

**Rodica Țugui
Daniela Țigmeanu**

**ASISTENȚA SOCIALĂ ÎN BISERICĂ.
EVALUĂRI ȘI CERCETĂRI ÎN CADRUL
PROGRAMELOR SOCIALE ALE
BISERICII ORTODOXE ROMÂNE**

**DOXOLOGIA
Iași, 2010**

Introducere

De ce evaluare și cercetare în cadrul programelor sociale ale Bisericii Ortodoxe Române? În noul context al dezvoltării activității sociale din cadrul Bisericii, problematica cercetării și evaluării programelor sociale a devenit o necesitate impusă atât de legislația din domeniul, cât și de dorința îmbunătățirii continue a serviciilor sociale furnizate de aceasta.

Despre evaluarea programelor sociale se pot spune multe. Deși în literatura de specialitate nu există o definiție unanim acceptată, întâlnim în practică diferite tipuri de evaluare, în funcție de scopul și obiectivele urmărite, de metodologiile aplicate¹. Fiecare evaluare se desfășoară în condiții unice, determinate de specificul activității evaluate, ceea ce duce la ideea că nu există o strategie general valabilă, cu reguli stricte, aplicabilă în orice situație.

Obiectivele evaluării programelor și proiectelor sociale prezentate în cadrul acestui volum au vizat în principal determinarea măsurii în care obiectivele au fost atinse, îmbunătățirea managementului și a practicilor în interiorul programului/proiectului, precum și măsurarea impactului asupra grupului țintă. Rezultatele evaluării au fost puse în practică de către profesioniștii implicați în cadrul programelor și proiectelor sociale evaluate.

Pe lângă evaluarea programelor sociale, Biserica s-a arătat interesată de cercetarea unor aspecte ale problematicii sociale actuale. Unul dintre obiectivele rețelei de

¹ Pop, Luana (coord.), *Dicționar de politici sociale*, Editura Expert, București, 2002, p. 310.

asistență socială menționat în **Regulamentul de organizare și funcționare a sistemului de asistență socială în Biserica Ortodoxă Română** se referă la „efectuarea de studii și cercetări sociale referitoare la diferite problematice și fenomene sociale”.

În spiritul acestui obiectiv, în cadrul proiectului „Consolidarea inițiativelor comunitare de prevenire a HIV/SIDA și a violenței în familie în România”, proiect implementat de Biserica Ortodoxă Română și Organizația Internațională pentru Caritate Creștin-Ortodoxă, o componentă a constituit-o organizarea unei cercetări privind problematica HIV/SIDA și a violenței în familie, două flageluri a căror prezentă se face simțită din ce în ce mai mult și în comunitatea parohială. Cercetarea a constat în desfășurarea unor focus-grupuri prin care să se obțină informații privind nivelul de cunoștințe, dar și atitudinea unei categorii de personal din cadrul Bisericii, respectiv preoții și profesorii de religie.

Suntem conștienți că nu putem vorbi în momentul de față de un proces continuu și bine structurat de evaluare și cercetare a programelor sociale din cadrul Bisericii Ortodoxe Române. Volumul de față prezintă doar câteva exemple² ce pot fi replicate, și îmbunătățite, bineînțeles, de către furnizorii de servicii sociale din structura Bisericii. De asemenea, suntem siguri că astfel de exemple se regăsesc în cazul multor programe sociale din țară, ele reprezentând debutul domeniului de cercetare a activității sociale a Bisericii.

² Menționăm că volumul cuprinde și studii publicate, parțial sau în totalitate, în diverse reviste de specialitate. Reunirea lor nu a putut elimina, din păcate, anumite repetiții care apar în diversele capitole ale lucrării.

Pe de altă parte, pornind de la necesitatea structurilor bisericești de „a asigura servicii sociale acreditate, conform legislației în vigoare” (art. 137, alin. 2 din Statutul pentru organizarea și funcționarea Bisericii Ortodoxe Române), Biserica va trebui să intensifice procesul de îmbunătățire a serviciilor conform cerințelor legislative din standardele de calitate, prin evaluare și cercetare.

