



КУЛТУРОЛОШКИ И СТРУКТУРНИ КОМПЕТЕНЦИИ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ

ЗА СТУДЕНТИ ПО МЕДИЦИНСКИ НАУКИ И ЗДРАВСТВО

ЗДРАВСТВЕНА
ЕДНАКВОСТ ЗАШТИТА
НЕДИСКРИМИНАЦИЈА
МАРГИНАЛИЗИРАНИ ЗАЕДНИЦИ
ЧОВЕКОВИ ПРАВА
ПРАВО ПРИСТАП
НА ЗДРАВЈЕ

Скопје, 2018 година

**КУЛТУРОЛОШКИ И СТРУКТУРНИ КОМПЕТЕНЦИИ
НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ**

Скопје, 2018 година

Издавач:

Фондација Отворено општество - Македонија

**За издавачот:**

Фани Каранфилова-Пановска, извршна директорка

Автори:

проф. д-р Елена Ќосевска
 проф. д-р Весна Велиќ-Стефановска
 проф. д-р Мирјана Најчевска
 проф. д-р Моме Спасовски
 проф. д-р Љубица Георгиевска-Исмаил
 проф. д-р Цена Димова
 проф. д-р Азиз Положани
 проф. д-р Ленче Мирчевска
 проф. д-р Домника Рајчановска

Уредници:

проф. д-р Елена Ќосевска
 проф. д-р Весна Велиќ-Стефановска
 проф. д-р Мирјана Најчевска
 Александар Марковски

Лектура:

Бојан Петревски

Дизајн и подготовка:

Бригада дизајн

Печат:

Датапонс

Тираж:

1500

БЕСПЛАТЕН ПРИМЕРОК - ИЗДАНИЕТО Е НЕКОМЕРЦИЈАЛНО

CIP - Каталогизација во публикација

Национална и универзитетска библиотека „Св. Климент Охридски“, Скопје

61:17

342.734

КУЛТУРОЛОШКИ И структурни компетенции на здравствените работници : книга за студенти по медицински науки и здравство / [автори Елена Ќосевска ... и др.]. - Скопје : Фондација Отворено општество - Македонија, 2017. - 87 стр. : илустр. ; 23 см

Автори: Елена Ќосевска, Весна Велиќ-Стефановска, Мирјана Најчевска, Моме Спасовски, Љубица

Георгиевска-Исмаил, Цена Димова, Азиз Положани, Ленче Мирчевска, Домника Рајчановска

ISBN 978-608-218-271-1

1. Ќосевска, Елена [автор]

а) Лекарска етика б) Човекови права и слободи - Право на лекување

COBISS.MK-ID 105306634

СОДРЖИНА

Предговор		4
Поглавје I	Вовед во концептот на човековите права и основни слободи	6
Поглавје II	Правото на здравје – човеково право	12
Поглавје III	Еднаквост, недискриминација и почитување на различноста во остварувањето на правото на здравје	19
Поглавје IV	Правото на здравје на припадниците на ранливите групи	39
Поглавје V	Етички аспекти на медицинските истражувања врз луѓе	43
Поглавје VI	Културолошки компетенции	52
Поглавје VII	Вовед во наративната медицина	61
Поглавје VIII	Структурни компетенции	65
Поглавје IX	Културолошки и структурни аспекти на остварувањето на правото на здравје во и од ромската популација во Република Македонија	70
Поглавје X	Јавното здравство и здравствениот систем во унапредување на културолошките и структурните компетенции на здравствените работници	77

ПРЕДГОВОР

Чекорејќи во новиот милениум, светот сè појасно почнува да се сеќава на зборовите на еден од основачите на биомедицинската наука, која го претставува срцето на модерната медицина, Вилијам Ослер, кој рекол: „Станува многу поважен видот на пациентот што го има заболувањето отколку видот на заболувањето што го има пациентот“.

Концептот за човековите права и основни слободи претставува основна вредносна рамка на демократијата на нејзиното современо ниво на развој.

Правата се универзални и не постои ниту една област од човековото живеење што не е маркирана и вредносно детерминирана од концептот за човековите права и основни слободи и не постои ниту еден човек што не е носител на основните права и слободи.

Човековите права ја претставуваат ултимативната вредносна рамка на голем број професии, помеѓу кои и здравствената (здравствената заштита и работата на здравствените работници).

Практикувањето на човековите права и основни слободи во контекстот на здравствената заштита не се исцрпува со „правото на секого да ужива највисок можен стандард на физичко и ментално здравје“. Здравјето, во најширока смисла, е повеќекратно поврзано со концептот на човековите права. Здравјето опфаќа: право на здравје, право на здравствена заштита, право на пристап до најсовремените методи на лекување и право на заштита од злоупотреба на медицината во насока на повреда на правата на човекот.

Улогата на здравствените работници во заштитата на човековите права и специфичната положба на здравствениот работник, која може да биде злоупотребена во насока на повреда на овие права, бараат и посебен пристап во обуката на здравствените работници за суштината на концептот на човековите права и единствена перспектива што треба да ја практикуваат во целокупната своја работа. Свеста за стандардите на човековите права, основните принципи на концептот и посебниот вредносен корпус содржан во концептот овозможува здравствените работници да развијат посебни компетенции што го подигнуваат нивото на нивната професионалност и на здравствената заштита.

Образованието на здравствените работници базирано на концептот на човековите права „може да ги поддржи здравствените работници во нивната професионална практика со подобрување на нивните релации со пациентите, со давање насока во ситуациите каде што нивните одлуки и процени на ситуацијата имаат влијание врз човековите права и со помагање на здравствените работници да го препознаат повредувањето на човековите права, кое мора да биде документирано и исправено“¹.

Човековите права се инкорпорираани во секојдневното работење на здравствените работници, кои во својата дневна практика постојано се соочуваат со ситуации и предизвици поврзани со човековите права, иако не ги препознаваат секогаш.

