

**UNIVERSITATEA „BABEȘ-BOLYAI”
CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE ISTORIE ȘI FILOSOFIE
ȘCOALA DOCTORALĂ DE FILOSOFIE**

***Refuzul recomandărilor medicale:
Incursiuni bioetice și filosofice***
REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

**Conducător de doctorat:
Prof. univ. dr. Copoeru Ion**

**Student-doctorand:
Someșan Andreea-Iulia**

2023

I. Cuprins

Introducere.....	7
1. Repere teoretice	22
1.1 <i>Nașterea clinicii și aspecte ale comunicării medicale</i>	23
1.1.1 Instituționalizarea medicinei	23
1.1.2 Comunicarea în colaborarea clinică medic-pacient	27
1.2 <i>Dezvoltarea bioeticii clinice</i>	32
1.2.1 Etica.....	32
1.2.2 De la etica aplicată la bioetica clinică	33
1.3 <i>Elemente de bioetică</i>	36
1.3.1 Conceptul de persoană	36
1.3.2 Valoarea etică.....	38
1.3.3 Principialismul	42
1.3.4 Calitatea vieții	46
1.3.5 Sanctitatea vieții	47
1.3.6 Consimțământul informat.....	48
1.4 <i>Abordări etice clasice ale refuzului medical</i>	52
1.5 <i>Argument pentru o abordare fenomenologică</i>	53
1.6 <i>Definiri și concepte ale fenomenologiei</i>	57
1.6.1. Concepte fundamentale	60
1.6.2. Martin Heidegger	63
1.6.3. Maurice Merleau-Ponty.....	65
1.7 <i>Contribuțiile fenomenologiei în științele umaniste</i>	66
1.8 <i>Fenomenologia ca instrument de cercetare</i>	68
1.9 <i>Concluzii</i>	70

2.	Perspective asupra relației cu pacientul.....	73
2.1	<i>Arhetipuri în relația medic - pacient</i>	73
1.2.1	Paternalismul.....	75
1.2.2	Consumerismul.....	78
2.2	<i>Evoluția relației medic-pacient în România</i>	81
2.3	<i>Cercetări empirice inițiale</i>	83
2.4	<i>Semnificațiile actului de refuz al recomandărilor medicale</i>	85
2.5	<i>De la refuzul recomandării medicale la automedicația iresponsabilă</i>	89
2.6	<i>Trei tipologii de refuz</i>	92
2.6.1	Refuzul tratamentelor profilactice.....	93
2.6.2	Refuzul pacientului cu o calitate a vieții precară	96
2.6.3	Refuzul bazat pe datorii și credințe personale.....	98
2.7	<i>Perspective asupra pacientului în fenomenologie</i>	100
2.8	<i>Concluzii</i>	102
3.	Studiu fenomenologic al refuzului recomandărilor medicale.....	105
3.1	<i>Metodologia studiului: relația medic-pacient la pacienții cu istoric de refuz al prescripțiilor medicale</i>	105
3.1.1.	Desfășurarea studiului	105
3.1.2.	Instrumente.....	108
3.1.3.	Eșantionul.....	110
3.1.4.	Analiza fenomenologică interpretativă	110
3.2	<i>Colectarea datelor și rezultatele studiului</i>	111
3.2.1.	Beatrix	115
3.2.2.	Georgiana	124
3.2.3.	Karoly.....	136
3.2.4.	Perspective globale asupra rezultatelor	148
3.3	<i>Concluzii</i>	154

4.	Tematici etico-filosofice în refuzul recomandărilor medicale	156
4.1	<i>Obiectificarea pacientului</i>	156
4.2	<i>Decizia medicală ca sursă a angooasei</i>	160
4.3	<i>Paradoxuri în deciziile pacientului</i>	162
4.3.1	Dilema riscului în decizia medicală	162
4.3.2	Comprehensiuni ale autonomiei.....	165
4.4	<i>A doua opinie medicală și încrederea în medic</i>	174
4.5	<i>Subiectivismul percepției și decizia medicală</i>	178
4.6	<i>Empatia ca valoare morală</i>	183
4.6.1.	Notă introductivă.....	183
4.6.2.	Empatia ca fenomen psihic	184
4.6.3.	Aprehensiunea alterității prin empatie	189
4.6.4.	Construcția empatiei ca valoare etică.....	193
4.6.5.	Empatia în îngrijirea medicală	197
4.7	<i>Concluzii</i>	202
	Concluziile lucrării	205
	Anexe.....	212
	<i>Anexa 1. Chestionar</i>	212
	<i>Anexa 2. Descrierea studiului</i>	215
	<i>Anexa 3. Întrebările generale ale interviului</i>	222
	<i>Anexa 4. Exercițiul practic</i>	223
	<i>Anexa 5. Chestionar și exercițiu practic Beatrix</i>	225
	<i>Anexa 6. Chestionar și exercițiu practic Georgiana</i>	228
	<i>Anexa 7. Chestionar și exercițiu practic Karoly</i>	231
	Bibliografie	234
	<i>Resurse Online</i>	248

II. Cuvinte-cheie

refuzul recomandărilor medicale, bioetica clinică, riscul, empatia terapeutică, relația medic – pacient, persoana, valoarea etică, principialismul, calitatea vieții, sanctitatea vieții, consimțământul informat, analiza fenomenologică interpretativă, automedicația iresponsabilă, obiectificarea pacientului, angoasa, decizia medicală, a doua opinie medicală, încrederea în medic, subiectivismul percepției, dilema etică a bunului samaritean

III. Sinteza ideilor principale

Introducere

Cercetarea doctorală dezbate, printr-un demers teoretic și empiric, implicațiile dilemei bunului samaritean – ale distincției dintre binefacerea obligatorie și cea ideală – în problema refuzului recomandărilor medicale. În acest context, pornim de la ipoteza conform căreia atitudinea medicului și modul în care el va gestiona momentul exprimării verbale a unui refuz medical va avea un impact decisiv asupra comportamentului ulterior al pacientului față de sistemul de sănătate publică și asupra măsurii în care acesta va fi sau nu compliant. Neluarea în considerare a pacientului ca persoană, a motivelor ce stau la baza refuzului său, a preferințelor acestuia va duce, în multe cazuri, la necomplianță.¹ Un management deficitar al refuzului pacientului din partea medicului poate contribui la neîncrederea pacientului în medic, ruperea radicală a relației de colaborare clinică medic-pacient, automedicația iresponsabilă și o distanțare a pacientului față de sistemul medical în genere.

În soluționarea multor cazuri de bioetică clinică se apelează la o abordare *bottom-up*: de la caz la teorie. Asta deoarece se poate identifica un set de valori morale fundamentale specifice contextului, de exemplu, în gestionarea etică a refuzului recomandării medicale, care sunt trecute cu vederea într-un management deficitar. Prin urmare, următoarele două întrebări sunt fundamentale demersului de cercetare: *Cum se poate oferi pacientului certitudinea că medicul acționează în cel mai bun interes al său? Ce valoare morală este fundamentală în conduita avută ca răspuns la refuzul recomandării medicale?*

Demersul cercetării de față vizează o abordare inter- și transdisciplinară atât la nivel teoretic, cât și la nivel metodologic. Pe parcursul cercetării s-a apelat, în primul rând, la metode de interogație și analiză reflexivă specifice unui demers filosofic². Însă am integrat și un studiu empiric cu o paradigmă specifică eticii narrative – analiza fenomenologică interpretativă, fiind o abordare de factură psihologică.

Tema refuzului recomandărilor medicale este relevantă social prin faptul că România este printre primele țări la nivel european în privința automedicației

¹A se vedea Jr. M. Lipkin et al „The Medical Interview: A Core Curriculum for Residencies in Internal Medicine.”, 1984.

² Jaqueline Russ, *Metodele în filosofie*, (Traducere de Vasile Tonoiu), 1999.

iresponsabile. Pe de altă parte, refuzul recomandărilor medicale devine și mai relevant în contextul postpandemic, când pot fi constatate ratele scăzute ale vaccinării împotriva Covid-19 în spațiul geografic românesc. Însă aceste problematice nu sunt relevante doar în contextul românesc care este în centrul atenției noastre, ci la nivel global.