Capitolul I

Asistența socială în Biserica Ortodoxă Română

1.1. Biserica și asistența socială

În orice societate, oricât de perfecționată ar fi, vor exista în permanență probleme sociale a căror rezolvare va implica inițierea unor acțiuni susținute de asistență socială.

De la apariția creștinismului, asistența socială ia forma unor acțiuni cu caracter religios. În decursul vremii, Biserica s-a îngrijit în permanență de problemele de asistență socială, alinând suferințele morale și fizice ale oamenilor. Din primele zile ale lucrării sale, Biserica a purtat de grijă pentru „pâinea cea de toate zilele” și pentru celelalte nevoi ale celor aflați în suferință, având totdeauna la bază porunca evanghelică a iubirii aproapelui. În acest fel, ajutorarea săracilor și a tuturor celor năpăstuiți a devenit una dintre cele mai importante preocupări ale Bisericii, aceasta mergând paralel cu propovăduirea cuvântului Evangheliei. De altfel, asistența socială practică la începutul organizării bisericești în formă individuală și obștească s-a cristalizat ulterior în instituții sau așezăminte sociale.

Începutul asistenței sociale în România este semnalat, ca de altfel în toate celelalte țări ale lumii, sub forma unor acțiuni caritabile, filantropice, cu un pronunțat caracter religios. Aceste activități, coordonate de Biserică,

aveau drept scop ajutorarea ocazională a celor care se găseau la marginea societății: bătrânii și bolnavii săraci și lipsiți de ajutorul familiei, copiii orfani, săracii aflați în nevoie. Aceste acțiuni au dus ulterior la formarea unui spirit de solidaritate umană, ce a stat la baza dezvoltării serviciilor moderne de asistență socială.

Până în secolul al XVI-lea, majoritatea acțiunilor de ajutorare a diferitelor categorii de persoane defavorizate se făcea în cadrul mănăstirilor și al congregațiilor religioase.

Perioada constituirii Statului român modern, cu secularizarea averilor bisericești și înființarea de instituții ale Statului în toate aspectele vieții sociale, inclusiv în asistența socială, a condus la diminuarea activității sociale desfășurate de către Biserică.

În perioada interbelică, problematica socială s-a amplificat. Primul recensământ în domeniul problemelor de asistență socială din România s-a făcut la începutul anului 1936, de unde a reieșit că existau 521 de unități de asistență socială, din care 50 unități de Stat și 471 de asociații care funcționau în cadrul Bisericii¹.

În ceea ce privește Biserica, după anul 1948 activitatea filantropică a acesteia a fost redusă de către regimul comunist aflat la conducerea țării. De atunci și până în decembrie 1989, Biserica a fost strâmtorată în desfășurarea activității de asistență socială. Cu toate acestea, acolo unde au existat slujitori bisericești devotați muncii lor, ei s-au implicat în opera de caritate creștină.

După evenimentele din 1989, Biserica Ortodoxă și-a reluat misiunea de susținere și promovare a asistenței sociale în România. Se poate spune că în domeniul asistenței

¹ Manoiu F., Epureanu V., *Asistența socială în România*, Editura ALL, București, 1996, p. 10-13.

sociale, Biserica joacă un rol important, de neînlocuit, datorită bogăției spirituale și înțelegerii acordată problemelor sociale².

După 1990 situația se va schimba și sub aspectul oportunităților pentru Biserică de a se implica în domeniul social. Astfel, activitatea de asistență socială s-a desfășurat în conformitate cu prevederile vechiului Statut pentru organizarea și funcționarea Bisericii Ortodoxe Române (art. 53 lit. c, d, g; art. 69, 70, 72; art. 94 lit. f; art. 100, 170), precum și ale legislației în vigoare, referitoare la furnizorii de servicii sociale (O.G. 68/2003 privind serviciile sociale, modificată și completată prin O.G. 86/2004).