Оваа книга има за цел да им помогне на студентите по медицински науки и здравство, и на здравствените работници да усвојат вредности што се базираат на концептот на човековите права, и да се здобијат со соодветни знаења, вештини и однесување што се базира на највисоки етички принципи. Дополнително книгата има за цел препознавање на културолошката компонента во дејствувањето на здравствените работници, примената на нови пристапи кон пациентите и препознавање на правото на здравје во целокупната негова комплексност и зависност од другите права.

Во книгата се разработени принципите на концептот на човековите права во контекстот на здравствената заштита, наративната медицина, етичките аспекти на медицински истражувања врз луѓе и кај ранливо население, културолошките и структурните компетенции на здравствените работници, нивната одговорност за еднаков третман на пациентите и почитување на принципот на еднаквост, заштитата на здравјето на ранливите групи и на здравјето на Ромите како специфична ранлива група, како и јавното здравство и здравствениот систем во унапредувањето на културолошките и структурните компетенции на здравствените професионалци.

Книгата е наменета за студентите по медицински науки и здравство, здравствените работници и сите што на кој било начин учествуваат во процесот на заштита и промоција на здравјето на човекот.

¹ „Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health“, United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights, 12 September 2005, UN Doc. A/60/348.

ПОГЛАВЈЕ I

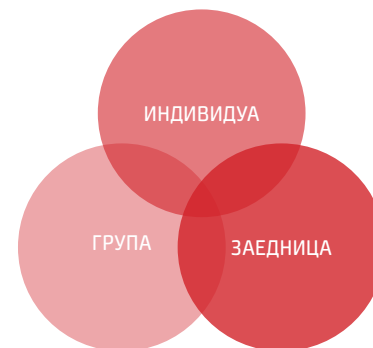
ВОВЕД ВО КОНЦЕПТОТ НА ЧОВЕКОВИТЕ ПРАВА И ОСНОВНИ СЛОБОДИ

1. Општо за човековите права и основни слободи

Поимот „човекови права“ е релативно нов и во секојдневната терминологија навлегува по Втората светска војна и формирањето на ООН (Организацијата на Обединетите нации).

Тоа е комплексен систем од принципи и стандарди со кои се регулираат односите меѓу луѓето.

Правата се напишани во меѓународните документи, кои ги прифатиле поголем број држави. Тие документи претставуваат рамка за различни решенија на национално ниво и се составен дел од нивната национална легислатива.



Човековите права претставуваат моментално највисок дострел во развојот на вредносниот систем на човекот. Тие претставуваат збир на хуманата димензија на сите претходни учења (религиозни, филозофски, правни) и мерило на достигнутиот цивилизациски развој на човештвото. Во моментот овој систем на вредности е прифатен од страна на најголем број култури, филозофски и правни учења во најголем број држави.

Концептот на човековите права не нуди готови одговори или решенија. Концептот треба да се сфати, пред сè, како:

- **начин на гледање на работите;**
- **систем од базични принципи и стандарди;**
- **систем од ориентири што го исцртуваат сопствениот простор на секоја индивидуа (што можам и што не можам да правам, што можат и што не можат да ми прават);**
- **систем што ги определува границите на односот со другите.**

Излезни точки на целиот концепт се: животот и достоинството на човековото битие. Тоа е нуклеусот околу кој се гради целокупниот концепт на човековите права и слободи.

Човековите права не се заслужуваат ниту, пак, се даваат. Нив ги имаме затоа што на дадениот степен од развој на цивилизацијата така се договориле луѓето.

1.1 Зошто настанал концептот на човековите права?

Основната причина поради која е создаден концептот на човековите права во неговата современа форма се стравотите и страдањата на Првата и, особено, на Втората светска војна. Модерното движење на човековите права и слободи е поврзано со глобалното сфаќање на повредите над човечките суштества што се направени во овие две војни, на катастрофалните последици од секоја од нив посебно и на двете заедно, како и на потребата да се спречи уште една војна од вакви или од поголеми размери.

Современиот концепт на човековите права и слободи започнува со создавањето на Обединетите нации (во 1945 година) и со донесувањето на Универзалната декларација за човековите права и слободи (во 1948 година).

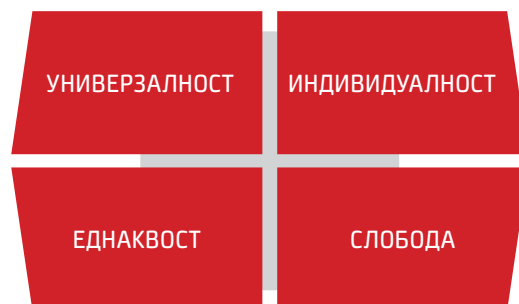
Излезната синтагма на повелбата на ООН, потоа разработена во Универзалната декларација, е: **универзални права за сите луѓе**.

1.2 Базични принципи на концептот на човековите права

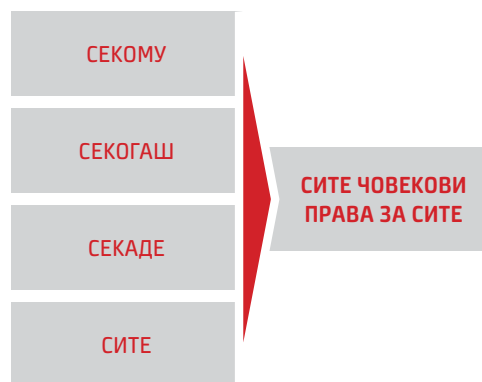
Излезен елемент на концептот на човековите права и слободи е дека правата не се дадени од ниту еден специфичен авторитет (држава, владетел, сила надвор од човекот), туку дека ги поседува секое човечко суштество поради тоа што **така се договориле сите луѓе на дадениот степен на развој на човековата цивилизација**.

Оттука, правата не можат да бидат одземени од ниту еден одреден авторитет или суверен. Тие можат да бидат прекршувани, ограничени, може да не бидат почитувани, но не и одземени.

