CONTRIBUȚII BIOETICE PRIVIND PROVOCĂRILE AUTONOMIEI PACIENTULUI NEUROLOGIC

Ludmila RUBANOVICI, dr. în filos., conf. univ.,
USMF „NTestemițanu”, Republica Moldova
ludmila.rubanovici@usmf.md
https://orcid.org/0000-0001-8703-1886

BIOETHICAL CONTRIBUTIONS ON THE CHALLENGES OF NEUROLOGICAL PATIENT AUTONOMY

Summary

This study aims to analyze the bioethical challenges related to the autonomy of the neurological patient, highlighting the specific difficulties encountered in medical decision-making and the research aims to: explore the impact of neurological conditions on decision-making capacity; analyze the main difficulties encountered in assessing and respecting the autonomy of patients with neurological diseases; develop strategies to optimize the decision-making process, respecting the principles of bioethics and patient rights. The article „Bioethical contributions on the challenges of neurological patient autonomy” analyzes patient autonomy from bioethical, philosophical, and medical perspectives, highlighting the complexity of this concept in neurological conditions. Autonomy, historically understood as rational self-governance or freedom of choice, is influenced by cultural, social, and biological factors. In the case of neurological patients, autonomy is often compromised by impaired cognitive functions, communication difficulties, and emotional fluctuations.

The article highlights the ethical and clinical challenges associated with informed consent and medical decision-making in the context of neurological diseases. It also discusses the implications of new neuroscientific technologies

and the conflicts between patient autonomy and the principle of non-maleficence. Finally, bioethical strategies are proposed to balance respect for autonomy with the protection of patient health, through methods such as assisted decision-making, the involvement of legal representatives, and the use of advance directives.

Key-words: *bioethics, bioethical principles, principle of respect for autonomy, informed consent, neurological patient.*

Încă din momentul nașterii, ne angajăm într-o veritabilă competiție pentru dobândirea și menținerea liberului-arbitru, independenței față de necesitatea și cauzalitatea obiectivă, care, în mod concomitent, este un proces puternic influențat de diverși factori, inclusiv și de condițiile socio-culturale. De-a lungul vieții, suntem nevoiți să luăm variate decizii – unele majore și unice, precum caltatea vieții, sănătate, metode de tratament, etc, iar altele de rutină și aparent nesemnificative, cum ar fi selectarea unui fel de mâncare sau concentrarea atenției asupra anumitor stimuli auditivi, vizuali, chinestezici etc. în detrimentul altora. Pentru pacienții neurologici, menținerea unei percepții pozitive asupra autonomiei lor este esențială nu doar din punct de vedere etic, ci și terapeutic. Atunci când pacienții sunt implicați activ în luarea deciziilor privind tratamentul lor și li se oferă un grad adecvat de control, acest lucru le poate întări sentimentul de autoeficacitate și le poate îmbunătăți starea psihologică. Pe de altă parte, limitarea excesivă a autonomiei din cauza prejudecăților privind capacitățile lor cognitive poate contribui la sentimente de neajutorare și la agravarea stării depresive. Prin urmare, abordările bioetice ar trebui să găsească un echilibru între protecția pacienților și susținerea unui cadru decizional care să le întărească încrederea în sine și motivația de a colabora în procesul terapeutic. Cercetările din domeniul neuroștiințelor sugerează că oamenii au o nevoie înnăscută și biologic determinată de control. Totuși, percepția asupra capacității de a influența mediul, sentimentul de autoeficacitate și dorința de autonomie sunt puternic modelate de experiențele de învățare și de factorii culturali [1; 2].

Autonomia a fost interpretată diferit de-a lungul istoriei filosofiei: de la idealul autoguvernării raționale din Antichitate, la libertatea morală și politică din modernitate, până la înțelegerea autonomiei în raport cu factorii sociali și culturali în gândirea contemporană.

În Antichitate, bunăoară, autonomia era asociată cu capacitatea de a trăi conform rațiunii. Socrate susținea că o viață bună presupune autocunoaștere și conducerea existenței în conformitate cu virtutea, fără a fi influențat de dorințe sau de presiuni externe, iar Platon considera că autonomia adevărată aparține celui care își ordonează sufletul conform rațiunii, supunând impulsurile iraționale guvernării înțelepte. Aristotel a legat autonomia de conceptul de eudaimonie (fericire și împlinire), de libertate de acțiune sau de dezvoltare, susținând că omul autonom este cel care acționează conform virtuții și deliberării raționale.