Prin decizia Sfântului Sinod al Bisericii Ortodoxe Române din 27 mai 1997, s-au pus bazele rețelei de asistență socială din cadrul structurilor bisericești – patriarhie, eparhii, protopopiate, parohii – și a fost aprobat **Regulamentul de organizare și funcționare a sistemului de asistență socială în Biserica Ortodoxă Română**. Prevederile acestui regulament au fost îmbunătățite și adaptate noilor modificări de legislație din domeniul asistenței sociale, în ședința din iulie 2005 a Sfântului Sinod. Articolul 2 al acestui Regulament prevede că „Sistemul de asistență socială este integrat și organizat profesional în cadrul structurilor administrativ-organizatorice ale Bisericii Ortodoxe Române”.

Obiectivele rețelei de asistență socială, conform Regulamentului, sunt următoarele:

1. Aducerea la îndeplinire a misiunii pe care o are Biserica pentru cei aflați în situații de dificultate, în conformitate cu învățătura de credință;

² Milea, M., *Rolul Bisericii în serviciile de asistență socială*, în „Strategii antisărăcie și dezvoltare comunitară”, coord. E. Zamfir, Editura Expert, București, 2000, p. 529.

alin. 2: „activitatea unităților de cult ale BOR în calitate de furnizor de servicii sociale este recunoscută și sprijinită de Stat, în care scop pot fi încheiate parteneriate și acorduri aprobate prin lege”.

Legea nr. 489 din 28 decembrie 2006 privind libertatea religioasă și regimul general al cultelor, publicată în M.O. nr. 11 din 8 ianuarie 2007, la art. 10 alin. 7 specifică faptul că Statul sprijină activitatea cultelor recunoscute și în calitate de „furnizori de servicii sociale”. De asemenea, prin această lege se recunoaște cultelor rolul spiritual, educațional, social-caritabil, cultural și de **parteneriat social**, precum și statutul lor de factori ai păcii sociale (art. 7 alin. 1).

În spiritul celor menționate anterior se încadrează și **Protocolul de cooperare în domeniul incluziunii sociale** încheiat între Guvernul României și Patriarhia Română la data de 2 octombrie 2007. Obiectul acestui protocol are în vedere cooperarea pentru: întărirea mecanismul național pentru promovarea incluziunii sociale în România; promovarea dialogului social pentru îmbunătățirea cadrului normativ și instituțional din domeniul incluziunii sociale; definirea priorităților cheie care vor sta la baza elaborării de programe și proiecte comune în domeniul incluziunii sociale, în vederea găsirii de răspunsuri la nevoile sociale ale persoanelor aflate în dificultate; stabilirea premiselor de colaborare, de schimb de informații și asistență.

1.3. Asistența socială în cadrul Arhiepiscopiei Craiovei – structuri

Activitatea de asistență socială în cadrul Sfintei Arhiepiscopii a Craiovei se desfășoară atât la nivelul structurilor proprii (parohii, mănăstiri, rețeaua de birouri de

asistență socială), cât și la nivelul organizațiilor neguvernamentale care funcționează cu binecuvântarea acesteia (Asociația „Vasiliada”).

Misiunea Arhiepiscopiei Craiovei în domeniul asistenței sociale este aceea a oferirii de servicii de asistență socială persoanelor care au nevoie de ajutor, nediscriminatoriu, necondiționat și cu dragostea cu care Iisus Hristos ne-a poruncit să ne iubim aproapele.

Scopul principal al acestei activități de asistență socială îl reprezintă îmbunătățirea calității vieții persoanelor din județele Dolj și Gorj, aflate în situații de criză materială, financiară, spirituală, psihică, fizică și/sau socială.