Основни принципи на концептот се:



Правата се универзални поради тоа што важат за секое човечко суштество секаде, секогаш и сите.



Наједноставен начин за примена на универзалноста на концептот е прифаќање на правилото: не е важно дали некој или нечие однесување ми се допаѓа, важно е дали тој човек може да ги практикува своите права.

Не е важно дали лекарот ја одобрува или не ја одобрува сексуалната ориентација на пациентот. Важно е дали пациентот ќе ја добие соодветната здравствена интервенција.

Правата се **индивидуални**. Тие **й припаѓаат на секоја индивидуа поединечно**. Носител на правата е секој човек. Некои права луѓето можат да ги практикуваат само колективно (на пример – правото да се здружуваат е право на секој човек, меѓутоа може да се оствари само ако се соберат повеќе од еден човек).

Кога лекарот има негативно искуство со пациент од некоја религиозна група, тоа не смее да се одрази на неговиот однос кон другите припадници на таа религиозна група.

Човекот е слободен тогаш кога располага со своето тело, дух, мисли, простор на начин на кој сака.

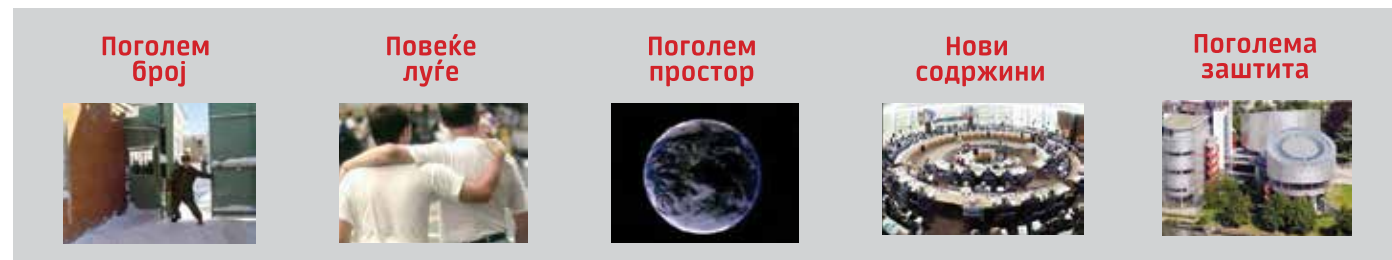
Пациентка што решила да го истетовира своето тело и поради тоа добила инфекција, треба да биде третирана во однос на инфекцијата, а не во врска со нејзиното решение да се тетовира.

Луѓето се еднакви во законите и пред законите. Тие се еднакви во достоинството, правата што ги уживаат и треба да имаат услови за еднакво практикување и еднаква заштита на тие права. Еднаквоста не значи идентичност. Луѓето не се исти. Тие се различни по многу основи, и разликите треба да бидат препознаени и почитувани, меѓутоа не смеат да влијаат на еднаквоста во правата и заштитата на правата.

Кога ќе биде повикана брза помош за човек во одмината возраст, здравствениот работник треба да му даде еднаква заштита, на еднаков начин како и за помлад човек.

1.3 Развојноста на концептот

Концептот на човековите права и слободи не претставува затворен систем на вредности и на принципи, туку отворена структура, која постојано се надградува (хоризонтално и вертикално, на квантитативен и на квалитативен план). Луѓето постојано добиваат сè поголем број права, важат за сè поголем број луѓе, се почитуваат и се гарантираат во сè поголем број држави, правата се збогатуваат со нови содржини и се подобрува заштитата кога се загрозени или прекршени.



Во теоријата вообичаено се зборува за три развојни фази низ кои поминал концептот (и се споменуваат три генерации на права) или (како што преферираат некои теоретичари) станува збор за три димензии на човековите права.

Прва генерација се **граѓанските и политичките права** (права ориентирани кон слободата). Втора генерација се **економските, социјалните и културните права** (права ориентирани кон заштитата). Трета генерација се **солидарните права** (право на развој, на здрава животна средина, на хуманитарна помош).

1.4 Базична меѓународна легална и институционална рамка

На меѓународно ниво се формираат неколку системи од институции за промовирање и заштита на правата на човекот. Правата се промовираат и се заштитуваат **на ниво на ООН**, на ниво на некоја од **регионалните структури** (Советот на Европа, Организацијата за безбедност и сигурност на Европа – ОБСЕ, Организацијата на Американските држави, Африканската унија...) и на **национално ниво** (институции што се создаваат во самите држави).



Во рамките на системот на ООН постојат поголем број конвенции (договори) што во моментот на ратификација од страна на конкретна држава стануваат дел од националното право на таа држава. Такви се, на пример: **Конвенцијата за правата на детето**, **Конвенцијата за елиминација на сите форми на дискриминација врз жените**, **Конвенцијата за елиминација на сите форми на расна дискриминација**, **Конвенцијата против тортура и други сурови, нечовечки или понижувачки казни и постапки**.

На ниво на Советот на Европа, основен акт во чии рамки се дефинираат основните човекови права е **Конвенцијата за правата на човекот**.

На регионално ниво (ОБСЕ), основен акт поврзан со концептот за човековите права е **Завршниот документ од Хелсинки**.

Кога ќе ратификува некоја конвенција (договор), државата дава одредени гаранции и презема на себе обврска да ги почитува, да ги заштитува, да ги овозможува и да ги промовира правата на кои се однесува тој договор.

