

RAPORT DE CERCETARE

STUDIU PRIVIND NEVOIA DE FORMARE ÎN DOMENIUL NONDISCRIMINĂRII A VIITORILOR PROFESIONIȘTI AI SĂNĂTĂȚII

Coordonator: Silviu MORAR

**Autori: Mihaela Dana BUCUȚĂ, Sorina CORMAN, Dezideriu
GERGELY, Ion SANDU, Raluca SASSU, Alina UNGUREANU**



Titlul: Raport de cercetare. Studiu privind nevoia de formare în domeniul nondiscriminării a viitorilor profesioniști ai sănătății

Copyright © 2014

Toate drepturile aparțin autorilor.

Reproducerea integrală sau parțială a textului sau a ilustrațiilor din această carte este posibilă numai cu acordul prealabil scris al autorilor.

Autorii își asumă întreaga răspundere asupra conținutului.

Coordonator: Silviu Morar

Tehnoredactare: Raluca Sassu, Silviu Morar

Coperta: Silviu Morar, Alina Ungureanu

ISBN: 978-606-616-152-7

Editura Techno Media

www.technomedia.ro; e-mail: office@technomedia.ro

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Raport de cercetare : studiu privind nevoia de formare în domeniul nondiscriminării a viitorilor profesioniști ai sănătății / coord.: Morar Silviu. - Sibiu : Techno Media, 2014
Bibliogr.

ISBN 978-606-616-156-5

I. Morar, Silviu (coord.)

61

**Proiect cofinanțat din Fondul Social European
prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea
Resurselor Umane 2007-2013**

Investește în oameni!

**„Învățământ superior medical orientat către aplicarea unui
tratament nediscriminatoriu al pacienților”**

POSDRU/156/1.2/G/142145



Axa Prioritară 1 "Educația și formarea profesională în sprijinul creșterii economice și dezvoltării societății bazate pe cunoaștere"

Domeniul major de intervenție 1.2 "Calitate în învățământul superior"

**„Învățământ superior medical orientat către aplicarea unui
tratament nediscriminatoriu al pacienților"**

POSDRU/156/1.2/G/142145

RAPORT DE CERCETARE

STUDIU PRIVIND NEVOIA DE FORMARE ÎN DOMENIUL NONDISCRIMINĂRII A VIITORILOR PROFESIONIȘTI AI SĂNĂTĂȚII

Coordonator: Silviu MORAR¹

**Autori: Mihaela Dana BUCUȚĂ¹, Sorina CORMAN¹,
Dezideriu GERGELY², Ion SÂNDU², Raluca SASSU¹, Alina
UNGUREANU²**

¹ Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

² Asociația pentru Dezvoltare și Incluziune Socială (ADIS)

Editura  Sibiu

2014



Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

Adresa: Bd-ul. Victoriei, nr. 10, Sibiu, 550024, România

Tel: +40-(269) 21.60.62

Fax: +40-(269) 21.78.87

E-mail: rectorat@ulbsibiu.ro

Web: <http://www.ulbsibiu.ro>

Asociația pentru Dezvoltare și Incluziune Socială (ADIS)

Adresa: Str. Principatele Unite, nr. 10, Sector 4, București

Tel: 031-432.81.21

Fax: 031-432.81.22

E-mail: office.adis@yahoo.com

Web: www.adis.org.ro

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Investește în oameni!

„Învățământ superior medical orientat către aplicarea unui tratament nediscriminatoriu al pacienților”

POSDRU/156/1.2/G/142145

CUPRINS

CAPITOLUL I. Prezentare succintă a proiectului	9
Contextul în care s-a dezvoltat proiectul	10
Descrierea succintă a proiectului	13
Obiective și activități	14
Bibliografie	21
CAPITOLUL II. Principiul egalității de tratament, determinanți ai vulnerabilității și inegalități în domeniul sănătății în România	23
Principiului nediscriminării la nivelul Uniunii Europene.	23
Noile generații de Directive în materia nediscriminării în Uniunea Europeană	24
Consecințele netranspunerii în legislația națională a Directivelor în materia nediscriminării	25
Angajamente ale României în contextul aderării la Uniunea Europeană și problematica nediscriminării	26
Asigurarea transpunerii acquis-ului în materia nediscriminării printr-o lege cadru anti-discriminare	28
Interzicerea discriminării în accesul la serviciile de sănătate în O.G. nr. 137/2000	29
Interzicerea discriminării în Legea privind reforma în domeniul sănătății și în Legea drepturilor pacientului ...	30
Decalaje la nivelul Uniunii Europene privind nivelul de sănătate între membrii grupurilor vulnerabile (romi) și restul populației	32
Determinanți ai vulnerabilității în cazul comunităților de romi în Uniunea Europeană	33

Inegalități în domeniul sănătății - cazul romilor din România	35
Discriminarea în accesul la serviciile de sănătate a grupurilor vulnerabile.....	39
În loc de concluzii	44
Bibliografie.....	45

CAPITOLUL III. Aspecte privind grupurile vulnerabile.....	49
Grupul vulnerabil.....	49
De ce etnia romă constituie un grup vulnerabil?	55
Persoane infectate cu HIV / SIDA.....	59
Persoane cu handicap	61
Bibliografie.....	66

CAPITOLUL IV. Metodologia cercetării	69
Descrierea participanților	69
Descrierea instrumentelor utilizate.....	70

CAPITOLUL V. Percepția discriminării	73
Rezultate	77
Bibliografie.....	91

CAPITOLUL VI. Empatia în relația medic/student la medicină – pacient.....	93
Rezultate	98
Bibliografie.....	119

CAPITOLUL VII. Atitudinea de discriminare/nediscriminare față de romi.....	123
Rezultate	128
Bibliografie.....	137

CAPITOLUL VIII. Atitudinea de discriminare/nediscriminare față de persoane cu o altă orientare sexuală.....	139
Rezultate	141
Bibliografie.....	156

CAPITOLUL IX. Atitudinea de discriminare/nediscriminare față de persoane infestate cu HIV/SIDA	157
Rezultate	162
Bibliografie.....	177

Capitolul X. Atitudinea de discriminare/nediscriminare față de alte categorii. Nevoia de formare a studenților	181
Rezultate	182
Nevoia de formare a studenților în domeniul eticii și nondiscriminării	188
Bibliografie.....	202

Concluzii.....	205
-----------------------	------------



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
CIFODRU



ULBS
Universitatea de Medicină și Farmacie
"Carol Davila" București



Asociația pentru Dezvoltare
și Incluziune Socială

CAPITOLUL I.

Prezentare succintă a proiectului

Silviu Morar, Alina Ungureanu

Fenomenul discriminării este întâlnit peste tot în lume, deși are o prevalență care variază de la țară la țară, în funcție de regimul democratic sau autocratic, dar mai ales în raport cu contextul legislativ, care sancționează sau, uneori, chiar impune atitudini sau comportamente discriminatorii.

Emergența acestui gen de comportament în cadrul sistemului de sănătate este însă, fără îndoială, blamabilă, indiferent de contextul social în care apare. Aceasta deoarece furnizorii de servicii de sănătate au, prin specificul umanist al profesiei alese (fie cea de medic, de medic dentist sau de asistent medical), datoria deontologică de a trata în mod nediscriminatoriu pacienții care li se adresează. Discriminarea în cadrul relației cu cel suferind îl descalifică din punct de vedere profesional și moral pe profesionistul sănătății care are un astfel de comportament, indiferent de criteriul care a stat la baza acțiunii sale.

Dreptul la sănătate reprezintă unul dintre drepturile fundamentale ale omului, garantarea accesului egal la îngrijire medicală pentru toate persoanele reprezintă una dintre cele mai importante componente ale tuturor prevederilor legislative internaționale. La nivelul Uniunii Europene garantarea principiului nediscriminării joacă un rol fundamental în ceea ce privește accesul egal la sănătate.

Contextul în care s-a dezvoltat proiectul

Ideea proiectului a pornit tocmai de la recunoașterea realității faptului că în societatea românească, în general, și în sistemul de sănătate din România, în special, există discriminare. Studiile cele mai recente o dovedesc.

Astfel, conform raportului de cercetare „Percepții și atitudini privind discriminarea în România” (2), realizat în 2012 de TNS CSOP România, la solicitarea Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării, 51% dintre respondenți considerau în mare și în foarte mare măsură că fenomenul de discriminare reprezintă una din problemele actuale ale României, iar 49% dintre aceștia considerau că fenomenul discriminării este foarte des și des întâlnit în România. Mai mult, 20% estimau o agravare a acestui fenomen în anul următor, iar 51% îl vedeau stagnant, fără nici o ameliorare. Cele mai discriminate categorii sociale ar fi, conform acestui studiu, persoanele de etnie romă, cele cu dizabilități fizice sau psihice, cele infectate cu HIV/SIDA, persoanele fără adăpost, orfanii și persoanele dependente de droguri. În cadrul sistemului de sănătate (spitale/dispensare), respondenții au apreciat că sunt discriminați în mare sau foarte mare măsură cei infectați cu HIV/SIDA (51%), romii (33%) și homosexualii (32%). De asemenea, în cazurile de discriminare care au fost mediatizate (TV și/sau presă), medicii erau considerați responsabili în procent de 30% – o pondere mică în comparație cu alte categorii, dar îngrijorătoare tocmai datorită specificului umanist al profesiei. Într-un raport de cercetare și mai recent, „Percepții și atitudini ale populației României față de fenomenul de discriminare în 2013” (3), realizat de Institutul Român

pentru Evaluare și Strategie – IRES pentru Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării, 59% dintre respondenți au apreciat că fenomenul discriminării este o problemă actuală în România, care se manifestă des (49%) sau foarte des (18%) la noi în țară. Și acest studiu a surprins îngrijorarea legată de adâncirea fenomenului (va crește în următorul an – 28%; va rămâne la fel, fără ameliorare – 46%). Categoriile cele mai discriminate au fost considerate: persoanele infectate cu HIV/SIDA (67% dintre respondenți), cele de etnie romă (67%), persoanele cu dizabilități (63%), cele dependente de droguri (58%), copiii instituționalizați (57%) și persoanele cu o altă orientare sexuală (50%). În rândul celor care discriminează, medicii ocupau o poziție medie, dar procentul celor care îi consideră ca fiind responsabili de discriminare (58%) este de natură a trage un serios semnal de alarmă. De asemenea, studiul a arătat că în spitale ar fi discriminați în mare sau foarte mare măsură cei infectați cu HIV/SIDA (54% dintre respondenți au avut această opinie), romii (53%), persoanele cu handicap (45%) și cele cu altă orientare sexuală (45%).

Acest din urmă studiu (3) a investigat și alte aspecte interesante, legate de motivele care stau la baza discriminării; relevant ni s-a părut faptul că lipsa de educație (90% din respondenți) și lipsa de informație (79%) sunt printre principalele trei cauze care duc la discriminare (alături de atitudinea nepotrivită față de semenii – 81%). În plus, se consideră că statul ar trebui să se implice în promovarea legilor anti-discriminare prin educație (87% din respondenți), iar la întrebarea „Ce ar trebui să facă statul pentru a preveni discriminarea?”, 85% au răspuns: „programe educaționale”.

Concluzii similare au fost evidențiate anterior și de Asociația pentru Dezvoltare și Incluziune Socială. O cercetare elaborată de ADIS a confirmat că 96% dintre viitorii medici consideră că există discriminare în sistemul sanitar românesc; 70% dintre studenții la medicină care au fost intervievați au considerat că în sistemul sanitar discriminarea se întâmplă des și foarte des. Majoritatea studenților au considerat că cele mai discriminate persoane într-un spital din România sunt cele infectate cu HIV/ SIDA și cele de etnie romă (4).

Nu în ultimul rând, dacă facem referire la contextul în care a germinat ideea proiectului nostru, nu putem uita accentul tot mai mare care se pune pe responsabilitatea socială a medicului (și a furnizorilor de servicii de sănătate în general). Dezvoltarea profesională a medicului, cea a medicului dentist și a asistentului medical trebuie să se bazeze nu doar pe însușirea competențelor tehnic-profesionale, ci și pe dezvoltarea competențelor transversale, care să le permită acestora să dea dovadă de altruism, compasiune, empatie, abilități de comunicare, moralitate etc. – atribute care să îi facă demni de încredere în ochii pacienților și ai publicului larg (1). Considerăm că însușirea noțiunilor referitoare la bioetică și deontologie, în general, și a celor referitoare la o atitudine nediscriminatorie în relația cu pacientul, în special, sunt componente esențiale ale pregătirii profesionale de bună calitate.

În acest context, dezvoltarea curriculei universitare de așa manieră încât să includă un curs dedicat cunoașterii și prevenției fenomenului discriminării în sistemul de sănătate este o necesitate. Proiectul nostru răspunde tocmai unei asemenea necesități.

Proiectul Universității „Lucian Blaga” din Sibiu și al Asociației pentru Dezvoltare și Incluziune Socială este unic atât prin natura sa, cât și prin faptul că prin implementarea la nivel universitar se contribuie în esență la îmbunătățirea gradului de conștientizare al viitorilor medici față de problemele endemice cu care se confruntă grupurile vulnerabile, față de discriminarea acestora, iar în egală măsură contribuie la îmbunătățirea accesului grupurilor vulnerabile la serviciile de sănătate prin ridicarea gradului de calitate a serviciilor ce vor fi oferite de medici și asistenții medicali, luând în considerare implementarea principiului nediscriminării în practicarea profesiilor medicale.

Descrierea succintă a proiectului

Proiectul „Învățământ superior medical orientat către aplicarea unui tratament nediscriminatoriu al pacienților”, derulat sub numărul de identificare POSDRU/156/1.2/G/142145, este un proiect cofinanțat din Fondul Social European, prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, Axa prioritară 1 „Educația și formarea profesională în sprijinul creșterii economice și dezvoltării societății bazate pe cunoaștere”, Domeniul major de intervenție 1.2. „Calitate în învățământul superior”. Acest proiect se derulează în cadrul parteneriatului dintre Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu, în calitate de beneficiar, și Asociația pentru Dezvoltare și Incluziune Socială (ADIS), în calitate de partener. Perioada de implementare este de 18 luni (14 mai 2014 – 13 noiembrie 2015).

Parteneriatul dintre Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu (ULBS) și Asociația pentru Dezvoltare și Incluziune Socială (ADIS) este unul de tip public - privat, care vine să valorifice experiența vastă a beneficiarului ULBS în derularea unor astfel de proiecte, dar și cea a partenerului ADIS în ceea ce privește implementarea unui program similar în cadrul a 5 Universități și Facultăți de Medicină din România (Iași, Cluj-Napoca, București, Sibiu și Târgu-Mureș). Scopul acestui program a fost informarea și instruirea în vederea conștientizării viitorilor profesioniști medicali cu privire la rolul pe care îl au propriile atitudini și comportamente în prevenirea intoleranței și a discriminării față de pacienții romi. În cadrul aceluși proiect, partenerul ADIS, împreună cu Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” din Iași, a dezvoltat în anul 2011 un curs opțional („etică și nondiscriminarea grupurilor vulnerabile în sistemul de sănătate”), care a fost ulterior preluat de alte 4 Universități și Facultăți de Medicină din țară; cursul este predat de 3 ani consecutiv și a fost urmat de peste 600 de studenți.

Obiective și activități

Obiectivul general al proiectului „Învățământ superior medical orientat către aplicarea unui tratament nediscriminatoriu al pacienților” (ID 142145) îl reprezintă creșterea performanțelor unității de învățământ superior implicate, „Universitatea Lucian Blaga” din Sibiu, prin adaptarea programelor de studii de licență la nevoile și cerințele pieței muncii, care să îmbunătățească accesibilitatea,

eficacitatea și echitatea serviciilor medicale oferite populației.

Obiectivele specifice sunt următoarele:

OS1. Evaluarea atitudinilor, comportamentelor și cunoștințelor studenților din învățământul superior medical cu privire la pacienții aparținând grupurilor vulnerabile, în vederea definirii de programe de studii adaptate nevoilor lor și bazate pe cunoaștere.

OS2. Dezvoltarea competențelor profesionale pentru 40 de persoane, personal didactic universitar, în ceea ce privește accesibilitatea și echitatea de tratament față de pacienții aparținând grupurilor vulnerabile.

OS3. Dezvoltarea și adaptarea curriculară a programelor de studii de licență, în scopul creșterii calității procesului educațional și a competențelor profesionale dobândite de studenți pe parcursul ciclului de licență.

OS4. Extinderea oportunităților de învățare și inovare, prin crearea de noi instrumente vizând dezvoltarea abilităților și cunoștințelor în domeniul eticii medicale în relație cu nediscriminarea grupurilor vulnerabile.

OS5. Asigurarea unui management performant al proiectului, în beneficiul grupului țintă.

Pentru a atinge obiectivul general și obiectivele specifice enumerate mai sus, în cadrul proiectului s-au derulat și se derulează următoarele activități și subactivități:

A 1. Managementul și coordonarea proiectului

1.1. Managementul general al proiectului

1.2. Achiziții

1.3. Audit financiar și tehnic al proiectului

A 2. Informare, promovarea proiectului și diseminarea rezultatelor

2.1. Organizarea a două conferințe de presă: una de lansare a proiectului și una de încheiere a proiectului

2.2. Campanie de informare permanentă

2.3. Promovarea online prin website propriu și news media

A 3. Pregătirea și derularea unei analize în vederea definirii programului de studiu

3.1. Constituirea grupului de experți specializați în psihologie, sociologie, discriminare, grupuri vulnerabile. Grupul de experți are rol în definitivarea obiectivelor și a metodologiei de cercetare, realizarea planului de selecție a grupului țintă al cercetării, definitivarea raportului de cercetare, elaborarea instrumentelor didactice și de învățare folosite în cadrul proiectului. Grupul cuprinde 5 experți: un expert psiholog, un expert sociolog, un expert psihologie socială, un expert nediscriminare și un expert grup vulnerabil.

3.2. Elaborarea metodologiei pentru realizarea cercetării și a instrumentelor de cercetare

3.3. Colectarea, introducerea datelor în calculator, prelucrarea și analizarea datelor

3.4. Elaborarea și publicarea în 500 de exemplare a raportului final, care arată nevoile de educație ale studenților în ceea ce privește oferirea de servicii medicale accesibile, eficace și echitabile pacienților aparținând grupurilor vulnerabile

3.5. Organizarea unei conferințe de presă pentru diseminarea rezultatelor

A 4. Dezvoltarea de curriculum universitar prin creare de materiale și instrumente didactice de predare

4.1. Elaborarea manualului universitar care sa trateze aspecte referitoare la accesibilitatea și echitatea de tratament față de pacienții aparținând grupurilor vulnerabile. Cursul va reprezenta principalul rezultat al grupului de experți constituit în cadrul proiectului și va avea ca bază de pornire rezultatele cercetării, precum și experiența și expertiza partenerilor în domeniile abordate.

4.2. Normarea și introducerea cursului în planul de învățământ al facultății/ universității

4.3. Editarea/tipărirea/multiplicarea cursului în 500 de exemplare, în vederea distribuirii gratuite către studenți

4.4. Predarea cursului în cadrul Facultății de Medicină, cu o durată de un semestru. Cursul va fi predat în semestrul al doilea al anului universitar 2014-2015, la trei specializări ale Facultății de Medicină din cadrul Universității „Lucian Blaga” din Sibiu: Medicină, Medicină dentară, Asistență medicală generală.

4.5. Organizarea unui atelier intensiv de etică și deontologie medicală, principiul nediscriminării, grupuri vulnerabile – pentru 50 de studenți aparținând grupului țintă

A 5. Organizare de cursuri de formare profesională continuă pentru 40 personal didactic în învățământul superior medical

5.1. Pregătirea logistică a celor două seminarii

5.2. Derularea seminariilor, cu o durată de 3 zile, în județul Sibiu, pentru două serii a câte 20 de participanți/serie. Se vor organiza două seminarii, la care vor participa în total 40 de membri ai grupului țintă, reprezentând personal didactic și auxiliar din cadrul unității de învățământ superior (ULBS). Fiecare din cele două seminarii va avea o tematică specifică: accesibilitatea și echitatea de tratament față de pacienții aparținând grupurilor vulnerabile, principiul acordării tratamentului egal, deontologie medicală, responsabilitatea medicală, nediscriminarea grupurilor vulnerabile, etică medicală etc.

A 6. Dezvoltare centru de documentare și cercetare în domeniul eticii și al nondiscriminării

6.1. Obținerea Hotărârii de Senat de înființare a acestei structuri administrative

6.2. Asigurarea resurselor umane și materiale necesare funcționării centrului

6.3. Achiziții fond de carte – 200 de volume în format tipărit și/sau electronic

6.4. Implicarea grupului țintă în activități de documentare științifică și de cercetare

A 7. Dezvoltarea unui Software de Evaluare a Atitudinii față de Grupurile Vulnerabile. Plecând de la rezultatele cercetării, se va crea un software care propune un model unic și integrat pentru îmbunătățirea și extinderea activităților educaționale anti-discriminare.

7.1. Dezvoltarea planului de testare și gestionarea bazei de itemi

7.2. Operaționalizarea programului electronic educațional și de evaluare (stabilirea necesarului tehnic și a graficii modulare)

7.3. Chestionarul pilot:

- administrarea testului unui eșantion din publicul țintă și analizarea datelor obținute în urma aplicării acestuia;
- revizuirea chestionarului (itemi și instrucțiuni de completare) și alegerea itemilor finali.

7.4. Studiu de validare și etalonare

7.5. Realizarea manualului chestionarului

7.6. Diseminarea rezultatelor în cadrul conferinței de încheiere și prin publicarea rezultatelor software-ului în reviste de specialitate.

Prezentul raport de cercetare vine să summarizeze rezultatele cercetării derulate în cadrul activității A 3. (Pregătirea și derularea unei analize în vederea definirii programului de studiu).

Grupul de experți constituit în cadrul subactivității 3.1. a elaborat metodologia de cercetare, precum și instrumentul de cercetare (chestionarul), care a fost aplicat la 500 de studenți ai Facultății de Medicină din cadrul Universității „Lucian Blaga” din Sibiu, în cadrul subactivității 3.3. După introducerea datelor în calculator și realizarea bazei de date, grupul de experți a realizat prelucrarea și analizarea datelor obținute prin aplicarea chestionarului. Rezultatele sunt prezentate în cuprinsul raportului de față.

Trebuie punctat faptul că, pe baza acestor informații care surprind nevoia de formare a studenților, va fi realizat suportul de curs, în cadrul activității A 4. (Dezvoltarea de curriculum universitar prin creare de materiale și instrumente didactice de predare). Astfel se va realiza un material didactic de calitate, pliat pe nevoile studenților – un demers modern, menit a asigura calitatea și aplicabilitatea practică a noului curs de „Nondiscriminare în sistemul de sănătate”.

De asemenea, datele obținute în această fază preliminară a proiectului vor fi extrem de utile pentru stabilirea temelor de interes care vor fi abordate:

- în cadrul atelierului intensiv de etică și deontologie medicală, principiul nediscriminării, grupuri vulnerabile – pentru 50 de studenți aparținând grupului țintă (subactivitatea 4.5.), precum și
- în cadrul celor două seminarii de formare profesională continuă pentru 40 de membri ai personalului didactic din învățământul superior medical (activitatea A 5., subactivitatea 5.2.).

Nu în ultimul rând, prezentul raport de cercetare cuprinde informații importante pentru dezvoltarea software-ului de evaluare a atitudinii față de grupurile vulnerabile, în cadrul activității A 7.

Bibliografie

1. Faulkner LR, McCurdy RL – “Teaching Medical Students Social Responsibility: The Right Thing to Do”; Academic Medicine, vol. 75, No. 4/ April 2000, pp. 346-350(journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2000/04000/teaching_medical_students_social_responsibility_10.aspx , retrieved 23.05.2014)
2. „Percepții și atitudini privind discriminarea în România”; TNS CSOP Romania; 2012
(http://www.cncd.org.ro/files/file/Raport%20de%20cerce-tare%20CNCD_Discriminare.pdf, retrieved 23.01.2014)
3. „Percepții și atitudini ale populației României față de fenomenul de discriminare în 2013”; IRES, CNCD; 2013
(<http://www.ires.com.ro/articol/247/perceptii-si-atitudini-ale-populatiei-romaniei-fata-de-fenomenul-de-discriminare-in-2013>, retrieved 23.04.2014)
4. ”Sănătate și nediscriminare”, Asociația pentru Dezvoltare și Incluziune Socială - ADIS, 2011.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
ȘI CERCETĂRII



ULBS
Universitatea de Medicină și Farmacie
"Carol Davila" București

CAPITOLUL II.

Principiul egalității de tratament, determinanți ai vulnerabilității și inegalități în domeniul sănătății în România

Dezideriu Gergely

Principiului nediscriminării la nivelul Uniunii Europene

Tratatul de la Lisabona, de modificare a Tratatului privind Uniunea Europeană și a Tratatului de instituire a Comunității Europene, odată cu intrarea sa în vigoare la 1 decembrie 2009, a adus progrese semnificative în ceea ce privește materia protecției drepturilor fundamentale. Prin articolele 9 și 10 din Tratat, Uniunea Europeană a reafirmat principiul nediscriminării ca element transversal în definirea și punerea în aplicare a politicilor și a acțiunilor sale, urmărind să „combată orice discriminare pe criteriu de sex, rasă sau origine etnică, religie sau convingeri, handicap, vârstă sau orientare sexuală”, precum și „combaterea excluziunii sociale” (1).

Un alt aspect considerabil a fost dat de faptul că Uniunea Europeană a aderat la Convenția Europeană pentru Apărarea Drepturilor Omului și a Libertăților Fundamentale, ale cărei dispoziții, incluzând nediscriminarea,

constituie principii generale ale dreptului Uniunii. Astfel, dreptul Uniunii Europene urma să fie interpretat de Curtea Europeană a Drepturilor Omului în lumina Convenției Europene, nu doar ca principiu general, dar și prin aplicare directă, în cazurile care intră sub incidența acestui instrument juridic de drepturile omului.

Tratatul de la Lisabona a recunoscut drepturile, libertățile și principiile prevăzute în Carta Drepturilor Fundamentale a Uniunii Europene, statuând că acest instrument are aceeași valoare juridică cu cea a tratatelor. În acest fel, s-a formalizat principiul respectării drepturilor omului ca parte a dreptului Uniunii. Carta Drepturilor Fundamentale a reafirmat măsuri juridice importante, vizând, în mod particular, interzicerea discriminării pe criteriu de sex, rasă, culoare, origine etnică sau socială, caracteristici genetice, limbă, religie sau convingeri, opinii politice sau de altă natură, apartenență la o minoritate națională, avere, naștere, dizabilitate, vârstă sau orientare sexuală (art. 20 și art. 21).

Noile generații de Directive în materia nediscriminării în Uniunea Europeană

Tratatul de la Amsterdam, prin care s-a amendat Tratatul privind Comunitatea Europeană și Tratatul Uniunii Europene, a conferit instituțiilor europene competențe considerabile în materia combaterii discriminării. În primul rând, modificările instituite prin articolul 13 în Tratatul CE au dispus, sub rezerva dispozițiilor Tratatului, posibilitatea de a se adopta măsuri legale pentru combaterea discriminării. În consecință, în noiembrie 1999, Comisia Europeană și-a formulat propunerea în baza noului articol 13 al

Tratatului CE și, în iunie 2000, Consiliul Uniunii Europene a adoptat Directiva 43/2000/CE, Directiva 8/2000/CE, iar ulterior au fost adoptate Directiva 113/2004/CE și Directiva 2006/54/CE.

Directiva rasială, astfel cum este cunoscută Directiva 2000/43/CE, constituie primul instrument legislativ european care interzice discriminarea pe bază de origine rasială sau etnică în toate domeniile vieții, inclusiv în accesul la serviciile medicale, aplicându-se „tuturor persoanelor, atât din sectorul public, cât și din cel privat, ori organismelor publice”. Directiva cadru, așa cum este cunoscută Directiva 2000/78/CE, interzice discriminarea pe bază de religie sau convingeri, dizabilitate, vârstă sau orientare sexuală doar în domeniul muncii (condiții de acces, angajare, muncă, formare etc.). Directiva 113/2004/CE, precum și Directiva 2006/54/CE (denumită Directiva reformării) interzic discriminarea pe bază de sex/gen în materie de încadrare în muncă și raporturi de muncă, precum și în accesul și furnizarea de bunuri și servicii. În prezent, la nivelul instituțiilor Uniunii Europene este în dezbatere o propunere de adoptare a unei noi Directive, denumită Directiva orizontală, prin care se va interzice discriminarea pe baza criteriului de religie sau convingeri, dizabilitate, vârstă și orientare sexuală în accesul și furnizarea de bunuri și servicii (2).

Consecințele netranspunerii în legislația națională a Directivelor în materia nediscriminării

Directiva rasială și cele ulterioare constituie un punct de referință major în dezvoltarea standardelor juridice în

materia combaterii discriminării în Uniunea Europeană. Pe parcursul unei perioade determinate de timp, toate statele membre UE trebuiau să asigure conformitatea legislației naționale cu Directivele în domeniu, parte a acquis-ului comunitar. Netranspunerea ori transpunerea necorespunzătoare a prevederilor Directivelor în materia nediscriminării poate conduce la declanșarea procedurilor de infringement împotriva Statelor Membre. Spre exemplu, în 19 iulie 2004 Comisia Europeană a anunțat inițierea procedurilor de infringement împotriva Austriei, Germaniei, Greciei, Finlandei și Luxemburg pentru netranspunerea Directivei nr. 43/2000 și a Directivei nr. 78/2000. În consecință, Curtea Europeană de Justiție a constatat încălcarea legislației europene în materia nediscriminării în privința Finlandei, Luxemburg, Germaniei și Austriei (3).

Angajamente ale României în contextul aderării la Uniunea Europeană și problematica nediscriminării

România a depus cererea de aderare la Uniunea Europeană în iunie 1995. În iulie 1997 Comisia Europeană a publicat opinia referitoare la intenția României de a deveni stat membru al Uniunii Europene, iar în Raportul Periodic, publicat în octombrie 1999, Comisia a recomandat inițierea negocierilor de aderare cu România. Urmare a deciziei Consiliului European de la Helsinki din decembrie 1999, negocierile de aderare cu România au început în februarie 2000. Parteneriatul de Aderare cu România din 1999, revizuit în anul 2000, prevedea la capitolul Criteriul Politic/Drepturile Omului, Secțiunea Obiective pct. 4.2., Termen Mediu, ca prioritate recoman-

darea de a se „implementa măsuri pentru combaterea discriminării, inclusiv în cadrul administrației publice”. Trebuie precizat că, prin Decizia Consiliului Uniunii Europene 2002/92/EC, la punctul 6, se prevedea că: „în vederea pregătirii pentru aderare, România trebuie să continue să revizuiască programul său național pentru adoptarea acquis-ului”.

Astfel, Consiliul, în conformitate cu art. 2 din normele (EC) nr. 622/98, a stabilit principiile, prioritățile, obiectivele intermediare și condițiile din Parteneriatul de Aderare cu România. Capitolul 4, intitulat Priorități și obiective intermediare, Secțiunea Criteriu Politic/Drepturile omului și protecția minorităților și capitolul Criteriu Economic, Secțiunea Politici sociale și angajare, includeau între priorități și obligații pe care România le avea de îndeplinit: „înființarea și asigurarea funcționării corespunzătoare a instituțiilor de prevenire și de combatere a tuturor formelor de discriminare” și „adoptarea unei legislații secundare pentru combaterea discriminării și dezvoltarea unui plan pentru implementare”.

Prioritățile României în vederea aderării au fost reiterate și revizuite prin Decizia Consiliului Uniunii Europene 2003/397/EC. În capitolul 4, intitulat Priorități, Secțiunea Criteriu Politic, în mod expres s-a dispus „continuarea alinierii la acquis-ul în materia nediscriminării și implementarea corespunzătoare prin asigurarea funcționării operaționale a Consiliului Național pentru Combaterea Discriminării”. La capitolul Criteriu Economic, Secțiunea Politici sociale și angajare, Consiliul UE a reiterat obligația României de a continua „alinierii la acquis-ul în materia nediscriminării și să asigure implementarea sa” (4).

Asigurarea transpunerii acquis-ului în materia nediscriminării printr-o lege cadru anti-discriminare

În vederea transpunerii Directivelor europene, Guvernul României a adoptat Ordonanța nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare. Ordonanța a fost aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 48/2002. În urma modificărilor succesive aduse Ordonanței de Guvern nr. 137/2000, prin Legea nr. 48/2002, Ordonanța de Guvern nr. 77/2003, precum și prin Legea nr. 27/2004, standardele minime prevăzute în Directivele europene au fost transpuse în parte în legislația românească, însă, astfel cum a precizat Comisia Europeană în rapoartele sale de monitorizare a procesului de aderare, au rămas în discuție dezacorduri între legea internă și dispozițiile cuprinse în acquis-ul comunitar, respectiv în Directivele Consiliului 2000/43/EC și 2000/78/EC, din acest motiv legislația anti-discriminare necesitând în continuare amendamente.

Având în vedere riscul potențial ca la data aderării României la Uniunea Europeană, la 1 ianuarie 2007, legislația în materia nediscriminării să nu fie în conformitate cu acquis-ul, în 14 iulie 2006 a fost adoptată de către Parlamentul României Legea nr. 324/2006, lege cu caracter organic, prin care au fost aduse modificări substanțiale cu privire la standardele în domeniul nediscriminării și în special cu privire la statutul instituției naționale desemnate cu monitorizarea și implementarea legislației în domeniu, Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării (CNCD).

Spre deosebire de Directivele europene care interzic discriminarea pe baza unui număr limitat de criterii (origine

rasială sau etnică, religie sau convingeri, vârstă, dizabilitate, orientare sexuală și sex), legea națională interzice orice formă de discriminare (pe baza a 12 criterii expres prevăzute, precum și pe baza oricărui alt criteriu decât unul din cele enumerate în lege). În mod similar, spre deosebire de Directivele europene, care reglementează domenii distincte de aplicare (Directiva cadru doar în domeniul relațiilor de muncă, Directiva rasială în toate sferele vieții), legea națională se aplică tuturor persoanelor fizice sau juridice, publice sau private, precum și instituțiilor publice cu atribuții în ceea ce privește domeniul muncii, protecția și securitatea socială, serviciile publice sau alte servicii, accesul la bunuri și facilități, sistemul educațional, asigurarea libertății de circulație, asigurarea liniștii și ordinii publice, alte domenii ale vieții sociale.

Interzicerea discriminării în accesul la serviciile de sănătate în O.G. nr. 137/2000

Ordonanța nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată, este o reglementare specială, care stabilește comportamentele considerate discriminatorii și creează mecanismele prin care orice tip de discriminare poate fi sancționat contravențional. Ordonanța transpune conceptele prevăzute în Directivele europene și interzice discriminarea directă, discriminarea indirectă, ordinul de a discrimina, hărțuirea, victimizarea sau discriminarea multiplă.

Dispozițiile generale ale actului stipulează în mod expres garantarea principiului egalității între cetățeni în exercitarea dreptului la sănătate, la îngrijire medicală, la securitate

socială și la servicii sociale. Similar, dispozițiile speciale din actul normativ interzic discriminarea în accesul la servicii medicale și prevăd sancțiuni contravenționale în cazul refuzului accesului unei persoane sau unui grup de persoane la serviciile de sănătate publică – alegerea medicului de familie, asistență medicală – asigurările de sănătate, servicii de urgență sau alte servicii de sănătate.

Interzicerea discriminării în Legea privind reforma în domeniul sănătății și în Legea drepturilor pacientului

Legea privind reforma în domeniul sănătății (Legea nr. 95/2006) stipulează în mod expres, în articolul 62, că acordarea serviciilor medicale se realizează fără discriminare de către medicul de familie. În același sens, sunt interzise donațiile și sponsorizările prin care se produc discriminări în acordarea serviciilor medicale, potrivit art. 93 din lege. Titlul IV al legii reglementează sistemul de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat, prevăzând acordarea acestor servicii, fără discriminare, în art. 98 din lege. De asemenea, prevede în mod expres că deciziile medicale vor fi luate cu respectarea principiului nediscriminării între pacienți, potrivit art. 373 din lege. Titlul XV din lege reglementează răspunderea civilă a personalului medical. Capitolul IV vizează obligativitatea asigurării asistenței medicale și interzice în mod expres discriminarea de către medic, medic dentist, asistent medical sau moașă, în art. 652 alin. 2 din lege.

Similar, Codul de Deontologie Medicală adoptat de către Colegiul Medicilor din România cuprinde normele de conduită obligatorii în legătură cu exercițiul drepturilor și al

îndatoririlor profesionale ale medicului, iar în articolul 3 introduce obligația medicului de a apăra sănătatea fizică și mentală, fără discriminare.

Legea privind drepturile pacientului (nr. 46/2003) stipulează că acesta este persoana sănătoasă ori bolnavă care utilizează serviciile de sănătate. Potrivit legii, prin îngrijiri de sănătate se înțeleg serviciile medicale, serviciile comunitare și serviciile conexe actului medical. Pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nicio discriminare, potrivit art. 3 din lege; de asemenea, are dreptul la informații, educație și servicii necesare dezvoltării unei vieți sexuale normale și sănătății reproducerii, fără nicio discriminare, potrivit art. 27 din lege, iar potrivit Normelor metodologice de aplicare a Legii nr. 46/2003, „Unitățile trebuie să asigure accesul egal al pacienților la îngrijiri medicale, fără discriminare pe bază de rasă, sex, vârstă, apartenență etnică, origine națională, religie, opțiune politică sau antipatie personală” (art. 2 alin. 1, Ordin M.S. nr. 356/2004).

În mod similar, Legea nr. 487/2002 privind sănătatea mintală și protecția persoanelor cu tulburări psihice interzice discriminarea pe bază de tulburare psihică, în art. 35 alin. 3.

Trebuie spus că răspunderea disciplinară a medicului pentru nerespectarea legilor și regulamentelor profesiei medicale este prevăzută în art. 442 din Legea nr. 95/2006 cu modificări și completări ulterioare, iar răspunderea disciplinară nu exclude răspunderea penală, contravențională sau pe cea civilă.

Decalaje la nivelul Uniunii Europene privind nivelul de sănătate între membrii grupurilor vulnerabile (romi) și restul populației

În Comunicarea Comisiei Europene către instituțiile Uniunii Europene cu privire la cadrul strategic referitor la integrarea socială a romilor se arată că în UE (5), speranța de viață la naștere este de 76 de ani pentru bărbați și 82 de ani pentru femei. Pentru romi, se estimează că aceasta este cu 10 ani mai mică (6). În plus, în timp ce rata mortalității infantile în UE este de 4,3 la o mie de nou-născuți vii, există dovezi că rata este mult mai mare în rândul comunităților de romi. Un raport al Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare privind situația din cinci țări a constatat că rata mortalității infantile în rândul romilor este de două până la șase ori mai mare decât în cazul restului populației, cu variații de la o țară la alta. Un nivel ridicat al mortalității infantile în rândul comunității rome se semnalează și în alte țări (7).

Această diferență reflectă decalajul global de nivel de sănătate între romi și populația neromă. Diferența este legată de condițiile precare de trai ale romilor, de lipsa unor campanii de informare adresate acestora, de accesul limitat la servicii medicale de calitate și de expunerea la riscuri de sănătate mai mari. Utilizarea serviciilor de prevenție în rândul populației rome este scăzută și, potrivit unor studii, peste 25 % dintre copiii romi nu au făcut toate vaccinurile obligatorii.