Obiective:

- dezvoltarea unei infrastructuri sociale care să acopere nevoile de hrană, adăpost, asistență medicală, consiliere și informare sau alte nevoi ale persoanelor aflate în situații de criză;

- apărarea drepturilor cetățenești și facilitarea accesului la servicii sociale oferite de alte instituții;

- dezvoltarea de servicii de asistență socială la domiciliu pentru categorii de persoane defavorizate, aflate în situații de risc social (persoane vârstnice, persoane cu dizabilități, familii monoparentale, femei singure însărcinate, persoane abuzate);

- dezvoltarea unui program de asistență socială cu caracter preventiv care să vizeze abandonul familial sau școlar, delincvența juvenilă, violența în familie, abuzul și neglijarea copiilor, bătrânilor și persoanelor cu dizabilități, prostituția, toxicomania, alcoolismul, vagabondajul;

- dezvoltarea unui sistem propriu de resurse – umane (personal angajat și voluntari), materiale, financiare și informaționale – care să deservească persoanele nevoiașe;

- dezvoltarea de parteneriate durabile cu instituții guvernamentale și neguvernamentale care activează în domeniul asistenței sociale, pentru susținerea de proiecte comune;

- dezvoltarea spiritului filantropic prin antrenarea în activitățile de asistență socială a unui număr cât mai mare de persoane ca voluntari, donatori, sponsori, susținători etc.;

- cultivarea sentimentului de dragoste, de afecțiune față de aproapele, ca o garanție a unei lumi mai bune, solidare cu cei aflați în suferință.

Grupurile țintă:

- persoane lipsite de condiții minime de trai (adăpost, hrană, igienă, asistență medicală, afecțiune familială);

- copii ai străzii și tineri post-instituționalizați;

- copii și tineri infectați cu HIV sau bolnavi de SIDA;

- comunități rome cu risc social;

- persoane cu dizabilități fizice, psihice și/sau sociale;

- persoane abandonate sau cu risc de abandon (școlar, familial, social);

- persoane vârstnice;

- persoane abuzate (fizic, psihic) intra- sau extra-familial;

- persoane rezidente în instituții de ocrotire sau de detenție;

- persoane afectate de calamități naturale;

- persoane afectate de droguri, prostituție, alcool, vagabondaj;

- familii nevoiașe cu mulți copii și/sau monoparentale;

- femei singure însărcinate.

Autoritățile administrației centrale și locale sunt responsabile de organizarea și furnizarea serviciilor de asistență socială. Cu toate acestea, serviciile sociale sunt

asigurate și furnizate și de către societatea civilă, respectiv de organizațiile neguvernamentale⁵ care activează în domeniu.

Nominalizarea organizațiilor neguvernamentale ca furnizori de servicii sociale este o realitate recentă, reglementată legal în 2004 și care a intrat în vigoare la 1 ianuarie 2005.

Stimularea sectorului neguvernamental și constituirea unui parteneriat la nivel național și local în furnizarea serviciilor de asistență socială a constituit un deziderat al reformei politicii de asistență socială.

În acest sens, multe organizații neguvernamentale au diversificat sfera serviciilor sociale, modernizând managementul propriu al acestor servicii și contribuind la dezvoltarea unei rețele de parteneriat cu instituțiile publice.

Un astfel de exemplu, la nivelul Olteniei, este și Asociația „Vasiliada”. Continuând firul neîntrerupt al tradiției filantropice, dar și în contextul unei necesități imperioase de implicare mai activă a Bisericii și a societății, în general, în ajutorarea aproapelui, în cadrul Arhiepiscopiei

⁵ Organizațiile neguvernamentale sunt reprezentate de asociații și fundații. Anul 2000 a marcat un pas semnificativ în dezvoltarea societății civile din România. Guvernul a adoptat Ordonanța nr. 26/2000 cu privire la asociații și fundații, ce reglementează organizarea și funcționarea acestora. Această ordonanță înlocuia Legea nr. 21/1924, cea mai veche și perimată lege de funcționare a organizațiilor societății civile în România. Potrivit acestei ordonanțe, asociația reprezintă „subiectul de drept constituit de trei sau mai multe persoane care, pe baza unei înțelegeri, pun în comun și fără drept de restituire contribuția materială, cunoștințele sau aportul lor în muncă pentru realizarea unor activități în interes general, comunitar sau, după caz, în interesul lor, personal nepatrimonial” (art. 4). În 2003, a fost adoptată Ordonanța nr. 37, care modifică și completează Ordonanța nr. 26/2000, racordând asociațiile și fundațiile la standardele legislative europene.