Поважна меѓународна и национална легислатива

- Меѓународен пакт за граѓанските и политички права (ратификуван² во 1994 година)
- Меѓународен пакт за економските, социјалните и културните права (ратификуван во 1994 година)
- Конвенција за елиминација на сите форми на расна дискриминација (ратификувана во 1994 година)
- Конвенција за елиминација на сите форми на дискриминација на жената (ратификувана во 1994 година)
- Конвенција против тортура и други сурови, нечовечки или понижувачки казни и постапки (ратификувана во 1994 година)
- Европска конвенција за правата на човекот (ратификувана во 1997 година)
- Конвенција за правата на детето (ратификувана во 1993 година)
- Конвенција за правата на лицата со попреченост (ратификувана во 2011 година)

² Ратификацијата претставува легислативен процес во кој еден меѓународен договор станува составен дел од националното законодавство. Според членот 118 од Уставот на Република Македонија: Меѓународните договори што се ратификувани во согласност со Уставот се дел од внатрешниот правен поредок и не можат да се менуваат со закон.

- Конвенција за заштита на човековите права и достоинството на човечкото суштество во однос на примената на биологијата и медицината, со Дополнителниот протокол за забрана на клонирање човечки суштества и Дополнителниот протокол за трансплантација на органи и ткива од човечко потекло (ратификувани во 2009 година)
- Устав на Република Македонија (1991 година)
- Закон за спречување и заштита од дискриминација (2010 година)
- Закон за еднаквите можности на жените и мажите (2012 година)
- Закон за заштита на правата на пациентите (2008 година)

ДОПОЛНИТЕЛНА ЛИТЕРАТУРА³

- Најчевска М., 2008, Поимник на изрази поврзани со дискриминацијата, МЦМС
- Manfred N., 2003, Introduction to the International Human Rights Regime, Boston

³ За повеќе информации во врска со националната и меѓународната легислатива поврзани со правото на здравје види:
<http://healthrights.mk/index.php/2012-01-18-17-57-55/2012-01-18-16-57-48/on.html>

ПОГЛАВЈЕ II

ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ – ЧОВЕКОВО ПРАВО

1. Правото на здравје и човековите права

Правото на здравје не е право да се биде здрав, туку на највисок можен стандард на физичко и ментално здравје, право на уживање различни добра, услуги, институции и услови што се потребни и државата може и треба да ги обезбеди за некој да може да биде здрав.

Правото на здравје е инклузивно и не се исцрпува со пристапот до здравствена заштита. Според Пактот за економските, социјалните и културните права на ООН, „највисокиот пристапен стандард на физичкото и менталното здравје“ не е ограничен на правото на здравствена заштита, туку опфаќа широк спектар на биолошки, социоекономски предуслови на индивидуата, кои се поттикнати од условите на живот, а се однесуваат на основните детерминанти на здравјето, како: храна и исхрана, домување, пристап до безбедна вода за пиење и соодветна канализација, безбедни и здрави услови за работа, здрава животна средина, како и другите расположливи ресурси на државата (член 12).

Остварувањето на ова право подразбира широк дијапазон на фактори што ни овозможуваат да водиме здрав живот:



Генералното собрание на Обединетите нации ја усвои дефиницијата за здравје, содржана во преамбулата на Уставот на Светската здравствена организација, која го дефинира здравјето како „**состојба на целосна физичка, ментална и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест или изнемоштеност**“.

Правото на здравје е тесно поврзано со **правото на слобода** (како право на слобода да се контролираат сопственото тело и она што се случува со тоа тело, како и да се биде слободен од несоодветен медицински третман или од тортура...).

Пациентот има право да реши дали ќе се примени на него одредена медицинска процедура.

Здравјето, како основно човеково право, се базира на другите човекови права и е неопходно за остварување на другите човекови права⁴.



Државата не гарантира дека некој ќе биде здрав, туку презема обврски кон поединецот и кон заедницата да создаде услови за остварување и заштита на правото на здравје.

За остварување на правото на здравје, потребни се организирани здравствени капацитети и услуги, кои треба да бидат: **пристапни/доступни, прифатливи и со добар квалитет.**

⁴ Извор: World Health Organization.

Здравствените установи и услуги се **пристапни** за граѓаните кога се:

Физички пристапни	Економски пристапни	Пристапни информации	Еднакво пристапни
Луѓе со попреченост Постари лица Родители со деца	Квалитет со одреден стандард Пристапни терапии Цена на услугите	Разбирливи Доволни Дадени на најсоодветен начин	Разгранета мрежа од установи Еднаков третман Заштита кога се прекршени правата

Прифатливост – сите здравствени установи и здравствените професионалци мора да ги почитуваат начелата на медицинската етика, со цел зголемување на доверливоста во здравствените услуги, што ќе резултира со подобрување на здравствената состојба на корисниците.

Квалитет – за спроведување на здравствените услуги од соодветен научен и стручен аспект, здравствените установи треба да вклучуваат медицински професионалци, кои квалитетно ќе ги спроведуваат задачите, во согласност со научните стандарди, користејќи соодветна медицинска опрема, лекови и други добра и услуги.

2. Мерки за остварување на правото на здравје

Мерките што треба да се преземат за остварување на правото на здравје се поврзани со неговата комплексност и имаат многу поширок опсег од здравствената заштита разбрана во нејзиното медицинско значење.

Мерките за остварување на правото на здравје се променливи и се разликуваат во секоја држава, меѓутоа основната рамка во која треба да се движат е дадена во меѓународната регулатива.

Во градењето на политиките и во усвојувањето на стратегиите за остварување на правото на здравје на национално ниво, како и во развивањето индикатори за следење на практикувањето на ова право, посебно значење имаат Меѓународниот пакт за економските, социјалните и културните права и неговото дообјаснување поврзано со имплементацијата на членот 12.

Во Општиот коментар бр. 14 од 2000 година, посебно внимание им се посветува на мерките што треба да ги обезбедат:

- правото на здравје на мајката, детето и репродуктивното здравје;
- правото на здрава животна и работна средина;
- право на превенција, третман и контрола на заразните болести.