Sinteza capitolelor

În primul capitol s-a urmărit explicitarea teoretică a conceptelor și teoriilor fundamentale cu scopul de a se găsi valențele corelației acestora cu tema de față. Capitolul este deschis prin prezentarea momentului instituționalizării medicinei, ca stând la baza formării unei abordări standardizate³ asupra pacientului în spațiul clinic. Michel Foucault prezintă, în lucrarea *The Birth of the Clinic*, modul în care colaborarea medic-pacient este mult formalizată din cauza instituirii unui jargon medical, de multe ori greu de explicat pe înțelesul pacientului. Limbajul joacă un rol important în colaborarea medic-pacient⁴, comunicarea putând fi ameliorată în măsura în care medicul vorbește pe înțelesul pacientului.

Bioetica clinică, căreia i se subscrie și tema prezentei cercetări, vizează aspectele deontologice ale profesiei de medic în colaborarea cu pacientul⁵. Cele patru principii etice formulate de Beauchamp și Childress (1994) constituie fundamentul pe baza căruia sunt formulate protocoalele și ghidurile de bune practici ale domeniului clinic. Autonomia, beneficiența și non-maleficiența vizează relația directă medic-pacient, de aceea, în cadrul capitolului, ne focusăm asupra lor. Alte câteva elemente de bioetică definite sunt: conceptul de *persoană*, de *valoare etică*, de *calitate a vieții* și cel de *sanctitate a vieții*, constructul de *consimțământ informat*. Conceptul de *persoană*, în sens kantian – de individ capabil să-și dea sieși legi, este fundamentul intelectual de la care poate fi formulat în mod justificat un refuz medical. Valoarea morală este parte a motivației pacientului de a exprima o anumită decizie în raport cu tratamentul propus. *Calitatea vieții* este un standard stabilit de OMS⁶ privind nivelul holistic de sănătate al unui individ. *Sanctitatea vieții*⁷ vizează modul de raportare a pacientului la corpul său în relație cu divinitatea. Acest concept este relevant

³ Michel Foucault, *The birth of the clinic*, 2003, p. 110

⁴ Peter A. Peter A. Ubel, *Critical decisions : how you and your doctor can make the right medical choices together*. 2012 p. 61

⁵ Albert R. Jonsen, Mark Siegler, și William J. Winslade, *Clinical Ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*, Seventh Edition, 2010, p. 1.

⁶ Stephen J. Walters, *Quality of Life Outcomes in Clinical Trials and Health-Care Evaluation. A Practical Guide to Analysis and Interpretation*. 2009, p. 2.

⁷ Maria Aluș, *Bioetică Medicală*, 2016, p. 33.

tematicii noastre în măsura în care anumite culte religioase impun membrilor unele restricții medicale. *Consimțământul informat*⁸ este un construct stabilit prin lege, care are scopul de a oferi pacientului contextul necesar pentru ca el să-și poată exprima aderența la tratament sau refuzul său. Prevederea legislativă de a oferi consimțământul informat asumă răspunderea medicului de a oferi informații clare pacientului privind decizia sa într-un limbaj care să-i fie accesibil.

În mod clasic, problematica refuzului medical este abordată din două perspective teoretice opuse ale originii moralității actelor decizionale: perspectiva consecințalistă⁹ și cea a teoriilor respectului¹⁰. Pe de altă parte, în contextul unei abordări etice de tip *top-down*¹¹, nu se ajunge la o reală colaborare dintre medic și pacient printr-un schimb reciproc de valori și informații. În plus, pot apărea și dispute etice din cauza datoriiilor de *prima facie* despre care vorbește David Ross¹². Însă subiectivismul apare în mod inevitabil în cursul aplicării teoriilor etice ce au un caracter general. Aceste problematice ar putea fi soluționate printr-o abordare etică de tip *bottom-up*¹³, în care se pornește de la un caz pe baza căruia sunt deduse principiile etice și valorile morale implicate.

La începuturile ei, fenomenologia a fost definită ca o știință (metodă) logică preocupată de ceea ce sunt lucrurile în sine și care încearcă să prezinte subiectivismul conștiinței într-un mod obiectiv, științific.¹⁴ Două dintre etapele importante ale acesteia sunt reducția de tip *epoché*¹⁵, care presupune punerea între paranteze a prejudecăților cercetătorului și *intersubiectivitatea transcendentală*¹⁶, ce implică observarea trăsăturilor care apar în genere la un anumit tip de experiență. Pentru a putea practica fenomenologia este necesar a ne debarasa, după cum precizează Martin Heidegger, de atitudinea naturală pentru că obiectul în sine nu este observabil privirii fugare.¹⁷ Maurice Merleau-Ponty aduce, însă, în atenție faptul că privitorul va fi tot timpul imersat în lume și nu putem avea

⁸ Bruno Halioua, „Du procès au code de Nuremberg : principes de l'éthique biomédicale” In : Emmanuel Hirsch (ed.) *Ethique, médecine et société. Comprendre, réfléchir, décider.* 2007, p 159

⁹ Philip Petit, “Consecințalismul”, In: Peter Singer, *Op. Cit.*, 2006, p. 259

¹⁰ A se vedea M. Gochnauer, „Refusal of Medical Treatment: Taking Respect for the Person Seriously.”, 1987.

¹¹ Tom L. Beauchamp și James F. Childress, *Op. Cit.*, pp. 391-397

¹² Peter Singer, *Tratat de etică*, 2006, p. 249

¹³ *Ibidem.*, pp. 397-401

¹⁴ Edmund Husserl, *Meditații carteziene: O introducere în fenomenologie*, 1994, p. 104

¹⁵ Massimiliano Tarozzi și Luigina Mortar, *Phenomenology and human science research today*, 2010, pp. 27-28

¹⁶ Edmund Husserl, *Op. Cit.*, 1994, p. 126

¹⁷ Martin Heidegger, *Ființă și timp*, (Traducere de Gabriel Liiceanu și Cătălin Cioabă), 2003, p. 47

date științifice reale, care să nu vină din partea unui privitor uman.¹⁸ Astfel, fenomenologia devine infrastructura logică pe care se pot întemeia științele umaniste¹⁹ în cadrul cărora este folosită paradigma fenomenologică în cercetare. Cercetătorul adoptă atitudinea fenomenologică ca pe un continuu dans între reducția fenomenologică și reflexivitate. În acest context, el abordează studiul cu ochii unui novice, încercând să privească experiența participanților din prisma acestora. În demersul empiric al cercetării actuale suntem preocupați de explicitarea modului în care se constituie lumea din jurul participanților la cercetare și cum oferă ei sens experienței trăite de ei înșiși.²⁰

În cel de-al doilea capitol, sunt prezentate perspectivele din care poate fi privit pacientul în spațiu clinic în raport cu problematica refuzului recomandărilor medicale. Astfel, primele tipuri de colaborare între medic și pacient au fost paternalismul²¹ și consumerismul²². Partea negativă a primului model relaționar consta în faptul că indiferent dacă pacientul era sau nu informat asupra deciziei medicale, medicul era considerat a fi capabil să discearnă ce era în interesul pacientului și, de aceea, decizia acestuia era urmată întotdeauna. Consumerismul – numit și modelul informativ – a apărut ca o reacție la lipsa de autonomie a modelului relaționar precedent. În acest context, pacientul considera medicul un simplu tehnician și o simplă sursă de informații și se mergea până acolo încât medicul nu putea oferi sfaturi pacientului, pentru a nu îngrădi autonomia acestuia. În România a existat o evoluție rapidă a tipului de relaționare medic – pacient de la paternalism la consumerism și apoi spre modelele deliberative, odată cu schimbarea regimului politic în 1989. Semnarea convenției de la Copenhaga, cu cele trei amendamente, a reprezentat un pas important în evoluția sistemului medical a cărui reformă a fost continuată prin introducerea Legii nr. 95, publicată în 2006.

Pentru stabilirea ipotezelor cercetării de față, a fost realizat un scurt studiu introductiv privind percepția medicilor rezidenți asupra colaborării cu pacienții care își exprimă refuzul recomandărilor medicale.²³ Studiul din cel de-al doilea capitol a relevat ipoteza conform căreia pacienții pot ajunge de la refuz medical la automedicație iresponsabilă dacă trec prin contexte în care medicul curant nu ia în considerare valorile

¹⁸ Maurice Merleau-Ponty, *Fenomenologia percepției*, 1999, p. 14

¹⁹ Jean-François Lyotard, *Fenomenologia*, 1997, pp. 45-49

²⁰ Stuart J. Murray și Dave Holmes, „Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) and the Ethics of Body and Place: Critical Methodological Reflections.” 2014, p. 17

²¹ Liviu Oprea et al., *Relația medic-pacient*, 2013, p. 58.

²² *Ibidem.*, p. 58.