Capitolul II

Cercetare privind problematica HIV/SIDA și violența în familie în cadrul proiectului „Consolidarea inițiativelor comunitare de prevenire a HIV/SIDA și a violenței în familie în România”¹

¹ Proiectul intitulat *Consolidarea inițiativelor comunitare de prevenire a HIV/SIDA și a violenței în familie în România* este implementat, în principal, de doi parteneri, Biserica Ortodoxă Română (BOR) și Organizația Internațională pentru Caritate Creștin Ortodoxă (IOCC). Acestora li s-au adăugat și Ministerul Educației și Cercetării (instituție parteneră), precum și alte două organizații, respectiv „John Snow Research and Training Institute” și Fundația „Noi Orizonturi” (structuri „subcontractoare”). Finanțatorul principal al proiectului este Agenția SUA pentru Dezvoltare Internațională (USAID). Echipa coordonatoare a proiectului este formată din: Mark Ohanian, director regional al IOCC pentru Europa de Est și Caucaz; William Clowney, coordonator de program pentru IOCC România; Sophia Brewer, manager de proiect; Cosmin Grigorescu, coordonator de proiect; Anemarie Gasser, coordonator activități în comunitate. Obiectivul general al proiectului îl constituie dezvoltarea unor atitudini pozitive în rândul personalului din structurile BOR (preoți, profesori de religie, furnizori de servicii sociale și culturale, enoriași), prin educare și instruire, astfel încât aceștia să devină factori de transformare socială și de determinare a unei reacții de răspuns „pro-activ” la nivel de comunitate parohială, în ceea ce privește prevenirea problemelor sociale iminente și abordarea celor existente, dintre care, în special, infectarea cu HIV și marginalizarea sau stigmatizarea pe care aceasta le provoacă.

2.1. Percepții și atitudini ale preoților privind fenomenul HIV/SIDA

A. Contextul actual al SIEI. Cunoștințele preoților (participanți la focus-grupuri)² despre istoricul bolii, modalități de transmitere, metode de prevenire, surse de informare

² Echipa managerială și-a dorit să aflu, înaintea implementării propriu-zise a proiectului, informații privind atitudinile curente, nivelul de cunoștințe legate de violența în familie și de HIV/SIDA, la nivel general, dar mai ales în cadrul comunităților locale, precum și tipul de suport (asistență) pe care BOR, în parteneriat cu IOCC, l-ar putea acorda preoților, beneficiind în acest scop de cunoașterea așteptărilor și implicit de sugestiile venite chiar din partea acestora, în așa fel încât activitatea de prevenire a celor două grave probleme sociale în comunitate să fie eficientă. Pentru a culege, în mod structurat, asemenea date calitative a fost utilizat, ca metodă de cercetare, focus-grupul, desfășurat pe baza unui ghid de interviu. În afara evidențierii unei anumite „configurații” – a informațiilor despre HIV/SIDA și despre violența domestică pe care preoții le dețin, a surselor prin care au ajuns la acestea, a propriilor mentalități, dar și a comunității „păstorite” – și care să se constituie și într-un reper al nevoilor de „absorbție” ideatică sau practică (legate de cele două flageluri), nevoi ale acestei categorii socio-demografice, alegerea focus-grupurilor ca metodă de investigație, în acest moment, vizează și o viitoare comparație a transformărilor survenite în atitudini și cunoștințe, comparație prin care se vor evidenția progresele înregistrate prin aplicarea proiectului.

Prevenirea unor probleme sociale și medicale, așa cum sunt HIV/SIDA și violența în familie sunt privite de obicei ca domenii în care se implică numai profesioniștii, totuși experiența din alte țări arată cum comunitățile religioase pot avea o contribuție foarte importantă la crearea unui cadru sănătos și protector pentru membrii acestora, victime ale celor două flageluri. De aceea, o abordare cât mai cuprinzătoare, pentru a ajunge la efecte pozitive în ceea ce privește stoparea celor două fenomene cere un parteneriat eficient în care comunitățile religioase să fie incluse.

Sintezele din perspectivă sociologică asupra SIEI – „cel din urmă mare flagel al secolului al XIX-lea” – o consideră pe aceasta comparabilă cu marile maladii colective care altădată se abăteau subit asupra populației.