Determinanți ai vulnerabilității în cazul comunităților de romi în Uniunea Europeană

Literatura de specialitate arată faptul că în diferite state membre ale UE comunitatea Roma constituie o populație care, în mod rezonabil, se poate argumenta, este vulnerabilă la nivel de grup. Acest aspect poate fi reținut în legătură cu status-ul de sănătate, care este mult mai scăzut în comparație cu cel al populației majoritare. Chiar și la nivel socio-economic sau educațional, la același nivel de comparație, romii sunt în situație de dezavantaj. Se poate spune că romii sunt grupul de persoane care se confruntă cu cele mai severe experiențe de rasism. Unul din determinanții esențiali ai vulnerabilității și situației precare de sănătate în cazul romilor este strâns legat de condițiile inferioare de locuire și de lipsa resurselor financiare (8).

Agenția de Drepturi Fundamentale a UE (FRA), Programul pentru Dezvoltare al Națiunilor Unite (UNDP), Banca Mondială și Comisia Europeană au realizat un sondaj privind situația romilor în 11 state membre ale UE, dat publicității în luna mai 2012. Au fost intervievați 22203 romi și persoane care nu sunt de etnie romă, care au oferit informații despre 84287 de membri ai propriilor gospodării. Potrivit rezultatelor, în ceea ce privește sănătatea: unul din trei respondenți romi cu vârste între 35 și 54 de ani raportează probleme de sănătate care le limitează activitățile zilnice; în medie, aproximativ 20% dintre respondenții romi nu au o asigurare medicală sau nu știu dacă beneficiază sau nu de asigurare.

În ceea ce privește locuințele: în medie, în gospodăriile rome care au fost incluse în sondaj, într-o singură încăpere locuiesc mai mult de două persoane; aproximativ 45% dintre

romi locuiesc în case cărora le lipsește cel puțin una dintre următoarele facilități de bază: bucătărie interioară, toaletă interioară, duș sau baie interioară și energie electrică.

Sărăcia: în medie, aproximativ 90% dintre romii incluși în sondaj trăiesc în gospodării în care venitul pe membru al gospodăriei se situează sub limitele naționale ale sărăciei; în medie, aproximativ 40% dintre romi locuiesc în gospodării în care unul dintre membri a fost nevoit să se culce înfometat cel puțin o dată în luna anterioară, deoarece nu a putut să-și cumpere de mâncare.

Discriminarea și cunoașterea drepturilor: aproximativ jumătate din romii incluși în sondaj au afirmat că s-au confruntat cu discriminarea în ultimele 12 luni din cauza originii lor etnice (9).

Potrivit unui alt sondaj UE „privind discriminarea și minoritățile – EU-MIDIS”, realizat de Agenția Uniunii Europene pentru Drepturi Fundamentale, în medie, în Bulgaria, Cehia, Grecia, Ungaria, Polonia, România și Slovacia, 47% din romii intervievați s-au declarat victime ale discriminării din motive etnice în ultimele 12 luni. Rezultatele au demonstrat, de asemenea, că romii discriminați au experimentat, în medie, 11 astfel de incidente de discriminare într-o perioadă de 12 luni.

Aceasta demonstrează că anumite persoane aparținând minorității rome sunt predispuse să continue a fi discriminate. În acest sens, se poate propune ca strategiile de intervenție privind discriminarea să fie îndreptate spre acest grup foarte sensibil din cadrul comunităților de etnie romă.

Discriminarea în domeniul „serviciilor private” domină experiențele persoanelor legate de discriminare cotidiană, experiențele legate de locul de muncă situându-se pe

locul al doilea în majoritatea țărilor participante la sondaj. În Polonia, Republica Cehă și Ungaria, peste 40% dintre respondenți au fost discriminați în ceea ce privește serviciile private în ultimele 12 luni. Comparativ, respondenții din majoritatea țărilor s-au simțit mai puțin discriminați în probleme legate de locuințe și în relația cu personalul instituțiilor de învățământ, care sugerează, de asemenea, că nu toți respondenții au copii și că nu toți și-au pus problema locuinței în ultimele 12 luni.

Un procent considerabil dintre respondenți, cuprins între 11 și 23%, au arătat faptul că aceștia s-au confruntat în ultimele 12 luni cu discriminări venite din partea personalului unităților medico-sanitare și, într-o mai mică măsură, din partea personalului de asistență socială.

Similar, majoritatea respondenților de etnie romă au considerat că discriminarea din cauza originii etnice sau statutului de imigrant este foarte sau destul de răspândită în țara lor – spre exemplu, 90% în Ungaria și 83% în Republica Cehă. În Bulgaria și România, numai 36%, respectiv, 42% dintre respondenți au identificat discriminarea din cauza originii etnice sau statutului de imigrant ca fiind larg răspândită (10).

Inegalități în domeniul sănătății - cazul romilor din România

Centrul European pentru Drepturile Romilor a prezentat rezultatele unei cercetări ce analizează amploarea inegalităților în domeniul sănătății cu care se confruntă romii. Rezultatele respectivului studiu, efectuat de Gallup, privind „Inegalități în domeniul sănătății în România anului 2013

asupra sănătății în comunitățile rome și nerome”, arată că romii se găsesc într-un grad mai mare de risc în raport cu mai multe afecțiuni medicale, le este îngreunat accesul la îngrijire medicală și tratament și trăiesc mai puțin și mai puțin sănătos decât neromii. Raportul subliniază nevoia colectării de date dezagregate pe etnie, precum și pe alte criterii, în scopul evidențierii discriminării indirecte care afectează romii (11).

Câteva dintre rezultatele cheie ale cercetării sunt prezentate mai jos. Cu privire la mortalitate: O diferență de 16 ani în ceea ce privește vârsta la momentul decesului subliniază discrepanța semnificativă dintre romi și populația generală din România referitor la starea sănătății și rezultatele privind starea de sănătate. La populația romă s-au înregistrat 21 de decese sub vârsta de zece ani, comparativ cu trei la populația generală. Acest număr corespunde unui număr de 47 de decese la o mie de persoane sub vârsta de 10 ani la populația romă și 14 la o mie de persoane la populația generală – rata mortalității la cei cu vârste sub 10 ani este de peste trei ori mai mare la populația romă.

Perioada medie dintre diagnosticarea inițială a unei afecțiuni și deces este de 3,9 ani la populația romă, în timp ce la populația generală este de 6,8 ani. Un aspect al inegalității în domeniul sănătății privește accesul la medic, la medicamente, la tratamente preventive și vaccinări. Romii se confruntă cu mai multe obstacole în aceste domenii, merg la medic mai rar, au posibilități mai reduse pentru a-și achiziționa medicamentele și este mai puțin probabil să fie informați referitor la programele de screening și vaccinare sau să le acceseze.

Accesul la asistența medicală: Romii se confruntă cu obstacole și dificultăți mai mari în ceea ce privește

accesarea asistenței medicale și plata medicamentelor. 11% dintre respondenții romi au raportat că în ultimul an au avut nevoie de asistență medicală, dar nu au obținut-o, comparativ cu 5% din populația generală. Numărul de femei romi care raportează că nu au fost niciodată la un control ginecologic este de două ori mai mare decât la populația generală: 32% dintre femeile romi, în comparație cu 16% din femeile din populația generală.

62% dintre femeile romi care au răspuns la studiu nu au auzit niciodată de mamografie, în timp ce doar 20% din femeile din populația generală au raportat același lucru. 39% din femeile din populația generală au raportat că sunt bine informate despre mamografie, în comparație cu doar 6% din femeile romi.

Referitor la vaccinări și alte măsuri preventive pentru copii, sunt relevate inegalități clare în domeniul sănătății. Studiul arată că aproape de patru ori mai mulți copii romi nu au fost niciodată vaccinați, comparativ cu populația generală (6,4% comparativ cu 1,7%). Diferența în ceea ce privește numărul copiilor care nu au fost niciodată vaccinați este foarte vizibilă atunci când se analizează datele dezagregate pe sex – numărul fetelor romi care nu au fost niciodată vaccinate este de 11 ori mai mare decât cel al fetelor din gospodăriile populației generale (6,6% dintre fetele romi nu au fost vaccinate niciodată, comparativ cu 0,6% din populația generală).

Utilizarea unor indicatori relevanți și siguri este crucială în vederea evaluării situației(lor) și/sau încălcării(lor) drepturilor omului. În acest sens, colectarea și diseminarea datelor dezagregate sunt esențiale pentru a releva situația celor mai dezavantajate și/sau vulnerabile grupuri ale populației și pentru a măsura inegalitatea și discriminarea.

Organismele internaționale pentru monitorizarea drepturilor omului au încurajat colectarea datelor dezagregate pe baza criteriilor de discriminare interzise. Referitor la discriminarea împotriva populațiilor de romi, Comitetul ONU pentru Eliminarea Discriminării Rasiale a solicitat în mod indirect colectarea datelor dezagregate pe criteriul etniei, cu scopul de a măsura respectarea drepturilor romilor. Consiliul Europei a concluzionat că în absența datelor statistice pe bază de etnie și sex, rezultatul politicilor și programelor guvernamentale nu ar putea fi monitorizat cu exactitate, evaluat și îmbunătățit.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a menționat că există o legătură puternică între dreptul la sănătate și alte drepturi al omului. Prin urmare, o încălcare a dreptului la sănătate poate afecta exercitarea altor drepturi, cum ar fi dreptul la educație sau dreptul la angajare. Legătura dintre dreptul la sănătate și alte drepturi ale omului este deosebit de importantă în contextul sărăciei. „Pentru oamenii care trăiesc în sărăcie, sănătatea lor poate fi singurul bun la care pot apela pentru exercitarea altor drepturi economice și sociale, cum ar fi dreptul la muncă sau dreptul la educație. Sănătatea fizică și mentală dă posibilitatea adulților să muncească, iar copiilor să învețe”.

Raportul privind „Accesul romilor la serviciile de sănătate” în România concluzionează: „Situția socio-economică a populației rome studiate a suferit o deteriorare vizibilă în condițiile accentuării crizei economice prin care trece toată populația din România. Romii trăiesc cu mult sub standardele de civilizație atât ale comunităților urbane, cât și ale comunităților rurale, confruntându-se cu factori nefavorabili care influențează direct starea de sănătate, precum condiții inumane de locuit (case improvizate, fără

acces la apă potabilă, lipsa toaletelor, lipsa accesului la electricitate sau folosirea unor instalații improvizate cu risc pentru sănătatea și siguranța personală), acces inegal la servicii publice (discriminare directă sau indirectă, segregare rezidențială, reprezentare insuficientă a comunităților de romi la nivelul instituțiilor publice locale), lipsa oportunităților de angajare/integrare pe piața forței de muncă”.

Principalul motiv invocat pentru neaccesarea serviciilor medicale primare în caz de nevoie de către romi este lipsa resurselor financiare (38%). Este probabil ca situația economică precară să afecteze atât accesul propriu-zis al beneficiarilor la serviciile medicale, cât și calitatea serviciilor oferite. O parte dintre participanții la studiu au considerat comportamentul cadrelor medicale drept neadecvat, acesta fiind motivul neaccesării serviciilor de asistență medicală primară (12).

Acest aspect pare a fi certificat de sondajele de opinie la nivel național. În anul 2013, sondajul privind percepțiile și atitudinile privind discriminarea, realizat de IRES, releva faptul că 60% din cei intervievați consideră că discriminarea în România este generată de instituții publice, iar 58% consideră că medicii discriminează în România (13).

Discriminarea în accesul la serviciile de sănătate a grupurilor vulnerabile

Recent, Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării a comunicat Comisiei Europene raportul de implementare al Directivei rasiale, cât și al Directivei Cadru în România. Cele două rapoarte constituie un element de noutate în

plan național, deoarece sumarizează măsurile de transpunere a Directivelor în plan național și jurisprudența de constatare a discriminării incidentă celor două Directive. Rapoartele pun în discuție inclusiv cazuri de discriminare în accesul la servicii medicale.

Discriminare directă. Între altele, CNCD a fost chemat a se pronunța cu privire la reglementările în domeniul sănătății prin care se stabilesc criteriile de eligibilitate pentru includerea în tratamentul antiviral și schema terapeutică la pacienții cu ciroză hepatică, hepatită virală B, C și D, în particular, acordarea tratamentului doar pacienților cu vârstă până la 65 de ani, sau cu privire la cererile de finanțare a tratamentelor în străinătate, cu limită de vârstă 60 de ani. Prin Hotărârea nr. 605 din 13.11.2008 s-a reținut că prin impunerea unei limite de vârstă la aplicarea schemelor de tratament s-a produs o discriminare directă pe criteriu de vârstă. CNCD a reținut că justificarea condiției a avut la bază starea de sănătate a pacienților care după o anumită vârstă devin mai sensibili la o anumită medicație sau combinațiile dintre diferite medicamente. Pornind de la premisa că aplicarea diferitelor scheme de tratament are în vedere starea de boală și adecvarea la simptomatologia bolii, starea de sănătate și nu vârsta este direct determinantă în aplicarea unui tratament adecvat. Similar, prin Hotărârea nr. 95 din 09.06.2010 s-a constatat că faptele sesizate constituie discriminare directă (vârstă), reglementările inducând o diferențiere nejustificată, în condițiile în care criteriile de aprobare a cererilor de finanțare nu au fost de natură obiectivă, legate direct de situația medicală, diagnostic, risc, beneficiu estimat etc. CNCD s-a pronunțat și în legătură cu faptul că donatorii cu o anumită orientare sexuală erau considerați grup de risc

În categoria „contraindicație definitivă”, respectiv cu privire la criteriile de excludere permanentă de la transfuzii de sânge a categoriei bărbaților care au întreținut, fie și doar o dată, relații sexuale (chiar folosind protecție prin prezervativ) cu un alt bărbat. Prin Hotărârea nr. 337 din 21.11.2005 și Hotărârea nr. 260 din 29.08.2007 s-a constatat că respectivele fapte constituie discriminare directă pe criteriul orientării sexuale. CNCD a reținut că includerea tuturor persoanelor cu o altă orientare sexuală în categoria „contraindicație” nu poate fi justificată, cu atât mai mult cu cât fidelitatea, ca formă a comportamentului sexual, nu a fost privită ca relevantă în cazul celor cu o anumită orientare sexuală, iar în privința sângelui se pot efectua analize detaliate de natură a elimina riscuri potențiale.

Discriminare indirectă. CNCD s-a pronunțat cu privire la condițiile de internare și de tratament asigurate beneficiarilor în cadrul unui sanatoriu pentru persoane cu probleme de sănătate mentală, spre deosebire de condițiile asigurate în alte unități medicale. Prin Hotărârea nr. 350 din 16.06.2008 s-a constatat că faptele sesizate constituie discriminare indirectă. În acest sens, s-a reținut că, prin raportare comparată la număr de paturi, zile de spitalizare, buget alocat etc., există o diferență de subfinanțare a unității medicale adresate persoanelor cu dizabilități mintale, ceea ce a avut ca efect apariția unor condiții improprii în asigurarea serviciilor medicale, producând efecte indirecte de dezavantajare a pacienților cu probleme de sănătate mentală în raport cu alți pacienți, în ceea ce privește beneficiul serviciilor de sănătate.

Ordinul de a discrimina. CNCD a fost chemat a se pronunța cu privire la situațiile în care, la internarea copilului minor până în 3 ani, se invocă faptul că „regula este ca mamele

să fie internate cu cei mici”, invocându-se, între altele, Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1781/2006. Prin Hotărârea nr. 278 din 22.04.2008, CNCD a reținut că, potrivit reglementarilor aplicabile, serviciile hoteliere standard în spital sunt disponibile și acoperite pentru „însoțitorii” copiilor bolnavi până la 3 ani, fără nici o deosebire, astfel încât în cauză nu se pot reține distincții pe bază de sex, între însoțitorul bărbat și însoțitorul femeie, i.e. tata sau mama, cuprinse în acte cu caracter obligatoriu (de ex. Ordinul M.S. nr. 1781/2006 sau H.G. nr. 1842/2006). Pe de altă parte, s-a reținut că o deosebire între părinți, în sensul că tatăl nu poate fi cazat la internarea pacientului minor sub 3 ani, în comparație cu mama, căreia i se permite internarea, pe simplul considerent al sexului, circumstanță care s-ar putea materializa prin impunerea unui ordin, reguli sau dispoziții la internarea într-o unitate medicală, îmbracă forma unui tratament diferit și, subsecvent, a unei discriminări pe criteriul de sex.

Hărțuirea. CNCD a fost chemat a se pronunța în legătură cu faptul că o persoană de etnie romă, însărcinată în luna a doua, în decursul mai multor zile în care s-a simțit rău, a apelat la serviciile medicului, fiind uneori refuzată ori adresându-i-se cuvinte jignitoare: „Așa sunteți voi țiganii!”, „Plecați acasă, să nu vă mai prind pe aici!”, „Ce ai? Nu ai nimic. Plecați, că pun mâna pe par!”. Invocându-se în principal faptul că pacienta nu ar fi solicitat efectuarea de analize medicale sau internarea, CNCD a pus în discuție întrebarea în ce măsură o asemenea susținere este pertinentă în raport cu o persoană aflată într-o situație medicală aparte (stare de graviditate), care face parte din comunitatea romă și care este într-o situație de dezavantaj socio-economic și educațional în raport cu majoritatea

populației. Ori, aceeași întrebare se poate ridica inclusiv în ceea ce privește o persoană care aparține majorității populației, care nu are cunoștințe de a evalua din punct de vedere medical situația sa particulară și, în mod special, necesitatea unei internări medicale sau a efectuării unor expertize medicale pe care să le solicite în mod expres unui medic curant sau unui serviciu de urgență. Prin Hotărârea nr. 149 din 07.07.2010 CNCD a constatat că aspectele sesizate privind modul în care partea reclamată s-a adresat petentei, constituie hărțuire pe baza originii etnice a petentei, având ca efect crearea unui cadru intimidant sau ofensiv.

Într-un alt caz, CNCD a fost chemat a se pronunța cu privire la circumstanțele internării unei persoane infectate HIV. Acestea i s-a eliberat o foaie cu analizele ce urma să le efectueze, pe care era scris cu marker roșu „persoană infectată HIV/SIDA”. La intrarea în salonul de pacienți a fost primită de două asistente medicale. Una dintre asistente și-a chemat colegile de serviciu, spunându-le că pe secție a fost internată o persoană cu HIV/SIDA. La precizarea că acest aspect este confidențial, una din asistente a răspuns pe un ton ridicat: „Ce, ai venit să ne umpli de SIDA?”. Prin Hotărârea nr. 614 din 13.11.2008 s-a constatat că fapta constituie hărțuire pe baza criteriului de infectare HIV. CNCD a reținut că, în cazul infecției HIV, în condiții de vulnerabilitate socială, respectarea confidențialității înseamnă nu numai respectarea dreptului unei persoane la viața privată, ci și evitarea stigmatizării sale, care se bazează în cele mai multe cazuri pe stereotipuri și prejudecăți. Din acest punct de vedere, conduita asistentului medical ar fi trebuit raportată la situația specială a pacientului infectat HIV. Dincolo de aprecierea deontologică

a afirmațiilor imputate, având în vedere situația petentului și faptul că se cunoștea diagnosticul în speță, reacția personalului medical a fost de natură a desconsidera nu doar starea medicală a petentului, ci și demnitatea acestuia, precum și calitatea îngrijirilor medicale.

În loc de concluzii

Putem afirma că recunoașterea faptului că toate persoanele sunt egale și că ar trebui să aibă acces echitabil la posibilitățile oferite de viață este o caracteristică esențială și comună a societăților europene. Tocmai de aceea, la nivelul Uniunii Europene garantarea principiului nediscriminării joacă un rol fundamental. Evident, lupta împotriva discriminării nu poate fi câștigată doar prin intermediul legislației. Depinde în primul rând de schimbarea atitudinilor și a comportamentelor, precum și de modalitatea în care reglementarea legală devine regulă într-o societate sau alta și nu excepția. Desigur, nediscriminarea nu ar trebui impusă prin forța coercitivă a legii asupra sistemului de sănătate sau a oricărui alt sistem, ci ar trebui să fie rezultatul conștientizării faptului că discriminarea este în mod inerent o formă specială de afront adusă demnității umane, care nu ar trebui să își găsească locul în actul medical sau în oricare altă situație.

Bibliografie

- 1.-4. Dezideriu Gergely, Mihaela-Cătălina Vicol, Interzicerea discriminării în Uniunea Europeană și relevanța acestui principiu în exercitarea profesiei medicale, *Revista Română de Bioetică*, Vol. 9, Nr. 2, Aprilie – Iunie 2011.
5. Comisia Europeană, *Comunicarea Comisiei către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor, Un cadru UE pentru strategiile naționale de integrare a romilor până în 2020*, Bruxelles, COM (2011) 173 final.
6. Comisia Europeană, *Solidaritate în domeniul sănătății: Reducerea inegalităților în materie de sănătate în UE*, COM (2009) 567.
7. Programul pentru Dezvoltare al Națiunilor Unite, *The Roma in Central and Eastern Europe, Avoiding the Dependency Trap* [Romii din Europa Centrală și de Est – evitarea capcanei dependenței], 2003, Bulgaria, România, Slovacia, Ungaria și Republica Cehă.
8. Peter J Aspinall, *Hidden Needs, Identifying Key Vulnerable Groups in Data Collections: Vulnerable Migrants, Gypsies and Travellers, Homeless People, and Sex Workers*, Centre for Health Services Studies, University of Kent, 2014
9. Programul pentru Dezvoltare al Națiunilor Unite, Banca Mondială, FRA, Comisia Europeană, *The situation of Roma in 11 EU Member States, Survey results at a glance*, 2012.

10. *Sondaj al Uniunii Europene privind discriminarea și minoritățile EU-MIDIS – Bulgaria, Republica Cehă, Grecia, Ungaria, Polonia, România și Slovacia, 2009.*
11. *Raport al Centrului European pentru Drepturile Romilor, Criza ascunsă din sănătate – Inegalități în domeniul sănătății și date dezagregate, 2013.*
12. *SASTIPEN, Accesul romilor la serviciile de sănătate, Dr. Bogdan Păunescu. Raport realizat în cadrul proiectului „Evaluarea accesului romilor la serviciile de sănătate publică”, 2010.*
13. *IRES Institutul Roman pentru Evaluare si Strategie, Percepții si atitudini privind discriminarea, Raport de cercetare, 2013.*

Rapoarte naționale

1. *Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării, Raport privind implementarea Directivei rasiale în România (2003-2010), Dezideriu Gergely, Partea a II-a, Secțiunea VIII, Jurisprudența CNCD sub incidența legii naționale de transpunere a Directivei 2000/43/CE, CNCD, București, 2010.*
2. *Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării, Raport privind implementarea Directivei cadru în România (2003-2010), Dezideriu Gergely, Capitol III, Jurisprudența de constatare a discriminării pe baza criteriilor incidente Directivei 2000/78/CE, CNCD, București, 2011.*

Rapoarte internaționale

1. *CEDAW, General Recommendation No 9 on Statistical data concerning the situation of women (1989)*

2. CEDAW, General Recommendation No 19 on Violence against women (1992)
3. CEDAW, General Recommendation No 23 on Article 7, political and public life (1997)
4. CRC, General Comment No 4 on Adolescent health (2003)
5. CRC, General Comment No 5 on General measures of implementation of the Convention on the Rights of the Child (2003)
6. CERD, General Recommendation No 25 on related dimensions of racial discrimination (2000)
7. CERD, General Recommendation No 34 on Racial discrimination against people of African descent (2011)
8. CERD, General Recommendation No 27 on Discrimination against Roma
9. CESCR, General Comment No 20 on Non-discrimination in economic, social and cultural rights (2009)
10. Consiliul Europei, Adunarea Parlamentară, Hotărârea 1740 (2010), The situation of Roma in Europe and relevant activities of the Council of Europe
11. Organizația Mondială a Sănătății, The Right to Health, Fact Sheet no. 31

Legislație europeană și națională

1. Decizia Consiliului privind principiile, prioritățile, obiectivele intermediare și condițiile din Parteneriatul de aderare cu România, OJ, L44/82, 14.2.2002
2. Decizia Consiliului privind principiile, prioritățile, obiectivele intermediare și condițiile din Parteneriatul de aderare cu România, OJ, L145/26, 12.6.2003

3. Directiva Consiliului 2000/43/CE, 29 iunie 2000, cu privire la implementarea principiului tratamentului egal între persoane indiferent de originea rasială sau etnică, OJ L 180 – 19/7/2000
4. Directiva Consiliului 2000/78/CE, 2 decembrie 2000, de creare a unui cadru general în favoarea egalității de tratament în ceea ce privește încadrarea în muncă și ocuparea forței de muncă, OJ L 303 2/12/2000
5. Ordonanța Guvernului nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, cu modificări și completări ulterioare, republicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 99 din 8 februarie 2007 și, ulterior, modificată și completată prin: – OUG nr. 75/2008, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 76/2009; – Legea nr. 61/2013 pentru modificarea OG nr. 137/2000, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 158 din 25 martie 2013; rectificare la forma republicată a OG nr. 137/2000, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 133 din 24 februarie 2014

CAPITOLUL III.

Aspecte privind grupurile vulnerabile

Sandu Ion

Grupul vulnerabil

Termenul de „grup vulnerabil” este folosit în documentele oficiale, reflectând grupul defavorizat, marginalizat sau exclus, principala accepțiune a vulnerabilității fiind cea de „slăbiciune”, „vulnerabilitate”, „lipsă de apărare”. Grupurile vulnerabile sunt lipsite de sprijin real din partea societății, de cele mai multe ori într-o stare de pauperitate, aflate în neputința de a se face înțelese, de a se putea apăra în situații problematice.

Situația social-economică a României a creat un cadru favorabil apariției unor grupuri de populație sărace și sensibile la problemele de sănătate.

„Memorandumul comun în domeniul incluziunii sociale”, 2005, secțiunea 2.6 și Legea nr. 292/2011 definesc grupul vulnerabil ca fiind format din persoane aflate în riscul de a-și pierde capacitatea de satisfacere a nevoilor zilnice de trai, cauzele fiind: situații de boală, dizabilitate, dependența de alcool, droguri sau situații care conduc la vulnerabilitate – apartenența la etnia romă (cauza principală fiind raportarea societății în ansamblul ei, a populației majoritare la clișee de imagine, stereotipuri și prejudecăți, care pot

conduce foarte ușor la discriminare), persoane infectate cu HIV, persoane cu probleme de handicap, victime ale violenței în familie, copiii orfani, vârstnicii în situații de risc ridicat, persoane fără adăpost etc.

Aceste categorii se confruntă cu o poziție socială periferică, de izolare și acces limitat la resurse economice, profesionale, educaționale, locuire, servicii de sănătate, putând fi numite grupuri sociale marginale, definite astfel: Legea 116/ 2002, art. 3, privind prevenirea și combaterea marginalizării sociale, stabilește că „poziția socială periferică, de izolare a indivizilor sau grupurilor cu acces limitat la resursele economice, politice, educaționale și comunicaționale ale colectivității, manifestată prin absența unui minimum de condiții sociale de viață”; cea de-a doua definiție, adoptată în anul 2005, prevede că „excluziunea sau marginalizarea socială este situația în care se află persoanele care se confruntă cu una sau cu un cumul de privațiuni sociale, cum ar fi: lipsa unui loc de muncă, lipsa unei locuințe sau locuință inadecvată, lipsa accesului la un sistem de furnizare a apei potabile, a căldurii sau a energiei electrice, lipsa accesului la educație sau servicii de sănătate”.

Având în vedere că discriminarea este una principalele cauze care generează sau mențin situațiile de marginalizare, categoria defavorizată este „acea categorie de persoane care fie se află pe o poziție de inegalitate în raport cu majoritatea cetățenilor datorită diferențelor identitare față de majoritate, fie se confruntă cu un comportament de respingere și marginalizare” – OUG 137/ 2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată, cu modificările și completările ulterioare, art. 4.

Observațiile cu privire la varietatea definițiilor și organizarea lor poate fi găsită în Raportul de cercetare privind economia socială în România din perspectivă europeană comparată, MMPS, București, 2010, Anexa 5, p.17 și următoarele: MMFPS, „Memorandumul comun în domeniul incluziunii sociale”, 2005, secțiunea 2.6; Cap. 3, pct. 1. c) Program de implementare a PNA încă pentru perioada 2006-2008, 22.11.2005; OUG 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare, republicată, cu modificările și completările ulterioare, art. 4.

De avut în vedere este și faptul că încadrarea în situațiile de marginalizare sau excludere socială face referire la persoane, grupuri sau comunități, pe baza unor aspecte variate care se pot suprapune. În afara aspectelor obiective (lipsa locuinței, lipsa accesului la servicii de sănătate) care pot genera astfel de situații indiferent de alți factori, identificăm și factori cum ar fi apartenența sexuală, etnică, vârsta sau starea de sănătate, care nu reprezintă cauze de marginalizare decât dacă se suprapun cu alte aspecte obiective. Analiza persoanelor, grupurilor sau comunităților expuse riscului de excludere socială este prioritară pentru identificarea măsurilor de incluziune socială, introduse în acte normative specifice. cf. MMFPS (1).

La nivel european, în cadrul documentelor oficiale, deși nu există o definiție a grupurilor vulnerabile, termenul este folosit în relație cu conceptul de incluziune socială, care presupune: acces la oportunități și resurse care să asigure participarea la viața economică, socială și culturală (European Commission, Employment, Social Affairs and

Inclusion, 2010). În descrierea grupurilor vulnerabile sunt folosiți o varietate largă de indicatori: nivel de trai, accesul pe piața muncii, accesul la educație, locuire, starea de sănătate, exploatare, trafic, violență domestică sau consum de droguri etc.

Se consideră că sărăcia poate fi o cauză a vulnerabilității crescute pentru un grup marginal, dar și un rezultat al situației vulnerabile în care se află. Astfel, un om cu o situație economică grea are o probabilitate mai mare să aibă un nivel de educație școlară și profesională scăzut, să nu aibă posibilitatea de accesare a serviciilor de sănătate, o slabă implicare comunitară și socială în general. De asemenea, anumite grupuri, precum persoanele cu dizabilități, persoanele de etnie romă, persoanele infectate cu HIV, persoanele cu probleme psihice etc. se confruntă într-o mai mare măsură cu situația de sărăcie și, inevitabil, cu statutul de grup vulnerabil.

Mai jos, prezentăm câteva categorii de exemple care se pot încadra în aria grupurilor vulnerabile, așa cum reiese și din exemplificarea realizată de Revista Europeană de Economie Socială, nr. 1/2011. Grupuri vulnerabile în general / Grupuri vulnerabile în documente oficiale (2):

Situații	Descriere	Document legislativ
Grupuri vulnerabile	<ul style="list-style-type: none">- persoanele de etnie romă, aflate în situații de risc,- persoanele infectate cu HIV/SIDA,- persoanele cu handicap,- persoane fără adăpost,	Memorandumul în domeniul protecției sociale, MMFPS, 2005

	<ul style="list-style-type: none"> - persoanele dependente de alcool și droguri, - persoanele afectate de boli profesionale, - familiile cu mai mult de doi copii, - copii și tinerii de peste 18 ani, aflați în situații de risc ridicat (sărăcie, necuprinderea în sistem de protecție, lipsa măsurilor afirmative după vârsta de 18 ani, delincvență). 	
Grupuri de risc	- șomeri, copii, vârstnici dependenți, tineri, locuitori din mediul rural, romii, persoane cu handicap.	H.G. nr. 892/2002
Grupuri vulnerabil, grupuri sociale care sunt expuse riscului de marginalizare socială.	<ul style="list-style-type: none"> - copiii orfani aflați în sistemul de protecție, - tinerii de peste 18 ani care au părăsit sistemul de protecție socială, - populația romă, - persoane cu dizabilități, - persoane eliberate din detenție. 	Planul național de dezvoltare 2007-2013, domeniul prioritar 4, Dezvoltarea resurselor umane, promovarea ocupării și incluziunii sociale și întărirea capacității administrative.

Familii cu vulnerabilitate ridicată	<ul style="list-style-type: none"> - familiile cu mulți copii, - familii monoparentale, - familii care trăiesc în condiții precare de viață, - familiile de romi, mai ales din suburbiile orașelor și din comunitățile compacte. 	Program de implementare a PNAinc (2006-2008), 2005, cap. 1, obiectiv 7.3, Acordarea de sprijin pentru familiile cu copii, în special pentru familiile cu risc de excluziune socială, subobiectiv 7.3.2
Grupuri sociale care sunt supuse riscului de marginalizare socială	<ul style="list-style-type: none"> - copiii aflați în sistemul de stat de protecție a copilului, - tinerii de peste 18 ani care părăsesc sistemul de stat de protecție a copilului, - familiile cu mai mult de doi copii și familiile monoparentale, - populația romă, - persoanele cu dizabilități, - persoanele eliberate din detenție. 	Planul național de dezvoltare 2007-2013, domeniul prioritar 4, Dezvoltarea resurselor umane, promovarea ocupării și incluziunii sociale și întărirea capacității administrative.

Studiile sociologice relevă faptul că, din ansamblul grupurilor vulnerabile menționate, din perspectiva accepțiunii de vulnerabilitate, de slăbiciune, de incapacitate de a profita

de oportunități de dezvoltare, adesea în sare cronică de sărăcie, sunt persoanele care aparțin etniei rome, persoanele infectate cu HIV, persoanele cu dizabilități, copiii abandonați etc.

De ce etnia romă constituie un grup vulnerabil?

Este un aspect interesant și inedit faptul că o etnie are statut de grup vulnerabil. Situația se datorează realităților de viață ale celor care aparțin acestei etnii. Din perspectiva educației școlare, a integrării pe piața muncii, a sănătății (grad ridicat de expunere la boli, accesare scăzută a serviciilor medicale), locuire, nivel de trai scăzut, romii reprezintă categoria care apare cel mai des în situații de vulnerabilitate.

Conform statisticilor oferite de Institutul Național de Statistică, romii reprezintă al treilea grup etnic din România, după români și maghiari. În anul 2002, 535.140 de persoane s-au identificat ca fiind de etnie romă, pentru ca la recensământul din 2012, să se declare cetățeni români de etnie romă peste 600.000, ceea ce reprezintă 3,2% din totalul populației din România. Totuși, majoritatea cercetătorilor consideră datele obținute ca fiind lipsite de acuratețe în ce privește numărul real de etnici rome. Motivul este simplu: identitatea de rom/țigan este una stigmatizată și de multe ori romii preferă să nu își declare afilierea etnică. De-a lungul istoriei această populație a fost supusă, în mod constant, unor situații de marginalizare și chiar exterminare. Situația actuală a acestei etnii găsește răspuns într-un trecut caracterizat prin lupta pentru supraviețuire. Cunoașterea unor realități culturale și istorice specifice

poporului rom, a unor cutume caracteristice comunităților tradiționale de romi, poate servi la demontarea prejudecăților și stereotipurilor existente, la stimularea interesului cunoașterii pentru valorile culturale și istorice ale acestui popor, precum și la raportarea demersului profesional la particularități culturale specifice membrilor unor comunități de rromi. Discriminarea rromilor a fost și din păcate mai este o realitate, chiar dacă foarte greu recunoscută, inclusiv în sistemul actual de sănătate. În contextul lipsei de cunoaștere a valorilor culturale și spirituale rrome, clișeele de limbaj sau de gândire devin singura sursă de cunoaștere care îi leagă pe rromi de mediul social înconjurător. Schimbarea mentalităților este un proces îndelungat; în acest sens educația pentru cunoașterea, înțelegerea și valorizarea minorității rrome trebuie generalizată. Se poate spune că situația actuală a rromilor din România este consecința directă a unei istorii de excludere și exterminare.

Acest demers informativ în ceea ce privește grupurile vulnerabile, de exemplu populația rromă, va avea și un efect formativ, putând determina conștientizarea chiar în spirit afectiv a necesității adaptării demersului medical, într-un mod inedit, la realități culturale și istorice specifice unor membri ai etniei rrome, cu precădere din comunitățile tradiționale. Strategia activității reprezintă o manieră de abordare a educației necesară pentru realizarea unui scop specific, prin punerea în practică a principiilor generale de proiectare a activității de formare/dezvoltare permanentă a personalității viitorilor medici și a metodelor de instruire integrate optim la nivelul unui discurs didactic, eficient, adoptabil și adaptabil într-un context dat.

Scurta prezentare a unor elemente de spiritualitate și istorie poate constitui un argument clar în acest sens, pe

lângă datele statistice privind starea de sănătate a membrilor acestei etnii, precum și interacțiunea pe care o au cu sistemul de sănătate.

Principiile de viață ale membrilor comunităților tradiționale se raportează strict la păstrarea purității spirituale și trupesti, devenind un important factor de protecție și control cutumiar. În cultura rromă, familia are o valoare fundamentală, în cadrul căreia se manifestă solidaritatea și structura educațională care asigură siguranța socială și protecția individului.

Istoria poporului rrom este un inestimabil tezaur de cultură și civilizație, pe care populația majoritară trebuie să-l cunoască. Astfel, cunoașterea va deveni un fundament pentru anularea „nepotrivirilor” în relațiile inter-etnice, cauzate de cele mai multe ori de „simpla necunoaștere a celuilalt”(3).

O caracteristică fundamentală a istoriei poporului rrom, așa cum reiese și din titlu, este lupta pentru supraviețuire, ceea ce implică o latură tragică. Interesant este faptul că trecutul acestui popor se caracterizează prin supraviețuirea, de-a lungul secolelor, a unor trăsături și caracteristici culturale specifice, care, fără îndoială, au rădăcini în India, lingvistica istorică demonstrând cu prisosință, încă de acum câteva veacuri, acest adevăr fundamental (4). Absența izvoarelor istorice scrise creează tendința de a compara trecutul poporului rrom cu cel al poporului evreu, în ceea ce privește vicisitudinile pe care aceste popoare le-au cunoscut de-a lungul timpului.

În prezent, marea majoritate a populației de romi din România trăiește în condiții inadecvate, sub limita standar-

delor de locuire, în unele zone formând ghetouri caracterizate de infrastructură deficitară, uneori chiar inexistentă. Rata îmbolnăvirilor este foarte mare, iar riscul de a fi evacuați este tot timpul prezent. În educație se manifestă o tendință de segregare a copiilor romi, profesorii au tendința de a-i separa de restul elevilor ne-romi. Astfel, rezultatele școlare pe care copiii romi le obțin nu le facilitează acestora accesul la învățământul superior, lucru sinonim, în marea majoritate a cazurilor, cu marginalizarea socială.

Sărăcia și condițiile proaste de locuire ale comunităților de romi, pe lângă discriminarea constantă în acordarea de servicii medicale, au condus la îmbolnăvirea unui număr mare de romi de boli precum tuberculoza sau hepatita. Studiile arată că durata de viață a populației de romi este mai mică decât cea a restului societății, că familiile de romi sunt adesea afectate de bolile sărăciei. Lipsa apei potabile, locuințe supraaglomerate și venituri foarte mici sunt factori care cresc riscurile de îmbolnăvire. La acestea se mai adaugă și faptul că pacienții romi sunt împovărați de dezavantaje multiple în interacțiunile lor cu personalul medical. Toate aceste dezavantaje limitează accesul în sistemul de sănătate, afectează calitatea asistenței medicale, precum și starea lor generală de sănătate. În timp ce 43% dintre romi sunt sub 16 ani, mortalitatea infantilă este în creștere de până la 40%, potrivit unui raport publicat de către Salvați Copiii România în anul 2006. Speranța de viață a rromilor este cu zece ani mai mică decât a altor cetățeni din România. Excluderea rromilor din cadrul serviciilor de sănătate este cauzată, adeseori, de discriminare pe criteriul etnic. Într-un sondaj al Agenției pentru Drepturi Fundamentale, discriminarea exercitată de

personalul medical a fost evidențiată ca o problemă specifică pentru romei (5).