²³ A se vedea Andreea-Iulia Someșan: „Non-compliant patient - ethical views”, 2018.

personale ale acestora și nu reușește să propună prescripții medicale care să vină în întâmpinarea expectanțelor lor. După cum a relevat studiul, există multe cazuri în care medicul se limitează la îndeplinirea normelor și prevederilor legale, întinzând pacientului formularul pentru asumarea refuzului medical. Or, aceste atitudini consolidează hotărârea pacientului, care nu acceptă să urmeze propunerea medicului curant, ci se informează din surse alternative. Aspectele ce stau la baza de necompliancei pot varia mult în ceea ce privește natura lor, vorbim aici de factori sociali, economici, cognitivi (cunoașterea sau ignoranța în fața riscurilor), aspecte psiho-emoționale, religioase, etc. Constructele valorice care stau la baza deciziilor medicale sunt profund înrădăcinate în viața psiho-emoțională a individului, fapt ce justifică aducerea în discuție a valorilor și principiilor etice relevante din perspectiva tematicii propuse.

Conceptul de *necompliance*²⁴ care desemnează o atitudine de deviere a (comportamentului) pacientului de la recomandările medicului curant. În literatura de specialitate este folosit mai mult termenul de *aderență la tratament*²⁵ pentru a sugera rolul activ al pacientului în cadrul colaborării clinice medic-pacient. Refuzul recomandărilor medicale reprezintă exprimarea directă (verbală sau în scris) a intenției de a nu urma recomandarea medicului.

Contextul medical românesc actual, evidențiază persistența unei perspective conflictuale și defavorabile față de sistemul medical: România este pe locurile fruntașe ale Europei la automedicația iresponsabilă.²⁶ Automedicația iresponsabilă este un subiect de interes deoarece ea poate avea consecințe indezirabile: degradarea sănătății pacientului și impactul negativ asupra marketingului serviciilor medicale. Prezumția noastră este că în trecerea de la refuz medical la automedicația iresponsabilă se succed următoarele etape: (1.) Formularea unei recomandări medicale care nu este în acord cu preferințele pacientului; (2.) Exprimarea verbală a refuzului; (3.) Lipsa unui dialog care să vizeze valorile pacientului; (4.) Informarea din surse neavizate; (5.) Accentuarea neîncrederii în medic și în sistemul de sănătate publică; (6.) Recurgerea la automedicația iresponsabilă.

În continuare abordăm trei tipuri de refuz, fiind vorba despre contexte cu impact psiho-emoțional puternic asupra pacientului. Prima dintre acestea este refuzul

²⁴ Al. Secăreanu și T. Neamțu, *Compliance terapeutică: Coordonate medicale și psihologice*, 1996, pp. 8-9

²⁵ David B. Resnik, „The Patient's Duty to Adhere to Prescribed Treatment: An Ethical Analysis.”, 2005, p. 168

²⁶ Alexandrina Constantinescu, „Automedicația la români.”, 2012, p. 54

tratamentelor profilactice: aici angoasa apare în raport cu posibila depreciere a calității vieții. Apoi, vorbim despre refuzul în contextul unei existențe indezirabile: conduce la o angoasă indusă de certitudinea imposibilității schimbării calității vieții înspre bine. Iar, în cele din urmă, este vorba despre refuzul bazat pe datorii și credințe personale: vizează o angoasă generată de posibila încălcare a normelor impuse de Supraeu. Aducerea în atenție a acestor trei tipologii de refuz relevă faptul că în spatele unui refuz medical se pot afla motive ce provin din alte sfere ale existenței pacientului care, de cele mai multe ori, rămân străine medicului preocupat de a-și îndeplini obligațiile strict protocolare.

F. Svenaeus²⁷ vorbește despre descrierile la persoana întâi care vin să întregescă explicațiile cauzale descrise de medic, conferind o semnificație personală stării de boală. Pe baza acestora, medicul ar putea veni cu o alternativă medicală care să fie acceptabilă pacientului din perspectiva valorilor sale. Apoi, este important ca medicul să conștientizeze relevanța perspectivei fenomenologice pe care T. Fuchs²⁸ o aduce asupra emoțiilor deoarece acestea au un aspect întotdeauna intențional, fiind orientate spre valori, ele sunt inseparabile de decizia pacientului. În acest context, afectul este pre-dat deoarece nu este necesară o cauză anume a existenței acestuia, însă el influențează deciziile luate.

Cel de-al treilea capitol este dedicat cercetării empirice, realizată cu scopul de a evidenția trăirile pacienților privind managementul deficitar al refuzului lor medical exprimat verbal. Studiul a fost realizat cu acordul *Centrului de lifestyle și medicină preventivă Herghelia*. Cei trei participanți la studiu sunt următorii: respondenta chestionarului 2B este Beatrix (infectată cu *Staphylococcus aureus*, refuză de nenumărate ori prescripțiile medicale), respondenta chestionarului 7G a devenit Georgiana (refuză recomandările privind cancerul la tiroidă și operația la fiere) și respondentul chestionarului 11K se numește Karoly (pacient cu carențe alimentare, refuză consultul psihiatric).

Desfășurarea studiului a presupus următoarele etape: oferirea de chestionare pentru trierea posibililor participanți la studiu; semnarea acordului individual de participare în urma studierii informațiilor despre cercetare; desfășurarea exercițiului practic – o activitate de tipul *Scribble drawing therapy*²⁹; iar, în cele din urmă, participarea la interviul propriu-zis. Fiecare dintre etapele menționate ale studiului a avut în vedere îndeplinirea unor

²⁷ Fredrik Svenaeus, „A Defense of the Phenomenological Account of Health and Illness”, 2019, pp. 459–478.

²⁸ A se vedea Thomas Fuchs, „The Phenomenology of Affectivity.”, 2013.

²⁹ A se vedea Carolyn Mehlomakulu, „Scribble drawings for relaxation.” 2013.

obiective specifice în vederea realizării scopului stabilit pentru cercetarea empirică: analiza experienței/trăirilor pacienților în contextul exprimării verbale a refuzului medical. Astfel, prin oferirea de chestionare s-au vizat următoarele obiective: obținerea unor date demografice și cantitative despre participanți, cât și primirea acordului pentru participarea la următoarele etape ale studiului, în urma citirii documentației. Exercițiul practic, *Scribble drawing therapy*, urmărea rememorarea experienței trăite și construirea unei relații de încredere între participant și cercetător. Iar, ultima etapă, interviul, partea esențială a studiului empiric, avea ca scop exprimarea în cuvinte proprii a experienței trăite în contextul refuzului medical verbalizat.

Interviul a fost realizat conform metodei analizei fenomenologice interpretative (IPA)³⁰, fiind vorba despre un tip de interviu semi-structurat, cu întrebări în profunzime. În cadrul acesteia, se apelează la un număr restrâns de cazuri (3-6) și se încearcă găsirea unor tipare/tematici recurente pe parcursul interviuării. Cercetătorul care apelează la această paradigmă, cu toate că încă va rămâne influențat de subiectivismul său, este preocupat de a găsi sensul experienței participanților din perspectiva acestora. Astfel, întrebarea fundamentală a demersului fenomenologic propus prin această cercetare ar fi următoarea: *Cum experimentează pacienții atitudinea medicului venită ca răspuns la refuzul lor medical?* Pentru desfășurarea interviului semi-structurat au fost formulate 12 întrebări în care au fost cuprinse problematicile principale vizate în cursul acestei cercetări.

Beatrix și Karoly recurg adesea la autoinformare și automedicație. În plus, Beatrix vede autonomia ca fiind un principiu important. Pentru Georgiana principiul sanctității vieții joacă un rol semnificativ, cât și datoria față de familie. Mergând pe o tendință comportamentală similară cu cea a lui Beatrix, Karoly sugerează faptul că atitudinea medicului față de pacient trebuie să ia în considerare respectul față de demnitatea persoanei. Apoi, chiar dacă respectul este important, eficiența tratamentului este de primă importanță pentru Karoly și poate surclasa aspectul menționat anterior. În urma realizării interviurilor am rezumat experiențele și atitudinile participanților în anumite tendințe similare și în diferențe comportamentale, încercând să oferim o perspectivă globală asupra rezultatelor. Astfel, vorbim despre exprimarea, predominant, a unor trăiri de: tristețe, frică, dezgust. Totuși, Georgiana și Beatrix vorbesc despre bucuria și speranța de a întâlni și medici cu abordări diferite, specifice medicinei alternative. Apoi, Karoly menționează

³⁰ A se vedea Linda Finlay, *Phenomenology for Therapists. Researching the Lived World*, 2011.

sensibilitatea ca o trăire a vulnerabilității în raport cu medicul ce nu-l tratează uneori ca pe o ființă umană.