Se apreciază că noțiunea „epidemie”, posibilă caracteristică atribuită SIEI, reamintește urgia bolilor a căror apariție și răspândire au dat naștere la reacții de teamă, panică și au dus uneori la o vânătoare de „țapi ispășitori”. Apariția SIEI în prima jumătate a anilor 1980 a fost marcată de resuscitarea acestor fenomene, de reprezentări ale bolii asociate cu păcatul și pedeapsa sau deviere de la norme și sancțiune, evidențiind strânsurile relații care pot exista între lumea biologică și cea socială³.

Reacții de ostilitate și practici de discriminare n-au întârziat să apară, cu atât mai mult cu cât s-a demonstrat rapid caracterul infecțios al acestei boli. Teama de contagiune a reîntărit neliniștea datorată unei patologii necunoscute pentru care medicina rămâne încă neputincioasă. Spaima declanșării unei epidemii incontrollable, care poate să afecteze societatea produce efecte similare. Atitudinile sociale reiterează aceleași răspunsuri coercitive: izolarea bolnavilor prin înființarea unor așezăminte speciale, măsuri de carantină sau de control al moravurilor, depistarea sistematică etc. Aceste teme au devenit obiectul unor dezbateri politice adesea virulente.

Studiile⁴ demonstrează însă că asemănările se opresc aici. Reprezentările și interpretările bolii, condițiile apariției și ale răspândirii sale, precum și modalitățile de intervenție pentru stăvilirea epidemiei, se înscriu într-un context social, medical și politic care diferă de cele în

³ Vezi: Claude Thiaudière, *Sociologie du SIDA*, Colecția Repères, Paris, Éditions La Découverte, 2002.

⁴ *Ibidem*, p. 3.

care holera, tuberculoza sau chiar cancerul au constituit o calamitate într-o altă epocă. Dacă SIDA constituie punctul nevralgic al epocii noastre, problemele pe care ea le pune sunt, de asemenea, specifice acesteia. Chiar dacă e vorba de statutul bolnavului, de homosexualitate sau toxicomanie, de relații între instituțiile medicale și responsabilitatea puterii publice în controlul epidemiei, SIDA reprezintă o reflectare a societății contemporane. Aserțiunea rămâne valabilă cu atât mai mult cu cât cumplita boală lasă puterea și știința neputincioase și cu toate că sunt puse sub semnul întrebării practicile de sănătate, teoriile medicale și viziunile politice.

De asemenea, se consideră că deși contextele naționale determină diferențe importante, mai ales în privința sistemelor de sănătate, a instituțiilor politice și medicale, dinamicile sunt asemănătoare, în special în cazul cercetării medicale (de fapt aceasta este internaționalizată) și al rolului central al diverselor organizații, precum și al dezvoltării spiritului comunitar pentru promovarea luptei împotriva sidei. Dezbaterile și controversele asupra depistării, prevenției, statutului bolnavilor, stigmatizării homosexualității sau folosirii drogurilor au fost și sunt încă prezente în majoritatea țărilor, dar ele ajung adesea la concluzii diferite în funcție de mentalități locale sau regionale, de atitudinea față de principalele valori europene, de accesul la informații etc.

Chiar în aceeași țară se pare că sunt diferențe considerabile în ceea ce privește mai ales spiritul de toleranță, atitudinea față de seropozitivi, modul în care sunt tratați aceștia de anumite categorii sociale etc. Nu e mai puțin adevărat că există deosebiri și în gradul de cunoaștere de către populație a unor informații generale despre virusul HIV și SIDA ca formă manifestă a sa, istoricul apariției sale, modalități de contaminare și metode de prevenire,

momentul în care lupta împotriva maladiilor infecțioase ajunsese la apogeu, când reușitele medicinei culminaseră cu generalizarea vaccinării și cu antibioterapia. Problemele de sănătate publică se concentrau de acum în principal asupra planificării campaniilor de prevenire (vaccinare sau igienă), cuplate cu depistarea cât mai precoce a indivizilor atinși de maladii infecțioase pentru a-i trata. În ierarhia intereselor medicale și științifice, bolile degenerative (cum este cancerul) sau genetice detronaseră infecțiile microbiene și virale. Politicile de sănătate publică urmaseră și ele această mișcare și se deplasaseră spre alte riscuri asociate, de exemplu spre tutun și alcool, spre droguri interzise și problematica bătrâneții. Nimic nu sugera apariția „inamicului învingător” al proaspetelor reușite medicale, al noilor sisteme de sănătate publică riguros organizate.