Persoane infectate cu HIV / SIDA

De-a lungul istoriei, umanitatea s-a confruntat constant cu numeroase epidemii care au făcut ravagii. Cu toate că în prezent practicile medicale cunosc un avans spectaculos, există încă afecțiuni incurabile.

Una din epidemiile care face ravagii în întreaga lume este Sindromul Imunodeficienței Dobândite (SIDA). Începând cu anul 1981, când a fost identificat pentru prima dată, a cauzat decesul a peste 25 de milioane de oameni. Cu toate că accesul la tratamentul anti-retroviral a fost îmbunătățit în numeroase regiuni ale lumii, SIDA continuă să facă ravagii, afectați fiind și copii, peste 570.000 decedând.

La nivel global se estimează că numărul total de oameni infectați cu virusul HIV a atins nivelul cel mai înalt. Numărul persoanelor care trăiesc cu acest virus continuă să crească în multe părți ale lumii, în ciuda strategiilor intense de prevenire a infectării.

Africa Sub-Sahariană rămâne, de departe, cea mai afectată regiune din lume, cu un procent de 64% din totalul persoanelor infectate cu HIV. Asia de Sud și de Sud-Est ocupă locul al doilea, cu un procent de 15%. Adevărul despre originea SIDA este încă necunoscut, mai ales în ceea ce privește locul și momentul izbucnirii pandemiei, chiar dacă se spune că aceasta provine de la maimuțele din Africa.

Primele seruri sangvine la care s-a demonstrat existența virusului HIV la om datează din anul 1959, la un adult din

Congo, în 1969 de la un pacient din SUA și un marinar norvegian în 1976. În iulie 1982, la o întâlnire științifică desfășurată la Washington, este adoptat acronimul AIDS, în varianta franceză și spaniolă – SIDA (sindromul imunodeficienței dobândite).

Cercetările pentru identificarea cauzelor îmbolnăvirii progresează și, la 23 aprilie 1984, secretarul de stat pentru sănătate al SUA, Margaret Heckler, anunța că doctorul Robert Gallo, de la Institutul Național al Cancerului, a reușit izolarea virusului care provoacă SIDA. În mai 1986, Comitetul Internațional de Taxonomie a Virusurilor rezolvă diferendul franco-american, adoptând acronimul HIV (Human Immuno-Deficiency Virus) pentru ucigașul tăcut al celor peste 13.000 de oameni din 85 de țări, în perioada 1981-1985. Ziua de 1 decembrie a fost declarată în 1988 de Organizația Mondială a Sănătății ca zi internațională de luptă anti-SIDA.

În 1985 se înregistrează primul caz de SIDA în România, identificat de către doctorul Andrei Olinescu, persoana infectată fiind un chelner pe trenurile internaționale. Descoperirea este trecută sub tăcere de către autoritățile comuniste, care nu concep ca o societate „profund morală”, precum cea socialistă, să fie infestată de o boală „capitalistă”.

Conform Raportului Compartimentului pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/SIDA în România din cadrul INBI Matei Balș, la sfârșitul lunii decembrie 2010 se înregistrau 16.697 cazuri cumulate de HIV/SIDA. Dintre acestea, 5.707 de persoane au decedat și 585 de persoane sunt raportate ca fiind pierdute din evidențe.

Un studiu realizat în 2012 arată că peste jumătate din bolnavii cu HIV din România au vârste cuprinse între 20 și

29 de ani, iar majoritatea s-au infectat prin intermediul contactului sexual neprotejat. „Pacienții cu HIV/SIDA, spre deosebire de pacienții cu multe alte boli cronice, au șansă la o viață normală dacă au grijă de sănătatea lor și respectă tratamentul indicat de medic”, declară prof. dr. Adrian Streinu Cercel, manager al Institutului de Boli Infecțioase „Matei Balș”. În cazul bolnavilor cu HIV/SIDA, succesul terapiei depinde în mare măsură de administrarea corectă a tratamentului, la orele stabilite de medic, acesta fiind un angajament pe viață. Pe lângă tratamentul medical și îngrijirea specializată din partea medicilor, pacienții au permanent nevoie de susținere psihologică, dar și practică, pentru a face față provocărilor bolii și a evita eșecul terapeutic. Cu toate acestea, mulți bolnavi au probleme legate de aderența la tratament. Potrivit studiului „Accesul la tratament antiretroviral al persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA în România”, realizat de UNOPA, unul din doi pacienți invocă uitarea ca motiv al ratării administrării unor doze de tratament. Majoritatea pacienților seropozitivi din România se află sub tratament de o lungă perioadă de timp, unii au o viață activă, iar din acest motiv pot să apară atât uitarea, cât și oboseala pacientului în respectarea calendarului de tratament.

La fel de importantă precum administrarea corectă a medicației este și nevoia de informare a pacienților privind boala, drepturile și responsabilitățile pe care le au.

Persoane cu handicap

Termenul „handicap” se refera la dezavantajul social, la pierderea și limitarea șanselor unei persoane de a lua

parte la viața comunității la un nivel echivalent cu ceilalți membri.

Punctul de vedere împărtășit și de Organizația Mondială a Sănătății este că termenul de „handicap” ar trebui păstrat cu accepțiunea sa specifică de dezavantaj, de diferență defavorabilă, de consecință situațională apărută ca urmare a deficiențelor sau maladiilor invalidate. Conform Legii nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, tipurile de handicap sunt: fizic, vizual, auditiv, surdo-cecitățe, somatic, mintal, psihic, HIV/SIDA, asociat, boli rare.

Persoanele cu handicap sunt acele persoane cărora mediul social, neadaptat deficiențelor lor fizice, senzoriale, psihice, mentale, le împiedică total sau le limitează accesul cu șanse egale la viața socială, potrivit vârstei, sexului, factorilor materiali, necesitând măsuri de protecție specială în sprijinul integrării lor sociale și profesionale.

Conform statisticilor publicate de Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice, în România, la 31 martie 2013, numărul persoanelor cu handicap era de 699.780, reprezentând 3,67% din populația totală a țării.

Drepturile persoanelor cu handicap sunt recunoscute de o serie de măsuri legislative naționale, precum:

- Legea 448/2006, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap republicată 2014;
- Ordinul ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al ministrului sănătății publice nr. 762/1992/2007, pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabilește înca-

- drarea în grad de handicap cu completările și modificările ulterioare;
- Ordinul MMFPS nr. 2.298/2012, privind aprobarea Procedurii-cadru de evaluare a persoanelor adulte în vederea încadrării în grad și tip de handicap;
 - Ordinul nr. 2.260 din 17 august 2012 pentru modificarea Ordinului Ministrului Sănătății și Familiei și al secretarului de stat al Autorității Naționale pentru Protecția Copilului și Adopție nr. 725/12.709/2002, privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru copii și se aplica măsurile de protecție specială a acestora;
 - Ordinul 2299 din 23 august 2012 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a Comisiei superioare de evaluare a persoanelor adulte cu handicap;
 - OUG nr. 108/2008 din 22/09/2008 pentru modificarea unor acte normative din domeniul social;

Strategia europeană 2010-2020 pentru persoanele cu handicap: un angajament reînnoit pentru o Europă fără bariere se bazează pe implementarea efectivă a Convenției Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu handicap. În plus, acțiunea Comisiei se înscrie în cadrul Strategiei Europa 2020 și se fondează pe dispozițiile Cartei drepturilor fundamentale a Uniunii Europene și ale Tratatului de la Lisabona. Pentru a promova incluziunea persoanelor cu handicap, Comisia a identificat opt domenii de acțiune comune între UE și statele membre. Aceste domenii au fost identificate în special în urma analizării rezultatelor Planului de acțiune european pentru persoa-

nele cu handicap (2003-2010) și ale consultărilor cu statele membre.

Accesibilitate: Persoanele cu handicap trebuie să aibă acces la bunuri, servicii și la dispozitive de asistare. De asemenea, trebuie asigurat accesul lor la transporturi, la infrastructuri și la tehnologii ale informației și comunicațiilor la fel ca și pentru persoanele apte.

Participare: Persoanele cu handicap trebuie să își poată exercita pe deplin drepturile lor fundamentale legate de cetățenia europeană. Această strategie trebuie să contribuie la: eliminarea obstacolelor din calea mobilității persoanelor cu handicap, în calitate de indivizi, consumatori, studenți, actori economici și politici; garantarea calității îngrijirii instituționalizate și a instalării în instituții specializate, datorită finanțării din fonduri structurale; garantarea accesibilității organizațiilor, structurilor și serviciilor, inclusiv cele sportive și culturale.

Egalitate: Trebuie puse în aplicare politici active pentru promovarea egalității, la nivel european și în statele membre. În plus, Comisia trebuie să asigure aplicarea strictă a legislației europene privind combaterea discriminărilor din motive de handicap și, în special, a Directivei 2000/78/CE pentru egalitatea de tratament în materie de încadrare în muncă și ocupare a forței de muncă.

Ocuparea forței de muncă: Acțiunea europeană trebuie să permită creșterea numărului de lucrători cu handicap pe piața tradițională a forței de muncă, în special prin elabo-

rarea de politici active pentru piața muncii și prin îmbunătățirea accesibilității locurilor de muncă.

De asemenea, este necesară o acțiune, în colaborare cu partenerii sociali, pentru promovarea mobilității intraprofesionale (inclusiv în ateliere protejate), încurajarea activităților independente și îmbunătățirea calității locurilor de muncă.

Educație și formare profesională: Elevii și studenții cu handicap trebuie să beneficieze de un sistem de învățământ accesibil și de programe de învățare de-a lungul vieții. De aceea, strategia sprijină accesibilitatea sistemelor generale de învățământ, măsurile de sprijin individual și formarea personalului din domeniul educației. În plus, persoanele cu handicap trebuie să fie mai bine informate cu privire la posibilitățile de formare profesională și de mobilitate, în special în cadrul inițiativei „Tineretul în mișcare” și al „Strategiei Educație și formare profesională 2020”.

Protecție socială: Sistemele de protecție socială pot compensa inegalitățile în materie de venituri și riscurile de sărăcie și de excludere socială la care sunt expuse persoanele cu handicap. În acest context, este necesară evaluarea performanței și sustenabilitatea sistemelor de protecție socială, inclusiv în ceea ce privește sistemele de pensii, programele în materie de locuințe sociale și accesul la servicii de bază. Strategia încurajează utilizarea fondurilor structurale și adoptarea unor măsuri naționale adaptate.

Sănătate: Persoanele cu handicap trebuie să beneficieze, în condiții de egalitate, de acces la serviciile medicale și la instituțiile sanitare, inclusiv la instituțiile de sănătate mentală. Pentru garantarea acestui principiu de egalitate, serviciile trebuie să fie la prețuri accesibile și adaptate la nevoile specifice ale persoanelor. În plus, trebuie să se acorde atenție deosebită sănătății și securității lucrătorilor cu handicap.

Strategia se bazează pe angajamentul comun al instituțiilor UE și al statelor membre și vizează: sensibilizarea societății cu privire la aspectele legate de handicap și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap; dezvoltarea posibilităților de finanțare europeană; îmbunătățirea colectării și prelucrării datelor statistice; asigurarea monitorizării punerii în aplicare a Convenției Organizației Națiunilor Unite în statele membre și în cadrul instituțiilor europene (8).

Bibliografie

1. Memorandumul comun în domeniul incluziunii sociale, 2005, secțiunea 2.6; Legea 292/2011.
2. Sursa acestor exemplificări: Raport de cercetare privind economia socială în România din perspectivă europeană comparată, Ministerul Muncii, 2010, Anexa 9, Analiza statistică a grupurilor vulnerabile în România și MMFPS, 2007.
3. Dumitrescu Carol (coord.), Căpiță Carol (coord.), Manea Mihai (coord.), Korek Maria (coord.), Istoria minorităților naționale din România – Material auxiliar pentru profesorii de istorie, p. 9, București, Editura Didactică și Pedagogică, 2008

4. Gheorghe Sarău, Rromii, India și limba rromani, [Colecția "Biblioteca rromă", nr. 4], București: Editura Kriterion, 1998.
5. Fundamental Rights Agency, European Union Minorities and Discrimination Survey, Main Results Report, 2009.
6. Raportul Compartimentului pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecției HIV/SIDA în România, Disponibil la www.cnlas.ro.
7. Accesul la tratament antiretroviral al persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA în România, 2011, UNOPA, <http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/studiu-accesul-la-tratament-antiretroviral-al-persoanelor-care-traiesc-cu-hiv-sida-in-romania.pdf>
8. Strategia europeană 2010-2020 pentru persoanele cu handicap: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/em0047_ro.htm



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
ȘI CERCETĂRII



ULBS
Universitatea de Medicină și Farmacie
"Carol Davila" București



Asociația pentru Dezvoltare
și Incluziune Socială

CAPITOLUL IV.

Metodologia cercetării

**Mihaela Dana Bucuță, Sorina Corman,
Raluca Sassu**

Descrierea participanților

Prezentul studiu a fost realizat pe baza datelor obținute de la 500 de studenți ai Facultății de Medicină – Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu (N=500).

Dintre aceștia, 149 (29,86%) sunt bărbați, iar 351 (70,2%) sunt femei.

Vârsta participanților la studiu este între 18 și 58 de ani, $M = 21,41$ ani, iar $SD = 3.41$. În ceea ce privește repartitia pe ani de studiu, 4 din cei 500 de participanți nu au indicat anul de studiu (adică 0,8%), iar restul sunt repartizați astfel:

- 29,2% sunt studenți în anul I,
- 23,8% sunt studenți în anul II,
- 19,4% sunt studenți în anul III,
- 17% sunt studenți în anul IV,
- 9,2% sunt studenți în anul V, iar
- 0,6% sunt studenți în anul VI.

Referitor la specializarea la care studenții sunt înmatriculați, 3 (0,6%) din cei 500 de studenți nu au indicat specializarea, 70,2% urmează cursurile specializării Medicină, iar 29,2% pe cele ale Medicinii Dentare.

Din perspectiva mediului de proveniență, 81,4%dintre studenți provin din mediul urban, 17,4% provin din mediul rural, iar 1,6% nu au răspuns la acest item.

Descrierea instrumentelor utilizate

1. Scala de atitudini (IAQ-C, Davis, 1999). Am utilizat această scală, într-o variantă adaptată, pentru măsurarea atitudinii față de persoanele cu altă orientare sexuală.
Scala cuprinde 5 itemi, fiecare cu variante de răspuns 1 – „acord total”, 2 – „acord”, 4 – „dezacord”, 5 – „dezacord total”. Am eliminat pentru o evaluare mai precisă în sensul acordului sau dezacordului, varianta 3 – „nu știu”.
Itemul 3 este un item inversat: cu cât scorul este mai mare, cu atât atitudinea de discriminare față de persoanele cu altă orientare sexuală este mai mică (scorul maxim este 25, scorul minim este 5).
2. Scala Jefferson de empatie a medicilor (versiunea pentru studenți – R). Această scală a fost dezvoltată în cadrul Jefferson Medical College, în anul 2000, și a fost tradusă în limba română de dr. Bogdan Voinescu.

- Scala are 20 de itemi, cu variante de răspuns de la 1 la 7, 1 însemnând „dezacord total”, iar 7 „acord total”. 10 dintre itemi sunt itemi inverși. Se obține un scor total al empatiei, care, cu cât este mai mare, cu atât empatia este mai mare (scorul maxim este de 140, iar scorul minim este de 20).
3. Chestionarul de atitudini HIV/SIDA (Akin, 2013). Este un instrument nou, care măsoară atitudinea specialiștilor în sănătate față de persoane infestate cu HIV/SIDA. Conține 10 itemi, cu 5 variante de răspuns: 1 – „dezacord total”, 2 – „dezacord”, 3 – „nu știu”, 4 – „acord”, 5 – „acord total”.
 4. În afara acestor scale, existente deja în literatura de specialitate, a mai fost utilizată o serie de itemi, de tip Likert, pentru a evalua măsura discriminării, instituțiile unde se poate identifica fenomenul discriminării.
 5. Pentru identificarea categoriei celei mai discriminate în sistemul de sănătate s-a utilizat o scală de ierarhizare a grupurilor vulnerabile, în care participanților la studiu li s-a cerut ierarhizarea categoriei celei mai discriminate, prin atribuirea numărului 15, și a celei mai puțin discriminate, prin atribuirea numărului 1, urmând ca între aceste categorii să fie ierarhizate celelalte grupuri vulnerabile la discriminare.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
OFIDBRU



ULBS
Universitatea de Medicină și Farmacie
"Carol Davila" București

CAPITOLUL V.

Percepția discriminării

Mihaela Dana Bucuță

Văzute adesea ca și convingeri exagerate, favorabile sau nefavorabile, asociate întotdeauna cu o categorie, stereotipurile stau la baza oricărei analize științifice a fenomenului discriminării. Strâns legate de prejudecăți și discriminare, stereotipurile sunt definite în literatura de specialitate ca reprezentări mentale ale unui grup social și, implicit, ale membrilor săi, și constau în afirmații și evaluări care circulă în mediul socio-cultural al persoanei și pe care aceasta le-a preluat fără a le analiza critic (Iluț, 2009).

Stereotipurile sunt necesare adaptării, în sensul în care ele ajută la filtrarea și organizarea informației în vederea unei mai bune adaptări, îndeplinind astfel o funcție de predictibilitate. Clasarea informației în categorii permite anticiparea comportamentului celuilalt și eventuala ajustare (pregătire) a propriului comportament pentru interacțiunea cu celălalt. Deși vizează orice grup sau categorie socio-culturală, cele mai pregnante stereotipuri sunt cele de gen social, de rasă și de etnie (Iluț, 2009). Citându-l pe Quinn și colaboratorii săi, Iluț semnalează că stereotipurile joacă un rol fundamental în formarea primelor impresii despre o persoană. La întâlnirea cu membrul/membrii grupului, stereotipurile au proprietatea de a se declanșa automat,

necon condiționat, neintenționat sau mai puțin automat, condiționat de o serie de variabile moderatoare (Iluț, apud Quinn et. al., 2007). Variabilele moderatoare sunt, după Quinn și colab., de trei tipuri: cognitive, motivaționale și contextuale. Rezultatele empirice ale cercetărilor întreprinse asupra acestei problematice nu arată însă că între activarea stereotipurilor și comportamentul efectiv ar exista o relație simplă de tip cauză-efect.

Stereotipurile sunt studiate în strânsă legătură cu conceptele de atitudine și comportament, literatura de specialitate făcând distincție între planul: cognitiv (stereotipuri), planul afectiv-evaluativ (atitudini, prejudecăți) și cel comportamental (discriminare). Prejudecățile se situează la nivelul judecăților cognitive și al reacțiilor afective; când se trece în domeniul actelor, se vorbește despre discriminare.

Conceptul cu cea mai mare forță de cuprindere și explicație, apreciază Iluț, este cel de atitudine (prejudecată), fiindcă acesta se definește ca având o componentă cognitivă și una conativă, de vector motivațional și de intenție comportamentală (Iluț, p. 149). Definit cel mai adesea ca „poziția unei persoane sau a unui grup, de acceptare sau de respingere cu o intensitate mai mare sau mai mică a obiectelor, fenomenelor, persoanelor, grupurilor sau instituțiilor” (Chelcea, 2003, p.46), conceptul de atitudine a suscitât interesul și atenția multor cercetători, atât din domeniile sociale, cât și din domenii conexe.

Baron și Byrne (2000) consideră că atitudinea reprezintă atât evaluările noastre cu privire la realitatea socială în care trăim, cât și măsura reacțiilor noastre, care pot fi favorabile sau nefavorabile față de aceste aspecte. În acest context, atitudinea poate fi văzută ca un indicator al

procesului de interacțiune dintre diferite cunoștințe, evaluări și intenții, devenind astfel posibilă evaluarea ei.

Majoritatea autorilor prezintă trei componente definitorii ale atitudinilor: componenta afectivă (aprobarea sau dezaprobarea obiectului atitudinii), componenta cognitivă (totalitatea informațiilor despre obiect) și componenta conativă (fondul motivațional, predispoziția de a acționa). Studiile recente (Hogg și Cooper (2007) înlocuiesc în modelul pe care îl propun componenta conativă cu o componentă numită intenție comportamentală.

Atitudinea are un caracter relativ stabil în timp, este în general rezistentă la schimbare, fapt datorat în parte elementului afectiv-axiologic pe care îl conține (Iluț, 2009).

De multe ori stereotipurile și atitudinile conduc la comportamente discriminatorii.

În general, discriminarea implică:

- diferențierea între persoane, grupuri și comunități, în dezavantajul unora dintre acestea;
- excluderea și/sau restricționarea anumitor persoane, grupuri și comunități de la activități, beneficii și drepturi conferite de lege;
- tratamentul preferențial acordat anumitor persoane, grupuri, comunități, în comparație cu altele acordându-le privilegii primelor și dezavantajându-le pe ultimele.

Literatura de specialitate semnalează existența mai multor tipuri și forme de discriminare. Astfel, discriminarea variază de la discriminarea directă la cea indirectă, de la cea

individuală la cea instituțională, sau discriminarea pozitivă. Poate fi explicită sau implicită, verticală sau orizontală.

Studiul de față pornește de la definirea discriminării conform legislației naționale. Astfel, se consideră discriminare „orice deosebire, excludere, restricție sau preferință, pe bază de rasă, naționalitate, etnie, limbă, religie, categorie socială, convingeri, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare HIV sau apartenență la o categorie defavorizată care are ca scop sau efect restrângerea sau înlăturarea recunoașterii, folosinței sau exercitării, în condiții de egalitate, a drepturilor omului și a libertăților fundamentale ori a drepturilor recunoscute prin lege, în domeniul politic, economic, social și cultural sau în orice alte domenii ale vieții publice” (Legea nr. 27/2004 privind aprobarea O.G. nr. 77/2003 pentru modificarea și completarea O.G. nr. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare).

Numeroase evidențe empirice semnalează amploarea fenomenului discriminării în România. Astfel, în „Barometrul de opinie privind discriminarea în România – 2004”, cercetare desfășurată în perioada 29 septembrie –7 octombrie 2004, pe un eșantion multistratificat, probabilist de populație adultă (18 ani și peste) a României, volumul eșantionului de 1223 persoane, se arată că prejudecățile și atitudinile discriminatorii față de anumite grupuri de persoane sunt răspândite într-o proporție semnificativă.

Conform acestui studiu, românii tind să aibă atitudini de respingere față de minoritățile sexuale (61%), față de membrii anumitor secte religioase (56%), față de grupurile etnice (față de romi 40%) sau față de bolnavii de SIDA (31%).

Această atitudine, se afirmă în concluziile studiului, este dublată și de o interacțiune scăzută cu aceste grupuri, atât în spațiul public, cât și în spațiul privat.

Într-o altă cercetare, realizată în 2011 de compania de cercetare TNS CSOP la comanda CNCD, asupra unui eșantion reprezentativ la nivel național (volumul eșantionului a fost de 1400 subiecți cu vârsta de peste 18 ani, atât din mediul urban, cât și din cel rural), rezultatele semnalează că aproape jumătate din populație reclamă existența discriminării; se poate afirma astfel că discriminarea nu este un fenomen marginal, ci unul care produce efecte serioase în cadrul societății. Cele mai discriminate categorii sociale, în opinia respondenților, sunt reprezentate de persoanele de etnie romă, persoanele cu dizabilități fizice sau psihice, persoanele infectate cu HIV/SIDA, persoanele fără adăpost, orfanii și persoanele dependente de droguri.

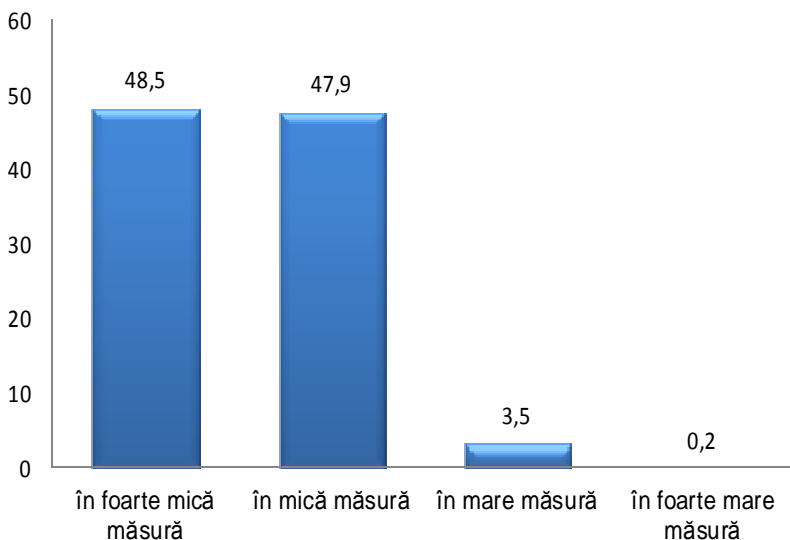
Rezultate

Prezentăm în continuare percepția studenților mediciști asupra fenomenului discriminării în România și din sistemul de sănătate. Au fost evaluați 500 de studenți mediciști, un loc aparte în topica acestui studiu avându-l evaluarea percepției cu privire la propriul comportament de discriminare dar și experiența de a fi fost discriminați a viitorilor specialiști din domeniul sănătății.

Itemul 2 – „În ce măsură considerați că sunteți o persoană care discriminează” urmărește surprinderea măsurii în care propriul comportament de discriminare este conștientizat

și declarat astfel de către viitorii profesioniști din domeniul sănătății.

La această întrebare au răspuns 491 de studenți din totalul de 500 de studenți incluși în lotul de cercetare și, așa cum se poate observa în graficul de mai jos, doar o persoană (0,2%) apreciază că discriminează într-o foarte mare măsură, iar 17 persoane (3,5%) discriminează într-o mare măsură.

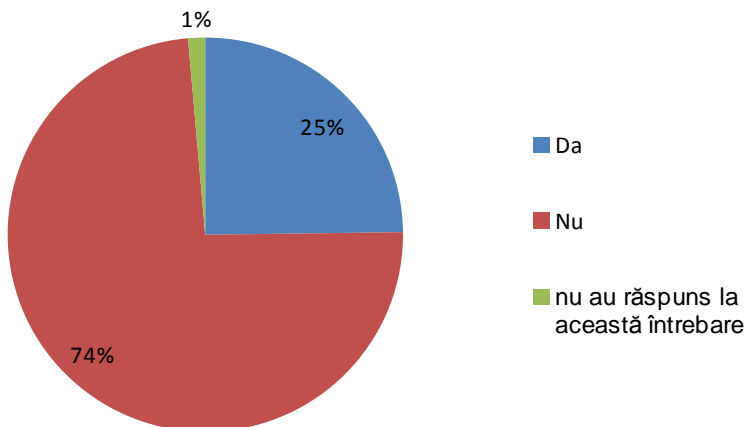


Grafic nr. 1 – Comportamentul de discriminare

Gruparea mării majorități a răspunsurilor (96,4%) în zona discriminării în mică sau foarte mică măsură sugerează că, în general, viitorii profesioniști din domeniul sănătății au o atitudine și un comportament de nediscriminare. În

interpretarea acestui rezultat trebuie să ținem cont însă și de tendința respondenților de a oferi răspunsuri dezirabile social, precum și de tendința de a subaprecia propriul comportament ca fiind unul discriminator.

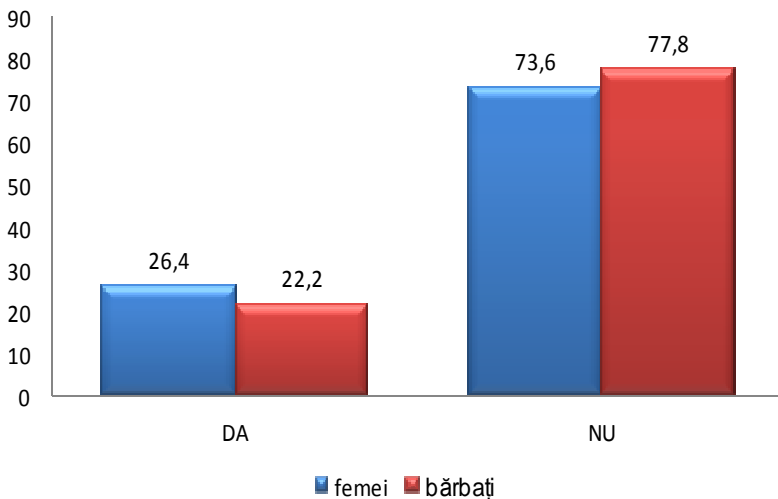
La întrebarea „Ați fost vreodată discriminat?”, 25% apreciază că au avut cel puțin o experiență în care s-au simțit discriminați, iar 74% apreciază că nu au avut această experiență.



Grafic nr. 2 - Experiența discriminării

Remarcăm numărul mare – un student din 4 – al celor care consideră că cel puțin o dată în viață s-au confruntat cu experiența personală de a fi fost discriminați.

În ceea ce privește experiența personală de a fi fost victime ale discriminării, așa cum se poate vedea și în graficul de mai jos, nu există diferențe semnificative între numărul femeilor și al bărbaților.



Grafic nr. 3 – Experiența personală de discriminare

Întrebați asupra motivului discriminării, printre cele mai frecvente motive ale discriminării, respondenții numesc:

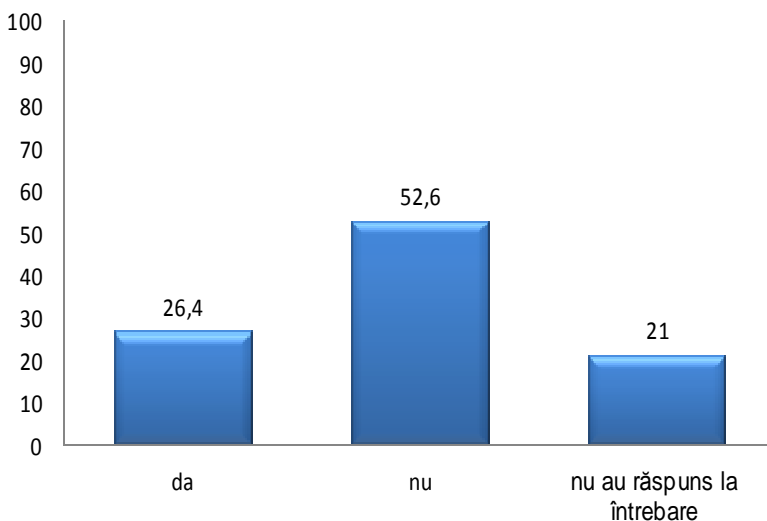
- cetățenia: mulți respondenți apreciază că experiența personală de discriminare a avut loc în străinătate și s-a datorat faptului că sunt români;
- apartenența la un grup social „fără posibilități materiale”: experiența a avut loc în general în școală și s-a datorat „lipsei de posibilități materiale”, „nu am cotizat profesorilor” ș.a.m.d.;
- mediul de proveniență este amintit de unii respondenți, și fac referire la mediul rural („pentru că sunt de la țară”), dar și la regiunile istorice („pentru că sunt din Sud/Oltenia”);
- o parte însemnată a respondenților numește motive ce țin de aspectul fizic: arsuri („aveam o arsură pe

față”), obezitate („eram puțin supraponderal”) și „datorită unor defecte fizice”;

- etnia este amintită de câțiva respondenți („pentru că am pielea mai colorată”), dar și timiditatea („pentru că sunt timid”) sau pur și simplu faptul de a fi perceput ca fiind diferit („pentru că sunt diferită de ei”).

Următoarea întrebare: „Ce ați face în situația în care ați fi discriminat?” vizează identificarea gradului de cunoaștere a instituțiilor din România care se ocupă de problematica discriminării și de protejarea victimelor discriminării.

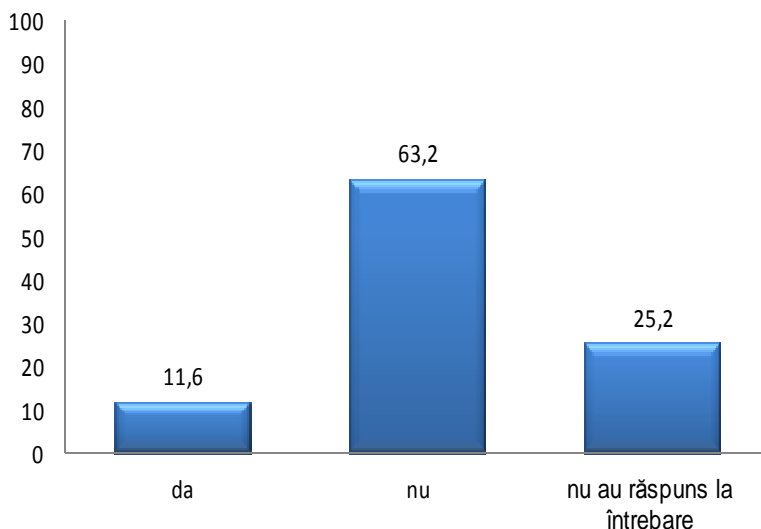
Interesează în aceeași măsură și identificarea intenției comportamentale.



Grafic nr. 4 – Nu aș face nimic

Mai bine de un sfert dintre respondenți (26,4%) afirmă că, dacă ar fi într-o situație de discriminare, nu ar face nimic. Numărul mare al celor care au ales să nu răspundă la această întrebare vine și întărește/completează atitudinea pasivă în fața discriminării, fapt semnalat și în literatura de specialitate.

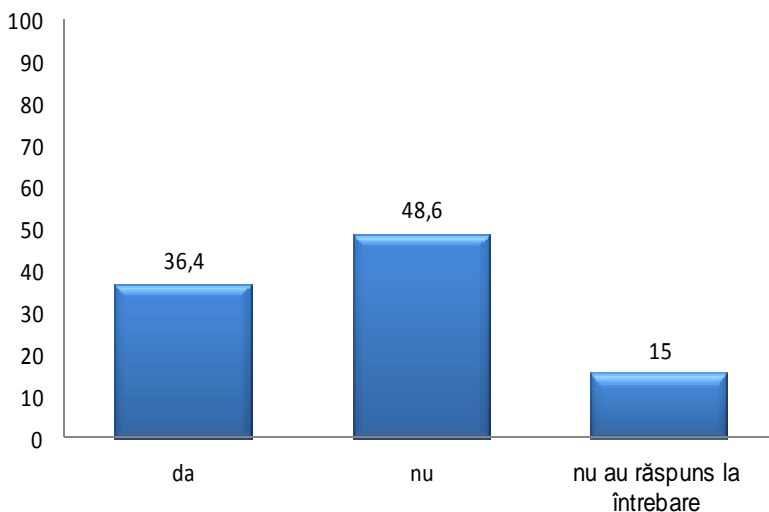
Doar 11,6% ar căuta un avocat; 87,4% dintre respondenți refuză această opțiune.



Grafic nr. 5 – Aș căuta un avocat

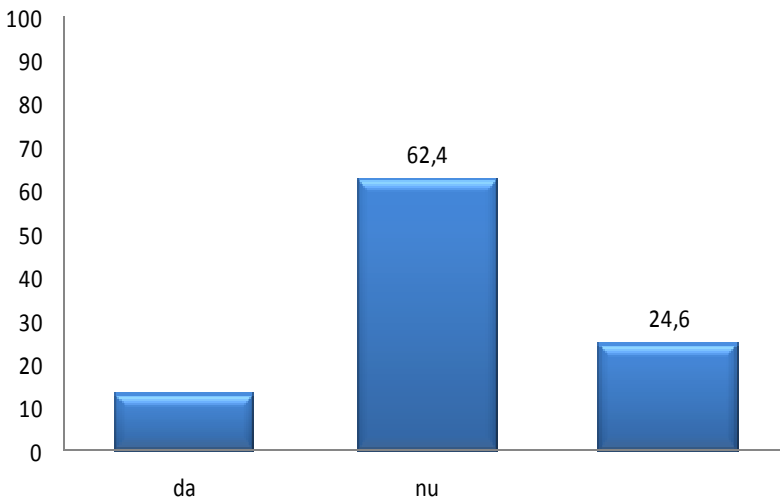
Ambele ipostaze, atât aceea de „a nu face nimic” cât și aceea de a nu alege să consulți un avocat semnalează tendința acestora de a adopta un comportament pasiv în situația în care s-ar confrunta cu experiența de a fi discriminați.

Mult mai mare este procentul (36,4%) celor care apreciază că, dacă ar experimenta o situație de discriminare, ar vorbi cu un prieten, ceea ce sugerează importanța pe care rețeaua de suport psiho-social o poate avea în acest caz, dar și tendința multor persoane de a ascunde, de păstra sub tăcere experiențele personale de discriminare.



Grafic nr. 6 – Aș povesti unui prieten

În schimb, doar 17,2% dintre respondenți ar apela la serviciile unui ONG care să-i îndrume. De semnalat aici procentul mare, de aproape jumătate dintre respondenți (48,6%), care-și exprimă opțiunea clară de a nu apela la serviciile unui ONG care ar putea să-i îndrume în această situație.

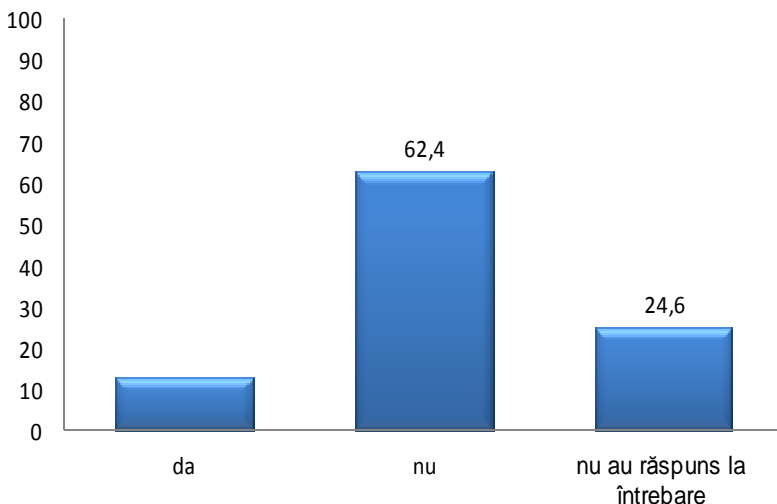


Grafic nr. 7 – Apelarea la serviciile unui ONG

Se ridică astfel problema motivației acestei alegeri: ce îi determină pe studenți să respingă opțiunea consultării unei organizații nonguvernamentale? Avansăm ipoteza că, pe de o parte, o experiență de discriminare ar putea fi interpretată de subiecți ca fiind o experiență extrem de personală, de umilire în general, care vine pe fondul unei diferențe (de clasă socială, etnie, condiție medicală, aspect fizic ș.a.m.d.) percepute între subiect și ceilalți, care poate avea conotația de a fi „rușinoasă” și, mai mult, fără soluție. Nu există cineva sau ceva care să poată fi de ajutor în această problemă, ceea ce sugerează un soi de fatalism și neputință care conduce la pasivitatea victimei. Pe de altă parte, ar trebui investigat modul în care ONG-urile sunt percepute de către populație. În ce măsură, misiunea acestora este corect percepută și, mai ales, în ce măsură acestea sunt percepute ca fiind „de încredere”, de „ajutor”

și eficiente. Date relevante ar aduce și explorarea dimensiunii comportamentului de a cere ajutor unei organizații neguvernamentale de profil (adresabilitatea, în special în rândul tinerilor în această problematică).

