. Ontario HumanRightsCommission. *Policy on discrimination againstolderpeoplebecause of age*. 2007. Disponibil: <http://www.ohrc.on.ca/en/policy-discrimination-against-older-people-because-age>(accesat:01.08.2021).
12. WorldHealthOrganization. *Globalreport on ageism*. 2021. ISBN978-92-4-001686-6 Disponibil: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>(accesat:01.08.2021).
13. Butler, R.N. Ageism: Anotherform of bigotry. *The Gerontologist*. 1969,vol. 9, nr.4, p. 243-246.DOI: 10.1093/geront/9.4 part 1.243
14. Прошаев, К.И., Коневалова, Н.Ю. Проблемы возрастного эйджизма и егопреодоление в медицинской практике. Биоэтика и современные проблемы медицинскойэтики и деонтологии. Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием, 2 декабря 2016 г.Витебск,2016, с. 67.
15. Piccoli, M., Tannou, T., Hernandorena, I., et al. Uneapprocheéthique de la question du confinement des personnesâgées en contexte de pandémie COVID-19: la prévention des fragilitésface au risque de vulnérabilité.*Ethics Med Public Health*. 2020, 14: 100539. Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2020.100539> (accesat: 04.05.2021).
16. Hippocrates. *The history of epidemics*(Samuel Farr trans.). London: T. Cadell, 1780.
17. Jonsen, A., Siegler, M., Winslade, W. *ClinicalEthics: A PracticalApproachtoEthicalDecisions in Clinical Medicine*. 7<sup>th</sup>Edition.New York: McGraw-Hill Medical, 2010. ISBN: 978-0071634144
18. McCormick, TR. EthicalissuesinherenttoJehovah’sWitnesses. *PerioperativeNursing Clinics*.2008, vol.3, nr.3, pp. 253-258.DOI:10.1016/j.cpen.2008.04.007
19. Comité de bioéthique du Conseil de l’Europe.*Guide sur le processusdecisionnelrelatifauxtraitementsmedicaux dans lessituations de fin de vie*. 2013. Disponibil la: <https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/PAOGuideFDVeditF1.pdf>(accesat: 04.05.2021).
20. Davies, B. Is old age an ethical problem? *GM Journal*. 2013. Disponibil: <https://www.gmjournals.co.uk/is-old-age-an-ethical-problem> (accesat: 04.05.2021).
21. Comité Consultatif National d’ÉthiquepourlesSciences de la Vie et de la Santé.*Avis n 87. Refus de traitement et autonomie de la personne*. 14/04/2005. Disponibil: <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis087.pdf>. (accesat: 17.05.2017).
22. WorldHealthOrganization. *A Declaration on thePromotion of Patient’sRights in Europe. International digest of healthlegislation*, 28 June 1994, v.45. nr.3. Disponibil: [https://www.who.int/genomics/public/eu\\_declaration1994.pdf](https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf) (accesat: 06.05.2021).
23. Regnier C. Recevoir le consentement en gériatrie. *Laennec. SantéMédecineÉthique*. 2011, vol.59, nr.4, pp.38-48. DOI: 10.3917/lae.114.0038
24. Fields, LM., Calvert, JD. Informedconsentprocedureswithcognitivelyimpairedpatients: A review of ethics and bestpractices. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*.2015, vol.69, nr.8,pp. 462-471.DOI: 10.1111/pcn.12289
25. Frankena, WK. *Ethics*. 2<sup>nd</sup>Edition. New Jersey: Prentice-Hall, 1973. ISBN: 0-13-290478-0
26. Roberts, E., Robinson, J., Seymour, L. *Old Habits Die Hard: Tacklingagediscrimination in health and social care*. London: King’s Fund.2002, 50 p. ISBN978 1 85717 462 5
27. Fillit, HM., Rockwood, K., Woodhouse, K. (Editors) *Brocklehurst’sTextbook of Geriatric Medicine and Gerontology*: 7<sup>th</sup>Edition. New York: Saunders of Elsevier, 2010. ISBN: 978-1-4160-6231-8
28. Rawls, J. A. *Theory of Justice*. Cambridge: Harvard University Press, 1999. ISBN 0-674-00078-1

29. Moutel, G. Why patient consent is not to be neglected? *Gynécologie, obstétrique et fertilité*. 2012, vol.40, nr.11, pp. 698-700. DOI: 10.1016/j.gyobfe.2012.09.034
30. Gert, B, Culver, CM, Clouser, KD. *Bioethics a Return to Fundamentals*. New York: Oxford University Press, 1997. ISBN: 0-19-511430-2
31. Toader, E. *Bioetică. Notiuni teoretice și de practică medicală*. Iași: Pim, 2016. ISBN: 978-6061335237
32. Loretu, L., Aubut, J., Ciliberti R. The New Challenges for Medical Ethics. În: *Bioethics in Medicine and Society* (editori Thomas F. Heston și Sujoy Ray). London: Intech Open, 2021. ISBN: 978-1-83881-179-2 Disponibil: <https://www.intechopen.com/books/bioethics-in-medicine-and-society/the-new-challenges-for-medical-ethics> (accesat: 04.05.2021).
33. McCormick, T.R. Principles of Bioethics. *Website of University of Washington. School of Medicine, Department of Bioethics and Humanities*, Seattle, WA. 2018. Disponibil la: <https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine/bioethics-topics/articles/principles-bioethics> (accesat: 04.05.2021).
34. Iserson, K.V. Principles of biomedical ethics. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 1999, vol.17, nr.2, pp. 283-306. DOI: 10.1016/S0733-8627(05)70060-2