Conform datelor oferite de cele trei interviuri, medicul are, în genere, o abordare paternalistă, consecinționalistă, insistând asupra schemei de tratament sau procedurii cu cele mai multe șanse de reușită din punct de vedere medical. În acest context apare indisponibilitatea medicului de a asculta valorile și preferințele personale ale pacienților, fapt pentru care bolnavul se simte mai mult obiectul medicinei decât pacientul care beneficiază de îngrijiri medicale adecvate. Pentru a accentua trăirile experimentate în contextul verbalizării refuzului medical, pacienții apelează la câteva metafore și analogii privind tipul relației medic-pacient: *ca un copil*, *ca un număr* (Beatrix), *ca animalele* (Karoly).

Preocupările pacienților în cursul deciziei medicale vizează următoarele aspecte: eficacitatea tratamentului în sine, respectarea viziunii și valorilor personale, respectarea capacității deliberative a pacientului, empatia medicului față de particularitățile cazului personal. Ca principii etice, pacienții valorează următoarele aspecte: afirmarea autonomiei, încrederea în medic și empatia medicului. Totuși, pacienții intervievați precizează câteva atitudini neetice din partea medicilor în raport cu refuzul exprimat: enervare (Beatrix), indiferență (Georgiana), ironie și desconsiderare (Karoly). Medicii despre care vorbesc pacienții activau în sistemul de sănătate publică, de unde se naște și neîncrederea față de această formă de instituționalizare a medicinei. Prin urmare, pacienții își exprimă preferința și încrederea mai mare față de medicii care lucrează în privat sau față de centrele medicale care practică abordări medicale alternative.

Scopul celui de-al patrulea capitol, și ultimul, este de a analiza etico-filosofic tematicile recurente în experiențele pacienților de refuz al recomandărilor medicale și identificarea unei valori etice esențiale în ameliorarea managementului refuzului. O primă tematică sugerată de metaforele și analogiile participanților la interviu este obiectificarea pacientului ce este un construct filosofic care apare pe fondul supratehnologizării. Günter Anders vorbește despre alienarea individului care nu reușește să rămână “up to date” în raport cu obiectele produse de el însuși.³¹ În contextul medical, obiectificarea este în primă instanță rezultatul medicinei standardizate. Abordarea la “persoana a treia” a pacientului, conform unei viziuni non-personale presupune limitarea la o serie de parametri și de date

³¹ Anders Günter, *L'obsolescence de l'homme*, 2002, p. 30

furnizate de dispozitivele biotehnologice. Corpul devine un bun pe piața mărfurilor, iar sănătatea este, de asemenea, un bun tranzacționabil.

Astfel, angoasa care își face apariția în spațiul medical își are ca sursă tocmai dezvoltarea excesivă a biotehnologiilor a căror intruziune în viața umană nu mai poate fi controlată. Sigmund Freud³² vorbește despre Eul care încearcă punerea în armonie a lumii exterioare cu Supraeul și Se-ul, însă în cazul unui eșec de armonizare a acestora apare un tip de angoasă: angoasa în fața unui pericol real, angoasa morală și angoasa nevrotică. Prin analiza refuzului medical în funcție de cele trei tipologii menționate în cel de-al doilea capitol putem observa apariția angoasei care se traduce în trăirea pacienților ca o oroare de a mai trăi pe viitor o experiență similară.angoasa pacientului vizează măsura în care el percepe că ar avea sau nu control asupra lumii exterioare și asupra calității vieții sale viitoare. Pe de-o parte, experiențele personale anterioare cu anumiți profesioniști ai sistemului medical, istoriile care circulă în anturajul său, cele din mass-media sau social-media pot contribui la dezvoltarea neîncrederii față de sistemul de sănătate publică. Pe de altă parte, decalajul de limbaj duce la sporirea angoasei pacientului deoarece el nu deține nici măcar cuvintele necesare pentru explicitarea refuzului său.³³

Supratehnologizarea ne aduce în fața realității societății de risc, aspect de care pacientul nu este întodeauna conștient. Astfel, indiferent ce decizie medicală va lua pacientul, opțiunea sa este expusă unui anumit grad de pericol: cel al bolii în sine sau cel presupus de urmarea schemei de tratament. De cele mai multe ori, individul privește la riscul individual și ignoră realitatea societății de risc în care vorbim despre necesitatea asumării unui risc colectiv cu scopul de a micșora pericolele reale la nivelul societății. Pe lângă faptul că pacientul își dorește cât mai puțin să-și asume riscuri în deciziile sale, el încearcă să-și lărgească cât mai mult autonomia.

Paradoxul autonomiei apare prin observarea limitelor autonomiei independente în raport cu autonomia câștigată prin procesul deliberativ. Din acest subcapitol se va observa faptul că informarea din surse neavizate este nesigură și plină de riscuri, aceasta nefiind calea care va duce spre cunoaștere. Ci, la fel ca în *Mitul peșterii*, este nevoie de un mentor

³² Sigmund Freud, *Opere vol. 10, Introducere în psihanaliză*, 2004, p. 525

³³ Ivan Illich, *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, 1982, p. 62

sau consilier care să dirijeze cunoașterea, expunând informațiile ce vin în contradicție cu medicina bazată pe dovezi.³⁴

Pe de altă parte, medicul are obligația legală și deontologică³⁵ de a respecta dreptul pacientului la a doua opinie medicală. Însă unele confuzii apar tocmai din cauza faptului că pot exista discrepanțe între prima și cea de-a doua opinie medicală. Asta deoarece abordările diferitelor specialități medicale sau a diferiților practicieni pot diferi, fără a exista, *de facto*, o abordare medicală corectă și una greșită. În plus, acest context relevă importanța dezvoltării încrederii în medic deoarece pe aceasta se bazează decizia pacientului de a alege pe unul dintre cei doi medici în urmarea unei scheme terapeutice.³⁶

În schimb, medicul se află în fața unui abis ce vizează trăirile pacientului în raport cu decizia sa medicală. În momentul luării unei decizii medicale, pacientul este influențat de întreaga sferă a existenței sale – familie, religie, etc. Această lume înconjurătoare nu reprezintă realitatea obiectivă, ci este *lumea sa înconjurătoare doar în măsura în care o cunoaște, venind în contact direct cu ea, așa cum o înțelege prin a percepția sa*. În acest context, întrebarea care apare pentru medic este: Cum este să fii pacientul care trebuie să ia o decizie medicală? Asta deoarece de multe ori unele aspecte din sfera personală a pacientului rămân străine medicului curant.

Acest abis poate fi depășit doar prin cultivarea unei atitudini empatice față de pacient, după cum pacientul însuși așteaptă. Michel Slote³⁷ se numără printre promotorii altruismului empatic: empatia, deși distinctă de simpatie, presupune un simțământ de căldură, de interes pentru celălalt. Astfel, empatia este o valoare morală în etica grijii, iar un argument prezentat de noi ar fi faptul că ea poate fi cultivată / învățată. Pe de altă parte, trebuie să menționăm faptul că ea nu poate constitui sigură un sistem de decizie etică, cu toate că este o valoare esențială în managementul etic al refuzului verbal al recomandărilor medicale.

Finalul capitolului descifrează modul în care empatia poate juca un rol semnificativ în colaborarea medic-pacient în contextul refuzului medical. Astfel, aducem în atenție potențialul empatiei terapeutice³⁸ ca valoare morală a relației medic-pacient. O așteptare

³⁴ Oprea et al., *Relația medic-pacient*, 2013, p. 60

³⁵ A se vedea *Codul de Deontologie Medicală*, 2017.

³⁶ Edmund D. Pellegrino și David C. Thomas, *Virtues in Medical Practice*, 1993, p.66

³⁷ *Ibidem.*, pp. XXVI-XVIII

³⁸ A se vedea Valeria Bizzari et al.: „Defining therapeutic empathy: the philosopher’s view.” 2019.

neexprimată a pacientului este ca medicul să manifeste empatie față de cazul său. Empatia terapeutică este un act intențional orientat spre celălalt și are un caracter pre-reflectiv, presupunând o recunoaștere imediată a celuilalt ca o altă persoană. Medicul ar parcurge următoarele etape în manifestarea empatiei terapeutice: (1.) contemplarea și comprehensiunea emoției celuilalt; (2.) transformarea acestor apercipții într-o atitudine empatică orientată spre pacient.