Surprinzător este faptul că marea majoritate (91,6%) a celor care au răspuns la întrebarea „Ce ați face în situația în care ați fi discriminat” au respins opțiunea de a suna la CNCD. Așa cum se poate observa în graficul de mai jos, doar 8,4% ar suna la CNCD.

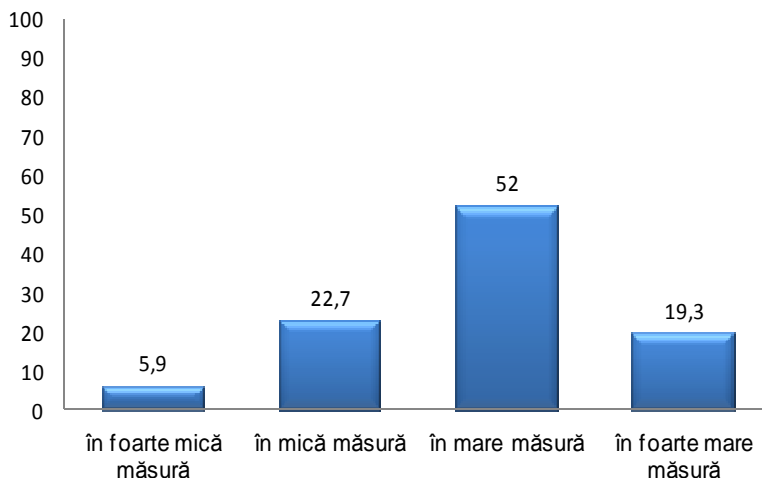


Grafic nr. 8 – Aș suna la CNCD

Numărul mare al celor care nu au răspuns la această întrebare și în general respingerea apelării tocmai la instituțiile și organismele care apără drepturile persoanei și luptă împotriva discriminării sugerează atât carențele în cunoștințe referitoare la fenomenul discriminării și, implicit,

nevoia de informare corectă a viitorilor profesioniști din domeniul sănătății, cât și tendința de a adopta un comportament pasiv în situații de discriminare.

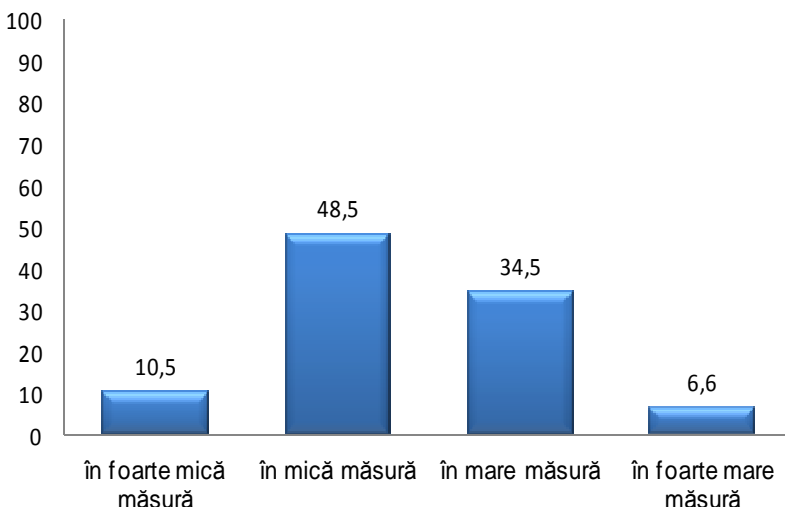
Itemul 5 din chestionar vizează percepția fenomenului de discriminare din România. Astfel, la întrebarea „În ce măsură considerați că există discriminare în România, în școală?”, 71,3% dintre respondenți apreciază că există discriminare în școlile din România și doar 28,6% apreciază că aceasta există doar într-o mică sau foarte mică măsură. Această realitate percepută de respondenți atrage atenția asupra vârstei mici la care apar primele experiențe de discriminare, dar și asupra altor fenomene (în expansiune) ce marchează realitatea școlară (tulburările de conduită, fenomenul de bullying, corupția ș.a.).



Grafic nr. 9 – Percepția discriminării în școală

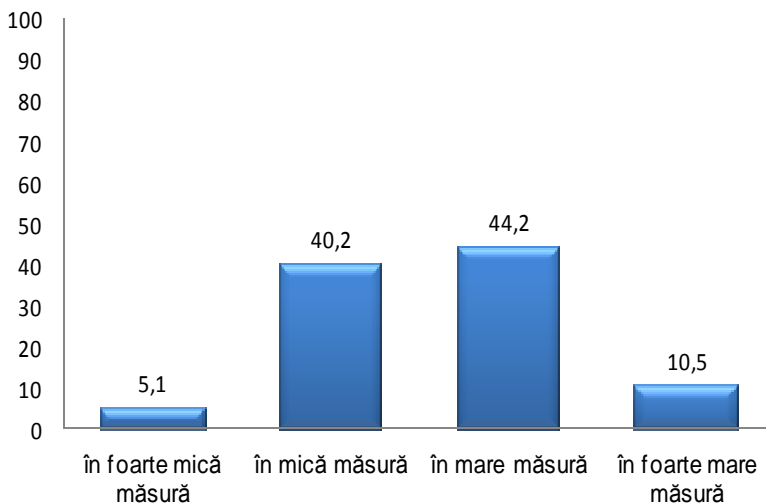
Printre principalele motive ale discriminării în școală, studenții mediciști numesc: „lipsa posibilităților materiale”, „defecte și deficiențe fizice”, „faptul că nu am cotizat”, „timiditatea”.

În universități, fenomenul discriminării este perceput ca fiind de ceva mai mică amploare: 41,1% apreciază că există discriminare într-o mare și foarte măsură, iar 59% consideră că discriminarea există doar într-o mică sau foarte mică măsură.



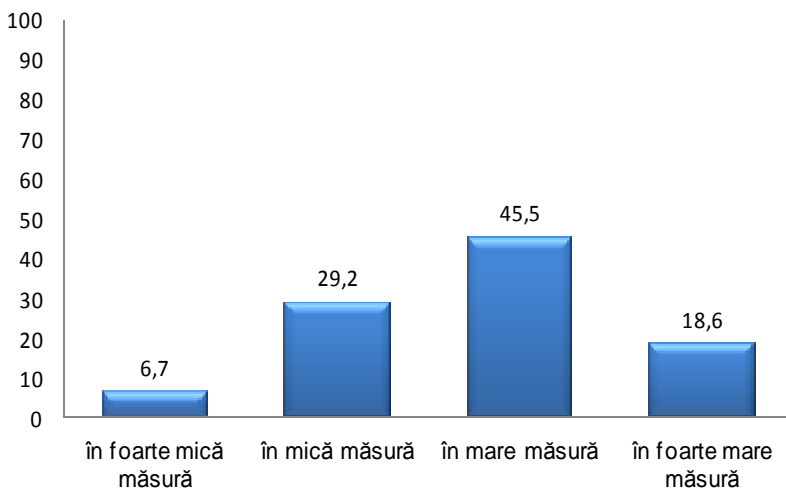
Grafic nr. 10 – Percepția discriminării în universități

În ceea ce privește discriminarea la locul de muncă, răspunsurile se repartizează aproximativ egal: 45.3% în mică și foarte mică măsură, iar 54,7% în mare și foarte măsură.



Grafic nr. 11 – Percepția discriminării la locul de muncă

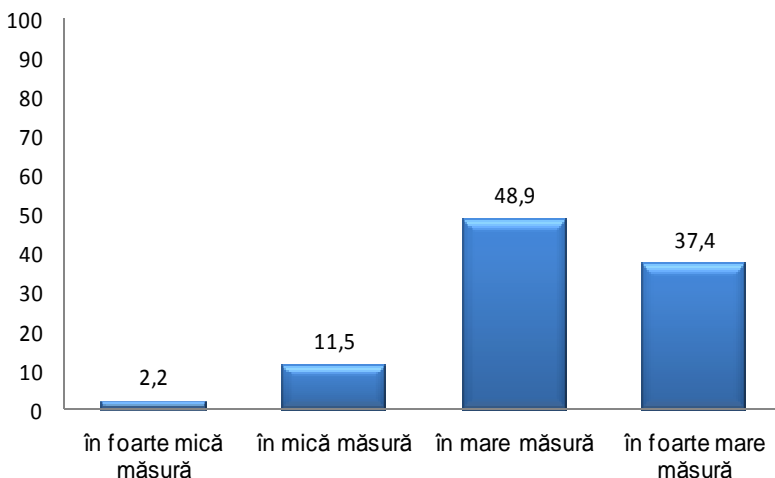
În sistemul de sănătate, 18,6% dintre studenții mediciști apreciază că discriminarea există într-o foarte mare măsură, iar 45,5% într-o mare măsură.



Grafic nr. 12 – Percepția discriminării în sistemul de sănătate

Rezultatele studiului nostru sunt în acord cu rezultate empirice oferite și de alte studii (de exemplu Raport de cercetare – Asociația pentru Dezvoltare și Incluziune Socială, 2011) care afirmă că studenții medicinisti percep discriminarea ca fiind o realitate a sistemului de sănătate din România.

Discriminarea în societate obține cele mai mari scoruri: 84,4% dintre respondenți consideră că există discriminare în societatea românească, iar doar 13,4% consideră că aceasta există într-o mică sau foarte mică măsură.



Grafic nr. 13 – Percepția discriminării în societatea românească

Concluzii

Într-o sumbră clasificare a mediilor din România în care este prezentă discriminarea, în opinia viitorilor profesioniști din domeniul sănătății, pe locul întâi se situează societatea românească (84,4%), urmată de școală (71,3%), sistemul de sănătate (61,4%) și locul de muncă (54,7%). Mediul academic este perceput de doar 41,1% dintre respondenți ca fiind un mediu în care discriminarea se întâlnește în mare sau foarte măsură.

Unul din patru studenți medici are cel puțin o experiență personală de discriminare, iar tendința lor este de a avea un comportament pasiv într-o astfel de situație.

Cei mai mulți studenți nu au cunoștințe suficiente cu privire la instituțiile și organismele menite să apere drepturile persoanelor discriminate.

Aceste rezultate trag un serios semnal de alarmă cu privire la amploarea fenomenului discriminării (percepute), și asupra posibilelor consecințe, ținând cont de mediile strategice în care este ea percepută ca existând: societate, școală, sănătate, muncă.

Bibliografie

1. Baron, R.A.; Byrne, D. (2000), Social Psychology, ediția a noua, Allyn and Bacon, Boston
2. Borza, M. (2010) Atitudinile sociale și schimbarea lor. Editura Polirom, Iași.
3. Bourhis, R.Y., Leyens, J.F. (coord) (1996) Stereotipuri, Discriminare și Relații Intergrupuri, Editura Polirom, Iași.
4. Chelcea, S., Iluț, P. (coord.) (2003) Psihosociologie (psihologie socială), în Enciclopedie de psihosociologie, Editura economică, București.
5. Hogg, M.A.; Cooper, J. (ed.) (2007) The Sage Handbook of Social Psychology, Sage Publications, Thousand Oaks, California.
6. Iluț, P. (2009) Psihologie socială și Sociopsihologie, Editura Polirom, Iași.
7. Grunberg, L. Despre discriminări în sistemul de sănătate – de la teorie la practică – Manual de bune practici. Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013 „Investește în

- Oamenii!” Axa prioritară 3 „Creșterea adaptabilității lucrătorilor și a întreprinderilor”
8. Domeniul major de intervenție 3.2. „Formare și sprijin pentru întreprinderi și angajați pentru promovarea adaptabilității” Titlul proiectului: „Îmbunătățirea adaptabilității, flexibilității și competitivității personalului din sectorul sănătății” Contract nr. POSDRU / 81 / 3.2 / S / 53540
 9. Centrul de Sociologie Urbană și Regională CURS-SA, *Percepții și atitudini față de fenomenul de discriminare*, CNCD, decembrie 2005, p. 9; Metro Media Transilvania.
 10. CNCD, *Barometrul de opinie privind discriminarea în România-2004*, <http://www.cncd.org.ro/biblioteca/>.
 11. CNCD – Raport de activitate pe anul 2011, Cap.4. Sondaj de opinie realizat de TNS CSOP “Percepții și atitudini privind discriminarea în România”.

CAPITOLUL VI.

Empatia în relația medic/student la medicină – pacient

Raluca Sassu

Relația medic-pacient este una din cele mai importante componente ale unui act medical, cu implicații deosebite în reușita acestuia. Literatura de specialitate cuprinde un număr mare de studii cu privire la relația medic-pacient și a caracteristicilor acesteia (Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., Salisbury, C., 2009). Astfel, au fost investigate: durata relației (Gore, Ogden, 1998, Lings, Evans, Seamark et al., 2003), experiența consultațiilor (Tarrant, Windrige, Boulton et al., 2003), complexitatea relației (care cuprinde cunoașterea, încrederea, loialitatea, preocuparea (Ridd, 2009).

Studiile care urmăresc analizarea cunoașterii în relația medic-pacient surprind ambele direcții ale acestei relații, atât cunoașterea medicului de către pacient, cât și a pacientului de către medic. Mulți pacienți preferă să își cunoască medicul (Gore, Ogden, 1998; von Bültzingslöwen, Eliasson, Sarvimaki, Mattsson, Hjortdahl, 2006; Gabel, Lucas, Westbury, 1993; Goold, Klipp, 2002). În acest sens, un rol important îl are faptul că, astfel, pacientul poate să anticipeze comportamentul și reacțiile medicului. În mod similar, și cunoașterea pacientului de către medic (a istoriei sale medicale) este benefică pentru actul medical.

Încrederea, este studiată în două planuri, unul general și unul particular. În mod general, este regăsită la mulți pacienți, care au într-o mare măsură încredere în medici, la modul general. De aici se dezvoltă încrederea la modul particular, într-un anume medic, în anumiți medici. În absența unei experiențe negative, a unei relații considerate negative, pacienții prezumă că medicii sunt de încredere (von Bültzingslôwen, Eliasson, Sarvimaki, Mattsson, Hjortdahl, 2006; Goold, Klipp, 2002).

Loialitatea se referă la faptul că pacienții preferă să consulte același doctor când au de-a face cu probleme pe termen lung, complexe sau emoționale (19). Loialitatea este legată și de toleranța față de aspecte nesatisfăcătoare ale îngrijirii (Gore, Ogden, 1998; Lings, Evans, Seamark et al., 2003; Pandhi, Bowers, Chen, 2007).

Preocuparea îmbină, în studii și cercetări, aspecte legate de confort și de simpatie/preferință. Ea reflectă îngrijirea primită de la medic și respectul reliefat de relația medic-pacient.

Empatia a câștigat mult teren în studiile empirice cu privire la relația medic-pacient. Ea se regăsește ca și concept în actul psihoterapeutic dar și în cel al intervenției medicale.

Încă de acum câteva decenii, Makarov (1978) a sumarizat în trei dimensiuni conceptul de empatie:

- Preluarea rolului celuilalt, vizualizarea lumii prin perspectiva celuilalt, trăirea sentimentelor celuilalt;
- Capacitatea de a decodifica comunicarea non-verbală, interpretarea sentimentelor care însoțesc acest tip de comunicare;

- Transmiterea unui sentiment de compasiune, sau încercarea de a înțelege fără a judeca și de a oferi sprijin (Borkar, 2014).

Hojat (2014) subliniază faptul că empatia este un concept cheie, atât în serviciile de formare a viitorilor medici, cât și pentru medicii practicieni, fiind un atribut unic ce surprinde trei cerințe esențiale:

- Relevanță conceptuală – empatia este direct legată de competența actului medical;
- Relevanță psihometrică – empatia poate fi măsurată în mod reliabil și valid;
- Relevanță empirică – în legătură cu competența clinică și rezultatele pacientului.

Hojat subliniază în același studiu (2014) necesitatea evaluării anumitor constructe ale personalității – printre care și empatia, în admiterea studenților la medicină.

Numeroase studii și cercetări reliefează importanța personalității în performanța academică și competența clinică a studenților la medicină, dar și a medicilor practicieni (Hojat, Erdmann și Ganella, 2013).

Deși, în general, empatia este considerată un concept multidimensional, cu componente cognitive, afective și comportamentale, Hojat definește empatia în contextul educației studenților la medicină sau în actul medical ca având o componentă predominant cognitivă, care implică experiențele, griile, perspectiva și durerea pacienților, combinată cu capacitatea de a comunica această înțelegere în intenția de a ajuta. Astfel, se face diferența între rolul și influența empatiei și simpatiei, în actul medical:

- Empatia în exces este întotdeauna benefică pentru îngrijirea pacientului;
- Simpatia în exces este în detrimentul pacientului, cauzând dependența emoțională și conducând la epuizare emoțională, burn-out și oboseală în ceea ce privește medicii.

Ahrweiler et al. (2014) face o trecere în revistă a principalelor efecte, asocieri pozitive, demonstrate științific, între empatia medicului și rezultatele din domeniul sănătății (al pacienților):

- Compliantă și satisfacție crescută a pacienților (Neumann et al., 2010; Neumann et al., 2011);
- Adaptarea și activarea consolidată a pacienților (Neumann et al., 2010; Neumann et al., 2011);
- Schimb de informație mai bun între medic și pacient (Neumann et al., 2010; Neumann et al., 2011);
- Acuratețe îmbunătățită a diagnosticului;
- Îmbunătățirea statusului metabolic la pacienții diabetici (Hojat, et al., 2011);
- Durată mai scurtă și evoluție mai puțin severă a răcelii obișnuite (Rakel, et al., 2011).

De asemenea, capacitățile de comunicare empatică sunt asociate cu (Ries, Kelley, Bailey, Dunn, Phillips, 2012):

- Creșterea satisfacției pacienților;
- Scăderea erorilor medicale;
- Reducerea plângerilor de malpraxis;
- Rezultate medicale mai bune;
- Îmbunătățirea stării de bine a medicului.

Numeroase asociații ale școlilor medicale din întreaga lume au propus includerea empatiei ca și obiectiv de învățare pentru studenții la medicină.

Ținând cont de aspectele menționate mai sus, o altă direcție importantă în studiul empatiei este dezvoltarea de instrumente care să permită o evaluare cât mai adecvată și raliabilă științific a acestui concept.

De-a lungul timpului au fost dezvoltate numeroase scale, pentru măsurarea empatiei (Lawrence, Shaw, Baker, Baron-Cohen, David, 2004), dar unele dintre acestea prezintă deficite majore. Astfel, Chestionarul lui Mehrabian și Epstein (1972), de măsurare a empatiei emoționale, măsoară de fapt, conform autorilor, trezirea generală a emoțiilor.

Alte scale, de la sfârșitul anilor '60, au încercat să surprindă și empatia cognitivă, însă analiza factorială a dezvăluit faptul că se măsoară de fapt încrederea în sine socială și chiar nonconformitatea (Johnson et al., 1983).

Pe de altă parte, Baron-Cohen și Wheelwright (2004) propun o scală care măsoară empatia, inclusiv la nivel patologic.

Hojat (2013) prezintă Scala Jefferson de măsurare a empatiei, care a fost dezvoltată pentru a măsura empatia în contextul educației medicale și a îngrijirii pacienților, și conceptualizează empatia ca fiind predominant cognitivă, cu referire la înțelegerea suferinței pacienților, a experiențelor acestora și a perspectivelor lor, combinată cu capacitatea de a comunica această înțelegere și cu intenția de a ajuta (Hojat et al., 2009).

În studiul de față am utilizat scala Jefferson de empatie a medicilor (versiunea pentru studenți – R).

Rezultate

Procedura de analiză a răspunsurilor oferite de participanți la această scală a început cu recodificarea răspunsurilor pentru itemii inverși.

Distribuția scorului total, dar și pe sexe se poate urmări în Tabelul nr. 1., împreună cu eroarea standard și abaterea standard (S.E. și S.D.)

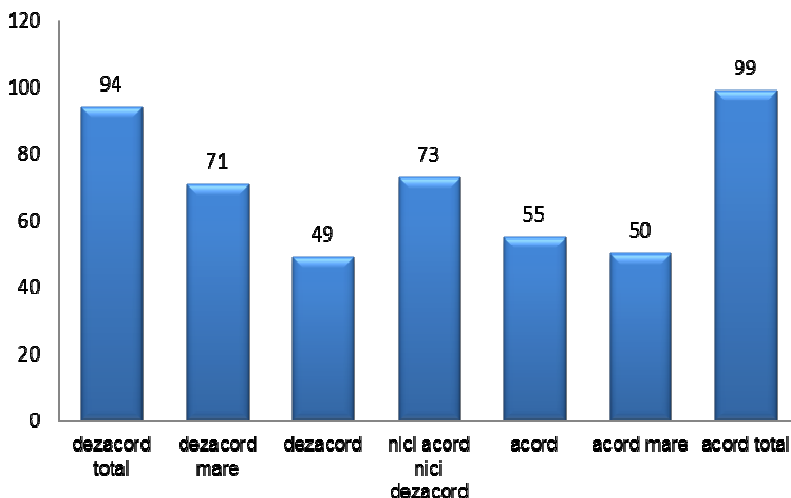
Tabelul nr. 1 – Date descriptive ale participanților la studiu

Participanți	<i>N</i>	<i>M</i>	S.E.	S.D.
Total	461	102.20	.64	13.84
femei	329	102.51	.72	13.07
bărbați	132	101.45	1.36	15.62

După cum reiese și din Tabelul nr. 1, femeile au obținut un scor mai mare decât bărbații, fapt ce corespunde cu datele din literatura de specialitate.

În continuare, vom exemplifica răspunsurile oferite de participanți la diferitele întrebări ale scalei.

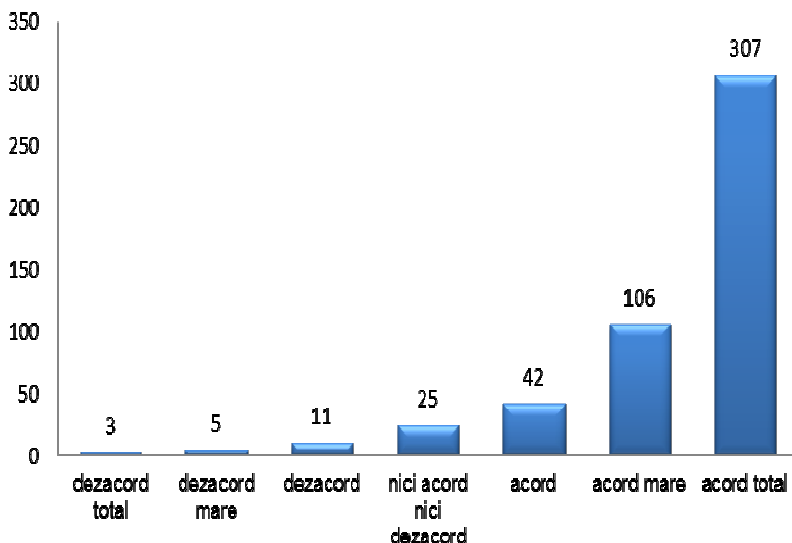
Astfel, la itemul 1 – „Înțelegerea de către medic a trăirilor pacienților și ale familiilor lor nu influențează tratamentul medical sau chirurgical”, răspunsurile sunt distribuite conform Graficului nr. 1.



Graficul nr. 1 – Frecvența răspunsurilor participanților la itemul „Înțelegerea de către medic a trăirilor pacienților și ale familiilor lor nu influențează tratamentul medical sau chirurgical”

Se poate observa că răspunsurile sunt distribuite relativ egal în ceea ce privește „dezacordul total” și „acordul total”, iar răspunsurile de la „acord mare” și „dezacord mare” sunt relativ apropiate. La acest item nu s-a distribuit răspunsul participanților într-un sens sau în celălalt.

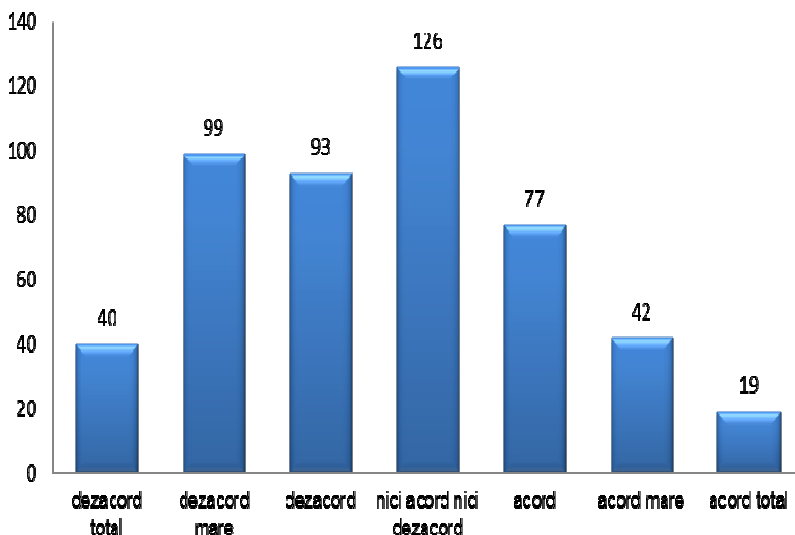
În privința itemului 2 – „Pacienții se simt mai bine când medicii lor le înțeleg trăirile”, răspunsurile se prezintă după cum se poate observa în Graficul nr. 2.



Graficul nr. 2 – Frecvența răspunsurilor participanților la itemul „Pacienții se simt mai bine când medicii lor le înțeleg trăirile“

În acest caz, majoritatea răspunsurilor sunt în sfera „acordului”, până la „acord puternic”, ceea ce reflectă conștientizarea din partea respondenților a importanței înțelegerii trăirilor pacienților de către medic.

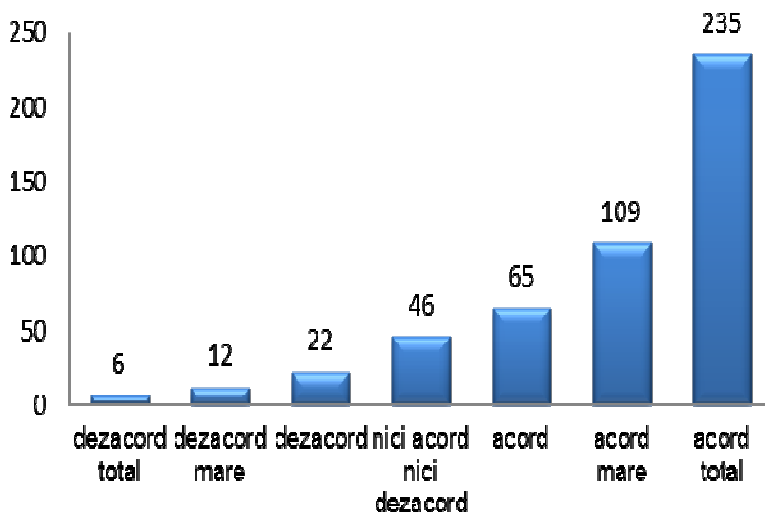
În cazul itemului 3 – „Este dificil pentru un medic să privească lucrurile din perspectiva pacienților”, răspunsurile se prezintă astfel (Grafic nr. 3):



Graficul nr. 3 – Frecvența răspunsurilor participanților la itemul „Este dificil pentru un medic să privească lucrurile din perspectiva pacienților“

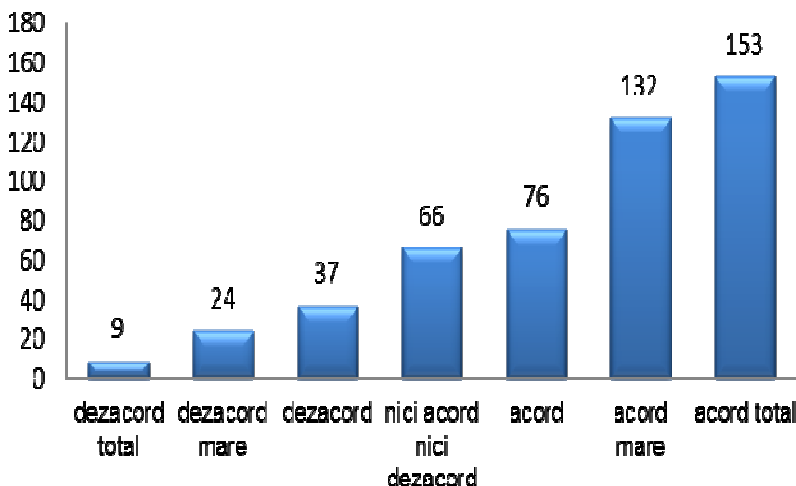
În acest caz, deși majoritatea participanților nu sunt de acord cu afirmația, cel mai mare număr (126) se înscriu în sfera neutră, alegând răspunsul „nici acord, nici deza acord“.

La itemul 4 – „Înțelegerea limbajului non-verbal este la fel de importantă precum comunicarea verbală în relația medic-pacient“, 409 participanți au răspuns în sensul „acordului“ și a „acordului total“, fiind și în acest caz clară înțelegerea importanței comunicării non-verbale în actul medical, după cum reiese și din Graficul nr. 4.



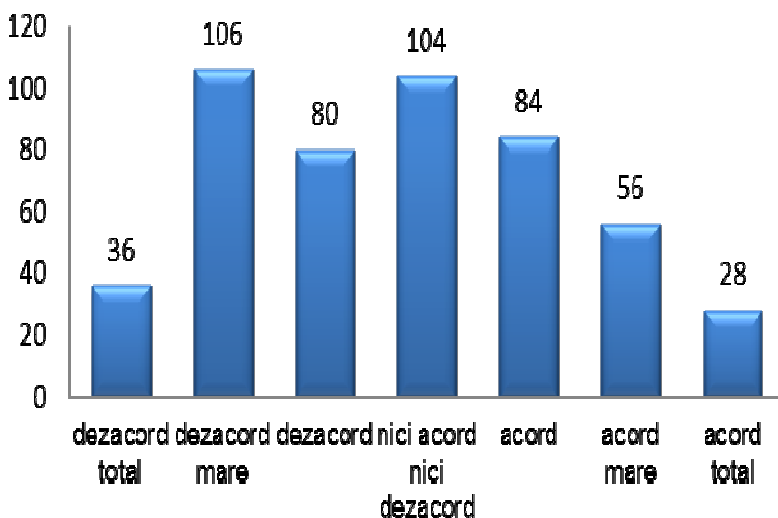
Graficul nr. 4 – Frecvența răspunsurilor participanților la itemul „Înțelegerea limbajului non-verbal este la fel de importantă precum comunicarea verbală în relația medic-pacient“

În ceea ce privește itemul 5 – „Un bun simț al umorului al medicului contribuie la un rezultat terapeutic mai bun”, 361 dintre respondenți consideră că simțul umorului are un rol important în actul terapeutic, fapt ce se poate urmări și în Graficul nr. 5.



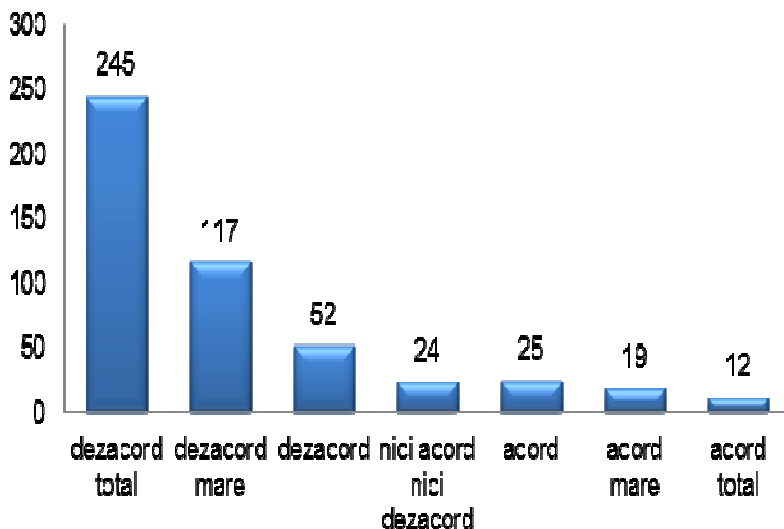
Graficul nr. 5 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Un bun simț al umorului al medicului contribuie la un rezultat terapeutic mai bun”

În cazul itemului 6 – „Deoarece oamenii sunt diferiți, este dificil să văd lucrurile din punctul de vedere al pacienților”, răspunsurile participanților se prezintă într-un mod asemănător itemului 1, cu răspunsuri mai puțin diferențiate. Capetele extreme de răspuns sunt foarte apropiate, 36 de participanți au ales „dezacord total”, iar 28 au ales „acord total”. 80 au ales „dezacord”, 84 au ales „acord”, 100 au ales varianta neutră, „nici acord nici dezacord”. Doar pentru categoria „dezacord mare”, numărul alegerilor (106) este de aproape de două ori mai mare decât pentru „acord mare” (56).



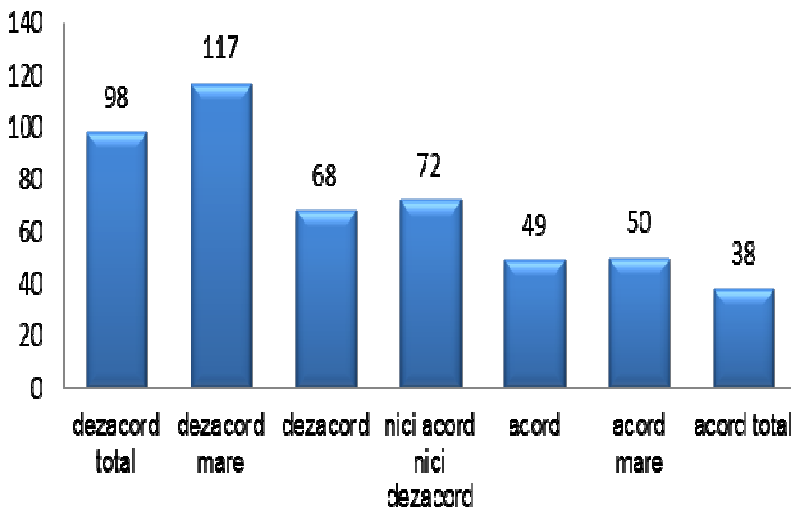
Graficul nr. 6 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Deoarece oamenii sunt diferiți, este dificil să văd lucrurile din punctul de vedere al pacienților“

La itemul 7 – „Atenția față de emoțiile pacienților nu este importantă în timpul anamnezei“, alegerea răspunsurilor majoritare în sfera dezacordului reflectă de fapt importanța acordată de către studenți emoțiilor atunci când se face anamneza pacienților, după cum se poate observa în Graficul nr. 7.



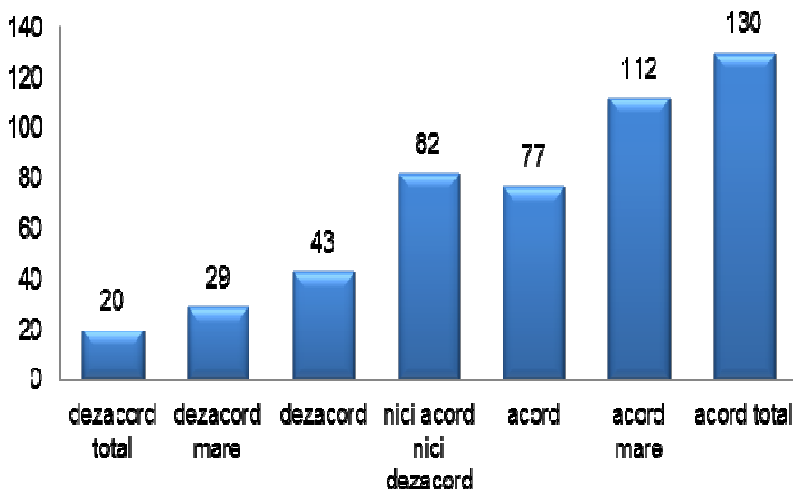
Graficul nr. 7 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Atenția față de emoțiile pacienților nu este importantă în timpul anamnezei“

Pentru itemul 8 – „Atenția acordată experiențelor personale ale pacienților nu influențează rezultatele tratamentului“, răspunsurile variază, 38 de participanți au ales „acord total“, 98 au ales „dezacord total“, observându-se o ușoară înclinare înspre domeniul „dezacordului“, până la „dezacord total“, așa cum reiese și din Graficul nr. 8.



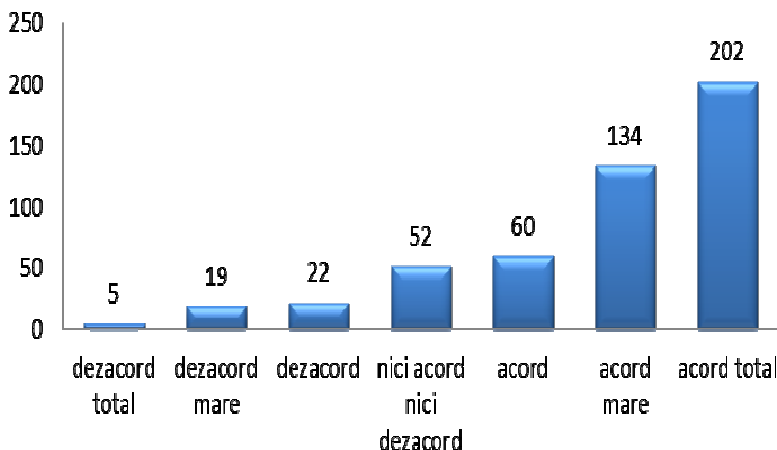
Graficul nr. 8 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Atenția acordată experiențelor personale ale pacienților nu influențează rezultatele tratamentului”

În ceea ce privește itemul 9 – „Medicii ar trebui să se pună în pielea pacienților atunci când îi îngrijesc”, majoritatea respondenților sunt „de acord” cu această afirmație, până la „acord total”, în număr de 319, iar numărul celor care nu sunt de acord (92) este apropiat de al celor care nu au ales nici acord, nici dezacord (82).



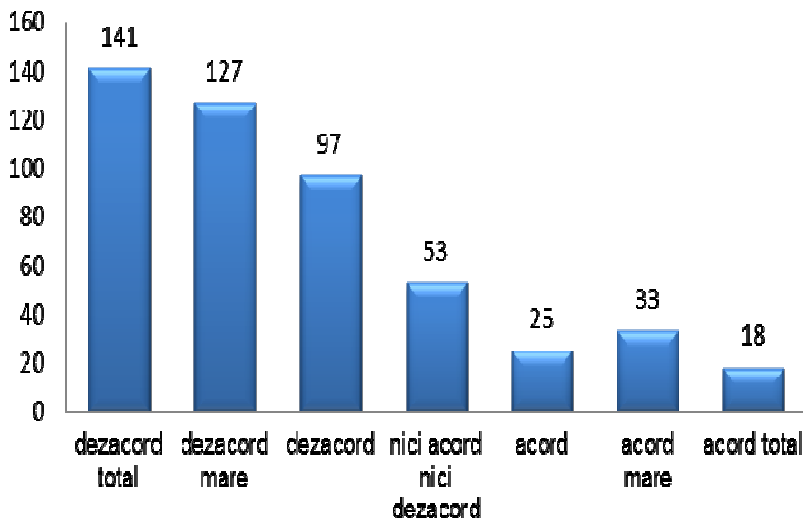
Graficul nr. 9 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Medicii ar trebui să se pună în pielea pacienților atunci când îi îngrijesc”

Pentru itemul 10 – „Pacienții apreciază faptul că medicii le înțeleg trăirile, lucru ce este terapeutic prin el însuși”, răspunsurile participanților reliefează faptul ca studenții la medicină înțeleg cât de important este pentru pacienți ca medicul să le înțeleagă trăirile.