Тоа значи дека државите треба да им обезбедат пристап до здравствените услуги на корисниците, да ја почитуваат приватноста, да ги адресираат и да ги спречат дискриминаторските практики, да создадат услови за соодветно информирање на граѓаните итн. Од државите се очекува да постапуваат во рамките на своите финансиски можности, меѓутоа имаат неодложна обврска да ја гарантираат недискриминацијата во обезбедувањето на правото на здравје и да преземаат чекори насочени кон целосно остварување на членот 12 од Меѓународниот пакт за економските, социјалните и културните права. Обврските на државата се однесуваат на почитување, заштита и исполнување на правото на здравје:

Почитување

Државата ќе се воздржува од директно или индиректно влијание во уживањето на правото на здравје (на пример: не им се забранува/отежнува на луѓето лишени од слобода и еднаков пристап до здравствените институции; или, не им се ограничува пристап до контрацептивни средства со погрешна интерпретација на информациите кои се однесуваат на сексуалноста; или, се воздржува од загадување на водата и воздухот со отпад од институциите во нејзина сопственост).

Заштита

Државата донесува соодветна легислатива и презема административни, финансиски, судски, промотивни и други мерки со цел целосно остварување на правото на здравје (на пример: ќе обезбеди чиста вода за пиење за целото население; или, ќе промовира и ќе обезбеди мерки за заштита од опасности на работа; или, ќе развие политики за намалување на загаденоста на воздухот).

Исполнување

Државата донесува соодветна легислатива и презема административни, финансиски, судски, промотивни и други мерки со цел целосно остварување на правото на здравје (на пример: ќе обезбеди чиста вода за пиење за целото население; или, ќе развие политики за намалување на загаденоста на воздухот).

Во мерките што ги презема државата спаѓаат и позитивни и афирмативни мерки, кои обезбедуваат фактичка еднаквост на луѓето што припаѓаат на одредени групи што биле или се изложени на долготрајна дискриминација и еднакво остварување на правото на здравје. Тоа, меѓу другото, подразбира дека државата презема активности со кои создава здрава популација, го одржува и го обновува здравјето на луѓето.

Позитивни влијанија

Државата истражува и споделува информации за нештата кои влијаат позитивно врз здравјето на луѓето.

Културно приспособување

Државата ќе презема мерки за развој на културно соодветни услужни институции и медицински персонал кој ги препознава и ги адресира специфичните потреби на одделни категории луѓе.

Информирање

Државата споделува информации за елементите на здрав животен стил и ги поддржува луѓето да донесуваат одлуки врз основа на голем број информации.

Повредата на правото на здравје (било да станува збор за оневозможување, ограничување или прекршување на еден или на повеќе елементи на ова право) може да се однесува на секоја од обврските што ги презела државата.

3. Правото на здравствена заштита и човековите права во националните норми

Правото на здравствена заштита во Република Македонија е уставно загарантирано.

Според Уставот на Република Македонија:

На секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита. Граѓанинот има право и должност да ги чува и да ги унапредува сопственото здравје и здравјето на другите⁵.

Законската регулатива што се развива врз основа на оваа уставна определба тргнува од човековите права и се базира на нив.

Според членот 4 од Законот за здравствената заштита на Република Македонија:

„Секој граѓанин има право да ја остварува здравствената заштита, со почитување на највисокиот можен стандард на човековите права и вредности, односно има право на физички и на психички интегритет и на безбедност на својата личност, како и на почитување на своите морални, културни, религиозни и филозофски убедувања“, како и право на информации потребни за зачувување на здравјето.

„Секој граѓанин има право на информации потребни за зачувување на здравјето и стекнување здрави животни стилови и на информации за штетните фактори за животната и работната средина, кои можат негативно да влијаат на здравјето, како и на информации за потребните мерки за заштита на здравјето во случаи на појава на епидемии и на други непогоди и несреќи што можат негативно да влијаат на здравјето“.

Според Законот за заштита на правата на пациентите:

„Пациент е лице, болно или здраво, кое ќе побара или на кое му се врши одредена медицинска интервенција, со цел зачувување и унапредување на здравјето, спречување болести и други здравствени состојби, лекување или здравствена нега и рехабилитација“. (член 4)

„Со заштитата на правата на пациентот се обезбедува квалитетна и континуирана здравствена заштита во согласност со тековните достигнувања во здравството и медицината, во рамките на системот за здравствена заштита и здравствено осигурување, соодветна на поединечните потреби на пациентот, со отсуство на каква било психичка и физичка злоупотреба, со целосно почитување на достоинството на неговата личност и во негов најдобар интерес“. (член 2)

Пациентот има право на остварувањето на правата, „без дискриминација заснована врз полот, расата, бојата на кожата, јазикот, верата, политичкото или кое и да е друго мислење, националното или социјалното потекло, припадноста на национално малцинство, материјалната положба, потеклото по раѓање, сексуалната ориентација или кој и да е друг статус“. (член 5)

Според Законот за заштита на пациентите, секој пациент има право:

1. да учествува во одлучувањето (на пример: лекарот ги посочува сите предности и сите мани на една медицинска терапија, а пациентот ја донесува конечната одлука);
2. да биде информиран (на пример: за последиците од примена на одредена терапија);

⁵ Член 39 од Уставот на Република Македонија.

3. да прифати или да одбие одредена медицинска интервенција;
4. да биде заштитен во случај да не е во состојба да даде изјава;
5. да биде заштитен доколку над него се врши научно истражување или е вклучен во медицинската настава;
6. да биде заштитен од неовластено давање информации за неговото здравје;
7. да одржува контакти;
8. да ја напушти здравствената установа по сопствена волја;
9. да му биде заштитена приватноста.

Секое право на пациентот повлекува соодветна одговорност на здравствениот работник.