În Evul Mediu, autonomia nu era înțeleasă ca autodeterminare individuală, ci mai degrabă ca armonizarea voinței umane cu ordinea divină, ca supunerea voinței umane față de Dumnezeu și legea naturală. De exemplu, Sfântul Augustin (354-430) considera că adevărata libertate nu înseamnă independență absolută, ci supunerea voinței umane față de Dumnezeu. Omul este autonom doar atunci când își conformează alegerile Binelui suprem, adică lui Dumnezeu. Toma d'Aquino (1225-1274), influențat de Aristotel, vedea autonomia ca fiind compatibilă cu legea naturală: omul are rațiune și liber arbitru, dar acestea trebuie folosite în conformitate cu voința divină și ordinea morală universală. Autonomia nu înseamnă libertate absolută, ci o alegere responsabilă în cadrul rânduielii divine. În general, în Evul Mediu, autonomia individuală era subordonată autorității religioase și principiilor teologice. Conceptul dominant era cel de liber arbitru, însă acesta era văzut ca un dar divin care trebuia folosit pentru a urma binele și a evita păcatul.

Odată cu Renașterea (secolele XIV-XVI), apare o schimbare majoră de perspectivă asupra autonomiei, începe să fie redescoperită ca o formă de libertate individuală, atât în gândire, cât și în acțiune, iar odată cu redescoperirea umanismului și a gândirii clasice, precum Erasmus (Desiderius) din Rotterdam (1466-1536), au susținut ideea că omul are capacitatea de a-și modela propria viață prin educație și rațiune. Erasmus a apărat liberul arbitru împotriva viziunii lui Martin Luther (1483-1546), care sublinia predestinarea și limitarea libertății umane. Niccolò Machiavelli (1469-1527) a promovat ideea că autonomia politică trebuie să fie ghidată nu de principii morale absolute, ci de realism și eficiență. În acest sens, conducătorii trebuie să fie autonomi în luarea deciziilor, adaptându-se contextului politic. Giordano Bruno și Galileo Galilei au fost

exemple de gânditori care au promovat autonomia gândirii științifice față de dogmele religioase. Jean Bodin (1530-1596) a pus bazele conceptului modern de suveranitate, susținând că autonomia politică a statului este esențială pentru menținerea ordinii și independenței.

În Epoca Modernă, autonomia capătă o dimensiune etică și politică mai clar definită. Immanuel Kant (1724-1824) este unul dintre cei mai importanți filosofi ai autonomiei. El a formulat principiul conform căruia o persoană este autonomă atunci când acționează conform propriei sale rațiuni morale, fără influențe externe sau dorințe iraționale. Morala kantiană se bazează pe imperativul categoric, care cere să acționăm doar conform acelor maxime pe care le-am putea dori ca legi universale. Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) a extins ideea de autonomie la domeniul politic, afirmând că adevărata libertate constă în a urma legile pe care ni le dăm singuri, în cadrul unui contract social just.

Secolul XX și gândirea contemporană au nuanțat ideea autonomiei, subliniind influența societății, culturii și relațiilor interpersonale. John Stuart Mill (1806-1873) a susținut că autonomia individuală trebuie protejată de orice formă de coerciție, inclusiv de tirania majorității, considerând libertatea esențială pentru dezvoltarea personală [3]. Existențialiștii, precum Jean-Paul Sartre (1905-1980), au văzut autonomia ca o responsabilitate absolută a individului, care își creează propriul sens al existenței. Feminismul și etica grijii au subliniat că autonomia nu este doar o chestiune de independență, ci și de relații sociale și interdependență. De exemplu, eticiană și psihologă americană, cunoscută în special pentru munca ei privind comunitatea etică și relațiile etice, Carol Gilligan Gilligan propune o perspectivă alternativă asupra autonomiei în lucrarea sa fundamentală, In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development (1982). Autoarea susține că autonomia nu înseamnă doar independență, ci și interdependență – capacitatea de a lua decizii în contextul relațiilor cu ceilalți. În loc de o etică a dreptății, bazată pe reguli universale, femeile tind să adopte o etică a grijii, care pune accent pe responsabilitate, empatie și menținerea relațiilor, iar în dezvoltarea morală există o cale alternativă bazată pe grijă și conectare. Gilligan contribuie la dezvoltarea conceptului de autonomie relațională, susținând că oamenii nu sunt

izolați în luarea deciziilor, ci își exercită autonomia în contextul relațiilor sociale. Această perspectivă a influențat gândirea feministă și teoriile contemporane despre etica îngrijirii și responsabilității sociale [4, p.144].