Cea mai mare parte dintre participanții la focus-grupuri au făcut diferența între HIV și SIDA, cunoșteau modalitățile obișnuite de transmitere, s-au referit la perioada lungă de eventual debut al bolii, au subliniat nevoia de educație populației pentru evitarea contaminării¹³ și „promovarea” unui comportament tolerant pentru seropozitivi; adesea au apreciat ca fiind insuficiente cunoștințele lor, posibilitățile de intervenție, solicitând însă

¹³ „Sindromul imunodeficientar se transmite prin instrumente medicale (prin injecții etc.), raporturi sexuale neprotejate, prin salivă. HIV-ul este prima etapă, debutul acestei boli. Virusul face ca organismului să îi scadă orice formă de apărare împotriva celorlalte boli: scade imunitatea și știu că poți muri din cauza unei răceli. Perioada de apariție a bolii SIDA este de la 4-5 luni la 15 ani. Se folosesc anumite tratamente... dar este încă o boală incurabilă. Este foarte important să știm cum să prevenim contaminarea, dar în zona rurală se aduc niște pliante sau 2 bax-uri de prezervative expirate. Dar asta nu e o educație, este o încurajare” (preot, Constanța).

instituțiilor abilitate măsuri adecvate pentru evitarea răspândirii¹⁴.

În privința metodelor de prevenire s-a pus accentul, în discuții, în primul rând asupra abstenenței până la căsătorie, a fidelității conjugale, a educației copiilor pentru respectarea unor norme de igienă a vieții. A fost amintit și prezervativul ca modalitate de prevenire a îmbolnăvirii, precizându-se însă că Biserica respinge utilizarea lui. De altfel, după aprecierea unor participanți la focus-grupuri, folosirea unui asemenea mijloc de protecție nu este sigură și încrederea sporită datorată și reclamei intense de care se bucură nu face decât să mărească în unele situații riscul contaminării¹⁵.

S-a emis părerea potrivit căreia în societățile dezvoltate s-a insistat în mod deosebit pe informarea populației asupra pericolului transmiterii virusului HIV, pe educația tinerilor pentru protejarea de boli sexuale în general, deci și de SIDA, s-au inițiat nenumărate programe și s-au făcut eforturi deosebite pentru contracararea cumplitului flagel și totuși lupta pare fără sorti de izbândă. Ca atare, se pare că nu în acest fel se va rezolva situația. Potrivit punctului de vedere al unui

¹⁴ „Am citit într-un articol că am fi frunțași la această boală, ceea ce ar trebui să ne îngrijoreze; trebuie să încercăm s-o stărpim, în sensul că măcar să nu se mai răspândească și cred că ar fi necesar ca toate instituțiile statului să contribuie la acest lucru, cel puțin să nu mai crească numărul celor bolnavi de SIDA” (preot, București).

¹⁵ „Ca metode de prevenire, am putea să enumerăm în primul rând abstenența până la căsătorie și relația exclusiv conjugală. Am putea să amintim de prezervativ, cu care Biserica nu este de acord, precum și educația copilului pentru o igienă corespunzătoare. Revenind la prezervativ, eu cred că folosirea lui nu este sigură, cu toată reclama; de altfel, el devine periculos prin faptul că omul are încredere în el și se poartă în consecință” (preot, Dolj).