Табела 1. Права на пациенти и одговорност на здравствените работници

Право на пациентот	Одговорности на здравствените работници
Да биде почитуван и третиран како личност.	Почитување на другите. Покажете интерес кон пациентот и почит кон него како кон индивидуа.
Да биде еднакво почитуван и да биде ослободен од дискриминација.	Да се прифати дека другите имаат право да живеат поинаку, без дискриминација во однос на разликите во културата, стилот на живот или идентитет. Уверете се дека секој пациент има еднаков пристап до услугите.
Да му биде дозволена приватност.	Почитување на другите луѓе и приватноста. Уверете се дека вратата надвор е затворена кога персоналот ги извршува задачите за лична хигиена.
Да биде третиран на достоинствен начин.	Почитување на достоинството на другите луѓе. Третирајте го пациентот со почит и промовирајте самопочит.
Да биде згрижен на начин што ги задоволува неговите потреби.	Да се разберат потребите на другите. Осигурете ги потребите на пациентот и ставете ги во центарот на сите планирања.
Да има пристап до доверливи информации за себе.	Да се чуваат и други доверливи информации кај луѓето. Осигурете ја безбедноста на досиејата и белешките на пациентот.
Да има ефективна комуникација и да употребува користени методи за таа цел.	Да се користи комуникација што не се третира како закана. Овозможете правилен избор и употреба на помагала и методи за секој пациент, за правилна комуникација. Користете ефикасно слушање и јасна комуникација и проверувајте дека пациентот ја разбира.
Да биде заштитен од опасности и штети.	Да се однесуваат на начин што не ја загрозува и не ја злоупотребува животната средина или физичката и емоционалната сигурност. Обезбедете процена на ризикот, со зачувување на безбедноста на имотот и предметите на пациентот.
Да има приоритети и опции што ќе бидат земени предвид.	Разбирање за влијанието на изборот направен од други луѓе. Дај му на пациентот, ако е можно, повеќе опции (пр., повеќе време за да стане, за третманот итн.), и доволно информации. Прашај за неговите приоритети.

Според Законот за заштита на пациентите, секој пациент има должност:

1. да се грижи за сопственото здравје;
2. да даде вистинити и доволни податоци за својата здравствена состојба согласно со личниот капацитет и информираност;
3. да им помага активно на здравствените работници што му укажуваат здравствена заштита;
4. да постапува според советите на здравствените работници за негова нега, третман и рехабилитација;
5. да ги почитува правилата на однесување, односно куќниот ред во здравствената установа;
6. да прифати ангажман, доколку е тој дел од неговата рехабилитација и ресоцијализација во функција на реактивирање на неговите социјални вештини; и
7. да ги почитува професионалното и човечкото достоинство на здравствените работници.

ДОПОЛНИТЕЛНА ЛИТЕРАТУРА:

- CESCR General Comment No.14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art.12), <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf>, Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000 (Contained in Document E/C.12/2000/4)
- World Health Organization, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights.: The right to health, Fact Sheet no. 31.
- Службен весник на РМ. Закон за здравствена заштита. Службен весник на РМ бр. 43 од 29.3.2012 год.
- Службен весник на РМ.: Закон за заштита на правата на пациентите, Службен весник на РМ, бр. 82/2008 и Закон за изменување и дополнување, Службен весник на РМ, бр. 12/2009 и бр.53/2011,
- Бислимовска К.Ј. Човековите права во здравствената заштита. Прирачник, за практичари, Медија конект, Скопје, 342.7:614.83(047.4)(035), ISBN 978-608-4596-01-1.; 2010: 349 – 360, www.healthrights.mk.

ПОГЛАВЈЕ III

ЕДНАКВОСТ, НЕДИСКРИМИНАЦИЈА И ПОЧИТУВАЊЕ НА РАЗЛИЧНОСТА ВО ОСТВАРУВАЊЕТО НА ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ

Правото на здравје исклучува каков и да е вид дискриминација, во сите сектори на здравствениот систем. Тоа не значи само забрана на различното постапување или исклучување одредени категории луѓе од можноста за остварување на правото на здравје (во неговото најшироко значење) поради некоја нивна карактеристика туку и потреба од промоција на еднаквоста (како фактичка еднаквост) и почитувањето на разликите во обезбедувањето на ова право.

Државата што ја поддржува еднаквоста и се спротивставува на дискриминацијата има обврска да ги препознае разликите што можат да доведат до нееднакво уживање на правото на здравје и посебните потреби на одредени категории луѓе што се соочени со посебни проблеми во остварувањето на правото на здравје (поголема смртност, почеста изложеност на одредени зарази, специфични заболувања, отсуство на превенција...).

Основната обврска на здравствениот работник е да ја практикува професијата со длабоко чувство на одговорност, совесно и пожртвувано, почитувајќи ги секогаш животот, здравјето на пациентот, неговата личност и достоинството. Мора да води сметка сите пациенти, независно од разликите, да добијат најдобра можна здравствена нега и најсоодветна терапија потребна за нивно оздравување, односно заштита.

Здравствениот работник мора да биде отворен за уникатноста на секој поединец, да ги знае, да ги препознава или да ги научи културните, верските, јазичните различности на народите и/или малцинствата што живеат на просторот каде што работи со цел да ги разбере и да им овозможи еднаков третман.

Во текот на практикувањето на својата професија, здравствениот работник мора да ги познава психолошките особини на болниот и, согласно со овие сознанија, да го приспособи и сопственото однесување, не заборавајќи дека пациентот сам по себе е ранлив, поради подредената положба во која се наоѓа во однос на лекарот и се чувствува инфериорно поради болеста и зависната положба.

Здравствениот работник мора да знае дека не лекува болести, туку болни луѓе и секогаш треба да внимава да не повреди нечија личност, достоинство и/или лична определба. Здравствениот работник на пациентот треба да гледа како на целосно и рамноправно човечко суштество и во никој случај не смее да ја злоупотреби сопствената професионална позиција во која се наоѓа.

1. Еднаквоста и различноста во остварувањето на правото на здравје

1.1 Поимот на еднаквоста во остварувањето на правото на здравје

Недискриминацијата и еднаквоста претставуваат суштински компоненти на правото на здравје. Концептот на еднаквоста (equality) во остварувањето на правото на здравје е фокусиран на распределба на ресурсите и други процеси во здравството, кои можат да доведат до здравствена нееднаквост, меѓу повеќе или помалку привилегирани општествени групи.