Autonomia pacientului este un principiu fundamental al bioeticii, însă în contextul afecțiunilor neurologice, aceasta devine o provocare majoră. Actualmente, inclusiv în societatea noastră, numărul pacienților cu boli neurologice este în creștere, iar deciziile privind tratamentul lor devin din ce în ce mai dificile. Un studiu, realizat de către Catedra de Neurologie nr.1și nr.2, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova; Departamentul de Neuroștiințe Clinice, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București, România; Departmentul de Neurologie și Neurochirurgie, Universitatea din Vilnius, Lituania; Departmentul de Neurologie, Universitatea de Stat „Ivane Javakhishvili", Tbilisi, Georgia; Centrul Internațional Clinic de Cercetare, Spitalul Universitar „Sf. Anne",Brno, Republica Cehă; Centriul Medical Shaare Zedek, Ierusalim, Universitatea Tel Aviv, Israel, a evidențiat deficiențe serioase cu privire la indicatorii de performanță intraspitalicesti ai AVC în Moldova. Cele mai importante lacune includ: lipsa computer tomografelor în spitalele publice, absența unei rețele naționale de asistență medicală în AVC, accesibilitatea extrem de redusă la tromboliza intravenoasă și implementarea nesatisfăcătoare a tratamentului de prevenție secundară a ictusului. Astfel, rezultatele analizei efectuate evidențiază necesitatea elaborării unui plan național de reorganizare a serviciului Stroke susținut de guvern drept o prioritate pentru sănătatea publică [5].

În perioada pandemiei a crescut de cinci ori numărul cazurilor de afecțiuni neurologice printre pacienți, față de perioada de până la pandemie și continuă să crească post-pandemic. Potrivit medicului neurolog, Alexandru Grumeza, șeful Unității de Primiri Urgențe de la Institutul de Neurologie și Neurochirurgie „Diomid Gherman", virusul SARS-COV-2 poate determina stări severe ale sistemului nervos central. Din punct de vedere statistic, din toți cei care au fost spitalizați cu noul Coronavirus, la aproximativ cinci la sută dintre pacienți se dezvoltă suferințe ale creierului. (...) Aceasta este una din problemele cele mai frecvente cu care se confruntă neurologii la pacienții cu COVID-19 [6]. De asemenea, medicul a precizat că, în prezent, o provocare mult mai mare este

înteţirea cazurilor cu accidente vasculare cerebrale. Astfel, între 1-3% pacienţi cu COVID-19 şi post boală dezvoltă accident vascular cerebral, lucru care se întâmplă între prima - a treia săptămână de infectare, iar cele mai frecvente stări sunt o suferinţă generală a creierului, care se manifestă prin semne de tulburare de conştiinţă, de confuzii, dezorientare, agitaţie, somnolenţă sau uneori cu anumite crize convulsive, epileptice.

Conceptul de autonomie este strâns legat de principiul consimţământului informat, care implică furnizarea de informaţii clare, complete şi accesibile pacientului, astfel încât acesta să poată înţelege opţiunile disponibile, riscurile şi beneficiile fiecărui tratament [7, p. 52-54]. Pentru ca autonomia să fie exercitată în mod autentic, pacientul trebuie să fie competent din punct de vedere cognitiv şi emoţional, să nu fie supus presiunilor externe şi să aibă acces la toate resursele necesare pentru luarea unei decizii echilibrate.