preot, numai promovarea perseverență în societate a unui comportament moral, a reglementării relațiilor sexuale după principiile Bisericii Ortodoxe, adică abținerea până la căsătorie și fidelitatea în cuplu, ar conduce la evitarea bolilor sexuale, la protejarea de virusul HIV. Așa zisa libertate a individului din lumea modernă, care îi permite să încerce tot felul de experiențe, un mod de viață sugerat adesea de media și de producții culturale care nu se supun unor minime exigențe morale, nu va conduce la „înfrângerea” bolii. Pentru educația morală a tinerilor, pentru orientarea lor prin adevărul „hățiș plin de capcane pe care îl presupune lumea modernă”, poate cuvintele apostolului Pavel „toate îți sunt îngăduite, dar nu toate îți sunt de folos” sunt dintre cele mai revelatoare, spunea un preot din Dolj, care sublinia necesitatea prezentării asociate tinerilor a unor comportamente cu consecințele lor adesea nefaste¹⁶.

Deci, în ceea ce privește *metodele de prevenire a îmbolnăvirii și a răspândirii bolii, marea majoritate a preoților s-au referit la mijloace morale, care vizează „o anumită curățenie sufletească și trupească, abținerea până la căsătorie și fidelitatea conjugală”. Ar fi necesară, de asemenea, opinau participanții la discuții, accentuarea climatului educativ, prin pregătirea pentru o viață morală, cu anumite virtuți spirituale, a elevilor, încă de pe băncile școlii. Media ar trebui să încurajeze modelele morale, să contribuie la „construirea” spirituală a individului, nu*

¹⁶ „Dacă îți începi viața sexuală, uite ce riscuri ai, riști să te îmbolnăvești trupește pentru că prietenul care e lângă tine poate să sufere de o boală sau cel puțin poți să rămâi însărcinată și atunci, de asemenea, vei avea probleme foarte mari: dacă păstrezi copilul, ești persona non grata în familie și în școală, dacă nu îl păstrezi, practic faci un omor și ești criminală, deci oricum este o situație foarte delicată” (preot, Dolj).

așa cum se întâmplă în momentul de față, când sunt promovate și popularizate modele și comportamente imorale. Uneori, modelele de viață occidentale însușite de cei plecați la lucru în străinătate au fost considerate un posibil factor de răspândire a bolii SIDA în România.

În privința fenomenului HIV/SIDA, se pare că preoții sunt, în general, relativ informați asupra modului de transmitere, a metodelor de prevenire, considerând adesea că modul de pătrundere a bolii în România nu este neapărat cel sexual, ci mai degrabă se datorează neglijenței medicale. Căile prin care au obținut aceste cunoștințe sunt și ele diverse, de la site-urile specializate¹⁷ la pliantele transmise prin cabinetele medicale¹⁸, mass-media în general. Participanții la focus-grupuri au subliniat adesea nocivitatea promovării pe diverse căi, mai ales prin media, a unor modele, stiluri de viață care încurajează relații între sexe inacceptabile pentru morala creștină: „conviețuiri” fără căsătorie ba chiar copii în afara acesteia.¹⁹

¹⁷ „Sincer vă spun, despre SIDA și despre HIV am auzit și eu, ca oricare părinte de aici, ca oricare alt om, de la televizor, din presă. Dar am zis, hai să vedem chiar mai mult de atât, să nu vin aici și să fiu chiar în afara subiectului. Și-am intrat pe internet. Sigur, se prezintă pe larg, generalități, statistici, tot ce vrei. Se pot afla multe. Oricine se poate informa, oricine poate să aibă acces la informațiile astea” (preot, Alba).

¹⁸ „Am aflat diverse lucruri despre SIDA și de la cabinetele medicale, pentru că aceste cabinete medicale, prin legislația în vigoare, trebuie să aibă un aparat de informare acolo pe hol, trebuie să aibă reviste de specialitate, inclusiv pliante despre medicamente etc. Și am aflat destule informații și de pe afișele difuzate gratuit în parohie de către Direcția de Sănătate Publică” (preot, Iași).

¹⁹ „Trebuie asociată această problemă (a infectării cu HIV – *n.a.*) cu anumite modele sociale, cu ceea ce ni se oferă nouă pe tavă prin intermediul mass-media. De exemplu, vine în România Mike Tyson,