Concluzii

Problematizarea dilemei etice a bunului samaritan în contextul bioeticii clinice ne relevă faptul că, în practica medicală, binefacerea nu se limitează la respectarea literală a legislației, a *Codului de Deontologie Medicală* și a protocoalelor, ci presupune cultivarea unei empatii terapeutice în raport cu pacientul. Or asta este în conformitate cu respectarea amendamentului *Codului de Deontologie Medicală* privind ameliorarea continuă a conduitei morale a medicului. Aceasta presupune integrarea în practica clinică a unei atitudini care favorizează ascultarea modului în care pacientul însuși experimentează, la persoana întâi, boala și decizia medicală.

Cercetarea noastră empirică a relevat faptul că, în măsura în care pacientul resimte empatia medicului față de frământările sale personale, va fi mai înclinat să mențină colaborarea clinică și, poate, chiar să adere la tratament. Pe baza empatiei pe care o percepe din partea medicului, a eficacității tratamentului și a comprehensiunii limbajului folosit pacientul va alege să colaboreze cu un anumit medic.

IV. Bibliografie

1. ALUAȘ, Maria, *Bioetică Medicală*, Medicală Universitară „Iuliu Hașeganu”, Cluj-Napoca, 2016.
2. ALUAȘ, Maria, "Aspecte etice privind evoluția relației medic-pacient", *STUDIA UBB BIOETHICA*, LIX, 1-2, 2014, pp. 11 - 22.
3. ANDREI, Petre, *Filosofia valorii*, Polirom, Iași, 1997.
4. ASCROFT, Richard et al. *Case analysis in Clinical Ethics*. Cambridge University Press, Cambridge, 2005.
5. AXON, A. et al. „Ethical and Legal Implications in Seeking and Providing a Second Medical Opinion.” *Digestive Diseases* Vol. 26 Num. 1, 2007, pp. 11–17.
6. „Automedicația rațională-Antibiotice”,
<https://studentocratia.com/2017/03/10/studentii-farmacisti-promoveaza-automedicatia-rationala/> (accesat la 05.05.20018)
7. BABBIE, Earl, *Practica cercetării sociale*, (Traducere de Gherghina Sergiu et al.). Polirom, Iași, 2010.
8. BAŢ-SOSNOWSKA, Monika et al. „The Influence of Selected Psychological Factors on Medication Adherence in Patients with Chronic Diseases”, *Healthcare (Basel)*, Vol. 10 Num. 3, 2022 Feb 24,.
9. BARA, Ana-Claudia et al., "Reforms of Health Care System in Romania", *Croatian Medical Journal*, Nr. 43 Vol. 4, 2002, pp. 446-452.
10. BAZIN, Hervé, *Histoire des refus vaccinaux*, Bull. Acad. Natle. Med., 2010. 194, n°s 4 et 5, 705-718, séance du 11 mai 2010.
11. BEAUCHAMP, Tom L., și CHILDRESS. James F. *Principles of Biomedical Ethics*, seventh edition, Oxford University Press, Oxford, 2013.
12. BECK, Ulrich. *Risk Society, Towards a New Modernity*, SAGE Publications Ltd, Londra, 1992.
13. BENNADI, Darshana, „Self-medication: A current challenge”, *J Basic Clin Pharm.* Vol. 5 Num. 1, December 2013-February 2014, pp. 19–23.

14. BERGLUND, M, et al. „Suffering caused by care--patients' experiences from hospital settings”, *International journal of qualitative studies on health and well-being* Vol.7, 2012, pp. 1–9.
15. BIASIO, Luigi Roberto et al. „Assessing COVID-19 vaccine literacy: a preliminary online survey”, *Hum Vaccin Immunother*, Vol. 17 Num. 5, 2021 May 4, pp. 1304-1312.
16. BIBLER, Trevor M. et al. „Caring for Unvaccinated Patients in the ICU: Beyond Frustration, Toward Beneficial Relationships”, *Crit Care Explor*. Vol. 3 Num. 12, 2021 Dec 2, p. e0581.
17. BIZZARI, Valeria, et al. „Defining therapeutic empathy: the philosopher’s view”, *Journal of the Royal Society of Medicine* Vol. 112 Num. 3, 2019, pp. 91-95.
18. BLAGA, Lucian, *Cunoașterea luciferică, Trilogia cunoașterii*, Editura Humanitas, București, 1993.
19. BLOCK, Stan L. "The Pediatrician’s Dilemma: Refusing the Refusers of Infant Vaccines", *Journal of Law, Medicine & Ethics*, Genomic research results to a participant’s family, Vol. 43 Num. 3, 2015.
20. BODDINGTON, P. „Rethinking the problems of adherence to medications”, *Clinical Ethics* Vol. 10 Num. 4, 2015, pp. 91–96.
21. BOSWORTH, Hayden (ed.), *Improving Patient Treatment Adherence: A Clinician’s Guide*, Springer Science+Business Media, LLC, Durham, 2010.
22. BRAGA, Corin, *Morfologia lumilor posibile. Utopie, antiutopie, science-fiction, fantasy*, Editura Tracus arte, București, 2015.
23. BUCHANAN, D. R. „Autonomy, paternalism, and justice: ethical priorities in public health”, *American journal of public health*, Vol. 98 Num. 1, 2008, pp. 15–21.
24. BURKI, Talha, „The online anti-vaccine movement in the age of COVID-19”, *Lancet Digit Health*. Vol. 2 Num. 10, 2020 Oct, pp. e504-e505

25. CARSON, Savanna L. et al. „COVID-19 Vaccine Decision-making Factors in Racial and Ethnic Minority Communities in Los Angeles, California”, *JAMA Netw Open*. Vol. 4 Num. 9, 2021 Sep 1, pp. e2127582.
26. CĂTINEANU, Tudor, *Elemente de etică, Volumul 1*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1982.
27. CHAMAYOU, Grégoire, *Les corps vils. Expérimenter sur les êtres humains aux XVIII et XIX siècles*, La Découverte, Paris, 2014.
28. CHILDRESS, James F., „Paternalism in Healthcare and Health Policy”, *Oxford Medicine Online*, 05.2020.

<https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199798483.001.0001/med-9780199798483-chapter-3> (accesat la 24.02.2022).
29. CIOCA, Vasile, *Jocul de-a arta*, Editura Limes, Cluj-Napoca, 2007.
30. CODOBAN, Aurel, *Imperiul comunicării, Corp, Imagine și Relaționare*, Ed. Idea Design & Print, Cluj-Napoca, 2011.
31. Colegiul Medicilor din România, „Codul de Deontologie Medicală”, 06.01.2017.

<https://www.cmr.ro/new/wp-content/uploads/2017/01/COD-DEONTOLOGIC.pdf> (accesat la 20.09.2020).
32. CONSTANTINESCU, Alexandrina, „Automedicația la români”, *Farmacist+ro* (<http://www.prolekare.cz/pdf?id=38619>) Anul IX. Nr. 146 (3), 2012, (accesat la 20.09.2020).
33. COSTANTINO, Andrea et al. „COVID-19 Vaccination Willingness and Hesitancy in Patients With Inflammatory Bowel Diseases: Analysis of Determinants in a National Survey of the Italian IBD Patients' Association” *Inflamm Bowel Dis*. 2;28 Vol. 3, 2022 Mar, pp. 474-478.
34. COPLAN, Amy, și GOLDIE, Peter, *Empathy. Philosophical and Psychological Perspectives*, Oxford University Press, Oxford, 2011.
35. CORDOBA-SANCHEZ, Veronica et al. „HPV-Vaccine Hesitancy in Colombia: A Mixed-Methods Study”, *Vaccines (Basel)*. Vol. 10 Num. 8, 2022 Jul 27, pp. 1187.