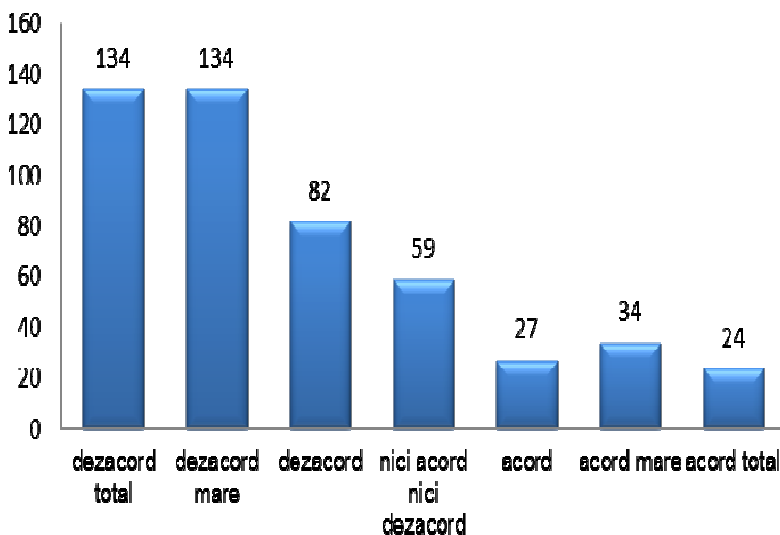
Graficul nr. 10 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Pacienții apreciază faptul că medicii le înțeleg trăirile, lucru ce este terapeutic prin el însuși”

Itemii 11 – „Bolile pacienților pot fi vindecate doar prin tratament medical sau chirurgical, de aceea legăturile emoționale dintre pacienți și medici nu influențează semnificativ tratamentul medical sau chirurgical” și 12 – „A întreba pacienții despre ce se întâmplă în viețile lor personale nu ajută la înțelegerea acuzelor somatice” sunt foarte asemănători în privința răspunsurilor oferite de studenți. Majoritatea au ales să nu fie de acord cu ele, ceea ce înseamnă că legăturile emoționale dintre pacienți și medici sunt importante în tratamentul medical, la fel și interesul manifestat de către medic pentru viața personală a pacientului.



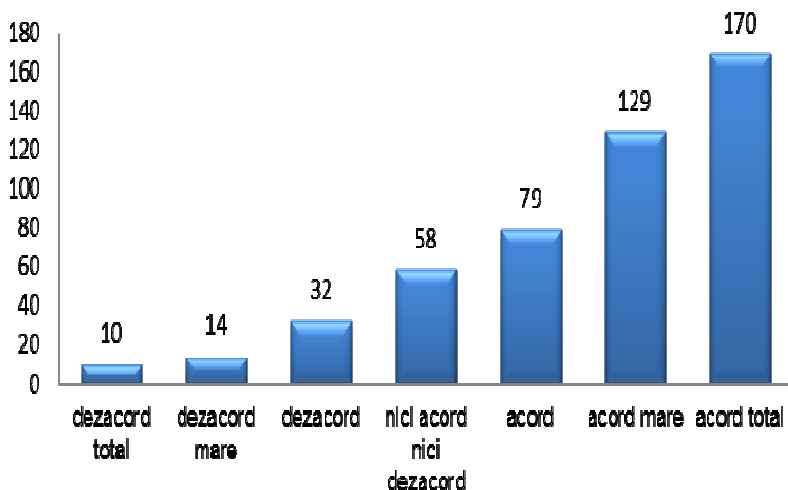
Graficul nr. 11 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Bolile pacienților pot fi vindecate doar prin tratament medical sau chirurgical, de aceea legăturile emoționale dintre pacienți și medici nu influențează semnificativ tratamentul medical sau chirurgical”

Un aspect asemănător se poate constata și pentru itemul 12, în Graficul nr. 12.



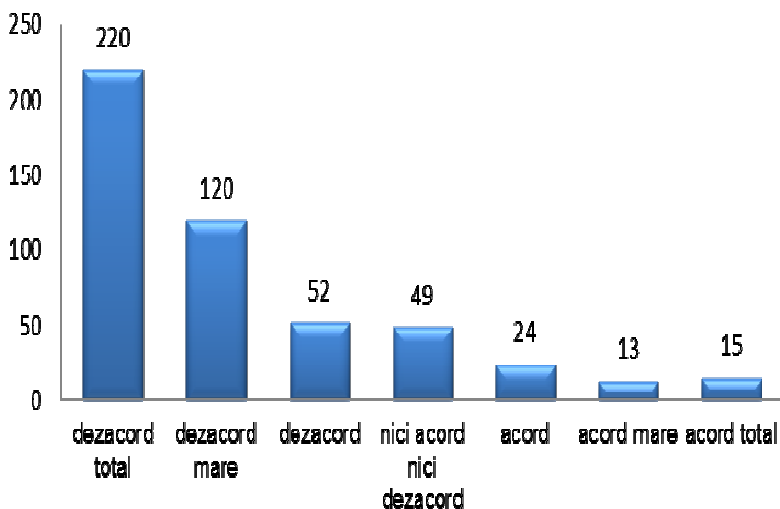
Graficul nr. 12 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „A întreba pacienții despre ce se întâmplă în viețile lor personale nu ajută la înțelegerea acuzelor somatice”

La itemul 13 – „Medicii ar trebui să înțeleagă ce se întâmplă în mințile pacienților acordând atenție răspunsurilor non-verbale și limbajului trupului”, care reflectă capacitatea medicilor de a înțelege pacienții, din perspectivă cognitivă, dar și a comunicării non-verbale, răspunsurile studenților medicaliști evidențiază acordul puternic cu această afirmație, 378 dintre participanți alegând aceste opțiuni. În Graficul nr. 13 este reprezentat acest lucru.



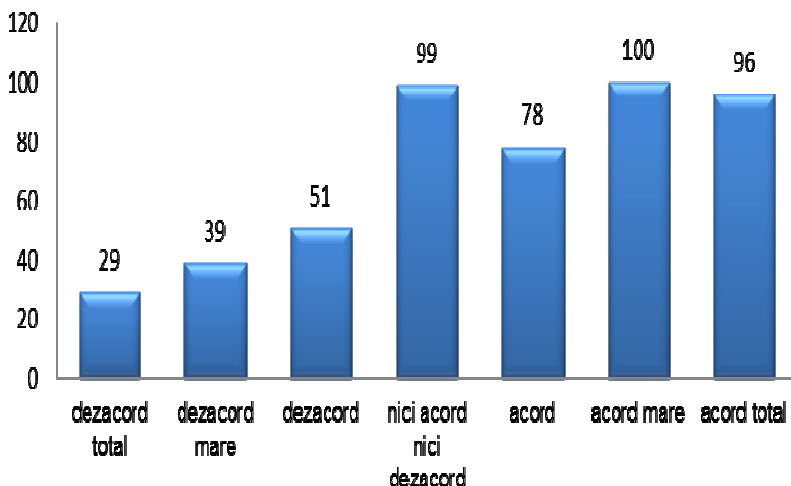
Graficul nr. 13 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Medicii ar trebui să înțeleagă ce se întâmplă în mințile pacienților acordând atenție răspunsurilor non-verbale și limbajului trupului”

În ceea ce privește itemul 14 – „Cred că emoțiile nu au niciun loc în tratamentul bolilor”, opțiunea participanților este foarte clară, considerând prin răspunsurile oferite că nu sunt de acord cu această afirmație (392 de participanți), după cum se poate observa în Graficul nr. 14.



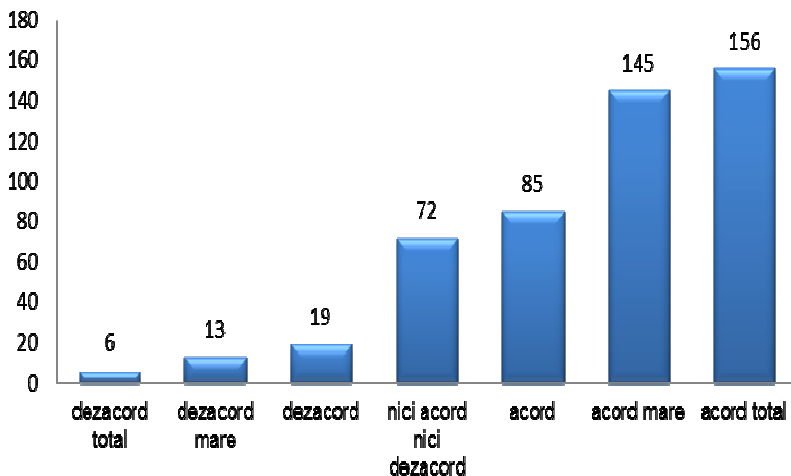
Graficul nr. 14 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Cred că emoțiile nu au niciun loc în tratamentul bolilor“

Pentru itemul 15 – „Empatia este o abilitate terapeutică fără de care succesul medicului este limitat“, care face referire directă la conceptul empatiei și la rolul ei în actul terapeutic, răspunsurile studenților sunt împărțite astfel, 274 dintre ei (55,7%) sunt de acord cu această afirmație, dar, în același timp, un număr semnificativ, de 119 (24,2%) nu sunt de acord cu această afirmație, iar 99 (20,1%) sunt neutri, așa cum reiese și din Graficul nr. 15.



Graficul nr. 15 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Empatia este o abilitate terapeutică fără de care succesul medicului este limitat”

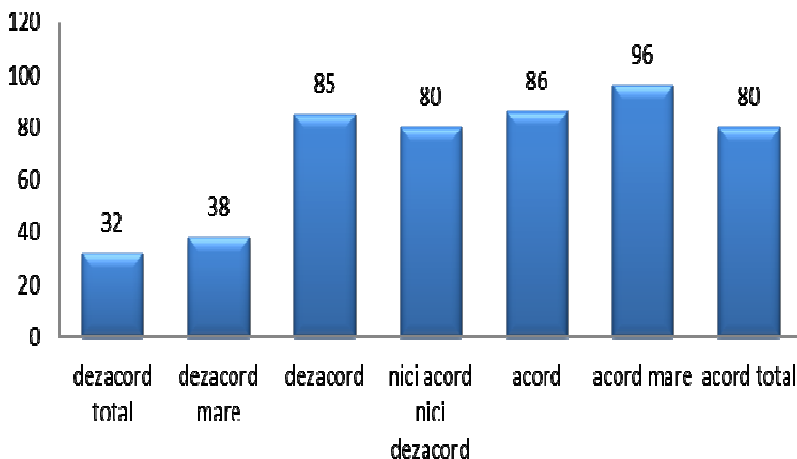
În același timp, răspunsurile la itemul 16 – „Înțelegerea de către medici a statusului emoțional al pacienților lor, precum și al familiilor lor este o componentă importantă a relației medic-pacient” reflectă faptul că studenții consideră a fi importantă înțelegerea de către medici a stării emoționale a pacientului, a familiilor lor, pentru o cât mai bună relație medic-pacient. Acest lucru este evidențiat în Graficul nr. 16.



Graficul nr. 16 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Înțelegerea de către medici a statusului emoțional al pacienților lor, precum și al familiilor lor este o componentă importantă a relației medic-pacient”

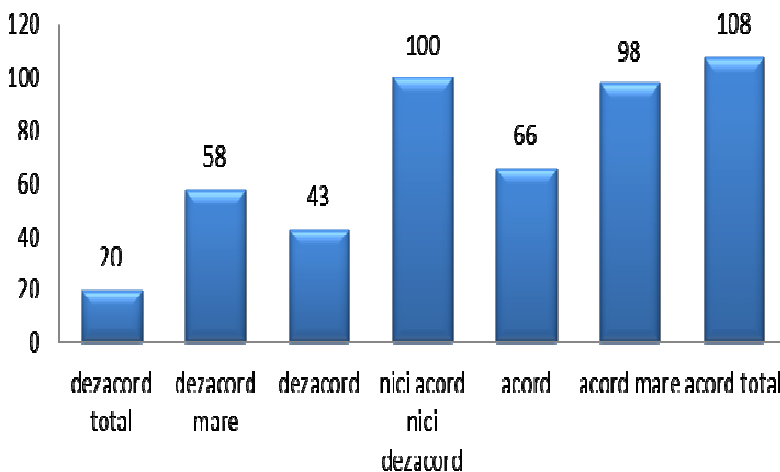
În ceea ce privește itemul 17 – „Medicii ar trebui să încerce să gândească precum pacienții lor pentru a le asigura o îngrijire mai bună”, ce evidențiază capacitatea de înțelegere a perspectivei celuilalt, dar și de preluare, într-o oarecare măsură a acestei perspective, răspunsurile participanților se prezintă astfel: există o distribuție aproape uniformă pentru segmentele „dezacord” (85 dintre respondenți), „nici acord, nici dezacord” (80), „acord” (86), „acord mare” (96), „acord total” (80), în timp ce 38 de participanți au ales „dezacord mare”, iar 32 „dezacord total”. Deși majoritatea este de acord cu această afirmație, nu există o

delimitare clară între variantele de răspuns, după cum se poate observa și din Graficul nr. 17.



Graficul nr. 17 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Medicii ar trebui să încerce să gândească precum pacienții lor pentru a le asigura o îngrijire mai bună”

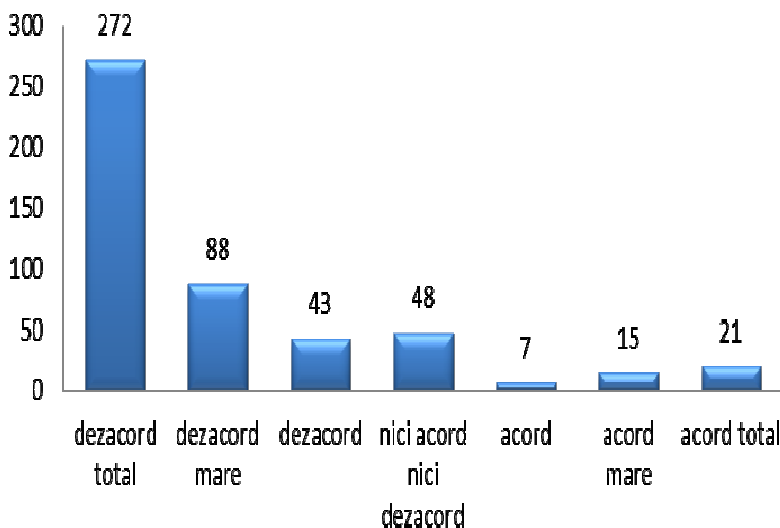
Pentru itemul 18 – „Medicii ar trebui să nu permită să fie influențați de către legături puternice dintre pacienți și membrii familiilor lor” alegerile studenților sunt distribuite asemănător ca în cazul itemului 17, după cum se poate vedea și în Graficul nr. 18.



Graficul nr. 18 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Medicii ar trebui să nu permită să fie influențați de către legături puternice dintre pacienți și membrii familiilor lor”

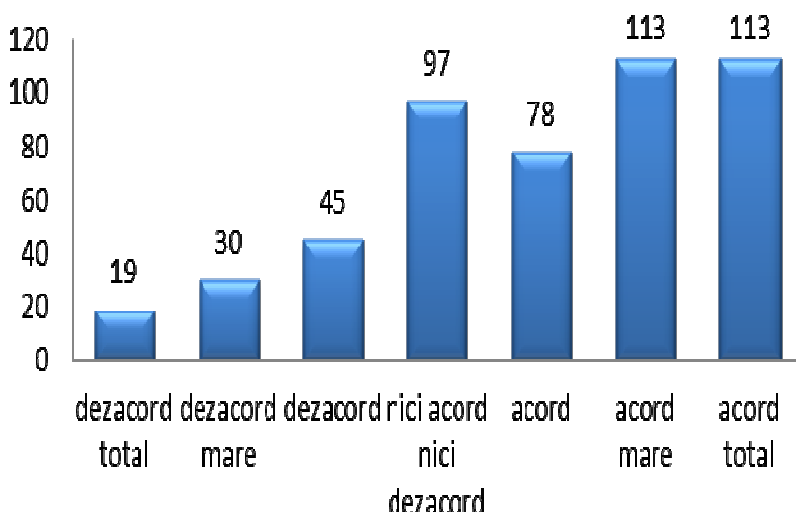
Spre deosebire de itemul 17, pentru itemul 18, alegerile au fost preponderente în zona „nici acord, nici dezacord”, „acord”, „acord mare” și „acord total”, fără evidențierea unei tendințe clare a răspunsurilor.

În ceea ce privește itemul 19 – „Nu-mi plac artele și să citesc literatură nemedicală”, răspunsurile participanților sunt foarte bine diferențiate, în sfera dezacordului, ceea ce certifică opusul aserțiunii care se referă la arte și literatura nemedicală. Mai mult de jumătate dintre respondenți (272 dintre ei) au ales dezacordul total, o opțiune foarte fermă, după cum se poate observa în Graficul nr. 19.



Graficul nr. 19 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Nu-mi plac artele și să citesc literatură nemedicală“

Ultimul item al scalei, al 20-lea – „Cred că empatia este un factor terapeutic important în tratamentul medical sau chirurgical“, în care se menționează conceptul empatiei, răspunsurile se prezintă astfel: majoritatea a optat pentru răspunsurile „acord“, „acord mare“ și „acord total“ (61,4%), în timp ce pentru răspunsul neutru, „nici acord, nici dezacord“ au optat 19,6%. Acest lucru reflectă faptul că empatia este considerată de majoritatea studenților medicaliști un factor terapeutic important în actul medical, dar și faptul că aproape 20% dintre studenți nu au o convingere clară în acest sens. Repartiția răspunsurilor se poate observa în Graficul nr. 20.



Graficul nr. 20 – Frecvența răspunsurilor participanților la studiu la itemul „Cred că empatia este un factor terapeutic important în tratamentul medical sau chirurgical“

În concluzie, putem afirma că empatia, sub diferitele ei aspecte, ale înțelegerii, ale emoțiilor, ale aspectelor de comunicare non-verbală, ale relației medic-pacient, este recunoscută ca importanță de către majoritatea respondenților. Desigur, există și aspecte mai puțin diferențiate (itemii cu răspunsuri apropiate ca și distribuție a frecvențelor), ceea ce se poate constitui într-un punct de plecare pentru dezvoltarea unor activități pentru studenți în legătură directă cu empatia medic-pacient și rolul ei în actul terapeutic, în conținuturi ale diferitelor cursuri sau în activități de formare profesională.

Bibliografie

1. Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163-175.
2. Borkar, Sharmila. (2014). Empathy in Physician–Patient Relationship: The Construct and Its Applicability to India’s Health Care. *Social Change*, 44(3), 423-438. doi:10.1177/0049085714536800
3. Gabel, L. L., Lucas, J. B., & Westbury, R. C. (1993). Why do patients continue to see the same physician? *Family Practice Research Journal*, 13(2), 133-147.
4. Goold, S. D., & Klipp, G. (2002). Managed care members talk about trust. *Social Science & Medicine*, 54(6), 879-888.
5. Gore, J., & Ogden, J. (1998). Developing, validating and consolidating the doctor-patient relationship: the patients' views of a dynamic process. *British Journal of General Practice*, 48(432), 1391-1394.
6. Hojat, M. (2009). Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures. *Journal of Health and Human Services Administration*, 31(4), 412-450.
7. Hojat, Mohammadreza. (2014). Assessments of empathy in medical school admissions: what additional evidence is needed? *International Journal of Medical Education*, 5, 7-10. doi: 10.5116/ijme.52b7.5294

8. Hojat, M., Erdmann, J. B., & Gonnella, J. S. (2013). Personality assessments and outcomes in Medical education and the practice of medicine: AMEE Guide No. 79. *Medical Teacher*, 35(7), e1267-1301. doi: 10.3109/0142159x.2013.785654
9. Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1
10. Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., & David, A. S. (2004). Measuring empathy: reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine*, 34(5), 911-919.
11. Lings, Pam, Evans, Philip, Seamark, David, Seamark, Clare, Sweeney, Kieran, Dixon, Michael, & Gray, Denis Pereira. (2003). The doctor—patient relationship in US primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(4), 180-184.
12. Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 525-543.
13. Neumann, M., Edelhauser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., . . . Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009. doi: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
14. Neumann, M., Scheffer, C., Langer, A., Tauschel, D., Joos, S., Lutz, G., & Edelhauser, F. (2010). [Relevance and barriers of physician empathy in daily practice – current state of research and qualitative

- survey of physicians]. *Rehabilitation* (Stuttgart), 49(5), 326-337. doi: 10.1055/s-0030-1263159
15. Pandhi, N., Bowers, B., & Chen, F. P. (2007). A comfortable relationship: a patient-derived dimension of ongoing care. *Family Medicine*, 39(4), 266-273.
 16. Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009). The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *British Journal of General Practice*, 59(561), e116-133. doi: 10.3399/bjgp09X420248
 17. Riess, Helen, Kelley, JohnM, Bailey, RobertW, Dunn, EmilyJ, & Phillips, Margot. (2012). Empathy Training for Resident Physicians: A Randomized Controlled Trial of a Neuroscience-Informed Curriculum. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1280-1286. doi: 10.1007/s11606-012-2063-z
 18. Tarrnt C, Stokes T, Baker R (2003) Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 53: 798–800
 19. von Bultzingslowen, I., Eliasson, G., Sarvimaki, A., Mattsson, B., & Hjortdahl, P. (2006). Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Family Practice*, 23(2), 210-219. doi: 10.1093/fampra/cmi103



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
ȘI CERCETĂRII



ULBS
Universitatea de Medicină și Farmacie
"Carol Davila" București

CAPITOLUL VII.

Atitudinea de discriminare/nediscriminare față de romi

Sorina Corman

„În cele 180 de țări independente din lume, există aproape 600 de comunități lingvistice și peste 5000 de comunități etnice. Nu există țară „absolut națională”, în care toată populația să vorbească aceeași limbă, să aibă aceeași limbă, să aibă aceeași origine etnică și aceeași credință religioasă” (Miftode, 2004,101).

În cadrul cercetării realizate, una din categoriile sociale considerată cu risc de discriminare în societate, și deci și în sistemul românesc, este și cea a persoanelor de etnie rromă.

Donald Young arată că o minoritate este „ceea ce oamenii etichetează drept minoritate”, subliniind vizibilitatea acesteia, iar Louis Wirth scrie că grupul respectiv „trebuie să capete un tratament diferențiat, mai prost....” și membrii săi „trebuie să fie conștienți de situația lor ca membri ai grupului minoritar” (Corman, 2008).

De-a lungul timpului, au fost identificate patru caracteristici importante ale minorităților: identificabilitatea, puterea diferențială, tratamentul diferențial și priorativ sau discriminarea și conștiința de sine a grupurilor minoritare.

Romii ca minorități, în sens larg, înseamnă „grupuri sociale, politice, etnice, rasiale, lingvistice, religioase, culturale care există într-o societate și dispun de un număr de membri mai mic decât cel al colectivității din care fac parte – colectivitatea reprezentând majoritatea” (Frăsie, 2010, 471).

Rolul statului bunăstării este de a construi politici care să diminueze problematicile sociale și să asigure populației un standard acceptabil de viață.

„Majoritatea cercetătorilor se află în consens în ceea ce privește standardul de viață scăzut al romilor, considerându-l a fi cea mai critică problemă a acestei populații” (Mărginean, 2001, 11).

În România, multe familii de romi trăiesc în sărăcie, reușind cu greu să acopere costurile de întreținere ale familiei și cele ale educației. Fiindcă cele mai multe familii de etnie romă nu reușesc să depășească nivelul de sărăcie în care se află, acestea experimentează dimensiuni specifice ale vieții la limită. De exemplu: experiența foamei, experiența frigului, condiții de dormit precare, vârsta mamelor la prima naștere și munca, furtul și cerșitul (Vasile, 2012).

Prevederi normative legate de principiul egalității în fața legii există în orice constituție modernă, iar majoritatea strategiilor în domeniul protecției minorităților promovează egalitatea de șanse în educație, muncă, cultură etc., precum și dreptul la diferență al individului, al grupului și deci al minorității (Miftode, 2004, 110).

La nivel mondial s-au propus acțiuni pentru integrarea acestei etnii. În efortul de a combate discriminarea romilor,

Open Society Institute și Banca Mondială au avut inițiativa „Deceniului de Incluziune a Romilor 2005 – 2015”, pentru „asigurarea accesului egal al romilor la educație, locuințe, locuri de muncă și îngrijire medicală”.

După căderea regimului comunist, sub influența Uniunii Europene și a unor organizații ale minorităților etnice, obiectivul de protecție a minorităților naționale s-a aflat pe primele locuri în politicile sociale ale țării (Corman, 2008, 492), elaborându-se chiar, în 2001, Strategia guvernamentală privind îmbunătățirea situației romilor. Aceasta a prezentat un program pe 10 ani, cu un plan de activități pentru patru ani, începând din 2002. Ea a cuprins o analiză detaliată a situației romilor, propunând măsuri care să rezolve sau să diminueze o paletă largă de probleme ale minorității române, precum condițiile de trai, sănătate, protecție socială, angajare, justiție, educație, cultură și comunicare, combaterea discriminării, reprezentarea populației în diferite structuri ale administrației centrale și locale. În lucrarea „Politici Publice pentru Romi. Evoluții și Perspective.” se arată că (Ionescu, Căce, 2006, 53): „Cele mai semnificative strategii care se referă la etnia romă (Strategia de îmbunătățire a situației romilor – HG nr. 430/2001, Planul național anti-sărăcie și de promovare a incluziunii sociale, care are un capitol special destinat romilor, Joint Inclusion Memorandum, Strategia națională de ocupare a forței de muncă etc.) au fost realizate printr-o colaborare între liderii romi și diverși specialiști, rezultatele studiilor și indicatorii constituind un sistem de referință esențial pentru fundamentarea priorităților, obiectivelor și țințelor strategiilor menționate.” Din păcate, rezultatele implementării lor nu au fost cele așteptate.

„Protecția reală a grupurilor minoritare presupune garantarea unor drepturi egale, nu a unor drepturi suplimentare în raport și în dauna populației majoritare. În plus, nici o revendicare a unei majorități nu poate intra în contradicție cu legile interne (cu Constituția statului) sau cu normele adoptate de organismele internaționale (ONU, CE, UE etc.)” (Miftode, 2004, 104).

Din cercetările privind problematica socială în comunitățile de romi din România rezultă faptul că majoritatea comunităților de romi se confruntă cu probleme precum șomajul, nivelul scăzut de educație sau lipsa titlurilor de proprietate asupra terenului (Voicu și Precupețu, 2007, 223).

Una dintre concluziile Analizei Riscurilor Sociale și Demografice efectuată în anul 2009 de o comisie prezidențială formată din experți pe domeniul politicilor sociale este că: „Două riscuri specifice caracterizează minoritatea romilor din România: toți se confruntă cu discriminarea și un segment disproporționat de mare trăiește la periferia societății contemporane” (Duminică et al., 2009, 205).

Nivelului de trai foarte scăzut i se adaugă și alte probleme cu care aceștia se confruntă, precum nivelul educațional scăzut, discriminarea, violențele interetnice etc.

„Fetele rome se confruntă cu riscuri disproporționate – inegalitatea de gen fiind mai pronunțată în cazul populației de etnie romă. O proporție de 10% dintre fetele rome au primul copil între 12 și 15 ani, iar 48% între 16 și 18 ani. Doar aproximativ 53% dintre bărbații romi și 23% dintre femeile rome realizează muncă plătită, însă doar 36% dintre bărbații romi care realizează muncă plătită sunt

salariați, comparativ cu 77% dintre bărbații ne-romi. Raportat la totalul populației adulte, doar 19% dintre bărbații romi și 11% dintre femeile romi au statut de angajați, comparativ cu 40% dintre bărbații de alte etnii și, respectiv, 31% dintre femeile de alte etnii.” (Gorski și Corman, 2011, 41).

În ceea ce privește discriminarea romilor, Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării este singura instituție care, potrivit raportului Comisiei prezidențiale pentru monitorizarea riscurilor, și-a asumat în mod activ combaterea discriminării, inclusiv a discriminării împotriva cetățenilor români romi. Totuși, rolul său este limitat, rezumându-se la constatarea existenței faptelor de discriminare și la formularea de recomandări și sesizări pentru autoritățile competente (Duminică et al, 2009: 211).

În istoria evoluției omenirii s-au conturat trei soluții la problema minorităților etnice:

„I. Asimilarea sau subordonarea celor puțini de către cei majoritari prin forță sau prin mecanisme de convingere; exterminarea este soluția extremă și cea mai violentă.

II. Promovarea multiculturalismului și a pluralismului social, asigurarea egalității în drepturi a tuturor cetățenilor indiferent de criterii etnice, religioase sau de altă natură.

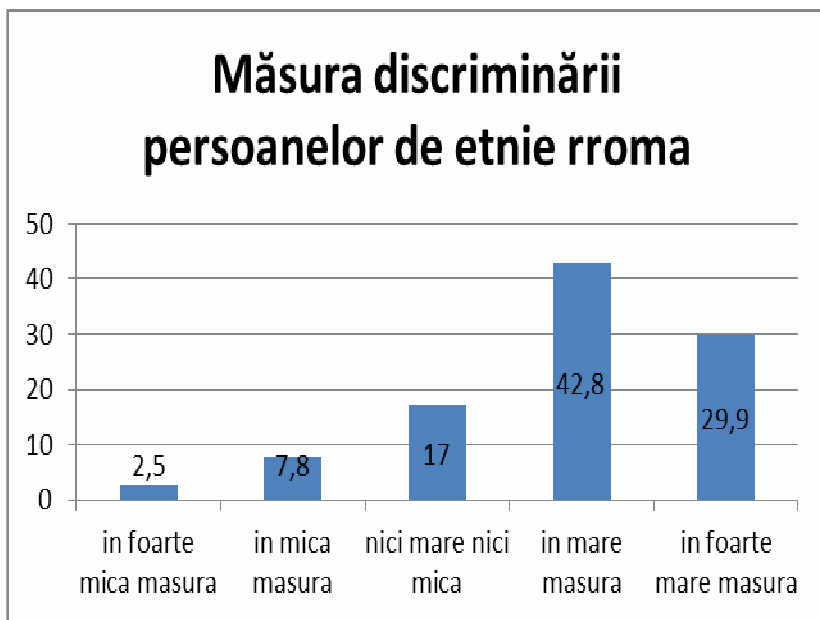
III. În condițiile particulare, când nici una dintre soluțiile deja menționate nu poate fi aplicată, se procedează la transferul de populație dintr-o zonă în alta, sau la schimbul de populație între țările vecine sau beligerante.” (Miftode, 2004, 101-102).

Rezultate

În cazul cercetării realizate de noi, instrumentul de culegere a datelor a avut câteva întrebări/ enunțuri menite să ne furnizeze informații de natură cantitativă privind această categorie socială: „În ce măsură considerați că rromii sunt discriminați în sistemul de sănătate în România?”; „Apreciați, încercuind cifra corespunzătoare, pe o scală de la 1 la 10 cât de rece/cald simțiți față de rromii, unde 1 înseamnă foarte rece, 5 înseamnă neutru și 10 înseamnă foarte cald”; „Cât de rece/cald simțiți față de persoane de o altă etnie, unde 1 înseamnă foarte rece, 5 înseamnă neutru și 10 înseamnă foarte cald”.

Un prim rezultat pe palierul discriminarea persoanelor de etnie romă este cel legat de opinia studenților Facultății de Medicină, chestionați cu privire la măsura discriminării acestei categorii sociale.

Așa cum se poate observa din graficul de mai jos, peste 70% din subiecții chestionați consideră că rromii sunt discriminați în mare și foarte mare măsură în sistemul de sănătate din România.



Grafic nr. 1 – Măsura discriminării persoanelor de etnie rroma

Acest rezultat evidențiază faptul că studenții chestionați cunosc realitatea socială și sunt conștienți de problemele sociale cu care se vor confrunta în exercitarea profesiei. Din perspectiva teoriei sistemelor, potrivit căreia fiecare sistem este cuprins într-un mediu, iar în acest mediu sunt cuprinse și alte sisteme cu care acesta interacționează, mediul fiind compus din variabile, iar, datorită acestor variabile, întreg mediul suportă modificări (Alexiu, 2011, 335), acest rezultat este unul foarte semnificativ. Discriminarea rromilor din sistemul de sănătate influențează și este influențată de alte sisteme, precum cel de educație, cel economic, cel juridic etc., prin urmare abordarea

problematicii discriminării persoanelor de etnie rroma trebuie să facă referire la toate aceste dimensiuni ale vieții sociale aflate în interrelații sistematice cu sistemul de sănătate.

Calitatea vieții persoanelor de etnie rroma (inclusiv determinanții din sistemul de sănătate) depinde de mai mulți factori, inclusiv factori care au generat conflicte la nivelul unei societăți. Datorită acestor factori și acestor probleme, întreaga populație de romi este afectată și discriminată.

Cătălin Zamfir afirmă că indicatorii calității vieții stau la baza unui sistem complex de indicatori sociali, economici, politici și demografici, cu care aceștia interacționează și produc schimbări la nivelul societății (Zamfir, 1990, 21). Prin urmare, este nevoie de schimbări în sistemul de sănătate din România pentru a aduce schimbări la nivelul macrosistemului social din perspectiva nondiscriminării, iar studenții Facultății de Medicină, prin răspunsurile oferite, își asumă rolul de factori de schimbare în direcția nondiscriminării.

În cadrul instrumentului aplicat pentru culegerea datelor au fost surprinse nu doar opiniile subiecților, ci și stările pe care studenții chestionați declară că le au sau le previzionează în raport cu persoanele de altă etnie, respectiv cu persoanele de etnie rroma.

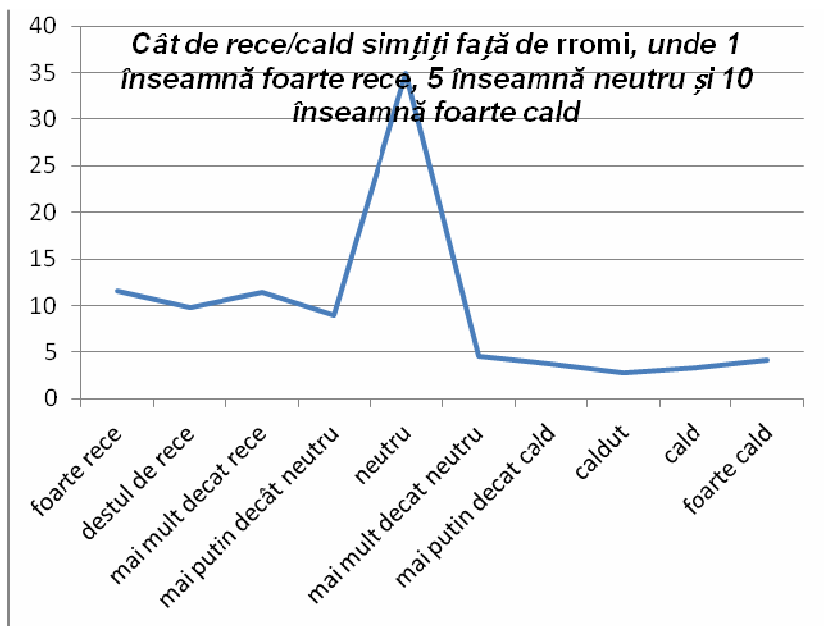
Pentru a surprinde cu obiectivitate perspectiva studenților Facultății de Medicină din cadrul Universității „Lucian Blaga” din Sibiu în legătură cu persoanele de etnie rromă, chestionarul a cuprins și invitarea respondenților de a

enumera trei cuvinte care le vin în minte în legătură cu această categorie socială discriminată. Răspunsurile lor, deși diverse, au fost clasificate astfel: răspunsuri care fac referire la problematici ale acestei etnii („sărac”, „murdar”, „neîngrijit”, „furt”, „scandaluri”, „divergență”, „neînțelegeri”, „violență”), răspunsuri cu trimitere la politicile publice/sociale care vizează integrarea și respectarea drepturilor romilor („toleranță”, „atenție”, „grijă”, „nediscriminare”, „respect”, „compasiune”, „normalitate”), precum și răspunsuri care denumesc stări și trăiri ale persoanelor cu care acestea interacționează („răbdare”, „calm”, „nervozitate”).

Răspunsurile lor sunt polarizate: sfera aspectelor negative și sfera aspectelor pozitive (ușor diminuată față de prima). Cuvintele enumerate trimit în majoritate în zona stigmatizării și etichetării, crescând astfel riscul marginalizării, discriminării și excluziunii sociale a acestei categorii sociale. În cadrul suportului de curs, capitolul „Discriminarea romilor” primește caracterul de imperios necesar, având în vedere necesitatea abordării cu rigurozitate a acestor aspecte reieșite din analiza nevoilor de formare ale studenților în domeniul discriminării.

Una din întrebările chestionarului identifică dimensiunile obiective și subiective ale oferirii de asistență medicală. Subiecții au fost invitați să aprecieze, încercuind cifra corespunzătoare, pe o scală de la 1 la 10, cât de rece/cald simt față de persoanele de altă etnie, unde 1 înseamnă foarte rece, 5 înseamnă neutru și 10 înseamnă foarte cald. În graficul de mai jos expunem rezultatele obținute:

Aceeași neutralitate la nivelul simțurilor, este declarată de subiecții chestionați și în cazul persoanelor de etnie romă:



Grafic nr. 3 – Senzația simțită în prezența unei persoane de etnie roma

Calitatea vieții este un concept dimensional și părțile sale interacționează reciproc, afectând, de asemenea, și întregul sistem (Bowling, 2003, 3).

Urmărind rezultatele din graficul de mai sus, putem recomanda ca în cadrul cursului pe domeniul nondiscriminării de care studenții vor beneficia să fie introduse și aspecte legate de dimensiunile subiective ale determinantilor calității vieții, dimensiuni subiective care pot determina schimbări de atitudini și comportamente.

Potrivit teoriei conflictului, conflictul și schimbarea sunt inerente în lumea socială, la fel cum sunt decizia și performanța. Această teorie a fost elaborată pentru a oferi o explicație logică pentru diferitele acțiuni consacrate în societate. Dat fiind faptul că fiecare individ, grup, organizație sau orice altă instituție a socialului reprezintă o forță, putem spune că acțiunile sale stimulează contraforțe. Atunci când forța întâlnește contraforța, acestea fie cooperează, fie intră în conflict (Bartos și Wehr, 2002, 6).

Un factor care poate produce conflict este discriminarea. Aceasta poate genera un conflict între „cei care discriminatează” și „cei care sunt discriminați”. Datorită acestui conflict apare marginalizarea și excluziunea socială. Discriminarea este unul din principalii factori care produc conflicte atât între populația de etnie romă, cât și între populația de etnie romă și alte etnii.

Societatea și instituțiile din interiorul societății, ca de exemplu: sănătatea, educația, economia etc., se află în dependență reciprocă, funcționând împreună, depinzând una de cealaltă, fiecare din aceste instituții îndeplinind un rol în funcționarea întregii societăți (Diaconu, 2004, 31). Pentru evitarea unor încălcări ale drepturilor omului, precum și pentru construirea unor atitudini non-discriminative, este nevoie ca toate instituțiile din interiorul societății să funcționeze, adică sistemul de sănătate, sistemul educațional, sistemul economic și sistemul politic. Din această perspectivă, rolul viitorilor profesioniști în domeniul medical este unul esențial. Ei trebuie să-și conștientizeze rolul și importanța în construirea unui sistem medical non-discriminatoriu.