În practica medicală, respectarea autonomiei pacientului poate ridica provocări semnificative, mai ales în cazul pacienţilor cu afecţiuni neurologice, unde capacitatea decizională poate fi afectată de deteriorarea funcţiilor cognitive, de tulburări de conştiinţă sau de influenţa factorilor psihologici şi sociali. Astfel, autonomia în context medical nu este absolută, ci trebuie analizată în echilibru cu alte principii bioetice, precum beneficiul pacientului şi evitarea unui posibil prejudiciu [8]. Respectarea autonomiei pacientului reduce riscul conflictelor etice şi juridice care pot apărea atunci când tratamentele sunt impuse fără consimţământ. În unele cazuri, nerespectarea acestui principiu poate atrage consecinţe legale, inclusiv acuzaţii de malpraxis. În cazul pacienţilor neurologici, autonomia poate fi afectată de deteriorarea funcţiilor cognitive sau de incapacitatea de a exprima dorinţe clare. Cu toate acestea, respectarea autonomiei rămâne esenţială şi poate fi realizată prin metode alternative, cum ar fi luarea deciziilor asistate, implicarea reprezentanţilor legali sau utilizarea directivelor anticipate privind îngrijirea medicală.

Bolile neurologice pot influenţa capacitatea de luare a deciziilor, comunicarea intenţiilor şi înţelegerea informaţiilor medicale, ceea ce creează provocări etice şi clinice în asigurarea unui consimţământ informat autentic. Multe afecţiuni neurologice, precum demenţa, boala Parkinson avansată, accidentul vascular

cerebral (AVC) sau leziunile cerebrale traumatice, pot reduce capacitatea pacientului de a lua decizii raţionale. În aceste cazuri, autonomia este compromisă deoarece pacientul poate avea dificultăţi în procesarea informaţiilor, evaluarea riscurilor şi formularea unei alegeri conştiente. Afecţiuni precum afazia (în cazul AVC-ului) sau scleroza laterală amiotrofică (SLA) pot afecta abilitatea pacientului de a-şi exprima dorinţele şi preferinţele. În aceste situaţii, medicii trebuie să găsească metode alternative de comunicare, cum ar fi tehnologiile asistive sau implicarea familiei, ceea ce poate complica procesul decizional. Depresia, anxietatea şi tulburările de personalitate, frecvent asociate cu bolile neurologice, pot influenţa dorinţele pacientului şi pot genera fluctuaţii în deciziile acestuia. De exemplu, un pacient cu boala Parkinson avansată poate oscila între acceptarea şi refuzul unui tratament, în funcţie de starea sa emoţională zilnică. În cazul pacienţilor cu afectare cognitivă severă, familia sau un reprezentant legal poate fi responsabil de luarea deciziilor medicale. Acest lucru poate duce la conflicte între ceea ce îşi doreşte pacientul şi ceea ce consideră familia că este în interesul său. De asemenea, există riscul ca deciziile aparţinătorilor să fie influenţate de factori subiectivi sau de interese personale.

Progresele în neurotehnologie, precum implanturile cerebrale, stimularea profundă a creierului sau inteligenţa artificială aplicată în neurologie, ridică noi provocări etice. De exemplu, în cazul unui pacient cu boala Parkinson care beneficiază de stimulare cerebrală profundă, se pune problema dacă deciziile sale sunt influenţate artificial de dispozitiv sau dacă îşi păstrează autonomia autentică.

Pacienţii cu afecţiuni neurologice pot refuza tratamente esenţiale pentru sănătatea lor, invocând dreptul la autonomie. De exemplu, un pacient cu epilepsie poate refuza medicaţia antiepileptică, chiar dacă acest lucru îl expune unui risc crescut de crize severe. În acest caz, medicii trebuie să decidă dacă respectarea autonomiei ar putea duce la un prejudiciu semnificativ pentru pacient. Astfel, respectarea strictă a autonomiei poate intra în conflict cu obligaţia medicului de a proteja pacientul de decizii care i-ar putea face rău. Uneori, un pacient poate solicita o intervenţie neurochirurgicală riscantă, care nu are o probabilitate mare de succes. În acest caz, medicul trebuie să echilibreze respectarea dorinţei pacientului cu principiul de a nu face rău.

Pentru a gestiona aceste conflicte, profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să adopte strategii bioetice care să armonizeze autonomia pacientului cu non-maleficența. Înainte de a accepta sau respinge decizia unui pacient, medicii trebuie să stabilească dacă acesta are capacitatea cognitivă necesară pentru a înțelege implicațiile alegerii sale. În cazurile de afectare neurologică severă, se poate recurge la un reprezentant legal sau la directive anticipate. În cazul pacienților care pot lua decizii, dar au dificultăți în înțelegerea riscurilor (ex. afazie, deficite cognitive ușoare), se pot utiliza metode alternative pentru a facilita comunicarea (ex. materiale vizuale, sprijin din partea unui aparținător).