Овој принцип е поврзан со остварувањето на правото на здравје од страна на маргинализираните групи и, во принцип, ги адресира структурната нееднаквост и структурната дискриминација во општеството.

Концептот на правичноста (equity) во здравјето е етички принцип, поврзан со можноста да се оствари правото на здравје од страна на сите (независно од статусот, економската положба или карактеристиките).



Еднаквоста и правичноста имплицираат дека државите мора да ги препознаат спецификите на различни групи, посебните потреби на овие групи и посебните здравствени предизвици со кои се соочуваат одредени луѓе во државата.

Нееднаквоста во условите за остварување на правото на здравје може да се мери. Нееднаквоста се мери преку анализата на дистрибуцијата и дизајнирањето на ресурсите и на политиките и програмите за здравствена заштита, кои играат значајна улога во обликувањето на здравјето, особено кај оние групи што се помалку непосредно контролирани од здравствениот сектор.

Целта на мерењето е да се процени дали се луѓето обесправени во однос на своето здравје, дали постојат разлики во давањето на здравствената заштита, кај различните социјални групи во општествената заедница (сиромашни лица, жени, деца, лица од различна раса, етничка или верска припадност, со различна социоекономска положба итн.) и дали имаат некои луѓе помали можности за заштита на своето право кога им е повредено или ограничено.

1.2 Препознавање и прифаќање на различноста

Препознавањето и прифаќањето на различноста на луѓето претставуваат прв чекор кон еднаквото постапување и давањето еднаква здравствена заштита.

Еднаквиот третман на луѓето што се разликуваат по статусот, бојата, полот, уверувањето, брачната состојба, економските можности, расата, етничката припадност... претставува една од основните задачи на здравствените работници.

Имајќи го предвид ова, здравствените работници треба:

- 1) да можат да ја препознаат различноста како елемент на концептот на човековите права и слободи (сите пациенти се различни, меѓутоа имаат право на еднаква здравствена заштита и грижа);
- 2) да научат да ги почитуваат корисниците на здравствени услуги, нивните верувања, животни стилови, избор или приоритети (почитувањето на различноста е дел од почитувањето на достоинството на секое човечко суштество);
- 3) да научат да ја вреднуваат различноста, и различноста да не ги спречи на еднаков начин да ги сослушаат, да бидат еднакви спрема сите луѓе – без разлика на своите различни размислувања (почитувањето на различноста значи дека здравствениот работник се согласува или ги прифаќа различните уверувања, стилови на живот, мислења на пациентите).

Здравствените установи и здравствените работници треба да ги постават основните вредности за промовирање соодветна здравствена грижа, при што е потребно почитување на личноста на корисниците на здравствени услуги, тајноста на податоците, со цел постигнување максимална доверливост спрема нив.

Разликите не смеат да го загорзат еднаквиот пристап до здравствената заштита или да претставуваат бариери за спроведување на здравствената грижа, меѓутоа мора да бидат земени предвид во воспоставувањето комуникација, во идентификувањето на проблемите и спецификите поврзани со социоекономските и биолошките фактори, различното влијание на здравствените услови врз различни групи.

За промовирање на еднаквоста на корисниците на здравствени услуги во здравствените установи, неопходно е почитување на одредени правила што ќе бидат еднакви за сите, какви што се: примена на антидискриминаторски практики, еднаков пристап до сите услуги на корисниците, со крајна цел добивање еднаква корист од спроведените услуги, односно подобро здравје за популацијата што ги користи тие услуги.



Антидискриминаторски политики

Антидискриминаторски практики

Еднаков пристап за корисниците на услуги

Еднаква корист за корисниците на услуги

Промовирањето на еднаквоста во работата на здравствените работници може да се оцени преку однапред поставени индикатори. Преку овие индикатори може да биде направена споредба меѓу она што е предвидено во законите и практичната имплементација на законските решенија. Со утврдувањето на можностите, пречките и здравствената состојба на населението преку набројаните индикатори, го потврдуваме постоењето или отсуството на нееднаквост во здравјето, што ни дава можност да реагираме и да ги промениме работите.

2. Дискриминацијата и дискриминирачкото постапување како пречка во остварувањето на правото на здравје

2.1 Стереотипи и предрасуди

Луѓето различно ги гледаат (перципираат) другите луѓе и ситуации. Каква перцепција за одреден човек или ситуација ќе имаме, зависи од претходното искуство на секој човек, од неговите очекувања и интереси и од вредностите што се значајни за него.

Стереотипите претставуваат посебен вид перцепции. Тоа се раширени, упростени и ригидни перцепции за карактеристиките на одделни социјални групи.



Преку стереотипот, врз основа на многу мал број карактеристики, ги сместуваме луѓето во одредена категорија и, врз основа на тоа сместување, понатаму го градиме и целокупното свое однесување.

Стереотипите може да бидат: расни, етнички, полови, за професии, за возрастни групи или за која било друга карактеристика (бојата на косата, верската определба, националната припадност...).

Стереотипите не се градат врз основа на личното искуство, туку се стекнуваат културално (во семејството, училиште, медиуми...).

Стереотипите се отпорни на промени, дури и кога се соочени со спротивни информации, и се самопотврдувачки, односно се забележуваат и се помнат само информациите што се во согласност со стереотипот (исклучоците само го потврдуваат правилото).

Стереотипите раѓаат предрасуди – логички неосновани ставови кон одредени луѓе и појави.

Предрасудите содржат три суштински компоненти: сознајна, емоционална и компонента на дејствување.



На пример, лекар што има предрасуди кон одредена религиозна заедница може да мисли дека жените што припаѓаат на таа религиозна заедница се необразовани (ЗНАМ). Поради тоа, има потценувачки став кон нивните интелектуални капацитети (СЕ ЧУВСТВУВАМ) и не им дава соодветни информации врз чија основа можат да донесат решение (СЕ ОДНЕСУВАМ).