În societățile eterogene, fiecare minoritate etnică poate avea propriile sale reguli, norme, proiecte legate de gestionarea economiei, școală, natură etc. (Diaconu, 2004, 33). Populația de etnie rroma are propriile reguli, norme de organizare, de socializare, de educare a copiilor; de asemenea are propria limbă, cultură, ceea ce arată că nu este nevoie să schimbăm întreg sistemul de funcționare al comunității rrome, ci este necesar să încercăm să diminuăm sursele care produc dezechilibrul funcțional. Calitatea vieții persoanelor de etnie rromă este determinată în mare parte de instituțiile societății în care trăiesc. Spre exemplu – ca și în cazul teoriei sistemice – dacă sistemul medical al unei societăți nu sprijină sănătatea populației fără să discrimineze, atunci șansele ca populația discriminată să fie integrată în societatea în care trăiește sunt minime. Prin urmare, pentru ca societatea să funcționeze, instituțiile din interiorul ei trebuie să își ducă la îndeplinire toate obiectivele, inclusiv cele de a proteja drepturile omului.

În opinia studenților Facultății de Medicină, rromi sunt discriminați atât din cauza unor factori interni, care au legătură cu persoanele de etnie rromă, cu comportamentul și atitudinile lor, cât și din cauza unor factori externi (modelele culturale sociale sau lipsuri determinate de situația socio-economică). Din categoria răspunsurilor care fac referire la comportamentele deviante se remarcă: „fură”; „încă nu au reușit să pună capăt acestor tradițiilor deviante”; „au un comportament dezagreabil”; „unii dintre ei fac multe greșeli”; „nu dau dovadă de respect”; „fac delikte”; „sunt indisciplinați”; „infractori”. Influența modelelor culturale în discriminarea persoanelor de etnie rromă

rezultă din explicații ale discriminării romilor precum: „datorită ideilor generale impuse de societate”; „se urmează un stereotip”; „sunt de altă etnie”; „au făcut o groază de lucruri rele, dar și datorită unei măști create de noi”; „au obiceiuri diferite”; „au un comportament diferit”; „astă mentalitatea oamenilor”; „domină vechile mentalități”.

Alte răspunsuri ale studenților chestionați la întrebarea „De ce sunt discriminați romei?” sunt axate pe lipsurile acestora, starea lor de sărăcie și de vulnerabilitate: „nu au o educație potrivită”; „nu vor să se integreze”, „sunt săraci”; „nu au posibilități de îngrijire, chiar și corporală”; „sunt lipsiți de igienă”; „majoritatea nu sunt educați și fac lucruri rele”; „nu au o educație adecvată”.

Stigma este și ea, în opinia studenților chestionați, o cauză a discriminării: „sunt considerați ciudați, leneși”; „sunt murdari”; „sunt periculoși”; „nu își doresc să ajungă la normalitate”; „neseriozitate, zgomot, violență”; „sunt vulnerabili”; „vandalizează”.

Există însă și răspunsuri care evidențiază inegalitatea socială și imoralitatea unor atitudini de discriminare a populației rome: „Din cauza prejudecăților noastre, sunt ei așa”; „Lumea e oarbă și nu vede că toți suntem la fel”.

Politicile sociale în domeniul protecției minorităților etnice presupun „optimizarea raporturilor dintre majoritari și minoritari”. „Diversitatea intereselor și caracteristicilor populațiilor minoritare, care cel mai adesea intră într-o relativă contradicție cu aspectele populației majoritare impun dezvoltarea teoriei drepturilor omului și, totodată,

elaborarea unor norme juridice și a unor politici adecvate domeniului.” (Miftode, 2004, p.102).

Romii au propriul mod de relaționare, aceștia au dezvoltat anumite modele de comportamente specifice (Zamfir și Zamfir, 1993, 28). Pentru ca romii să colaboreze cu persoanele din alte etnii este nevoie ca aceștia să fie acceptați, înțeleși și ajutați, este nevoie să încercăm să îmbunătățim calitatea vieții romilor, inclusiv din perspectiva viitorilor profesioniști în domeniul medical.

Bibliografie

1. Alexiu, M. Teodor. 2011. Teorii și aplicații în asistență socială. În Tratat de asistență socială, ed. George Neamțu. 333-406 Iași: Editura Polirom.
2. Duminică, Gelu; Simona Lupu, Cosima Rughiniș. 2009. Persoanele de etnie romă în situații de risc în coord. Marian Preda, Riscuri și inechități sociale în România. Raportul Comisiei Prezidențiale pentru Analiza Riscurilor Sociale și Demografice. Iași: Editura Polirom
3. Frăsie, Maria Cristina. 2010. Minoritățile naționale și drepturile omului în Tratatul de sociologie generală (coord.) Dumitru Otovescu, 470-553, Craiova: Editura Beladi.
4. Diaconu, Mihai. 2004. Sociologia educației. București: ASE
5. Vasile, Eugen. 2012. Copiii romi. www.unicef.ro/media/buletin-informativ-nr-4/copiii-romi-de-ce-nu-le-auzim-vocea.pdf (accesat la data de 16 noiembrie 2014).

6. Bowling, Ann. 2003. Current state of the art in quality of life measurement. În Quality of life, ed. Carr J. Alison, Higginson J. Irene și Robison G. Peter. London: BMJ Publishing Group.
7. Zamfir, Cătălin și Elena Zamfir.1993. Țigani în ignorare și îngrijorare. București: Editura Alternative.
8. Corman, Sorina. 2008. Servicii sociale pentru minorități etnice. În Badiu, A.(coord.) Sistemul național de asistență socială azi. Sibiu: Agnos.
9. Miftode, Vasile. 2004. Sociologia populațiilor vulnerabile. Iași: Editura Universității "Alexandru Ioan Cuza".
10. Mărginean, Ion (coord). 2001. Cercetări cu privire la minoritatea roma. București: Editura Expert;
11. Hortensia Gorski și Sorina Corman (coord.). 2011. Studiu privind nivelul de adaptare pe piața muncii a grupurilor vulnerabile în regiunea centru. Sibiu: Editura Universității „Lucian Blaga” din Sibiu

CAPITOLUL VIII.

Atitudinea de discriminare/nediscriminare față de persoane cu o altă orientare sexuală

Sorina Corman

Chestiunile referitoare la orientarea sexuală și la sexualitate în general au lipsit multă vreme din drepturile internaționale ale omului. Prima menționare a homosexualității de către un organism al ONU pentru drepturile omului a apărut în 1995, într-o rezoluție a unei subcomisii care condamna discriminarea pe baza statutului de persoană cu HIV/SIDA.

Rezoluția inițială a cuprins doar câteva exemple de categorii de cetățeni care se confruntă cu riscul discriminării: cei defavorizați din punct de vedere economic, al statutului juridic, la care s-au mai adăugat persoanele vulnerabile cu HIV/SIDA. Reprezentantul francez în această subcomisie a propus adăugarea homosexualilor la lista de categorii vulnerabile. Doi membri s-au opus cu fermitate amendamentului, dar acesta a trecut în cele din urmă (Kukura, 2006).

Este de remarcat că nici un instrument juridic internațional relevant pentru drepturile omului, înainte de 1993, nu face vreo referire la sexualitate (Kukura, 2006). Declarația de la Viena din 1993 și Programul de acțiune, care a apărut în

urma Conferinței Mondiale de la Viena privind drepturile omului, marchează prima introducere a cuvântului „sexual” în limbajul domeniului drepturilor omului.

Tratarea subiectului sexualitate este, totuși, limitată la violențele sexuale comise împotriva femeilor, fără să abordeze sexualitatea în contextul minorităților sexuale. Conferința de la Viena a implicat, de asemenea, un nivel fără precedent de deschidere, la conferință primind acreditare de participare trei organizații pentru promovarea drepturilor lesbienelor și homosexualilor.

Nu a existat, până în 1994, la Conferința Internațională de la Cairo privind populația și dezvoltarea, o concepție pozitivă asupra sexualității. Capitolul 7 al Programului de acțiune de la Cairo definește „sănătate sexuală” ca și „consolidare a vieții și relațiilor personale, și nu doar ca și consiliere și îngrijire legată de bolile cu transmitere sexuală”.

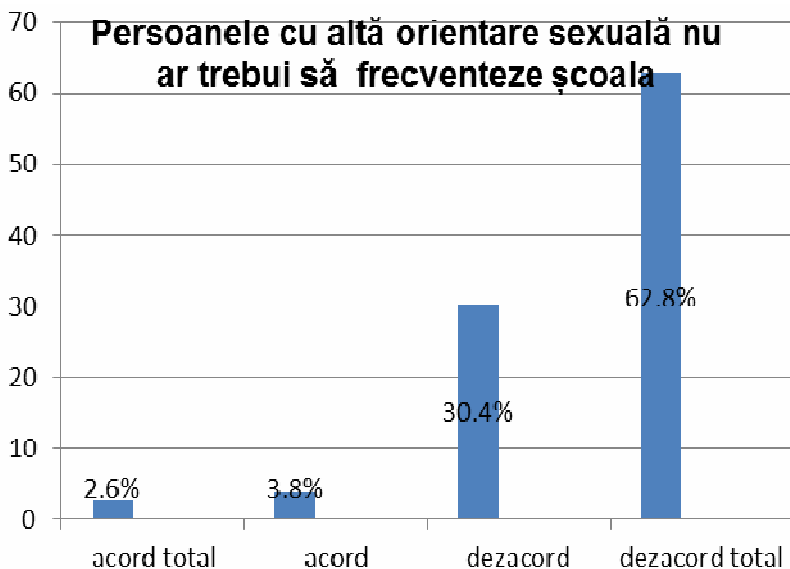
Draft-ul Platformei de acțiune a celei de-a patra Conferințe mondiale privind femeile, din 1995, a cuprins patru referiri la orientarea sexuală. Acestea au fost în cele din urmă omise după o dezbatere prelungită, în urma căreia nu s-a reușit să se ajungă la un consens. În ciuda eliminării acestor referințe la orientarea sexuală, această platformă de la Beijing conține prima declarație oficială care expune caracterul pozitiv progresiv privind sexualitatea: orice cetățean poate decide liber și responsabil în privința propriei sexualități, inclusiv sănătatea sexuală și reproductivă, fără constrângere, discriminare și violență.

Protecția explicită împotriva discriminării pe bază de orientare sexuală rezultă și din interpretarea tratatelor internaționale, în special din Pactul Internațional cu privire la drepturile civile și politice (PIDCP), Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva

femeii (CEDAW), precum și Convenția cu privire la Drepturile Copilului.

Rezultate

Studentii Facultății de Medicină își exprimă dezacordul (dezacord și dezacord total) în legătură cu afirmația „Persoanele cu altă orientare sexuală nu ar trebui să frecventeze școala”, în procent de peste 90%. Pornind de la acest rezultat, putem concluziona că ei susțin accesul la educație al tuturor persoanelor indiferent de orientarea sexuală.



**Grafic nr. 1 – Acordul/dezacordul privind afirmația
“Persoanele cu altă orientare sexuală, nu ar trebui
să frecventeze școala”**

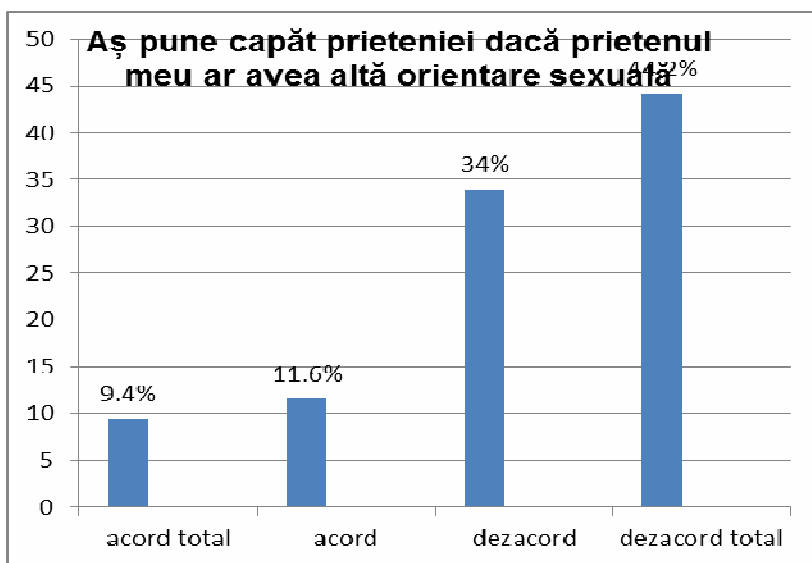
Nu putem, totuși, ignora procentul de 6% (acord total și acord) al celor care declară că persoanele cu altă orientare sexuală nu ar trebui să frecventeze școala. O abordare a drepturilor omului, inclusiv al dreptului la viață intimă, este necesară în acest context.

După discriminarea privind accesul la educație, a fost evaluată discriminarea la locul de muncă. Discriminarea la locul de muncă pe baza orientării sexuale, ca „alte forme de discriminare” interzise de lege, a devenit un domeniu de interes. Legea interzice discriminarea sub orice formă și declară ilegală discriminarea persoanelor pe motive de orientare sexuală. Totuși, oamenii au fost hărțuiți și respinși, mai ales atunci când aceștia au declarat deschis identitatea homosexuală, bisexuală sau transsexuală. S.M. Tebele și Kola O. Odeku (2014), în lucrarea „An Analysis of Workplace Discrimination Based on Sexual Orientation”, analizează situația juridică și, în același timp, implicațiile sociale și preocupările pentru discriminarea pe motive de orientare sexuală. Lucrarea evidențiază consecințele și căile de atac pentru victimele acestui tip de discriminare.

Unul dintre mijloacele de combatere a prejudecăților față persoanele cu o altă orientarea sexuală decât populația majoritară este ridicarea gradului de conștientizare și educare a publicului larg, în sensul că atributele legate de orientarea sexuală (homosexuali, lesbiene, bisexuali sau transsexuali) nu fac persoana mai puțin umană și, ca atare, trebuie să se acorde aceleași drepturi și protecție pentru toți oamenii conform prevederilor legislative. La locul de muncă, angajatorii trebuie să respecte egalitatea tuturor în fața legii și, în cazul în care drepturile sexuale ale angajaților

nu sunt respectate, să fie trași la răspundere și sancționați. Angajatorii, de asemenea, trebuie să știe că orientarea sexuală a unei persoane nu afectează funcțiile îndeplinite la locul de muncă (Tebele și Odecu, 2014).

Dacă procentul celor care își exprimă dezacordul în legătură cu afirmația “Persoanele cu altă orientare sexuală nu ar trebui să frecventeze școala” este de peste 90%, el scade atunci când afirmațiile fac referire la atitudini:



Grafic nr. 2 – Acordul/ dezacordul privind afirmația „Aș pune capăt prieteniei dacă prietenul meu ar avea altă orientare sexuală”

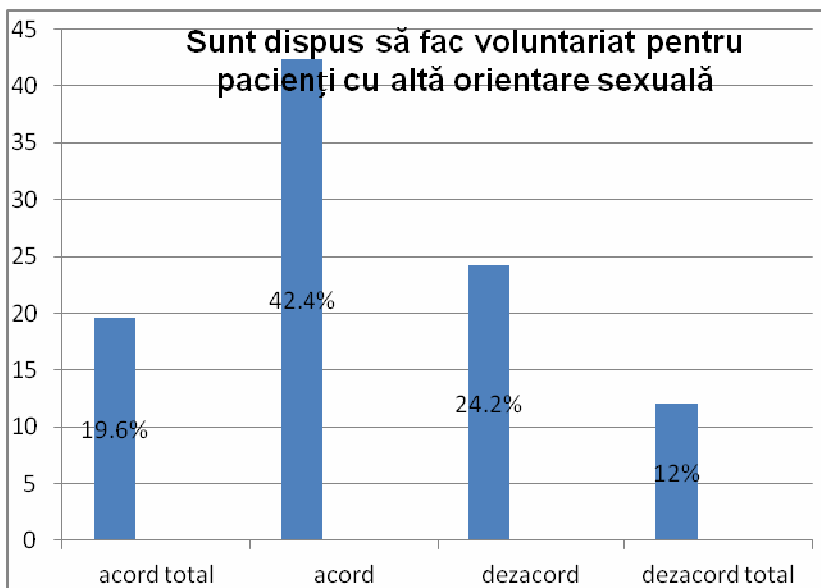
Doar aproximativ 78% din respondenți ar avea o atitudine nediscriminativă într-o relație de prietenie cu o persoană cu o altă orientare sexuală, în timp ce restul spun că sunt

de acord (acord puternic/acord) cu afirmația: „Aș pune capăt prieteniei dacă prietenul meu ar avea altă orientare sexuală”. În raport cu societatea și cu accesul tuturor la un drept universal precum dreptul la educație, studenții chestionați se situează în majoritate în zona respectului și promovării accesului egal la educație.

Pe măsură ce sistemul lor relațional este implicat direct, crește și riscul de discriminare. Aproximativ 22% nu ar continua o relație de prietenie cu o persoană de o altă orientare sexuală.

Atunci când implicarea personală în interacțiunea cu persoana cu altă orientare sexuală este în creștere (de exemplu voluntariatul pentru pacienți cu altă orientare sexuală), procentul celor care au o atitudine nediscriminativă scade la 61%.

Voluntariatul în beneficiul pacienților cu altă orientare sexuală este refuzat de peste 30% dintre respondenți. Acest rezultat justifică importanța temei „Discriminarea persoanelor cu altă orientare sexuală în sistemul medical” în cadrul disciplinei „Nondiscriminare în sistemul de sănătate”.



Grafic nr. 3 – Acordul/dezacordul privind afirmația „Sunt dispus să fac voluntariat pentru pacienți cu altă orientare sexuală”

Totuși atitudinea se schimbă radical atunci când un membru al familiei are o altă orientare sexuală. Acest membru al familiei nu ar trebui să plece de acasă. Gradul de acceptanță a crescut atunci când relația de desfășoară la nivel intrafamiliar.

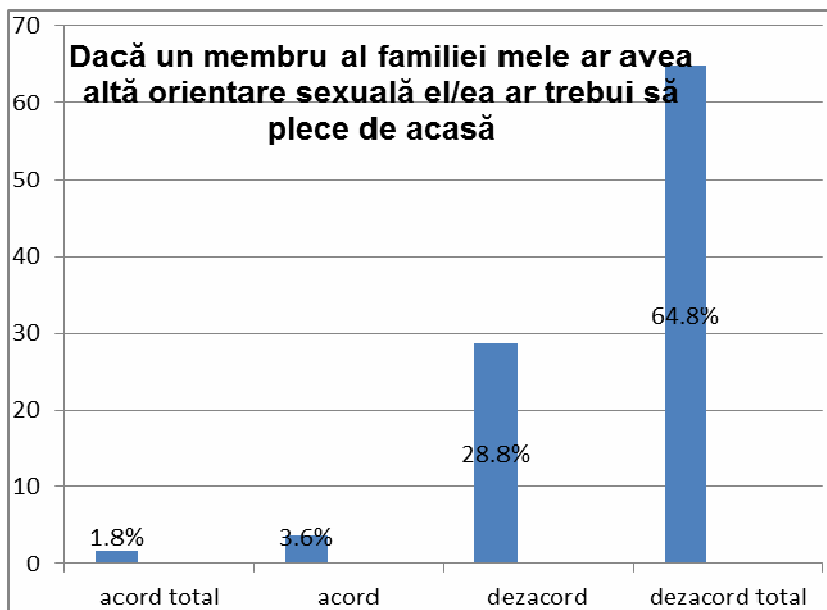
Andrew Koppelman, în lucrarea “Why Discrimination Against Lesbians and Gay Men is Sex Discrimination” (1994), argumentează de ce discriminarea homosexualilor și lesbienele este o încălcare a dreptului constituțional al cetățenilor la viață privată. El analizează câteva cazuri judecate de Curtea Constituțională din Hawaii. Perspectiva propusă de

el este una atrăgătoare și se axează pe ideea că discriminarea homosexualilor și lesbienele este o discriminare pe criterii sexuale, iar un stat de drept nu poate accepta acest lucru. El susține că, prin anumite acte normative, discriminarea homosexualilor și lesbienele consolidează ierarhia masculină și aduce atingere egalității tuturor în fața legii, punând în pericol dreptul universal la protecție juridică. Aceste acte normative sunt catalogate de autor ca neconstituționale.

Se prezintă interesul statului (prin intermediul instanțelor de judecată) în promovarea moralității, argumentându-se cu faptul că acest principiu al moralității nu poate permite sau justifica acceptarea discriminării pe criterii sexuale.

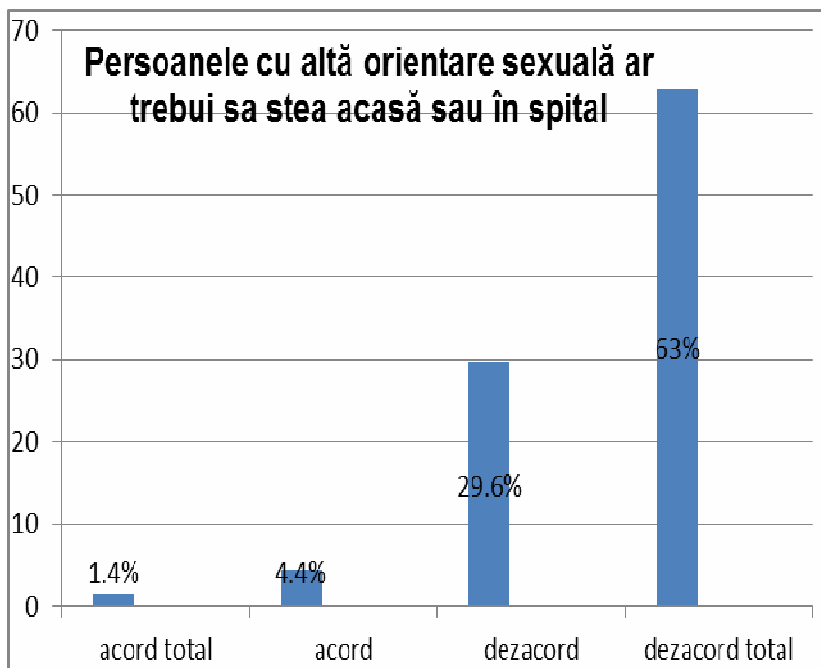
Considerarea subiectului discriminării față de persoane cu o altă orientare sexuală un subiect tabu întărește de fapt inegalitatea dintre sexe. Concluzia lui Andrew Koppelman este că doctrina juridică trebuie să fie clară. Așa cum cuplurile inter-rasiale nu trebuie să sufere nici un dezavantaj legal de care cuplurile de același rasă sunt ferite, cuplurile de homosexuali/lesbiene, nu trebuie să se confrunte și să sufere nici un dezavantaj legal de care cuplurile heterosexuale sunt ferite.

Obligațiile cetățenilor obișnuiți ar trebui să fie clare: există o datorie morală și civică de a evita discriminările rasiale sau sexiste, dar și cele legate de orientarea sexuală (Koppelman, 1994).



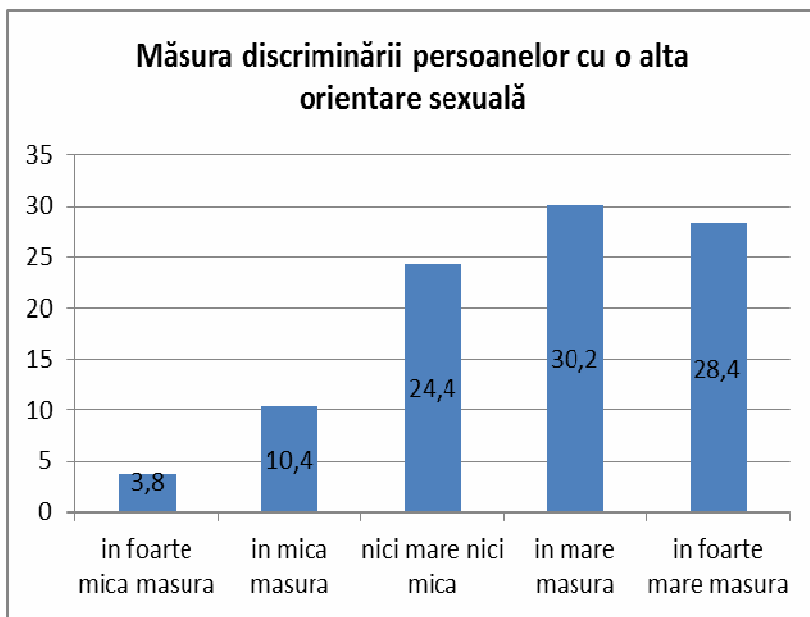
Grafic nr. 4 – Acordul/ dezacordul privind afirmația „Dacă un membru al familiei mele ar avea altă orientare sexuală el/ea ar trebui să plece de acasă”

Peste 90% dintre studenții chestionați își exprimă dezacordul (dezacord și dezacord total) în raport cu afirmația „Dacă un membru al familiei mele ar avea altă orientare sexuală el/ea ar trebui să plece de acasă”. Aproximativ același procent de respondenți își exprimă dezacordul (dezacord și dezacord total) în raport cu afirmația „Persoanele cu altă orientare sexuală ar trebui să stea acasă sau în spital”.



**Grafic nr. 5 – Acordul/ dezacordul privind afirmația
“Persoanele cu altă orientare sexuală ar trebui
să stea acasă sau în spital”**

La întrebarea privind măsura în care persoanele cu altă orientare sexuală sunt discriminate în sistemul medical, peste 50% consideră că aceste persoane sunt discriminate într-o mare sau foarte mare măsură. Și aceste rezultate vin să accentueze nevoia și importanța disciplinei „Nondiscriminare în sistemul de sănătate” și, în cadrul disciplinei, a temei „Discriminarea persoanelor cu o altă orientare sexuală în sistemul medical”.



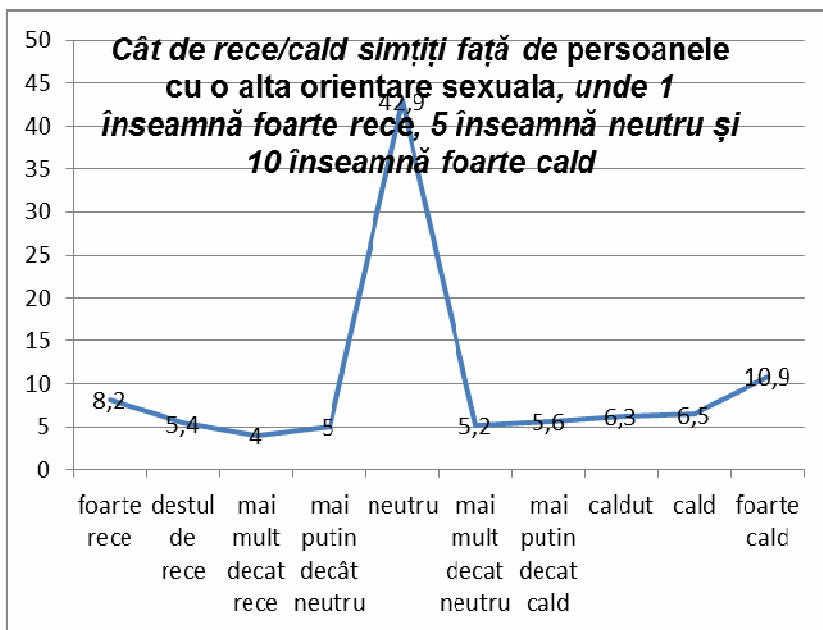
Grafic nr. 6. – Măsura discriminării persoanelor cu o altă orientare sexuală

Ca și în cazul altor categorii de persoane cu risc de discriminare, și în cazul persoanelor cu o altă orientare sexuală respondenții declară o atitudine neutră într-o relație directă cu persoanele cu o altă orientare sexuală.

Deși dreptul la orientarea sexuală este bazat pe o rețea de drepturi interdependente, premisa fundamentală este recunoașterea explicită a acestui drept, fără discriminare. Dreptul la autodeterminare individuală stă la baza tuturor drepturilor în calitate de pre-condiție pentru recunoaștere efectivă și integrală a altor drepturi ale omului: civile, politice, economice, sociale și culturale (Kukura, 2006).

Principiul esențial în domeniul drepturilor omului este respectul pentru demnitatea umană și libertatea individuală. Demnitatea și libertatea umană implică faptul că orice om ar trebui să fie liber să facă alegeri – acele alegeri care consideră că i se potrivesc cel mai bine personalității. La baza principiului autodeterminării individuale sunt conceptele de demnitate umană, identitate, precum și personalitatea umană, pentru care sexualitatea este, încontestabil, un element de bază. Dreptul la orientare sexuală nu are nevoie de un nouă categorie de drepturi, și mai degrabă decurge din drepturile fundamentale.

Dreptul la orientarea sexuală trebuie să fie tratat în termeni proprii. Acest lucru nu înseamnă introducerea unui nou set de drepturi, ci mai degrabă încorporarea conceptelor specifice orientării sexuale în normele existente în domeniul drepturilor omului. Garanțiile necesare, inclusiv drepturile la libertate, egalitate, intimitate, conștiință, de asociere și de exprimare, sunt pe deplin prevăzute în tratatele majore privind drepturile omului. Dacă se aplică în mod corespunzător, ele vor garanta protecția împotriva discriminării și abuzurilor pe baza orientărilor sexuale. Ceea ce rămâne este ca această încorporare a fi articulată/realizată explicit (Kukura, 2006).



Grafic nr. 7 – Senzația simțită în prezența unei persoane cu altă orientare sexuală.

Discriminarea salarială a acestei categorii sociale este și ea o problemă dezbătută și analizată în plan științific. Thierry Laurent și Ferhat Mihoubi realizează în 2012 o evaluare econometrică a discriminării salariale bazate pe orientare sexuală în piața muncii franceză. Utilizând datele Institutului Național Francez de Statistică, privind ocuparea forței de muncă la nivel național, cei doi au analizat dacă persoanele de orientare homosexuală au suferit penalizări salariale. Scopul studiului lor a fost de a evalua pe piața muncii franceză, atât pentru sectorul privat, cât și pentru sectorul public, gradul de discriminare salarială pe motive de orientare sexuală.

Rezultatele obținute arată existența unei sancțiuni salariale pentru lucrătorii de sex masculin homosexuali, în comparație cu omologii lor heterosexuali, atât în sectorul public, cât și în cel privat; amploarea acestei discriminări variază de la aproximativ -6.5% în sectorul privat, la -5.5% în sectorul public. În sectorul privat, frecvența penalizărilor salariale suferite de angajații gay, lucrători calificați, este mai mare decât frecvența penalizărilor salariale suferite de angajații necalificați. În ambele sectoare de activitate, penalizările salariale sunt mai mari pentru lucrătorii în vârstă decât pentru cei mai tineri. Ca și în multe alte țări, nu găsim nici o dovadă a existenței unei discriminări salariale împotriva lesbienelor.

Teoria discriminării statistice, dezvoltată inițial de Phelps (1972) și Arrow (1973), aduce un prim argument pentru a înțelege discriminarea salarială pe motive de orientare sexuală. Ea se bazează pe existența unor imperfecțiuni informaționale care împiedică angajatorul să evalueze exact productivitatea individuală a lucrătorilor. Într-un asemenea context, angajatorul utilizează atunci productivitatea medie a grupului din care face parte (sau se crede că aparține) un lucrător, ca un indicator al abilităților sale individuale.

Un al doilea argument al discriminării salariale în funcție de orientarea sexuală este cel care evidențiază preferința/gustul pentru discriminare. Inițial dezvoltată de Becker (1957), această abordare se bazează pe faptul că angajatorii prezintă preferințe discriminatorii. Homofobia și/sau heterosexismul se pot constitui în surse de discriminare pentru unii angajatori, care au o „nemulțumire” legată de identitatea gay și/sau „stilul de viață” homosexual, ceea ce determină o preferință pentru discriminarea bazată pe orientarea sexuală.

Prin întrebarea „De ce sunt discriminate persoanele cu o altă orientare sexuală?” sunt identificate argumentele și motivațiile cu care respondenții încearcă să justifice atitudinea de discriminare. Răspunsurile la această întrebare au fost clasificate în următoarele categorii: percepții și reprezentări sociale; diferențe preferențiale; modelele culturale și religioase și stigmatizări/etichetări.

Răspunsuri care consideră că imaginea lor este distorsionată de către societate, iar mediul este cel care configurează justificări, pot fi considerate a fi: „nu sunt înțelese/înțeleși”; „sunt văzuți diferiți”; „lumea este incultă”; „nu există o înțelegere a problemei din spatele orientării lor”; „oamenii îi cred ciudați”; „au curajul să recunoască cine sunt”; „mentalitate învechită”; „nu există o educație a înțelegerii orientării sexuale”.

Discriminarea rezultă din diferențele preferențiale. Răspunsurile studenților chestionați s-au axat pe alegeri, pe libertate, pe diferențele care țin de acțiunea persoanelor, nu de caracteristicile personale: „nu au aceleași preferințe sexuale ca restul societății”; „întrețin relații sexuale cu persoane de același sex”; „au ales un alt stil de viață”; „nu au aceleași orientări ca ceilalți”; „sunt diferite”.

O categorie aparte a răspunsurilor la întrebarea „De ce sunt discriminate persoanele cu o altă orientare sexuală?” o constituie categoria stigmatizărilor și etichetărilor: „sunt considerați bolnavi psihici”; „sunt considerate perverse”; „să fii gay/lesbiană este o afecțiune psihică și trebuie duși la psiholog pentru a fi ajutați”; „acesta nu e un lucru normal”; „suferă de boli infecțioase și nu există o educație sexuală de masă”; „imaturitatea”; „sunt ciudate; sunt considerate diferite, anormale având alte opinii și un alt comportament”;

„oamenii nu acceptă așa ceva”; „te pot influența negativ; sunt scârboase”.

Modelele cultural-religioase sunt considerate și ele justificative pentru atitudini discriminatorii față de persoanele cu o altă orientare sexuală: „nu corespund tiparului social”; „îndrăznesc să fie altfel”; „nu sunt ca restul”; „nu îndeplinesc același tipar ca noi toți”; „religia ne oferă altă perspectivă despre cum trebuie să fim în viață”; „religia dezaprobă acest lucru, iar pentru vârstnici era o realitate grosolană”; „nu sunt considerate persoane normale”; „au altă orientare sexuală decât majoritatea societății; nu se încadrează în tipar”.

La invitația de a enumera trei cuvinte care le vin în minte, legate de îngrijirea persoanelor cu o altă orientare sexuală, studenții chestionați au oferit o varietate polarizată (pe axa pozitiv-negativ) de epitete/atribute, substantive și adverbe. O succintă analiză calitativă a acestor răspunsuri ne-a ajutat să clasificăm această varietate de caracteristici în trei categorii:

- zona valorilor și principiilor drepturilor omului,
- zona particularităților individuale, zona stărilor și trăirilor respondenților și
- zona caracteristicilor atitudinale și comportamentale.

Categoria răspunsurilor din zona valorilor și principiilor ce fundamentează drepturile omului cuprinde cuvinte precum: „respect”, „integrare”, „nediscriminare”, „toleranță”, „egalitate”.

În categoria răspunsurilor din zona particularităților individuale sunt cuprinse cuvinte precum: „ciudăței”, „bolnavi”, „inadaptați” sau, la polul opus, „normali”, „egali”, „țimizi”.

Categoria răspunsurilor din zona stărilor și trăirilor respondenților reunește cuvinte precum: „curaj”, „timiditate”, „afectivitate”, „seriozitate”, „amabilitate”, „bun simț”, „calitate”.

În categoria răspunsurilor din zona caracteristicilor atitudinale și comportamentale, cuvintele sunt enumerate pe trei paliere: aspecte pozitive („prietenie”, „înțelegere”, „atenție”, „empatie”, „comunicare”, „ajutor”, „compasiune”, „răbdare”), aspecte neutre („indiferență”, „neutru”), și aspecte negative („milă”, „scârbă”, „precauție”, „ciudă”).

Aceste răspunsuri evidențiază o nevoie clară de formare pe aceste dimensiuni, care să faciliteze studenților accesul la informații. Se recomandă, în acest sens, ca problematica discriminării persoanelor cu o altă orientare sexuală să fie abordată pornind de la aceste dimensiuni identificate prin intermediul prezentei cercetări.

Kenneth Mck. Norrie (2000) consideră problema recunoașterii juridice a relațiilor homosexuale ca fiind unul din cele mai importante aspecte apărute în ultimii ani în dreptul familiei. La fel de importantă este și promovarea egalității persoanelor prin intermediul unor principii constituționale. Acest fapt a fost contestat de susținătorii valabilității sau admisibilității multor principii religioase, politice și juridice, considerate de necontestat vreme de secole. Apariția conceptului de non-discriminare a fost apreciată de majoritatea celor care consideră demnitatea umană un atribut care să fie protejat în fiecare persoană,

și nu doar pentru cei care aparțin unei majorități culturale, religioase, rasiale, lingvistice sau sexuale.

Bibliografie

1. S. M. Tebele și Kola O. Odeku. 2014. An Analysis of Workplace Discrimination Based on Sexual Orientation în *Anthropologist*, 18(2): 609-617
2. Kenneth Mck. Norrie. 2000. Constitutional Challenges to Sexual Orientation Discrimination în *International and Comparative Law Quarterly*, 49, pp 755-778
3. Laurent, Thierry și Mihoubi, Ferhat. 2012. Sexual Orientation and Wage Discrimination in France: The Hidden Side of the Rainbow în *J Labor Res* (2012) 33:487–527
4. Elizabeth Kukura. 2006. Sexual Orientation and Non-Discrimination, în *Peace Review: A Journal of Social Justice*, 17:2-3. London: Routledge. 181-188
5. Andrew Koppelman.1994. "Why Discrimination Against Lesbians and Gay Men is Sex Discrimination" *Northwestern University School of Law, Law And Economics Series • NO. 13-12*

CAPITOLUL IX.

Atitudinea de discriminare/nediscriminare față de persoane infestate cu HIV/SIDA

Mihaela Dana Bucuță

Odată cu creșterea continuă a incidenței de HIV și SIDA, specialiștii din domeniul sănătății au nevoie mai mult ca oricând de cunoștințe de actualitate și abilități pentru a face față provocării oferite de asigurarea unei îngrijiri eficiente și de calitate persoanelor cu HIV și SIDA.

HIV (Virusul Imunodeficienței Umane) este virusul care atacă și distruge progresiv sistemul imunitar, provocând, în final, SIDA. Dacă se poate ca o persoană infectată cu HIV să nu prezinte simptome ani de-a rândul, SIDA (Sindromul Imunodeficienței Umane Dobândite) este manifestarea finală a infecției cu HIV, o boală cronică cu evoluție imprevizibilă.

Statutul de persoană seropozitiv HIV înseamnă că pentru acea persoană a fost pusă în evidență prezența anticorpilor anti-HIV, iar infecția a fost demonstrată prin examen de laborator. Virusul este prezent în fluidele corpului (sânge, secreții, spermă) și poate fi transmis prin sânge, spermă, fluide vaginale sau lapte matern, dacă nu se folosesc măsuri de protecție.

Studiile indică faptul că stigmatizarea legată de condițiile de sănătate cronice, cum ar fi HIV/SIDA, lepră, tuberculoză, sănătate mintală și epilepsie este un fenomen global, care apare atât în zonele endemice, cât și în cele non-endemice. Stigma are un impact sever atât asupra indivizilor, cât și asupra familiilor acestora, precum și asupra eficacității programelor de sănătate publică. (Ouzouni și Nakakis, 2012).