36. DERME, Assétou Ismaëla, și SIRIMA, Sodiomon Bienvenu. „Le consentement individuel, libre et éclairé dans le cadre des essais de vaccin en milieu rural africain.” *Journal international de Bioéthique* Vol. 20 Num. 1, 2009, pp. 105-118.
37. DESCARTES, Rène, *Meditații metafizice*, (Traducere de I. Papuc), Crater, București, 1997.
38. DIAZ, Karen L., "Refusal of Medical Treatment Based on Religious Beliefs: Jehovah's Witness Parents", *The Journal Of Contemporary Legal Issues*, Vol. 16 Num. 1, 2007.
39. DIEKEMA, Douglas S., "Physician Dismissal of Families Who Refuse Vaccination: An Ethical Assessment" *Journal of law, medicine & ethics*, Genomic research results to a participant's family, Vol. 43 Num. 3, 2015, pp. 654-660.
40. DONG (ROMAN), Xu et al. „Lay health supporters aided by mobile text messaging to improve adherence, symptoms, and functioning among people with schizophrenia in a resource-poor community in rural China (LEAN): A randomized controlled trial”. *PLoS Med.* Vol. 16 Num. 4, 2019 Apr 23.
41. ĐORDEVIC, J Milošević et al. „Links between conspiracy beliefs, vaccine knowledge, and trust: Anti-vaccine behavior of Serbian adults”, *Soc Sci Med.*, Vol. 277, 2021 May.
42. DRUMMOND, John J. *Historical Dictionary of Husserl's Philosophy (Historical Dictionaries of Religions, Philosophies and Movements)*, The Scarecrow Press, Inc., 2007.
43. EMBREEH, Lester, *Analiza reflexivă. O primă introducere în investigația fenomenologică*, Editor Ion Ed. îngrijită de Ion Copoeru, (Traducere de Nicoleta Szabo și Ioan Blaj), Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca 2007.
44. ENGELHARDT, Jr., H. Tristram, *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York, Oxford, 1996.
45. FARCAS, Adriana et al. „Possible predictors of Covid-19 vaccine hesitancy in the psychiatric population - A scoping review”. *Psychiatry Res Commun.* Vol. 2 Num. 4, 2022 Dec.,

46. FINLAY, Linda, *Phenomenology for Therapists. Researching the Lived World*, John Wiley & Sons Ltd, Oxford, 2011.
47. FINLAY, Linda, și BALLINGER, Claire. *Qualitative Research for Allied Health Professionals: Challenging Choices*, Whurr Publishers Limited, Chichester, 2006.
48. FOUCAULT, Michel, *Istoria sexualității. I. Voința de a ști*, (Traducere de Cătălina Vasile), Univers, București, 2004.
49. FOUCAULT, Michel, *Nașterea biopoliticii*, (Traducere de Bogdan Ghiu), Ideea&Design Print, Cluj, 2007.
50. FOUCAULT, Michel, *Securitate, teritoriu, populație*, (Traducere de Nicolae Ionel), Idea Design & Print, Cluj, 2009.
51. FOUCAULT, Michel, *Society must be defended*, (Traducere de David Macey), Picador, New York , 2003.
52. FOUCAULT, Michel, *The Birth of the Clinic*, (Traducere de A.M.Sheridan) Routledge, London, 2003.
53. FRESSOZ, Jean-Baptiste, *L'apocalypse joyeuse. Une histoire du risque technologique*, Le Seuil, Paris, 2012.
54. FREUD, Sigmund, *Opere vol. 10, Introducere în psihanaliză*, (Traducere de Ondine Dăscălița et al.), Editura Trei, București, 2004.
55. FUCHS, Thomas, „The Phenomenology of Affectivity”, In: K.W.M. Fulford et al.: *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 2013.
56. GHELASE, Mugurel Ștefan (ed.), *Bioetică*, Editura Medicală Universitară, Craiova, 2011.
57. GHURA, Mansukhani Sonal et al. „Development of a New Patient-Reported Medication Adherence Instrument: Concerns Influencing Medication Adherence”. *Patient Prefer Adherence*. Vol. 15, 2021 Sep 9, pp. 1991-2007.
58. GOCHNAUER, M., „Refusal of Medical Treatment: Taking Respect for the Person Seriously”, *Canadian Journal of Law and Society* Vol. 2, 1987, pp. 121–140.

59. GORDON, John-Stuart și BURCKHART, Holger *Global Ethics and Moral Responsibility. Hans Jonas and his Critics*, Ashgate, Surrey, 2014.
60. GÜNTER, Anders, *L'obsolescence de l'homme*, Nuisances, Paris, 2002.
61. HALLER, Karl et al. „Associations Between Personality Functioning, Childhood Trauma and Non-adherence in Cardiovascular Disease: A Psychodynamically-Informed Cross-Sectional Study”. *Front Psychol.* Vol. 13, 2022 Jun 23,.
62. HANSON, Stephen S., *Moral Acquaintances and Moral Decisions. Resolving Moral Conflicts in Medical Ethics*, Springer Netherlands, Dordrecht, 2009.
63. HANSSON, S. O., „The Ethics of Making Patients Responsible”, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* Vol. 27, Num. 01.2017, pp. 87–92.
64. HIRSCH, Emmanuel (ed.), *Ethique, médecine et société. Comprendre, réfléchir, décider*, Vuibert, Paris, 2007.
65. HEGEL, G. W. F. *Fenomenologia spiritului*, (Traducere de Virgil Bogdan), Editura Iri, București, 2000.
66. HEIDEGGER, Martin, *Ființă și timp*, (Traducere de Gabriel Liiceanu și Cătălin Cioabă), Humanitas, București, 2003.
67. HESZEN-KLEMENS, Irena, „Patients' noncompliance and how doctors manage this”, *Social Science & Medicine* 24, nr. 5, 1987, pp. 409-416.
68. HUSSERL, Edmund, *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy. Second book. Volume III*, (Traducere de Richard Rojcewicz și Andre Schuwer), Kluwer Academic Publisher, Dordrecht, 1989.
69. HUSSERL, Edmund, *Idei privitoare la o fenomenologie pură și la o filozofie fenomenologică. Cartea întâi: Introducere generală în fenomenologia pură*, (Traducere de Christian Ferencz-Flatz), Humanitas, București, 2011.
70. HUSSERL, Edmund, *Meditații carteziene: O introducere în fenomenologie*, (Traducere de Aurelian Crăiuțu), Humanitas, București, 1994.
71. IACOB, Ionela Florina, *Sănătate, boală, vindecare: O perspectivă socio-culturală*, Pressa Universitară Clujeană, Cluj, 2013.

72. ILLICH, Ivan, *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, Pantheon Books, New York, 1982.
73. JONSEN, Albert R., SIEGLER, Mark și Winslade, William J., *Clinical Ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*, Seventh Edition, McGraw-Hill Medical, New York, 2010.
74. JONSEN, Albert R. „Casuistry as methodology in clinical ethics”, *Theoretical Medicine*, Vol. 12 Num. 4, 1991, pp. 295-307.
75. JUNG, C. G. *Opere complete. 6. Tipuri psihologice: Ediție revizuită și întregită*, (Traducere de Dana Verescu și Vasile Dem), Zamfirescu. Editura Trei, București, 2003.
76. KANT, Immanuel. *Critica rațiunii practice*, (Traducere și prefață: I. Brăileanu, Traian) Editura Paideia, București, 2003.
77. KARIMOVA, Hokuma, „The Emotion Wheel: What It Is and How to Use It”, *PositivePsychology.com*, 24.12.2017. <https://positivepsychology.com/emotion-wheel/> (accesat la 01.10.2018).
78. KELLY, Janet C., “Operational conditions: Legal capacity of a patient soldier refusing medical treatment”, *Nursing Ethics*, Vol. 18 Num. 6, 2011.
79. KING, Nancy M. P., *Making Sense of Advance Directives*, Georgetown University Press, Georgetown, 1996.
80. KIRÁLY, István V., *A betegség – az élő létlehetősége. Prolegoména az emberi betegség filozófiájához / Illnes – A possibility of Living Being. Prolegomena to the Philosophy of the Living Being*, Kaligram, Pozsony, 2011.
81. KIRKSEY, Lee et al. „COVID- 19 Vaccination: Potential Challenges and Reforms”, *J Natl Med Assoc*. Vol. 113 Num. 4, 2021 Aug, pp. 368-370.
82. KLITZMAN, Robert, *When Doctors Become Patients*, Oxford University Press, Oxford, 2008.