Prin prisma principiului proporționalității, atunci când autonomia pacientului intră în conflict cu riscul de prejudiciu, medicii trebuie să evalueze raportul risc-beneficiu al fiecărei opțiuni și să aleagă soluția care minimizează daunele, iar implicarea echipei medicale și a familiei, în cazurile dificile, luarea deciziilor trebuie să fie un proces multidisciplinar, implicând neurologi, psihologi, eticieni și familia pacientului pentru a găsi cea mai echitabilă soluție.

În practica medicală, de asemenea, luarea deciziilor este un proces complex, influențat de factori etici, clinici și juridici. În neurologie, acest proces devine și mai dificil din cauza afectării cognitive și funcționale a pacienților. Două modele decizionale fundamentale sunt *paternalismul medical și modelul autonomiei pacientului*, sau antipatermalismul fiecare având avantaje și limitări specifice. Dacă paternalismul medical se bazează pe ideea că medicul, datorită cunoștințelor și experienței sale, trebuie să ia decizii în interesul pacientului, chiar dacă acestea contravin voinței acestuia: medicul ia deciziile medicale în locul pacientului; se presupune că pacientul nu este capabil să înțeleagă pe deplin implicațiile tratamentului, iar scopul principal este binefacerea și protejarea pacientului de posibile prejudicii. Aplicabilitate în neurologie, de exemplu, în cazul pacienților cu afecțiuni cognitive severe: Alzheimer, demență frontotemporală, AVC, traumatisme craniene, tulburări psihiatrice asociate afecțiunilor neurologice etc. Acești pacienți pot avea o capacitate redusă de a lua decizii informate, iar medicii trebuie să intervină în interesul lor.

Cu toate acestea, sunt riscuri de încălcare a drepturilor pacientului și de abuz de autoritate medicală, pacienții fiind excluși din procesul decizional, sau

lipsa de comunicare poate reduce încrederea în sistemul medical.

Modelul autonomiei pacientului, sau numit în bioetică, antipaternalist pune accent pe dreptul pacientului de a decide asupra propriului tratament, pe baza consimțământului informat. Conform acestui model pacientul are dreptul să aleagă sau să refuze tratamentele, chiar dacă decizia sa nu este cea recomandată de medic. Medicul devine un consilier, oferind informații, dar fără a lua decizia în locul pacientului. Aplicarea în neurologie a acestui model se face pentru pacienții conștienți și cognitivi capabili. De exemplu, un pacient cu scleroză multiplă poate decide dacă dorește să înceapă un tratament experimental, chiar dacă acesta are efecte secundare severe, sau acordă dreptul la refuzul tratamentului, atunci, de exemplu, un pacient cu boala Parkinson avansată poate refuza o intervenție de stimulare cerebrală profundă, alegând să trăiască cu simptomele sale. Corespunzător acestui model, pacienții cu boli neurodegenerative pot redacta directive anticipate, stabilind din timp ce tipuri de tratamente doresc sau nu în stadiile avansate ale bolii.

Însă aspectele negative pentru această formă particulară de realție medic-pacient poate duce la: riscuri de decizii greșite, pacienții pot lua decizii bazate pe informații incomplete sau pe emoții, ceea ce le poate afecta sănătatea; la dificultăți în evaluarea capacității decizionale, unele cazuri (ex. scleroză laterală amiotrofică, epilepsie), pacienții pot avea momente de luciditate, dar și episoade de confuzie; la încetinirea procesului medical, deoarece insistența asupra autonomiei poate întârzia intervențiile necesare.