Există mulți factori care influențează atitudinea oamenilor față de persoanele cu HIV/SIDA. Printre aceștia, cel mai des studiați și amintiți ca fiind determinanți se regăsesc: nivelul scăzut de cunoștințe despre această categorie de pacienți, concepții greșite despre modul în care se transmite această maladie, teama de posibilitatea de a deveni infectat, teama de moarte.

Încercând să răspundă la întrebarea „De ce persoanele cu HIV/SIDA sunt discriminate?”, literatura de specialitate semnalează următoarele motive:

- oamenii se tem să nu se contamineze cu HIV, adesea virusul fiind asociat cu moartea;
- în general HIV este asociat cu comportamente considerate imorale sau stigmatizante (homosexualitatea, prostituția, consumul de droguri ș.a.m.d.); mai mult, persoanele infectate cu HIV sunt considerate responsabile și vinovate pentru că au fost infectate cu HIV;
- religia sau convingerile morale conduc la părerea că infectarea cu HIV este rezultatul unor greșeli morale, a relațiilor cu mai mulți parteneri sau a homosexualității;

- În ciuda eforturilor depuse pentru educația despre HIV/SIDA, informațiile despre această maladie nu ajung, se pare, la cea mai mare parte a populației; modalitățile de transmitere a virusului nu sunt cunoscute încă de foarte mulți oameni. Mai mult, există încă o mulțime de prejudecăți cu privire la modalitatea de transmitere a virusului, ceea ce amplifică teama de a nu fi contagiat.

Toate aceste prejudecăți și stereotipuri conduc la stigmatizarea persoanelor cu HIV/SIDA și discriminarea lor. Domeniile în care apar frecvent discriminări circumscrise întreaga viață a persoanei cu HIV/SIDA: discriminare în piața muncii (de exemplu respingerea cererii de angajare în cazul în care rezultatul testului este pozitiv, hărțuirea la locul de muncă), discriminare în educație (mari dificultăți la înscrierea la școală a copiilor seropozitivi, marginalizarea lor), discriminare în asistența socială (neacordarea alocațiilor de hrană pentru persoanele seropozitive, neacordarea unor drepturi prevăzute de lege – abonament gratuit – pentru asistenții personali ai persoanelor cu handicap grav HIV/SIDA etc.), discriminare în sistemul de sănătate și, nu în ultimul rând, marginalizare și etichetare în sistemul social.

În serviciile de sănătate, discriminarea apare în special sub forma refuzului accesului la servicii stomatologice, dermatologice, luarea unor măsuri excesive de protecție în consultarea unor pacienți seropozitivi sau suspectați de a fi seropozitivi, neacordarea de tratament și de servicii medicale gratuite conform legii, încălcarea dreptului la confidențialitate etc.

Conform studiului „Percepții și atitudini față de fenomenul de discriminare”, persoanele infectate cu HIV se numără printre categoriile de persoane percepute ca fiind cel mai adesea victime ale discriminării.

Un număr mare de persoane infectate HIV consideră că este normal să fie tratate diferit față de persoanele neinfectate. Un studiu realizat de Asociația Română Anti-SIDA în perioada decembrie 2006 – ianuarie 2007 arată că 52% dintre persoanele infectate cu HIV intervievate consideră că au fost discriminate.

În cadrul studiului „Integrarea școlară a copiilor infectați HIV/bolnavi de SIDA din România”, efectuat de Fundația “Alături de Voi” România, rezultatele cercetării realizate în rândul copiilor seropozitivi HIV din 9 județe ale țării au arătat că, din cei 111 copii seropozitivi HIV cuprinși în cercetare, doar în cazul a 51 dintre aceștia diagnosticul este cunoscut în școala în care învață. Mai mult, arată același studiu, cauzele principale pentru care unii dintre copii seropozitivi HIV au avut tendința de a abandona școala au fost cele legate de discriminare.

Stigma a fost asociată cu boli care sunt incurabile și severe, precum și cu rădăcinile transmiterii bolilor care sunt asociate adesea cu comportamente individuale, în special comportamente care nu sunt conforme normelor sociale, arată Crandall și Moriarty (1995).

Stigma poate avea efecte dăunătoare semnificative asupra sănătății și transmiterii bolii prin întârzierea în căutarea de servicii medicale de îngrijire, prin incapacitatea de a divulga starea cuiva din cauza fricii de izolare și/sau de respingere, precum și prin teama de a urma sfatul medicului.

Stigma este relevantă în eforturile depuse pentru prevenirea și tratamentul pandemiei HIV/SIDA. S-a demonstrat că stigma asociată HIV și SIDA acționează ca un obstacol major în prevenirea HIV, în tratamentul, îngrijirea și, inclusiv în consilierea și testarea voluntară (VCT) (Fortenberry et al., 2002; Kalichman și Simbayi, 2004; Kalichman și colab., 2005; Lieber și colab., 2006).

În ceea ce îi privește specialiștii și viitorii specialiști din domeniul sănătății, Bliwise et al. (1991) au arătat că studenții în nursing și studenții din primul an la medicină au o frică mai mare de contagiune, emoții negative și o mai mare rezistență profesională la a acorda îngrijiri persoanelor cu HIV/SIDA.

Un studiu realizat în Turcia (Bektas H.A. & Kulakac O, 2007) a arătat că studenții în nursing au cunoștințe moderate despre HIV și SIDA. Lipsa de cunoștințe în rândul studenților în nursing a fost publicată și în cadrul altor studii, care au arătat că o parte dintre studenți nu știa de pildă faptul că nu există prevenție prin vaccin. În contrast cu rezultatele anterioare, studiul lui Harpern et al. (1993) arată că personalul medical nu judecă și nu se ferește de contactul cu persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA.

Studiile arată că experiențele anterioare în îngrijirea unei persoane cu HIV sau SIDA au impact asupra creșterii nivelului de cunoștințe și reducerea fricii de contagiune. Cunoașterea unei persoane cu SIDA implică un nivel crescut de cunoștințe și o frică de contagiune mai redusă (Harpern et al., 1993).

Studenții cu o atitudine negativă sunt mai puțin dispuși să ofere îngrijiri persoanelor cu HIV sau SIDA în comparație cu studenții cu atitudini pozitive. Cu cât crește nivelul de

cunoștințe, cu atât mai mult crește și nivelul de implicare în acordarea de îngrijiri medicale persoanelor cu HIV sau SIDA (Harpern et al., 1993; Bektas, 2007).

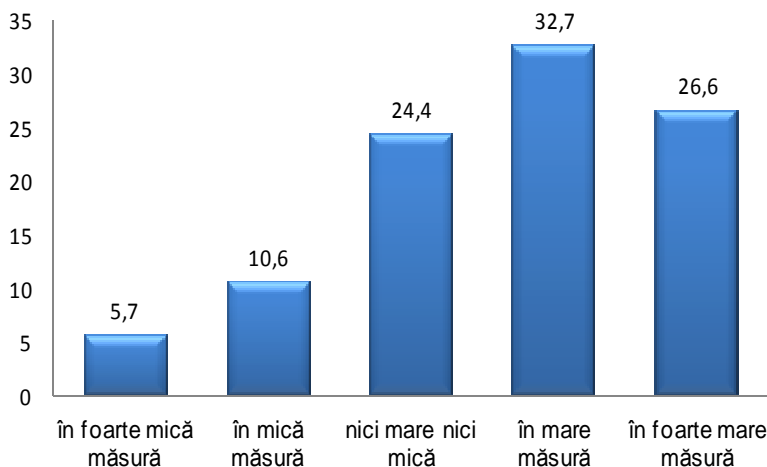
Alte studii aduc dovezi că stigmatul HIV / SIDA este invers proporțional cu cunoștințele legate de transmiterea HIV și accesul la tratament antiretroviral (Castro și Farmer, 2005) și divulgarea statutului HIV (Maman et al., 2003).

Rezultatele acestor studii subliniază nevoia de creștere a nivelului de educație în toate aspectele în ceea ce privește acordarea de servicii medicale de calitate persoanelor cu HIV/SIDA.

Rezultate

În continuare vom prezenta rezultatele prelucrării și interpretării datelor cu privire la evaluarea atitudinilor viitorilor specialiști din domeniul sănătății – respondenți în cadrul studiului nostru.

Un număr semnificativ de răspunsuri la întrebarea „În ce măsură considerați că pacienții cu HIV/SIDA sunt discriminați în sistemul de sănătate din România” se grupează în aria „în mare măsură” și „în foarte mare măsură”. Așa cum se poate vedea în Graficul nr. 1, 59,3% dintre studenți consideră că pacienții cu HIV/SIDA reprezintă un grup discriminat într-o mare și foarte mare măsură.

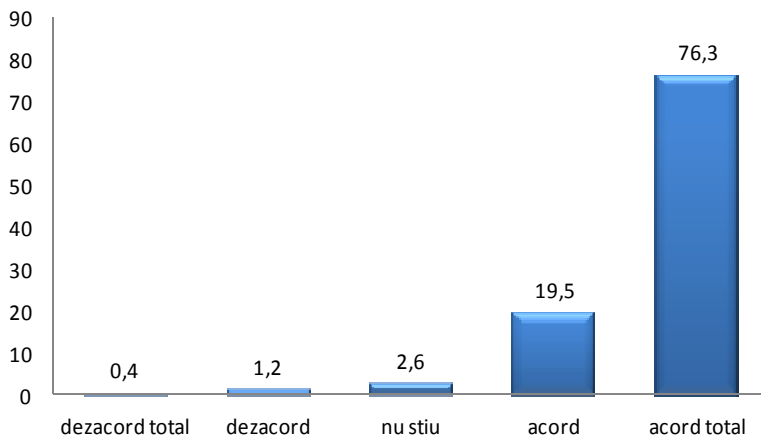


Grafic nr. 1 – Măsura discriminării pacienților cu HIV/SIDA

Rezultatele studiului nostru sunt în acord cu rezultate raportate de marea majoritate a studiilor asupra fenomenului discriminării în rândurile pacienților cu HIV/SIDA. Pacienții cu HIV/SIDA reprezintă un grup vulnerabil la discriminare și, mai mult, sunt printre cele mai discriminate grupuri.

În continuare, vom prezenta răspunsurile oferite de cei 500 de participanți la diferitele întrebări ale scalei de evaluare a atitudinilor de discriminare a pacienților cu HIV/SIDA.

Astfel, la itemul 1: „Toți pacienții au dreptul de a beneficia de îngrijire și tratament de înaltă calitate”, 95,8% dintre studenți au fost în acord și acord total cu această afirmație.

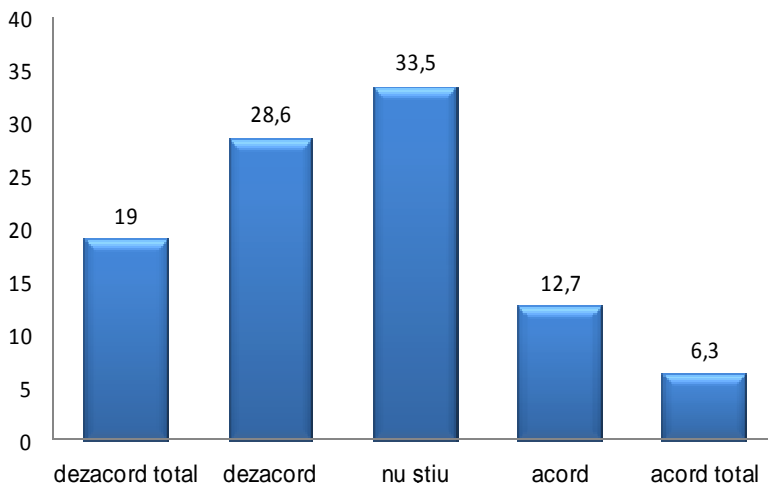


Grafic nr. 2 – Dreptul de a beneficia de îngrijire și tratament de înaltă calitate”

Un număr foarte mic, doar 1,6% dintre respondenți, a apreciat că nu toți pacienții au dreptul de a beneficia de îngrijire și tratament de înaltă calitate, iar 2,6% au optat pentru varianta „nu știu”.

Gruparea rezultatelor în zona acordului și a acordului total arată, în concordanță cu literatura de specialitate, că, în principiu, studenții au o atitudine clară, pozitivă, față de respectarea dreptului oricărei persoane la tratament medical de înaltă calitate și, implicit, marea lor majoritate nu discriminează pacienții cu HIV/SIDA.

Cu toate acestea, răspunsurile la itemul 2 („Aș prefera să nu lucrez cu pacienți cu SIDA”) arată că mai puțin de jumătate dintre respondenți (47,6%) ar prefera să lucreze efectiv cu această categorie de pacienți, iar 19% declară că nu preferă să lucreze cu pacienții cu HIV/SIDA.



Grafic nr. 3 – Aș prefera să nu lucrez cu pacienți cu SIDA

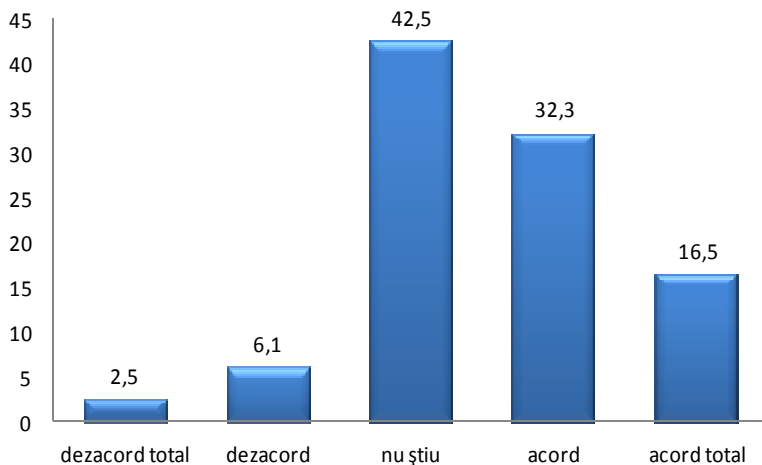
Procentul celor indeciși este de 33,5%, mult mai mare decât la itemul anterior, care viza atitudinea generală de nediscriminare în actul medical, ceea ce sugerează o posibilă ambivalență în atitudinea viitorilor profesioniști în domeniul sănătății cu privire la îngrijirea pacienților cu HIV/SIDA.

Itemul următor („Îmi place să ajut pacienți cu HIV/SIDA”) aprofundează problematica acordării de ajutor medical persoanelor cu HIV/SIDA. În tabelul următor se poate observa cum crește numărul celor care, pe măsură ce se particularizează această problematică aleg să nu răspundă: dacă la itemul 1 care afirma o valoare profund umană, și anume dreptul oricărei persoane la îngrijire și tratament de înaltă calitate, numărul celor care au ales să nu răspundă

a fost de doar 0,4%, numărul celor care au ales să nu-și exprime opțiunea a crescut la 5,4%.

Îmi place să ajut pac cu					
		Frequen	Percent	Valid Perc	Cumulative Percent
Valid	dezacord t	12	2,4	2,5	2,5
	dezacord	29	5,8	6,1	8,7
	nu știu	201	40,2	42,5	51,2
	acord	153	30,6	32,3	83,5
	acord total	78	15,6	16,5	100
	Total	473	94,6	100	
Missing	System	27	5,4		
Total		500	100		

Așa cum se poate observa în Graficul nr. 4, se menține raportul celor cărora cred că le place să ajute acești pacienți (48,8%), iar 8,6% sunt în dezacord cu această afirmație, și crește în același timp numărul celor indeciși (42,5% declară că nu știu dacă le place să ajute pacienții cu HIV/SIDA).

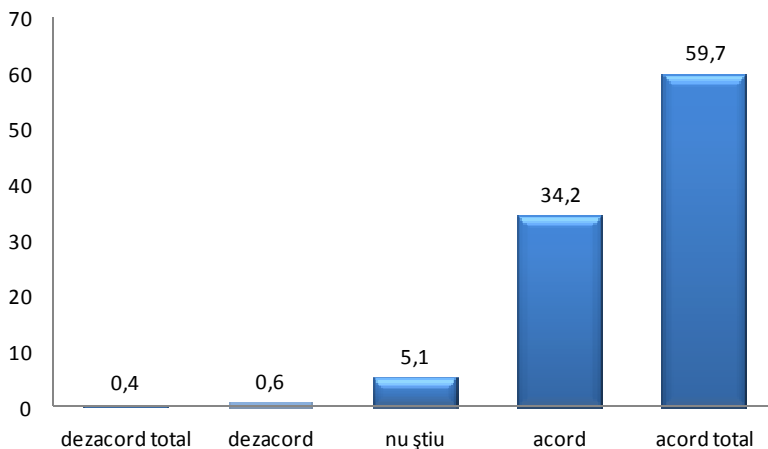


Grafic nr. 4 – Îmi place să ajut pacienți cu HIV/SIDA

Se observă tendința de evitare din partea studenților a acelor subiecte și situații care provoacă disonanță cognitivă și disconfort.

Avansăm ipoteza că lipsa sau insuficiența informațiilor despre această categorie de pacienți, la care se adaugă lipsa experienței (în sensul contactului direct cu această categorie de pacienți) își pune amprenta asupra numărului mare de răspunsuri „nu știu” și decizia de a nu răspunde la această întrebare.

Itemul 4, „Persoanele cu HIV Pozitiv și SIDA merită respect și demnitate la fel ca și alte persoane” readuce aceleași mari procente de acord și acord total (93,9%) ca și la itemul 1.



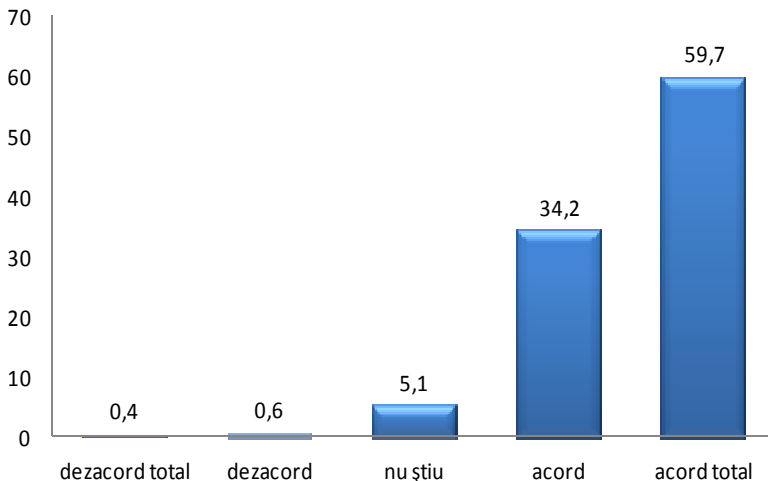
Grafic nr. 5 – Persoanele cu HIV pozitiv și SIDA merită respect și demnitate la fel ca și alte persoane

Doar 1% dintre respondenți nu sunt de acord cu această afirmație, iar 5,1% apreciază că nu știu.

Distribuția răspunsurilor la acest item este aproape identică cu cea de la itemul 1 și sugerează că viitorii profesioniști din domeniul sănătății au o atitudine deschisă, aderă la valori general umane, dar preferă să nu se implice direct în îngrijirea persoanelor cu HIV/ SIDA.

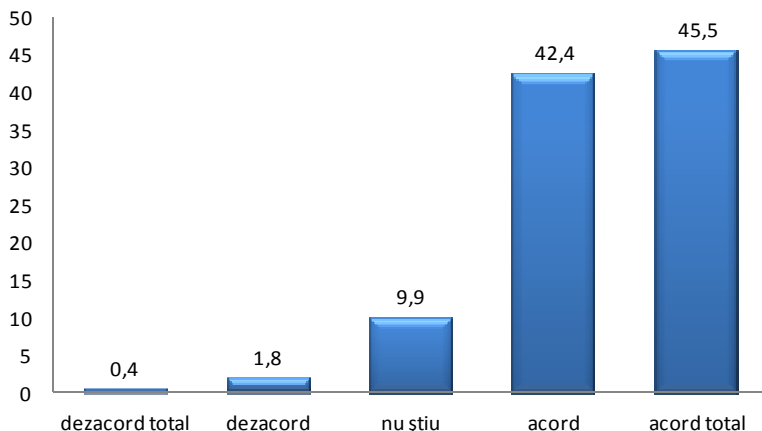
Itemul 5 – „Proгноza rezervată (scăzută/mică) în ceea ce privește persoanele cu SIDA mă întristează” – urmărește evaluarea atitudinii față de impactul emoțional pe care îl are munca cu acești pacienți. După cum se poate observa, marea majoritate a studenților (93,9%) sunt în acord și acord total cu convingerea că progноza în ceea ce privește

persoanele cu HIV este una rezervată, și acest lucru îi întristează.



Grafic nr. 6 – Prognoza rezervată (scăzută/mică) în ceea ce privește persoanele cu SIDA mă întristează

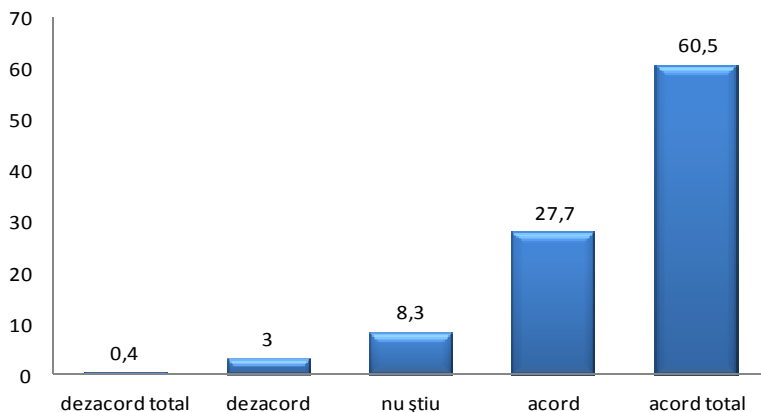
Așa cum se poate observa în Graficul nr. 7, 87,9% dintre respondenți apreciază că „Providerii de servicii medicale ar trebui să promoveze întotdeauna servicii de calitate persoanelor cu HIV pozitiv și SIDA”, ceea ce arată o opțiune clară a respondenților.



Grafic nr. 7 – Providerii de servicii medicale ar trebui să promoveze întotdeauna servicii de calitate persoanelor cu HIV pozitiv și SIDA.

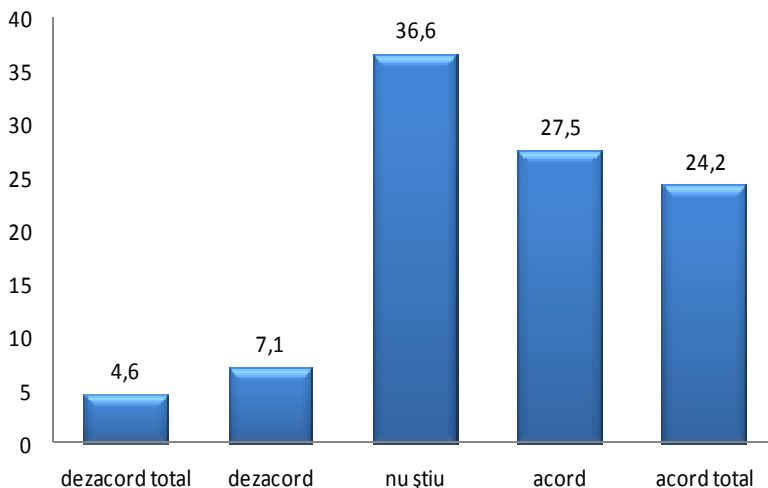
O temă sensibilă este îngrijirea medicală a copiilor infestați cu HIV.

Impactul emoțional este puternic, 88,2% dintre studenți apreciază că se simt foarte triști atunci când se gândesc la copiii infestați cu HIV/SIDA, doar 3,4% afirmă că nu sunt triști, iar 8,3% au optat pentru varianta „nu știu”.



Grafic nr. 8 – Mă simt foarte trist/ă atunci când mă gândesc la copiii infestați cu HIV

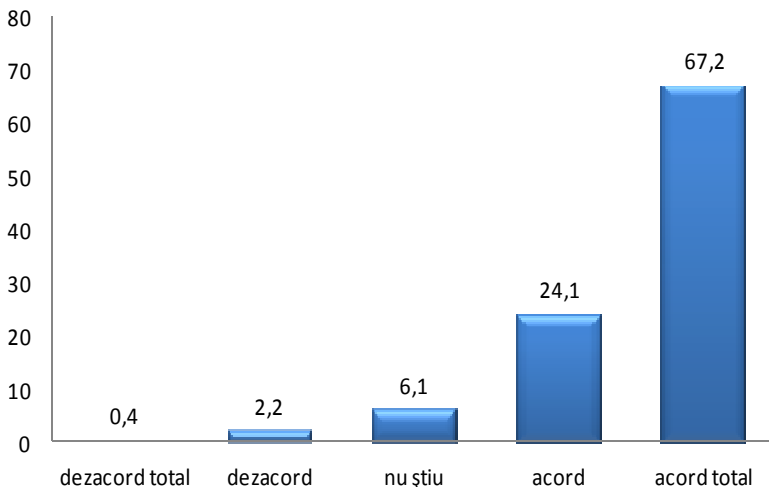
Așa cum se poate observa în Graficul nr. 9, peste jumătate dintre respondenți (51,7%) sunt în acord și acord total cu afirmația „Familia mea își face griji pentru mine știind că îngrijesc persoane cu HIV și SIDA”. Doar 11,7% resping această afirmație, iar un procent de 36,6% apreciază că nu știu dacă ar exista această îngrijorare în familia lor.



Grafic nr. 9 – Familia mea își face griji pentru mine știind că îngrijesc persoane cu HIV și SIDA

Rezultatele arată că o mare parte dintre viitorii profesioniști din domeniul sănătății consideră că a lucra cu pacienți cu HIV și SIDA este periculos. Rezultatele sunt susținute și de alte date empirice raportate de literatura de specialitate, în care teama apare ca una dintre principalele cauze care duce la implicarea redusă a unor specialiști în acordarea de îngrijiri de calitate acestor pacienți, și în unele cazuri la discriminare.

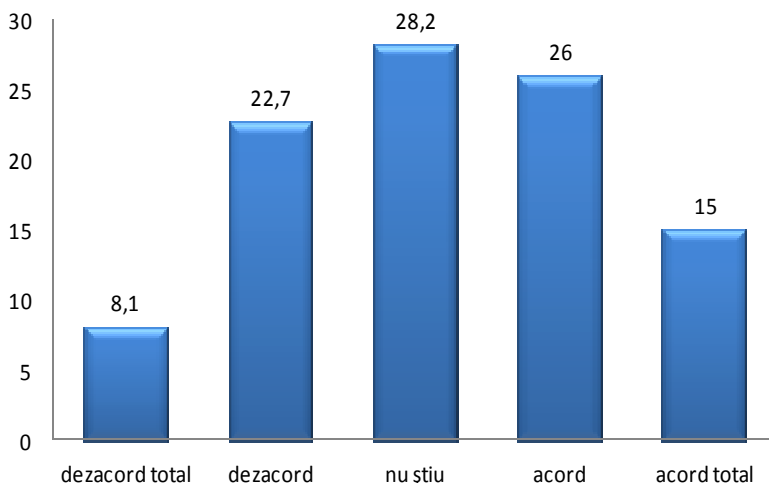
În ceea ce privește minimizarea riscului de transmitere a virusului HIV prin transfuzii de sânge, 91,3% dintre studenți consideră că principala responsabilitate aparține asistentelor medicale.



Grafic nr. 10 – Pentru a minimiza riscul de transmitere prin transfuzii de sânge infestate, consider că asistentele au o responsabilitate crucială în procesul de transfuzie, pentru a asigura siguranța transfuziei sângelui

Rezultatele sugerează existența unor carențe în informațiile deținute de studenți și a unor prejudecăți cu privire la modul de transmitere a HIV.

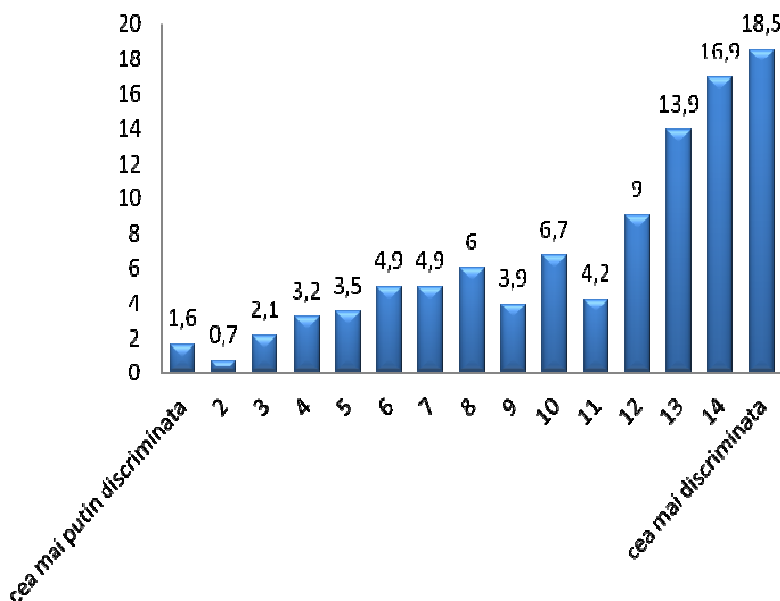
Graficul nr. 11 ilustrează numărul mare de studenți care sunt de acord cu separarea și izolarea pacienților cu HIV/SIDA ca măsură de precauție.



Graficul nr. 11 – Pacienții cu HIV pozitiv care contaminatează mediul sau nu pot asigura igiena adecvată, ar trebui plasați singuri în camere și izolați

Aceste rezultate arată că în rândul a peste 41% dintre viitorii profesioniști pot exista prejudecăți și convingeri cu privire la pericolul supraestimat al unei posibile contaminări, fapt ce conduce adesea la discriminare în sistemul medical.

În ceea ce privește aprecierea celei mai discriminate categorii de pacienți în sistemul de sănătate, așa cum se poate observa în Graficul nr. 12, categoria pacienților cu HIV/SIDA este considerată de aproape jumătate dintre ei (49,3%) ca fiind pe primele trei locuri.



Graficul nr. 12 – Gradul de discriminare al categoriei persoanelor cu HIV/SIDA

Întrebați care sunt motivele pentru care persoanele cu HIV /SIDA sunt discriminate, marea majoritate a respondenților consideră că acestea sunt legate de „pericolul contaminării”, „teamă de virus”, „frica”, „frica de moarte”, „pericolul de moarte”.

La itemul 11 – „Enumerați trei cuvinte care vă vin în minte, atunci când vă gândiți la tratarea/îngrijirea pacienților cu HIV/SIDA”, cuvintele cel mai des utilizate au fost: pericol, frică, teamă, frica de infectare, frica de moarte, grijă (prudență). În același timp, des utilizate au fost și cuvinte precum responsabilitate, empatie, tristețe.

Apreciem că atunci când afirmațiile exprimă valori fundamentale umane, au deci conotații axiologice, atitudinea viitorilor profesioniști este exprimată clar, deschis, dar lipsa informațiilor, a practicii și a experienței directe (contactul direct cu acești bolnavi) îi determină să aibă o atitudine mult mai rezervată atunci când afirmațiile fac referire la situații concrete, de lucru direct cu acești pacienți. Apare aici posibilitatea activării prejudecăților și stereotipurilor cu privire la acest grup de pacienți.

Concluzii

Viitorii specialiști din domeniul sănătății apreciază că persoanele cu HIV/SIDA sunt discriminate în societate și în sistemul medical, motivul principal fiind legat în special de teama de infectare și teama de moarte.

Deși participanții la prezentul studiu au afișat atitudini pozitive față de persoanele cu HIV/SIDA, apreciem că atitudinea lor este mai degrabă ambivalentă: sunt de acord că acești pacienți merită să fie tratați ca toți ceilalți pacienți, merită respect, dar, în același timp, respondenții evită să se implice în tratarea efectivă a acestora, și ar prefera mai degrabă să nu lucreze cu această categorie de pacienți considerată „periculoasă”. Cunoștințe mai precise privind contaminarea cu HIV ar putea demistifica posibilele prejudecăți care conduc în general la o supraestimare a pericolului contaminării, la stigmatizarea și discriminarea acestor pacienți.

Rezultatele subliniază necesitatea de a consolida educația viitorilor specialiști din domeniul sănătății cu privire la toate aspectele legate de HIV/SIDA. Astfel, rezultatele studiului

de față se aliniază altor studii (Akin et al., 2013; Bektas & Kulakac, 2007; Harpern et al., 1993) care subliniază faptul că în programele și curriculele școlare/universitare subiectul HIV/SIDA ar trebui inclus (Fortenberry et al., 2002; Kalichman et al., 2005; Lieber et al., 2006).

Un accent deosebit ar trebui pus pe formarea de viitori specialiști în domeniul medical care să devină personal medical calificat cu atitudini umane față de toate categoriile de grupuri vulnerabile, fapt dovedit de studiile din domeniu ca fiind în directă legătură cu eficiența îngrijirilor acordate.

Bibliografie

1. Abbey, A., et al. (2011) Stigma and Discrimination, Canadian Journal of Psychiatry, Oct. 2011; 56,10; ProQuest Central.
2. Agrawal, A., Saoji, A., Kasturwar, N.B. (2013) Knowledge among Nurses towards HIV/AIDS in Tertiary Care Hospital, Nagpur. International Journal of Recent Trends in Science And Technology, ISSN 2277-2812 E-ISSN 2249-8109, Volume 9, Issue 2, pp 281-284.
3. Akin, S., Mendi, B., Mendi, O., Durna, Z. (2013) Turkish nursing students knowledge of and attitudes towards patients with HIV/AIDS. Journal of Clinical Nursing, 22, 3361-3371.
4. Bektas H.A. & Kulakac O. (2007) Knowledge and attitudes of nursing students toward patients living with HIV/AIDS (PLHIV): A Turkish perspective. AIDS Care. 19 (7):888-894.

5. Bliwise N.G., Grade M., Irish T.M. & Ficarrotto T.J. (1991) Measuring medical and nursing students' attitudes toward AIDS. *Health Psychology*; 10: 289-295.
6. Crandall, C. S., & Moriarty, D. (1995). Physical illness stigma and social rejection. *British Journal of Social Psychology*, 34, 67–83.
7. Fortenberry, J. D., McFarlane, M., Bleakley, A., Bull, S., Fishbein, M., Grimley, D. M., Malotte, C. K., & Stoner, B. P. (2002). Relationships of stigma and shame to gonorrhea and HIV screening. *American Journal of Public Health*, 92, 378–381.
8. Genberg, B.L., Kawichai, S., Chingono, A., Sendah, M., Chariyalertsak, S., Konda, K., Celentano, D. (2007). Assessing HIV/AIDS Stigma and Discrimination in Developing Countries. *AIDS Behavior*, 12:772–780
9. DOI 10.1007/s10461-007-9340-6.
10. Harpern C., Rodrigue J.R., Boggs St.R. & Greene A.F. Attitudes towards individuals with HIV: a comparison of medical staff, nurses and students. *AIDS Patient Care*. 1993; 7:275-279.
11. Iacob, M.C. (2007) Aspecte teoretice și practice privind discriminarea persoanelor infectate HIV/SIDA. *Analele Științifice ale Universității "Al. I. Cuza" Iași, Tomul LIII, Științe Juridice*.
12. Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Jooste, S., Toefy, Y., Cain, D., Cherry, C., & Kagee, A. (2005). Development of a brief scale to measure AIDS-related stigma in South Africa. *AIDS and Behavior*, 9, 135–143.

13. Lieber, E., Li, L., Wu, Z., Rotheram-Borus, M.J., & Guan, J. (2006). HIV/STD stigmatization fears as health-seeking barriers in China. *AIDS and Behavior*, 10, 463–471.
14. Grunberg, L. Despre discriminări în sistemul de sănătate – de la teorie la practică – Manual de bune practici. Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013 „Investește în Oamenii!” Axa prioritară 3 „Creșterea adaptabilității lucrătorilor și a întreprinderilor” Domeniul major de intervenție 3.2. “Formare și sprijin pentru întreprinderi și angajați pentru promovarea adaptabilității” Titlul proiectului: „Îmbunătățirea adaptabilității, flexibilității și competitivității personalului din sectorul sănătății” Contract nr. POSDRU / 81 / 3.2 / S / 53540
15. Asociația Română Anti-SIDA – ARAS, Aspecte psiho-sociale ale infecției cu HIV: broșură pentru asistenții medicali, Proiectul “Rețea socială pentru promovarea accesului nediscriminatoriu al persoanelor care trăiesc cu HIV la servicii medicale”, Speed Promotion, București, 2007.
16. Fundația Romanian Angel Appeal, Ghidul HIV/SIDA pentru jurnaliști: Cuvântul potrivit, Campania Diferența care salvează vieți, 2005,
17. <http://www.raa.ro/filesView.do?type=2&lang=ro>,
18. Centrul de Sociologie Urbană și Regională CURS-SA, Percepții și atitudini față de fenomenul de discriminare, CNCD, decembrie 2005, p. 9; Metro Media Transilvania, CNCD, Barometrul de opinie privind discriminarea în România–2004,
19. <http://www.cncd.org.ro/biblioteca/>.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
ȘI CERCETĂRII



ULBS
Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu



Capitolul X.

Atitudinea de discriminare/nediscriminare față de alte categorii. Nevoia de formare a studenților

Raluca Sassu

În categoria persoanelor considerate a fi vulnerabile la discriminare, am inclus în studiul de față următoarele grupuri/categorii de persoane:

- Persoanele cu dizabilități
- Femeile
- Persoanele de o anumită religie sau convingere
- Rromii
- Copiii
- Persoanele cu o anumită orientare sexuală
- Persoanele vârstnice
- Pacienții cu HIV/SIDA
- Persoanele suferind de boli infecțioase și parazitare
- Persoanelor „care nu au pile și/sau nu dau șpagă”
- Persoanelor de o altă etnie
- Persoanele fără adăpost
- Persoanele cu probleme psihice/diagnostic psihiatric
- Persoanele suferind de boli terminale (de ex: cancer)
- Persoanele foarte sărace

Dintre acestea, categoriile pacienților cu HIV/SIDA, ale romilor și ale persoanelor cu altă orientare sexuală au fost deja descrise în capitolele anterioare, fiind considerate de participanții la acest studiu ca fiind cele mai discriminate categorii de persoane în sistemul de sănătate din România, pe baza unei ierarhizări făcute în cadrul studiului de față. Studiile de specialitate oferă însă informații și despre alte categorii de persoane discriminate.

Un studiu din 2005 (Brakel) face o trecere în revistă a principalelor instrumente de evaluare a stigmatizării anumitor grupuri și categorii de persoane considerate a fi vulnerabile la discriminare în sistemul de sănătate. Autorul identifică, pe lângă categoria persoanelor cu HIV/SIDA, pe cele ale persoanelor suferind de tuberculoză, epilepsie, boli mentale, dizabilități, lepră, și face o trecere în revistă atât a consecințelor nefaste ale stigmatizării pentru persoanele în cauză, cât și ale implicațiilor stigmatizării și discriminării acestor categorii de persoane în sistemul de sănătate (Brakel, 2005). Sunt explicate și evidențiate instrumente care pot evalua măsura discriminării, a stigmatizării și necesitatea utilizării lor pentru a combate aceste fenomene.