83. KNOBEL, Phil et al. „Do conspiracy theory and mistrust undermine people's intention to receive the COVID-19 vaccine in Austria?” *J Community Psychol*, Vol. 50 Num. 3, 2022 Apr, pp. 1269-1281.
84. KUHSE, Helga și SINGER, Peter, *A Companion to Bioethics*, 2nd ed. Blackwell Publishing Ltd, Chichester, 2009.
85. Les vaccinations - dossier, in « adsp (actualité et dossier en santé publique) », Num. 71, iunie 2010.
86. LEVINAS, Emanuel, *Între noi. Încercare de a-l gândi pe celălalt*, (Traducere de Ioan Petru Deac). Bic All, București, 2000.
87. LIPKIN, M., Jr. et al., „The Medical Interview: A Core Curriculum for Residencies in Internal Medicine”, *Annals of Internal Medicine* Vol. 100 Num. 2, 1984, pp. 277-284.
88. LYOTARD, Jean-Francois, *Fenomenologia*, (Traducere de Horia Gănescu), Humanitas, București, 1997.
89. LOCKE, John, *An Essay Concerning Humane Understanding, Volume I*, <https://ro.scribd.com/book/317251507/An-Essay-Concerning-Humane-Understanding-Volume-I>, 2013. (accesat la 03.05.2019)
90. MARCUS, Stroe, *Empatie și personalitate*, Editura Atos, București, 1997.
91. MARSH, Henry, *Să nu faci rău*, (Traducere de Irina Barteș), Litera, București, 2020.
92. MAZILU, Laura et al., *Probleme de etică în comunicarea cu pacientul oncologic*, *Revista Română de Bioetică*, Vol. 8, Nr. 3, Iulie – Septembrie 2010, p. 83
93. MEHLOMAKULU, Carolyn, „Scribble drawings for relaxation.” *Creativity in therapy*. 18.02.2013, <https://creativityintherapy.com/2013/02/scribble-drawings-for-relaxation/> (accesat la 18.05.2022).
94. MERLEAU-PONTY, Maurice, *Fenomenologia percepției*, (Traducere de Ilieș Câmpeanu și Georgiana Vătăjelu), Edicutra Aion, Oradea, 1999.

95. MAZILU, Laura et al., „Probleme de etică în comunicarea cu pacientul oncologic”, *Revista Română de Bioetică*, Vol. 8, Num. 3, iulie - septembrie 2010.
96. MORRIS, Martin, *Rethinking the Communicative Turn Adorno, Habermas, and the Problem of Communicative Freedom*, State University of New York Press SUNY Series in Social and Political Thought, New York, 2001.
97. MUREȘAN, Valentin, *Managementul eticii în organizații*, Editura Universității din București, București, 2009.
98. MURRAY, Stuart J. și HOLMES, Dave, „Interpretive Phenomenological Analysis (IPA) and the Ethics of Body and Place: Critical Methodological Reflections”, *Human Studies. A Journal for Philosophy and the Social Sciences*, Vol. 37, Num. 1, 2014: 15-30.
99. MYTHEN, Gabe, *Ulrich Beck. A Critical Introduction to the Risk Society*, Pluto Press, London, 2004.
100. NAGEL, Thomas, *Perspectiva de nicăieri*, (Traducere de Bogdan Lepădatu) Editura Vellant, București, 2009.
101. NAGEL, Thomas, *Veșnice întrebări*. (Traducere de Germina Chiroiu), Editura All, București, 1996.
102. NEUBERGER, Julia, „Do we need a new word for patients? Let's do away with “patients” ”, *BMJ.*, Vol. 318 Num. 7200, 1999, pp. 1756-1758.
103. NORDENFELT, Lennart (ed.), *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Springer Netherlands, Dordrecht Boston London, 1994.
104. NOVEANU, Alina, *Arta interpretării. Dialogurile hermeneutice ale lui Hans Georg Gadamer*, Editura Grinta, Cluj-Napoca, 2010.
105. ÖHLÉN, J., „Violation of Dignity in Care-Related Situations”, *Research and Theory for Nursing Practice*, Vol. 18 Num. 4, 2004, pp. 371–385.
106. OPREA, Liviu et al., *Relația medic-pacient*, Editura Polirom, Iași, 2013.
107. OPREA, Liviu, și GAVRILOVICI, Cristina, *Bazele comportamentului individual în sănătate*, Editura, Prouniversitaria, București, 2015.

108. ORTEGA-JIMENEZ, Patricia et al. „A Nationwide Cross-Sectional Study of Self-Reported Adherence and Factors Associated with Analgesic Treatment in People with Chronic Pain”. *J Clin Med*, Vol. 9 Num. 11, 2020 Nov 14.
109. OSTASESKI, Frank, *Cele cinci invitații. Ce ne poate învăța moartea despre viață*, (Traducere de Diana Ciornenschi), Pagina de psihologie, București, 2022.
110. PAGARIA, Sourabh, „Consumerism in Healthcare – Current Status, Benefits and Challenges”, *HealthManagement.org The Journal*, Vol. 20 Num. 9, 2020, pp. 662-664.
111. PANTEA, Ana Gabriela, *Între eu și celălalt: introducere în intersubiectivitatea cotidiană*, Editura Eikon, București, 2010.
112. PARLAMENTUL ROMÂNIEI, „Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății (**republicată**),” *Monitorul Oficial al României nr. 652*, 2015-08-28.
113. PARLAMENTUL ROMÂNIEI, „Lege nr. 46/2003 drepturilor pacientului.” *Monitorul Oficial al României nr. 51*, 01 2003-01-29.
114. PASAY-AN, Eddieson Astodello et al. „Incidence of patients leaving against medical advice in government-subsidized hospitals: a descriptive retrospective study”. *Pan Afr Med J*, Vol. 42, 2022 Jun 30.
115. PÂNIȘOARĂ, Ion-Ovidiu, *Comunicarea eficientă*, Ediția a IV-a, revăzută și adăugită, Editura Polirom, Iași, 2015.
116. PELLEGRINO, Edmund D. și THOMASMA, David C., *Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, Oxford, 1993.
117. PESTRE, Dominique, *A contre-science: Politiques et savoirs des sociétés contemporaines*, Editura Seuil, Paris, 2013.
118. PLATON, *Opere, Vol. V. Republica*, (Traducere de Andrei Cornea) Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1986.

119. PLATONOVA, E. A. et al., „Understanding Patient Satisfaction, Trust, and Loyalty to Primary Care Physicians”, *Medical Care Research and Review*, Vol. 65 Num. 6, 2008, pp. 696–712.
120. RANCIÈRE, Jacques, *Le maître ignorant: Cinq leçons sur l'émancipation intellectuelle*, Editura Fayard, Paris 1987.
121. RANCIÈRE, Jacques, *The Aesthetics unconscious*, Editura Polity, Cambridge, 2009.
122. RAJKA, Mária, și ALUAȘ, Maria, „Legal regulations on patient’s right to refuse medical treatment”, *STUDIA UBB BIOETHICA*, Vol. LXI Num. 1-2, 2016: pp.111-118.
123. RĂDULESCU, Vasi, *O să te tragă curentu (și alte mituri despre sănătate)*, Editura Readers Do Good, București, 2019.
124. RESNIK, David B., „The Patient's Duty to Adhere to Prescribed Treatment: An Ethical Analysis”, *Journal of Medicine and Philosophy* Vol. 30 Num. 2, 2005, pp. 167-188.
125. ROSS, David W., *The right and the good*, Oxford University Press, Oxford, 2007.
126. RUGHINIȘ, Cosima și FLAHERTY, Michael G., ”The Social Bifurcation of Reality: Symmetrical Construction of Knowledge in Science-Trusting and Science-Distrusting Discourses”, *Front Sociol.* Vol.7, 2022 Feb 9, pp. 782851.
127. RUSS, Jaqueline, *Metodele în filosofie*, (Traducere de Vasile Tonoiu), Univers Enciclopedic, București, 1999, pp. 123 - 189.
128. RUGHINIȘ, Cosima și FLAHERTY, Michael G., ”The Social Bifurcation of Reality: Symmetrical Construction of Knowledge in Science-Trusting and Science-Distrusting Discourses”, *Front Sociol.* Vol.7, 2022 Feb 9, pp. 782851.
129. Sabin Vaccine Institute, *Revizuirea Cadrului Legislativ: Abordări legislative privind imunizarea din întreaga regiune europeană*, ianuarie 2018.