În neurologie este adesea preferat un model decizional mixt, sau modelul decizional echilibrat sau *paternalism soft* (autonomie asistată), datorită limitărilor ambelor modele, ce combină respectarea autonomiei pacientului cu intervenția medicului în cazurile necesare. Caracteristicile acestui model sunt: medicul ghidează pacientul în procesul decizional, oferindu-i informații și sprijin, iar pacientul este implicat activ în decizie, dar este asistat atunci când capacitatea sa este afectată. Se evaluează capacitățile decizionale pentru a determina dacă pacientul poate lua decizii singure. Exemple de aplicarea ale acestuia: în cazul pacienților cu boli neurodegenerative progresive la debutul bolii, pacienții își exprimă clar dorințele, dar, pe măsură ce boala avansează,

medicii și familia trebuie să preia controlul decizional. În situația deciziilor complexe, cum ar fi tratamente experimentale, pacienții pot avea dificultăți în înțelegerea riscurilor, iar medicii trebuie să le ofere informații clare, ajutându-i să ia o decizie informată. În neurologie, adoptarea unui model strict paternalist sau a unui model bazat exclusiv pe autonomie poate fi problematică. De aceea, se preferă o abordare echilibrată, care să protejeze pacientul, dar să îi respecte și dreptul la autodeterminare. În situații în care autonomia este afectată, medicii trebuie să acționeze etic, oferind pacienților sprijin și informații pentru a lua cele mai bune decizii privind propria sănătate.

În concluzie, putem afirma că: este esențial ca abordările bioetice să găsească un echilibru între protejarea pacienților neurologici și susținerea autonomiei lor, evitând atât impunerea unor restricții excesive, cât și neglijarea nevoii de sprijin decizional; în cazul pacienților cu afecțiuni neurologice, capacitatea de luare a deciziilor poate fi afectată, iar, prin urmare, autonomia trebuie evaluată contextual, incluzând metode alternative de comunicare și implicarea reprezentanților legali atunci când este necesar; respectarea autonomiei pacientului impune furnizarea de informații clare, adaptate capacității sale de înțelegere, astfel încât să poată lua decizii informate privind tratamentul, chiar și în condiții de afectare cognitivă parțială; avansurile în neurotehnologie ridică probleme etice legate de influența dispozitivelor asupra autonomiei pacientului, fiind necesară o analiză atentă a modului în care acestea afectează luarea deciziilor și identitatea personală; luarea deciziilor în cazul pacienților neurologici trebuie să fie un proces colaborativ, care să implice nu doar medicii, ci și psihologi, eticieni și familia pacientului, asigurând o abordare echitabilă și centrată pe pacient.

Referințe bibliografice:

1. Control, Perceived. In: https://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/control-perceived (accesat: 10.09.24).
2. LEOTTI, L. A., LYENGAR, S. S., OCHSNER, K. S. *Born to Choose: The Origins and Value of the Need for Control.* In: Trends in Cognitive Science. 2010, vol. 14, nr. 10, p.457.
3. GILLIGAN, Carol. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development.* Harvard University Press, 1993. https://doi.org/10.2307/j.ctvjk2wr9.
4. RUBANOVICI, L. *Regândirea conceptului de vulnerabilitate: unele contribuții bioetice.* În: Filosofia și perspectiva umană: materialele Conferinței Științifice consacrată Zilei Mondiale a Filosofiei, Ed. Ediția a 19-a, 17 noiembrie 2022, Chișinău. Chișinău: Institutul de Istorie, 2022, Ediia a 19-a, pp. 136-146. ISBN 978-9975-3334-2-9.
5. Indicatorii de calitate ai atacului cerebral în Republica Moldova – registrul RES-Q https://cercetare.usmf.md/sites/default/files/inline-files/3.%20Elena%20Manole%2C%20Cristina%20Tiu%2C%20Aleksandras%20Vilionskis%2Cet.%20al.Indicatorii%20de%20calitate%20ai%20ataculi%20cerebral%20%C3%AEn%20Republica%20Moldova%20%E2%80%93%20registrul%20RES-Q.pdf (accesat: 10.01.25).
6. https://trm.md/ro/social/medic-neurolog-numarul-cazurilor-de-afectiuni-neurologice-a-crescut-de-cinci-ori (accesat: 08.09.24).
7. RUBANOVICI, L. *Principiile bioeticii – revirimente în medicina contemporană.* În: Bioetica: teorii, instrumente, utilitate. 9 septembrie 2021, Chișinău. Chișinău: „Print-Caro" SRL, 2021, pp. 45-60. ISBN 978-9975-56-937-8.
8. OJOVANU, V. *Prezențe axiologico-bioetice în procesul investigării și propagării cunoștințelor bioetice în instituțiile medicaledin Republica Moldova.* În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Chișinău: Print-Caro, 2019, pp. 9-14.