Rezultate

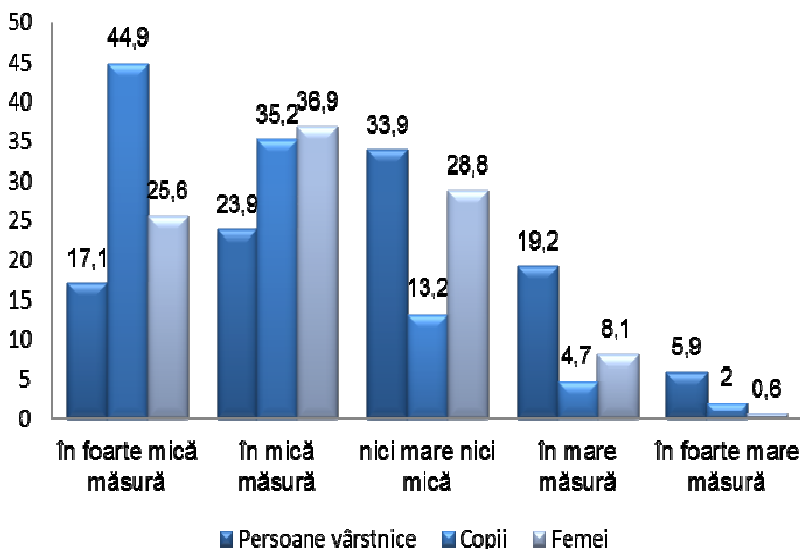
În studiul de față am urmărit identificarea categoriilor celor mai discriminate, dar și plasarea celorlalte categorii în comparație cu acestea, precum și a posibilelor cauze, aspecte psihosociale, legate de discriminarea lor în sistemul de sănătate.

Din categoria persoanelor considerate a fi cel mai puțin discriminate se numără: persoanele vârstnice, femeile și copiii, iar dintre acestea, copiii sunt considerați a fi cel mai puțin discriminați în sistemul de sănătate din România. Printre cauzele discriminării copiilor, participanții la studiu enumeră: „sunt mici”, „nu se pot exprima”, „nu au putere de acțiune”, „sunt naivi”, „sunt vulnerabili”, „nu au gândirea suficient dezvoltată”, „sunt puerili și necunoscători”. Un număr important de respondenți au considerat, de asemenea, că grupul copiilor nu este discriminat, în sistemul de sănătate.

În privința femeilor, acestea sunt considerate a fi discriminate pentru că: „sunt considerate mai slabe”, „sunt considerate mai sensibile”, „sunt considerate inferioare bărbaților”, „sunt mai delicate”, „sunt mai inteligente”, dar există și numeroase răspunsuri în care se afirmă faptul că femeile nu sunt discriminate.

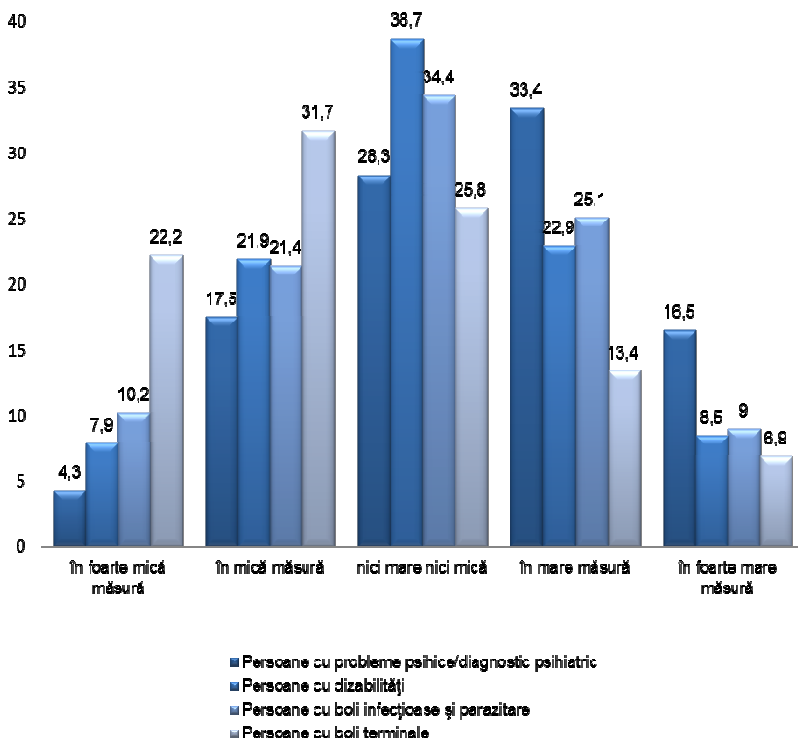
În ceea ce privește persoanele vârstnice, acestea sunt considerate a fi discriminate deoarece: „sunt considerate neputincioase”, „mai au puțin de trăit”, „neimportante”, „nu au putere”, „nu mai au un rol în societate”, „nu au venituri mari”.

În Graficul nr. 1, se poate urmări, procentual, frecvența răspunsurilor cu privire la măsura discriminării copiilor, femeilor și persoanelor vârstnice.



Graficul nr. 1 – Măsura (procentuală) a discriminării persoanelor vârstnice, copiilor și femeilor.

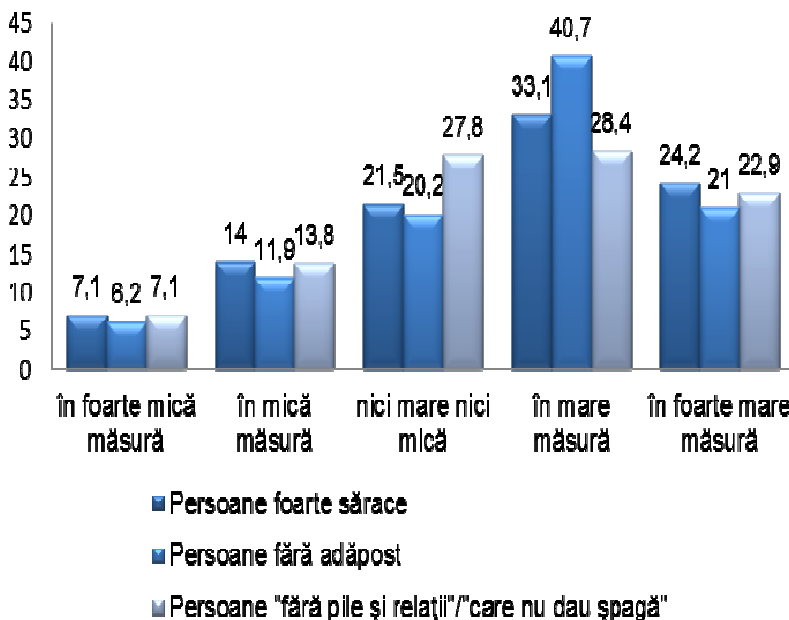
O altă categorie a persoanelor vulnerabile la discriminare în sistemul de sănătate este reprezentată de persoane suferind de anumite boli: boli psihice/cu diagnostic psihiatric, boli infecțioase și parazitare, boli în stadiul terminal, dar și persoanelor suferind de anumite dizabilități. Repartiția frecvenței răspunsurilor se poate urmări în Graficul nr. 2.



Graficul nr. 2 – Măsura discriminării persoanelor cu probleme psihice, dizabilități, boli infecțioase și parazitare și a celor cu boli terminale.

După cum se poate observa și din Graficul nr. 2, cea mai discriminată categorie este cea a persoanelor cu boli mentale, aproape 50% dintre respondenți considerând că este o categorie discriminată în mare și foarte mare măsură. Ele sunt discriminate pentru că: „nu se poate comunica cu ei”, „nu sunt înțelese”, „pot fi periculoase”, „sunt considerați lipsiți de importanță”.

O categorie aparte de persoane discriminate în sistemul de sănătate este formată din persoanele foarte sărace, persoanele fără adăpost și persoanele care „nu au pile și relații”/„nu dau șpagă”. Repartiția răspunsurilor cu privire la măsura discriminării acestor categorii de persoane se poate urmări în Graficul nr. 3.



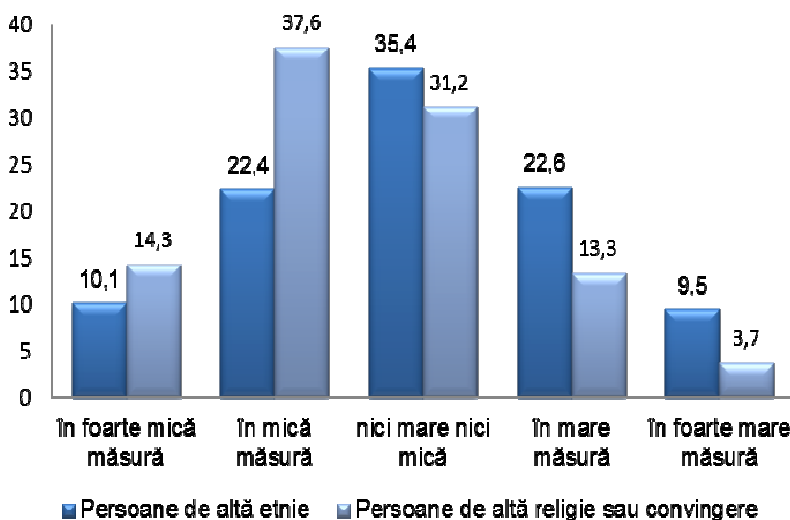
Graficul nr. 3 – Măsura discriminării persoanele foarte sărace, persoanele fără adăpost și persoanele care „nu au pile și relații”/„nu dau șpagă”.

Dintre acestea, cea mai discriminată este considerată categoria persoanelor fără adăpost, 62,9% dintre respondenți

considerând acest grup ca fiind discriminat în mare și foarte mare măsură.

Persoanele foarte sărace sunt considerate a fi discriminate în mare și foarte mare măsură, în proporție de 57,3%, iar persoanele care „nu au pile și relații” și/sau „nu dau șpagă” sunt considerate ca fiind discriminate în proporție de 51,3%, în mare și foarte mare măsură.

Măsura discriminării persoanelor de altă religie sau convingere, sau de altă etnie, se poate urmări în Graficul nr. 4.



Graficul nr. 4 – Măsura discriminării persoanelor de altă religie sau convingere și a persoanelor de altă etnie.

Pentru persoanele de altă etnie, cel mai mare număr al respondenților (35,4%) consideră că discriminarea lor nu se face nici în mare și nici în mică măsură, iar în ceea ce

privește persoanele de altă religie sau convingere, 51,9% dintre participanții la studiu consideră că aceste persoane sunt discriminate în mică și foarte mică măsură în sistemul de sănătate.

În concluzie se poate afirma că, în funcție de anumite trăsături, informații, cunoștințe, unele categorii de persoane sunt considerate a fi discriminate în sistemul de sănătate într-o măsură mai mare sau mai mică.

De aceea, un curs universitar de etică discriminării ar putea aduce studenților medici informațiile necesare pentru o mai bună cunoaștere a diferitelor grupuri vulnerabile la discriminare în sistemul de sănătate, dar și de propune strategii care să dezvolte competențe și aptitudini etice, de nondiscriminare.

Nevoia de formare a studenților în domeniul eticii și nondiscriminării

Noțiunea de discriminare este un concept moral și legal (Halldenius, 2005). Ea este reglementată la nivel național și internațional. Rațiunea reglementării pornește de la asumția că discriminarea este nedreaptă. O persoană este discriminată dacă este tratată mai puțin favorabil, decât altă persoană, din cauza unei caracteristici, proprietăți pe care pe care persoana din urmă le are, dar îi lipsesc primei persoane. Discriminarea are la bază realizarea unor distincții, diferențieri sau consemnarea unor deosebiri. Descrierea discriminării se face ținând cont de două aspecte:

- „tratamentul diferențial” (mai puțin favorabil);
- din motive „arbitrare”, „iraționale” sau „irrelevante”.

Unul din domeniile în care discriminarea are implicații foarte mari este cel al sistemului de sănătate.

Beuchamp și Childress (2001) au descris cele patru principii fundamentale ale bioeticii medicale, care sunt general valabile pentru sistemul medical, nu numai pentru settingul clinic. Aceste principii sunt:

- respectul pentru autonomie: respectarea capacităților decizionale ale persoanelor autonome;
- beneficiul: punerea în balanță a beneficiilor tratamentului cu costul și riscurile acestuia; personalul medical trebuie să acționeze în beneficiul pacientului;
- prevenirea prejudiciilor: evitarea cauzării unui prejudiciu; personalul medical ar trebui să nu cauzeze nici un prejudiciu pacienților. Orice tratament presupune o vătămare (chiar și minimală), dar vătămarea nu ar trebui să fie disproporționată în raport cu tratamentul aplicat;
- justiție/echitate: distribuirea echitabilă a beneficiilor, riscurilor și costurilor; pacienții în situații similare, trebuie tratați în mod similar;

În ceea ce privește etica (etică medicală și legislație medicală), nu există un consens universal în legătură cu obiectivele și conținuturile unui asemenea curs la Facultățile de Medicină (Wong, Balasingam, 2013). De altfel, nu există un consens nici în ceea ce privește obligativitatea studierii unui asemenea curs.

Declarația consensuală a cadrelor didactice care predau etică și legislație medicală în școlile din Marea Britanie este în sensul că un asemenea curs ar trebui să cuprindă aspecte legale și etice legate de:

- consimțământul informat și refuzul tratamentului;
- relația clinică medic-pacient;
- confidențialitatea și o bună practică clinică;
- cercetarea medicală;
- reproducerea umană;
- „noua genetică”;
- copii;
- boli mentale și dizabilități;
- viață;
- moarte;
- a muri și a ucide;
- vulnerabilități create de îndatoririle medicului și ale studenților la medicină;
- alocarea resurselor și drepturile.

Curriculumul cheie din 1998 a fost revizuit în 2010 (Stirrat, Johnston, Gillon, Boyd, 2010) și cuprinde:

- fundamentele eticii și legislației medicale;
- aspecte legate de profesionalizare;
- drepturi și responsabilități cu privire la pacienți;
- luarea deciziei în mod informat și consimțământul sau refuzul valid;
- capacitate și incapacitate;
- confidențialitate;
- echitate, justiție și sănătatea publică;
- copii și persoane tinere;
- sănătate mentală;
- începuturile vieții;
- sfârșitul vieții;
- cercetarea medicală și auditul medical;

Shah (2008) a propus divizarea curriculumului general de medicină legală, în trei mari domenii:

- legislație referitoare la practicarea medicinei;
- legislație referitoare la demersul etic;
- reglementarea practicii medicale.

În 2014, Mijaljica face o trecere în revistă a curriculumurilor cursurilor de etică ale unor Facultăți de Medicină din țări ale Europei de sud-est (Bulgaria, Bosnia-Herțegovina, Croația, Serbia, Macedonia și Muntenegru). El face o comparație a numărului de ore predate, dar și a conținuturilor. Modelul cursurilor din aceste țări are al bază Curriculumul de Bioetică UNESCO, cu conținuturi de etică medicală, bioetică și etica cercetării, ca și curs individualizat cu mai mult de 30 de ore de predare.

În ceea ce privește Curriculum-ul UNESCO, acesta propune module, în acord cu Declarația Drepturilor Omului, astfel:

1. Modulul referitor la demnitatea umană și drepturile omului, cu conținuturi legate de: conceptul demnității de-a lungul istoriei; demnitatea umană ca valoare intrinsecă a persoanei capabile de reflecție, comunicare, senzitivitate, alegeri libere, autodeterminare; înțelegerea diferită a demnității umane, în funcție de tradiții culturale și morale, dar și de diferite tipuri de societate; aspecte etice ale relației medic/persoanal de îngrijire – pacient în ceea ce privește demnitatea umană și drepturile omului; aici o atenție deosebită este acordată tratării copiilor, a persoanelor vârstnice, a persoanelor cu dizabilități mentale;
2. Modulul referitor la respectul pentru vulnerabilitatea umană și integritate personală, cu conținuturi legate

de: noțiunea de vulnerabilitatea umană, diferite aspecte ale vulnerabilității umane:

- biologice
- sociale
- culturale;

puterea medicinei, dilemele vulnerabilității, etica îngrijirii, noțiunea integrității personale;

3. Modulul referitor la egalitate, justiție și echitate, care conține aspecte legate de: definirea „egalității”, „justiției” și „echității”; diferitele tipuri de justiție:
 - distributivă (autoritară, libertariană, utilitară, egalitară, a stării de bine)
 - procedurală
 - retributivă
 - a stării de bine
 - socială.

Alte conținuturi fac referire la modalitatea de reflecție a acestor tipuri de justiție în sistemul medical, la nivel internațional; dreptul la îngrijire medicală; disparități, discrepanțe în statusul sănătății; rolul profesioniștilor din sănătate în stabilirea priorităților în sistemul de sănătate și în asigurarea resurselor.

4. Modulul non-discriminării și non-stigmatizării conține următoarele aspecte: definirea discriminării și stigmatizării; ce este discriminarea pozitivă; motivele discriminării; contextul legal și limitarea principiilor (fiecare principiu al declarației drepturilor omului este legat de celelalte principii; limitarea aplicării principiilor este reglementată de articolul 27; protecția sănătății publice poate fi un factor limitativ)

După cum se poate observa, toate curriculum-urile de etică și legislație medicală conțin aspecte referitoare al echitate, dreptate, grupuri vulnerabile, nondiscriminare.

În anul 2005, Caldticott, Faber-Langendoen au realizat un studiu cu studenții de anul III de la Medicină din Universitatea de Stat din New-York. Studiul a avut ca scop adaptarea curriculumului de etică la realitatea pe care studenții și specialiștii în sănătate o întâlnesc în practica clinică. Aceștia au fost rugați să descrie cazurile cu implicații etice pe care le-au întâlnit în practica clinică. De menționat este faptul că studenții urmează un curs de bioetică pe parcursul a trei ani, în grupe mici, coordonate de câte un membru al comisiei de etică al facultății. În primul an, cursul se ține săptămânal, pe tot parcursul sta-giului clinic, în anii doi și trei, lunar, pe tot parcursul anului. Cazurile au fost scanate și s-a realizat o tipologie a problemelor etice identificate de către studenți. Din iunie 1999 până în iunie 2002, 327 de studenți din anii III au prezentat 688 de cazuri; din acestea 98%, adică 675, au fost în legătură cu relația medic-pacient. Lista rezultată a cuprins un număr de 40 de probleme etice descrise în cazurile înaintate, care au fost organizate în 7 mari cate-gorii. Cele mai numeroase cazuri fac parte din categoria deciziilor cu privire la tratament (43%), iar un număr însem-nat de cazuri (9%), fac parte din sfera echității, care cuprinde tratamentul discriminatoriu, alocarea neechitabilă a îngrijirii, risipa sau nivelul excesiv de îngrijire, nivelul neadecvat al îngrijirii medicale. Din prima categorie amintită, cea a deciziilor cu privire la tratament, 9% din cazuri fac referire la moralitatea de a oferi tratament persoanelor cu un foarte scăzut nivel de calitate a vieții și tot 9% se referă

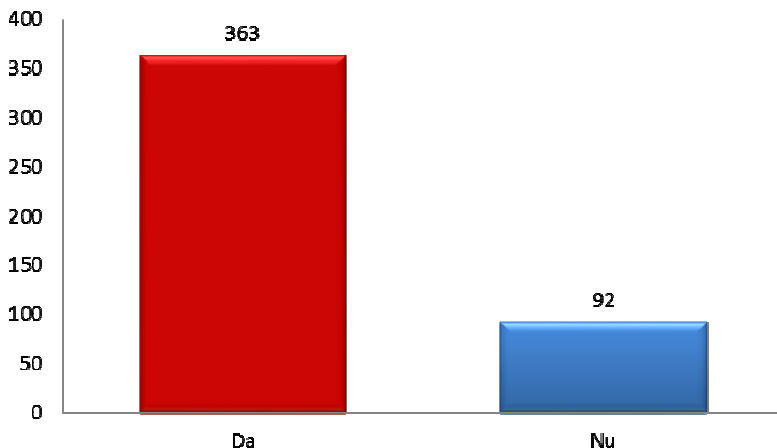
la deciziile cu privire la tratamentul minorilor. Studiul subliniază faptul că mai întâi, înaintea dezvoltării și aplicării strategiilor pentru rezolvarea atitudinilor și comportamentelor discriminatorii, este necesară pentru studenți dobândirea capacității de a distinge între situațiile în care diferențele care se fac între pacienți contează și cele în care nu ar trebui luate în considerare.

Și la noi în țară au fost făcute demersuri în sensul formării studenților de la Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca, Universitatea de Medicină și Farmacie din Târgu-Mureș, cu privire la fenomenul nondiscriminării. Astfel, au fost inițiate demersuri care au vizat introducerea unui curs opțional de etică și nondiscriminare (Vicol, Ungureanu, Astărăstoe, 2013).

În studiul de față, studenții au fost chestionați despre necesitatea introducerii unor teme în cursul de etică și nondiscriminare, la Facultatea de Medicină a Universității „Lucian Blaga” din Sibiu. Răspunsurile se prezintă conform celor consemnate în continuare.

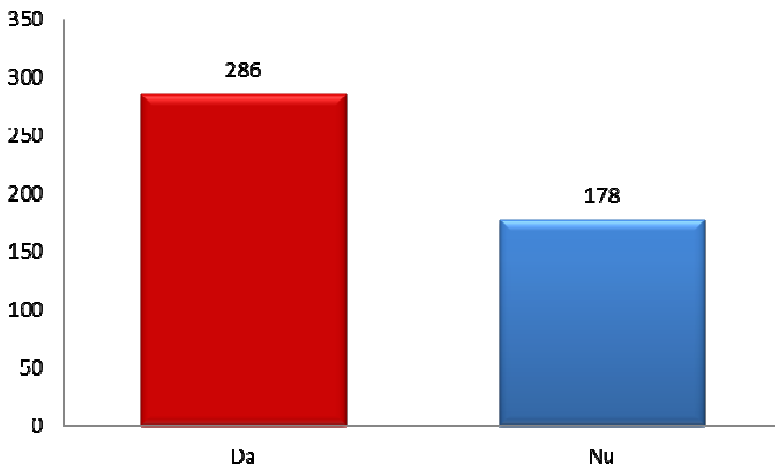
La afirmația conform căreia cursul ar trebui să cuprindă informații despre sistemul de sănătate și principiul nediscriminării, din cei 455 de studenți care au răspuns, 363 dintre ei au răspuns că este necesară abordarea acestei tematici în cursul de etică și nondiscriminare, adică un procent de 79,8%, în timp ce restul, de 20,2%, nu consideră necesar acest subiect.

Răspunsurile lor se pot urmări în Graficul nr. 5.



Graficul nr. 5 – Reprezentarea răspunsurilor cu privire la necesitatea informațiilor despre sistemul de sănătate și principiul nondiscriminării.

În ceea ce privește responsabilitatea medicului și introducerea acestei tematici în suportul de curs, 286 de respondenți, adică 61,6% din totalul răspunsurilor exprimate, consideră necesar acest lucru, după cum se poate urmări și în Graficul nr. 6.

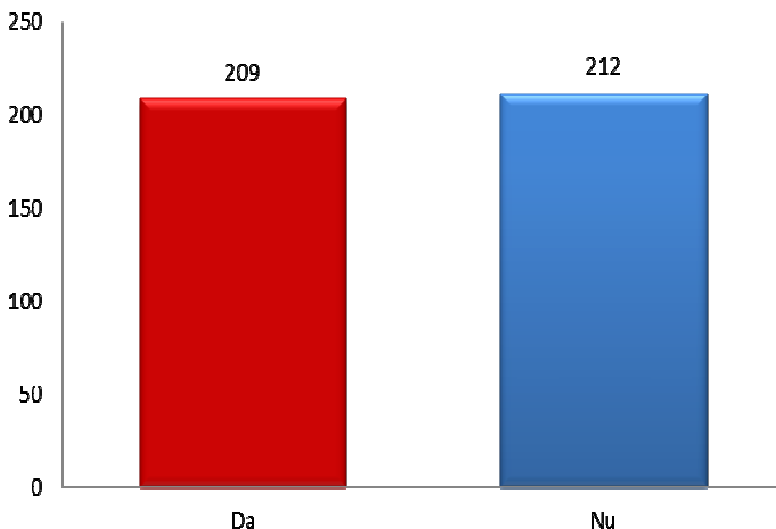


Graficul nr. 6 – Reprezentarea răspunsurilor cu privire la necesitatea informațiilor despre responsabilitatea medicului.

În schimb, un număr relativ mare de respondenți (38,4%) nu consideră necesar acest lucru.

În ceea ce privește introducerea unor noțiuni de legislație a domeniului discriminării în curs, 49,6% dintre studenți consideră necesar acest lucru, însă un număr mai mare de participanți (50,4%) nu consideră important acest subiect pentru tematica cursului. Cifrele sunt relativ apropiate, ceea ce denotă interesul împărțit al participanților la studiu, în ceea ce privește introducerea temelor legate de legislația în domeniul nondiscriminării.

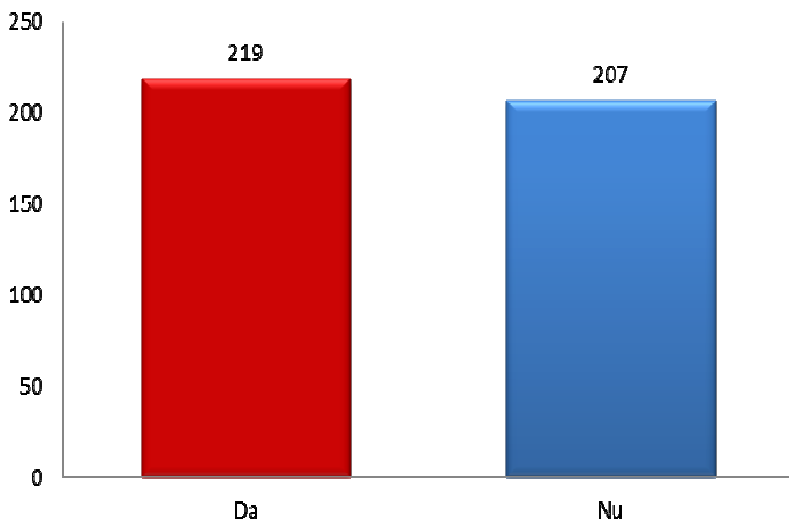
În Graficul nr. 7 se pot urmări răspunsurile participanților la studiu în acest sens:



Graficul nr. 7 – Reprezentarea răspunsurilor cu privire la introducerea noțiunilor aparținând legislației în domeniu.

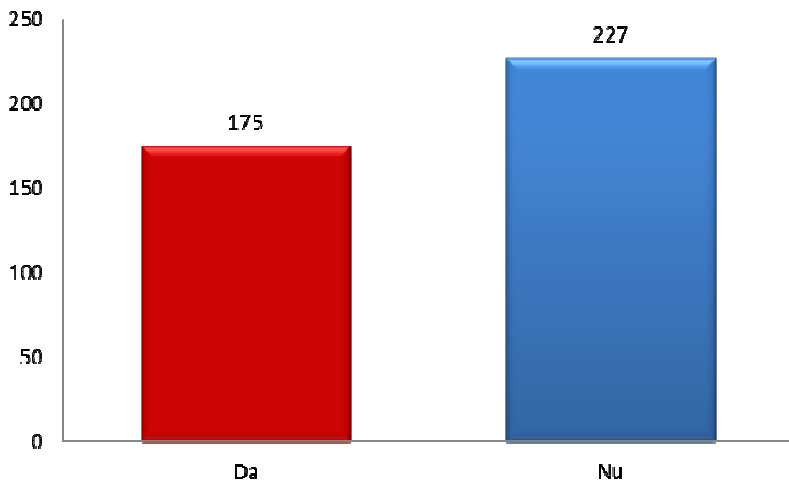
La itemul cu privire la introducerea în curs a unor detalii legate de diferite grupuri vulnerabile, situația se prezintă în mod asemănător cu cea de la itemul precedent. Astfel, 219 participanți (51,4%) din totalul de 426 care au răspuns la acest item, au considerat că aceste informații sunt necesare; în schimb 207 respondenți (48,6%) au considerat că nu. Grafic, acest lucru este reprezentat în Graficul nr. 8. Și în cazul acestui item, răspunsurile între participanții la studiu sunt împărțite relativ egal între categoria celor care

doresc asemenea informații și categoria celor care nu doresc aceste informații.



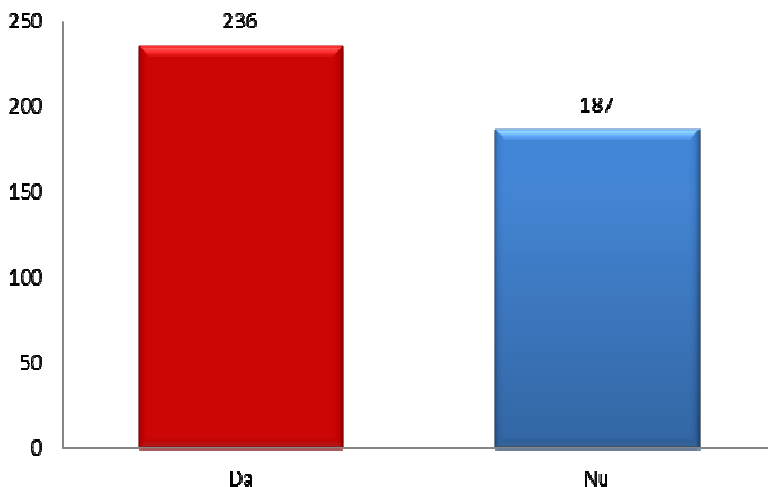
Graficul nr. 8 – Reprezentarea răspunsurilor cu privire la introducerea în curs a unor detalii legate de anumite grupuri vulnerabile (istorie, cultură, tradiții, etc.).

Dacă în ceea ce privește informațiile despre responsabilitatea medicului, acestea sunt considerate importante de către participanții la studiu și necesare a fi introduse într-un curs de etică și nondiscriminare, informațiile despre responsabilitatea pacientului sunt privite diferit de către respondenți. 175 din totalul de 402 care au răspuns la această întrebare au considerat că aceste informații sunt necesare, în timp ce 227 dintre respondenți nu au considerat aceste informații relevante pentru curs. Grafic, acest fapt se poate urmări în Graficul nr. 9.



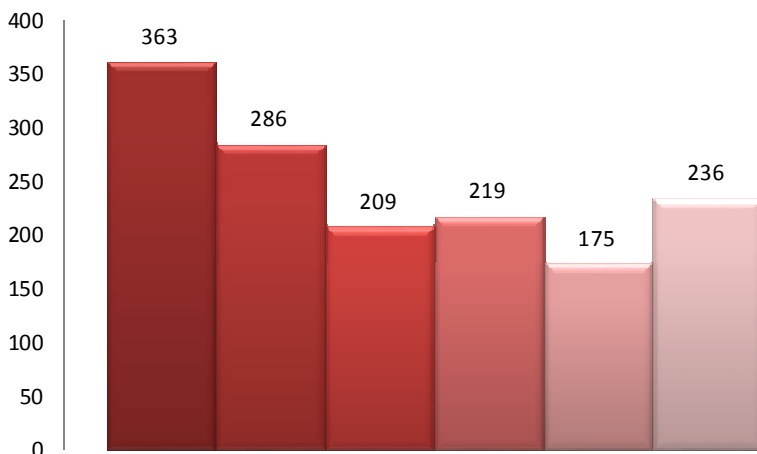
Graficul nr. 9 – Reprezentarea răspunsurilor cu privire la introducerea unor informații legate de responsabilitatea pacientului.

Nu în ultimul rând, am solicitat studenților părerea cu privire la introducerea altor informații în curs. 55,8% dintre cei care au răspuns au considerat necesar acest lucru, iar 44,2% nu, după cum se poate urmări și în Graficul nr. 10.



Graficul nr. 10 – Reprezentarea răspunsurilor cu privire la introducerea altor informații în curs

Aceste răspunsuri se pot constitui într-un punct de plecare pentru stabilirea și alegerea tematicilor cursului de etică și nondiscriminare în sistemul medical. În ceea ce privește rezultatele, pe ansamblu, obținute la acești itemi, acestea se pot urmări sintetic în Graficul nr. 11.



- sistemul de sănătate și principiul nondiscriminării
- responsabilitatea medicului
- legislația în domeniu
- detalii legate de diferite grupuri vulnerabile
- responsabilitățile pacientului
- alte informații

Graficul nr. 11 – Reprezentarea sintetică a tipurilor de informații necesare a fi introduse în cursul de etică și nondiscriminare

Printre răspunsurile oferite de participanți cu privire la alte informații pe care ei le consideră a fi importante de a face parte din cursul de etică și nondiscriminare se numără:

- Aspecte privind standardele etice morale;
- Măsurile de prevenire a discriminării;

- Legătura dintre discriminare, toleranță și corectitudinea politică;
- Modalități de ripostă la actele de discriminare;
- Informații despre malpraxis și cum afectează asta medicul și pacientul;
- Consecințele legale ale discriminării;
- Informații despre contactul personal cu indivizii care aparțin acestor grupuri;
- Prezentări concrete ale poveștilor nefericite ale persoanelor aparținând grupurilor vulnerabile;
- Conștientizarea studenților de obligațiile meseriei de medic;
- Accentuarea semnificației jurământului care se depune și a urmărilor lui;
- Modul în care se evită aceste discriminări din partea personalului medical;
- Principii de abordare a pacienților care se simt discriminați;
- Încercarea stopării acestei discriminări;
- Necesitatea cursului și pentru asistentele medicale;
- Informații despre egalitatea în drepturi.

Bibliografie

1. Beauchamp and Childress; Principles Biomedical Ethics, OUP, 5th edition 2001, http://www.ukcen.net/index.php/ethical_issues/ethical_frameworks/the_four_principles_of_biomedical_ethics.
2. Caldicott, C. V., & Faber-Langendoen, K. (2005). Deception, discrimination, and fear of reprisal: lessons

- in ethics from third-year medical students. *Academic Medicine*, 80(9), 866-873.
3. Halldenius, Lena. (2005). Dissecting "Discrimination". *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 14(04), 455-463.
 4. Mijaljica, Goran. (2014). Medical Ethics, Bioethics and Research Ethics Education Perspectives in South East Europe in Graduate Medical Education. *Science and Engineering Ethics*, 20(1), 237-247.
doi: 10.1007/s11948-013-9432-9
 5. Shah, N. D. (2008). The teaching of law in medical education. *Virtual Mentor*, 10(5), 332-337.
doi: 10.1001/virtualmentor.2008.10.5.oped1-0805
 6. Stirrat, G M, Johnston, C, Gillon, R, & Boyd, K. (2010). Medical ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 Consensus Statement updated. *Journal of Medical Ethics*, 36(1), 55-60.
doi: 10.1136/jme.2009.034660
 7. Van Brakel, W. H. (2006). Measuring health-related stigma--a literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 11(3), 307-334.
doi: 10.1080/13548500600595160
 8. Vicol, M.-C., Ungureanu, A., Astărăstoae, V.. (2013). ETHICS AND NON-DISCRIMINATION OF VULNERABLE GROUPS WITHIN THE HEALTHCARE SYSTEM, *Revista Română de Bioetică* (Vol. 11).
 9. Wong, Rebecca S. Y., & Balasingam, Usharani. (2013). Teaching Medical Law in Medical Education. *Journal of Academic Ethics*, 11(2), 121-138.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Fondul Social European
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale
2007-2013



MINISTERUL
EDUCAȚIEI
NAȚIONALE
ȘI CERCETĂRII



ULBS
Universitatea de Medicină și Farmacie
"Carol Davila" București

Concluzii

**Mihaela Dana Bucuță, Sorina Corman,
Raluca Sassu**

În concluzie, putem afirma că prezentul studiu a confirmat datele oferite deja de literatura de specialitate, dar a și adus informații noi, care se pot constitui în puncte de plecare pentru studii și cercetări viitoare în domeniul nondiscriminării în sistemul de sănătate.

Cea mai discriminată categorie în sistemul de sănătate este reprezentată de categoria rromilor. Discriminarea acestora are la bază, conform participanților la acest studiu, atât factori interni, cât și factori externi. În legătură cu această categorie socială discriminată, răspunsurile subiecților, deși diverse, au fost clasificate în răspunsuri care fac referire la problematici ale acestei etnii, răspunsuri cu trimitere la politicile publice/ sociale care vizează integrarea și respectarea drepturilor rromilor, răspunsuri care denumesc stări și trăiri ale persoanelor cu care acestea interacționează.

Răspunsurile studenților chestionați trimit în majoritate în zona stigmatizării și etichetării, ceea ce arată un risc crescut de marginalizare, discriminare și excluziune socială a acestei categorii sociale.

În cadrul suportului de curs, introducerea capitolului „Discriminarea romilor” devine imperios necesară, având în vedere necesitatea abordării cu rigurozitate a acestor aspecte reieșite din analiza nevoilor de formare ale studenților pe domeniul discriminării.

La polul opus, cea mai puțin discriminată categorie este considerată cea a copiilor, multe dintre răspunsurile oferite evidențiind faptul că această categorie nu este discriminată în sistemul de sănătate din România.

Mai mult de jumătate dintre subiecții studiului, consideră că persoanele cu o altă orientare sexuală sunt discriminate într-o mare sau foarte mare măsură. Răspunsurile studenților chestionați la întrebarea „De ce sunt discriminate persoanele cu o altă orientare sexuală?” se pot clasifica în mai multe categorii: percepții și reprezentări sociale; diferențe preferențiale; modelele culturale și religioase și stigmatizări/ etichetări.

Aceste rezultate vin, de asemenea, să accentueze nevoia și importanța disciplinei „Nondiscriminare în sistemul de sănătate” și, în cadrul disciplinei, a temei „Discriminarea persoanelor cu o altă orientare sexuală în sistemul medical”.

Viitorii specialiști din domeniul sănătății apreciază că persoanele cu HIV/SIDA sunt discriminate în societate și în sistemul medical, motivul principal fiind legat în special de teama de infectare și teama de moarte.

Deși participanții la prezentul studiu au afișat atitudini pozitive față de persoanele cu HIV/SIDA, apreciem că atitudinea lor este mai degrabă ambivalentă: sunt de

acord că acești pacienți merită să fie tratați ca toți ceilalți pacienți, merită respect, dar, în același timp, respondenții evită să se implice în tratarea efectivă a acestora, și ar prefera mai degrabă să nu lucreze cu această categorie de pacienți considerată „periculoasă”.

Cunoștințe mai precise privind contaminarea cu HIV ar putea demistifica posibilele prejudecăți care conduc în general la o supraestimare a pericolului contaminării, la stigmatizarea și discriminarea acestor pacienți.

Dintre mediile sociale în care se manifestă discriminarea, societatea românească (în general) este considerată a fi cel mai discriminant mediu, urmată de școală și de sistemul de sănătate. Unul din patru studenți s-a confruntat cu cel puțin o situație de discriminare, ceea ce poate contribui într-o anumită măsură la conștientizarea acestui fenomen.

Din perspectiva relației medic-pacient, empatia este o considerată o caracteristică importantă din prisma respondenților.

Materialul oferit de prezentul Raport de cercetare oferă, așadar, o excelentă bază de pornire a unor cercetări ulterioare pe tema discriminării, care ar putea reliefa etiologia fenomenului, modul în care se manifestă referitor la diferite categorii de persoane, dar și modalitățile de intervenție în sensul combaterii acestui fenomen indezirabil.



Produs în cadrul proiectului POSDRU: Învățământ superior medical orientat către aplicarea unui tratament nediscriminatoriu al pacienților, POSDRU/156/1.2/G/142145
Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013

Investește în oameni!

Editat de Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu / Asociația pentru Dezvoltare și Incluziune Socială, București

Decembrie 2014

"Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României"