130. SANDMAN, L. și Munthe, C., „Shared decision-making and patient autonomy”, *Theoretical Medicine and Bioethics*, Vol. 30 Num. 4, 2009, pp. 289–310.
131. SANDU, Antonio, *Appreciative Ethics*, Lumen, Iași, 2012.
132. SANDU, Antonio, *Etică și deontologie profesională*, Editura Lumen, Iași, 2012.
133. SAVULESCU, Julian, „Rational Non-interventional Paternalism : Why Doctors Ought to Make Judgements of What Is Best for their patients”, In: Boylan, Michael: *Medical Ethics*, , pp. 83-90. Wiley-Blackwell, Singapore, 2014.
134. SCHLEGEL, V. și Leray, E., „From Medical Prescription to Patient Compliance: A Qualitative Insight into the Neurologist-Patient Relationship in Multiple Sclerosis”, *International journal of MS care*, Vol. 20 Num. 6, 2018, pp. 279–286.
135. SCHNEEWIND, J. B., *Inventarea Autonomiei. O istorie a filosofiei morale moderne*, (Traducere de Nicoleta Mihăilescu et al.), Polirom, Iași, 2003.
136. SCHUMANN, John Henning, „If Slow Is Good For Food, Why Not Medicine?”, *NPR*. 07.12.2014.
<https://www.npr.org/sections/health-shots/2014/12/05/368736643/if-slow-is-good-for-food-why-not-medicine?sc=tw&t=1645353916606> (accesat la 22.02.2022).
137. SECĂREANU, AI. și NEAMȚU, T., *Compliance terapeutică: Coordonate medicale și psihologice*. Editura Gloria, Cluj-Napoca, 1996.
138. SINACI, Maria, *Normativitate și bioetică. Aspecte filosofice contemporane*, Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 2014.
139. SINGER, Peter, *Altruismul eficient. Ghid pentru o viață trăită în mod etic*, Traducere de Carmen Ardelean. Editura Litera, București, 2017.
140. SINGER, Peter (ed.), *Tratat de etică*, Blackwell, (Traducere de Vasile Prof. Univ. Dr. Boari și Raluca Mărincean), Editura Polirom, Iași, 2006.

141. SLATMAN, Jenny, *Our Strange Body Philosophical Reflections on Identity and Medical Interventions*, Amsterdam University Press, Amsterdam, 2014.
142. SMITH, David Woodruff, *The Circle of Acquaintance. Perception, Consciousness, and Empathy*, Springer Netherlands, Dordrecht Boston London, 1989.
143. SOMEȘAN, Andreea Iulia, „Non-compliant patient - ethical views”, *STUDIA UBB BIOETHICA LXIII*, Vol. 1-2, 2018, pp. 79 - 88.
144. SOVERI, Anna et al. „Trait reactance and trust in doctors as predictors of vaccination behavior, vaccine attitudes, and use of complementary and alternative medicine in parents of young children” *PLoS One*, Vol. 15 Num. 7, 2020 Jul 27.
145. STEIN, Edith, *On the Problem of Empathy*, ICS Pubns, Washington, 1989.
146. STENTZEL, Ulrike et al. „Predictors of medication adherence among patients with severe psychiatric disorders: findings from the baseline assessment of a randomized controlled trial (Tecla)”, *BMC Psychiatry*. Vol.18 Num. 1, 2018 May 29.
147. SUTHERLAND, L. R. și VERHOEF, M. J., „Why Do Patients Seek a Second Opinion or Alternative Medicine?”, *Journal of Clinical Gastroenterology* Vol. 19 Num. 3, 1994, pp. 194–197.
148. SVENAEUS, Fredrik, „A Defense of the Phenomenological Account of Health and Illness”, *Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 44, 2019, pp. 459–478.
149. SVENAEUS, Fredrik, *Phenomenological Bioethics. Medical Technologies, Human Suffering, and the Meaning of Being Alive*, Routledge, New York, 2017.
150. SVENAEUS, Fredrik, *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health. Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*, Springer Science+Business Media, Dordrecht, 2000.
151. SVENAEUS, Fredrik, „The Phenomenology of Objectification in and Through Medical Practice and Technology Development”, *academia.edu*. 2020.

- https://www.academia.edu/44490935/The_Phenomenology_of_Objectification_in_and_Through_Medical_Practice_and_Technology_Development (accesat 19.06.2022).
152. TAHERI, Narjes Khaton et al. „Experiences of the Patients with Behcet's Syndrom from Adherence to Treatment: A Qualitative Content Analysis” *Int J Community Based Nurs Midwifery*. Vol. 9 Num. 4, 2021 Oct.
153. TAROZZI, Massimiliano, și MORTAR, Luigina, *Phenomenology and human science research today*, Editura Books, București, 2010.
154. TEODORESCU, Mihai C., *Valorile vitale și morale în practica medicală*, Editura "Progresul Românesc", București, 1996.
155. TIMMERMANS, S., și ALMELING, R., „Objectification, standardization, and commodification in health care: A conceptual readjustment”, *Social Science & Medicine*, Vol. 69 Num. 1, 2009, pp. 21–27.
156. UBEL, Peter A., *Critical decisions : how you and your doctor can make the right medical choices together —1st ed*, <https://ro.scribd.com/read/163625533/Critical-Decisions-How-You-and-Your-Doctor-Can->: EPub Edition ©, 2012. (accesat 12.03.2020).
157. UBEL, P. A., et al., „Autonomy: What's Shared Decision Making Have to Do With It?” *The American journal of bioethics : AJOB* Vol. 18 Num. 2, 2018, pp. W11–W12.
158. VALLECILLO, Gabriel et al. „COVID-19 vaccination coverage and vaccine hesitancy among people with opioid use disorder in Barcelona, Spain”. *Drug Alcohol Rev*. Vol. 41 Num. 6, 2022 Sep, pp. 1311-1318.
159. VAN DALEN, I., J. et al., „Motives for seeking a second opinion in orthopaedic surgery”, *Journal of Health Services Research & Policy* Vol. 6 Num. 4, 2001, pp. 195–201.
160. VIAFORA, Corrado (ed.), *Clinical bioethics: A search for the foundations*, Vol. INTERNATIONAL LIBRARY OF ETHICS, LAW, AND THE NEW MEDICINE. Vol. 26. Springer, Dordrecht, 2005.

161. WANG, Tao, et al., „Definition and Characteristics of Medical Communication.” In: *Medical Communication. From Theoretical Model to Practical Exploration*, <https://www.worldscientific.com/>, 2020, (accesat la 15.04.2018).
162. WALTERS, Stephen J., *Quality of Life Outcomes in Clinical Trials and Health-Care Evaluation. A Practical Guide to Analysis and Interpretation*, John Wiley and Sons, Chichester, 2009.
163. ZECKHAUSER, Richard, și SOMMERS, Benjamin, „Consumerism in Health Care: Challenges and Opportunities”, *Virtual Mentor*, Vol. 15 Num. 11, 2013, pp. 988-992.
164. ZHANG, Eva et al. „Misconceptions Drive COVID-19 Vaccine Hesistancy in Individuals with Inflammatory Bowel Disease”. *Can J Gastroenterol Hepatol*. Vol. 2022, 2022 Sep 10, p. 4527844.

Resurse Online

165. Juridice.ro, Inițiativă legislativă privind dreptul la medicină personalizată, 21.12.2022, <https://www.juridice.ro/805615/initiativa-legislativa-privind-dreptul-la-medicina-personalizata.html> (accesat la 18.01.2023).
166. MANIFESTUL UNEI SUPRAVIEȚUITOARE: “90% DIN LUPTA CU CANCERUL E PUTEREA EMOȚIEI” | Fain & Simplu cu Mihai Morar, <https://www.youtube.com/watch?v=FnDF5hx8Hp8> (accesat la 05.01.2023).
167. MENDELSON, Daniel R. H., “Comment. The right to refuse: should prison inmates be allowed to discontinue treatment or incurable, noncommunicable medical conditions?”, *Maryland Law Review*, Vol. 71, 2011, <https://digitalcommons.law.umaryland.edu/mlr/vol71/iss1/14> (accesat la 05.03.2019).
168. PACILLO, Vincenzo, “Free to become martyrs? The right to refuse medical treatment on religious grounds in a comparative perspective”, *Stato, Chiese e pluralismo confessionale, Rivista telematica* (www.statoechiese.it), Num. 29, 2016, (accesat la 05.03.2019).
169. *Reforma Sistemului de Sanatate / Politici de Sanatate Publica*, Romtens, <http://romtens.ro/ro/activitate/reforma-sistemului-de-sanatate-politici-de-sanatate-publica> (accesat la 05.12.2022).

170. *ROMANIA TE IUBESC - AUTOMEDICATIA LA ROMANI HD*
<https://www.youtube.com/watch?v=9a7qztSBYQY>, publicat la 30.03.2018 (accesat la 06.07.2020).
171. *sanatate.findtalk.biz*, <http://sanatate.findtalk.biz/t1950-vigantol-vitamina-d3-sau-cum-iti-poti-distruge-copiii-cu-avizul-medicului>, (accesat la 03.05.2018).
172. „Situția vaccinării în România”, *Vaccinare Covid-19*, <https://vaccinare-covid.gov.ro/situatia-vaccinarii-in-romania/>, (accesat la 10.12.2022).
173. „Tratamente Eficiente” In : *Romedic.ro*,
<https://www.romedic.ro/forum/s/tratamente-eficiente>, (accesat la 06.07.2020).