Предрасудите се стекнуваат како дел од секојдневната социјализација на луѓето (најчесто, тие се дел од најраниот развој на детето) и многу е тешко да бидат расколебани или променети. **Не постои човек што нема предрасуди.** Важно е во секој момент да бидеме свесни дека ги имаме и да се обидеме своите постапки да ги погледнеме низ призмата на нивното постоење и ограничувањата што ни ги поставуваат.

Стереотипите и предрасудите доведуваат до дискриминација или ја поддржуваат веќе присутната дискриминација.

2.2 Дискриминацијата во здравството

Дискриминацијата е комплексен поим и, за некое постапување или некоја ситуација да ги препознаеме како дискриминирачки, мора да исполнуваат конкретни услови.

Прво, треба да постои разликување, исклучување, ограничување или нееднакво постапување или непостапување:

- разликување

Разликувањето го подразбира секое различно постапување или третирање на два субјекта во иста ситуација (Здравствениот работник на едни пациенти им ги дава сите информации потребни за донесување одлука, а на други не).

- исклучување

Исклучувањето значи неможност да се добие нешто, да се пристапи кон нешто или да се биде дел од нешто (Здравствениот работник одбива да му даде помош на ХИВ-позитивен пациент).

- ограничување

Ограничувањето претставува недостапност на нешто (физичка, недостапност на одредени услуги, одредени можности, бенефиции и сл.).

(Пациентката не може да добие соодветна здравствена поддршка во текот на бременоста поради тоа што нема гинеколог во местото на живеење).

- нееднакво постапување или непостапување

Во формулацијата се содржани и активниот и пасивниот начин на дискриминација. Тоа значи дека се забранува не само дискриминаторското дејствување туку и недејствувањето, кое резултира во некој облик на дискриминација. (Здравствениот работник не прави одредени испитувања на постар пациент што ги прави на помлади од него).

Второ, мора да постои мотив:

- мотивирано од однапред предвидени основи:

Полот, расата, бојата на кожата, родот, сексуалната ориентација, припадноста на маргинализирана група, етничката припадност, јазикот, државјанството, социјалното потекло, религијата или верското уверување, други видови уверувања, образованието, политичката припадност, личниот или општествениот статус, менталната и телесната попреченост, возраста, семејната или брачната состојба, имотниот статус, здравствената состојба или која било друга основа што е предвидена со закон или со ратификуван меѓународен договор.

Трето, мора да има цел, намера или видлив резултат:

Тоа има за цел или доведува до оневозможување или отежнување на признавањето, практикувањето на сите права и слободи, односно до понеповолен третман на едно лице во однос на друго во слична ситуација.

За одредено дело да биде идентификувано како дискриминаторско, треба да има цел дискриминирање на одредено лице врз некоја од дадените или врз некоја друга основа. Меѓутоа, и делата што немале ваква цел, а резултирале со некој вид дискриминација, исто така, потпаѓаат под оваа дефиниција. (Здравствениот работник немал намера да дискриминира со тоа што не му дал одредени информации на пациентот, а му ги дал на друг/други пациенти, туку го направил тоа поради тоа што немал време или мислел дека пациентот нема да го разбере или заборавил...)

За едно дејствување или недејствување да биде дискриминирачко, треба да се создаде ситуација во која: **пациентот не може да ги остварува своите здравствени права на ист начин како другите пациенти.**

Препознавањето на присуството на дискриминацијата игра многу значајна улога и треба да има широка примена во објаснувањето на диспаратите при здравствената заштита и нееднаквото практикување на правото на здравје.

Дискриминацијата во здравството може да убие, може да го скрати животниот век, може да осакати, да го отежне оздравувањето или да создаде пречки во живеењето на луѓето. Дискриминацијата во здравството доведува до зголемен морбидитет и морталитет и ги намалува квалитетот на живеење и способноста за работа на луѓето.

Дискриминацијата може да биде директна (многу отворена, неприкриена и видлива, со конкретно ограничување насочено кон определена група луѓе поради некоја нивна карактеристика), при што самата активност е дискриминаторска.

Здравствениот работник не дава скапа терапија на постари пациенти.

Директна дискриминација постои тогаш кога здравствениот работник има различен третман кон пациентот во споредба со другите, кога не му дава соодветна услуга, кога го исклучува од одреден третман или терапија, кога поставува несоодветни услови што треба да ги исполни пациентот, поради некоја карактеристика на пациентот (на пример, поради неговата возраст, етникум, пол, болест, сексуална ориентација, степен на образование, социјално-економски статус итн.), што резултира со неможност на пациентот да го оствари своето право на здравје.

Пример: Медицинската сестра што работи на приемот на болни во здравствениот дом има предрасуди во однос на Ромите или на Албанците и секогаш ги остава да чекаат подолго за да влезат на преглед (дискриминација врз основа на расата и етничката припадност).

Бабицата што ја пораѓа пациентката е груба со неа само поради тоа што партнерот е црнец (дискриминација врз основа на асоцијација, односно поради расата на партнерот).

Пациентка со физичка попреченост не може да оди на гинеколошки преглед поради тоа што гинеколошката ординација се наоѓа на третиот кат, до кој има само скали, но не и лифт.

Дискриминацијата може да биде и индиректна (многу помалку видлива и потешко препознатлива), кога преземаме навидум недискриминаторски дејства со можен дискриминаторски ефект.

Индиректна дискриминација постои тогаш кога здравствениот работник навидум постапува еднакво со сите пациенти; воведува правила или применува начин на однесување со коишто пациентот го доведува во неповолна положба во споредба со другите.

Пример:

- Сите пациенти за преглед треба да имаат на себе посебна облека што не ги покрива екстремитетите (што може да претставува дискриминација на основа на полот и религијата кај пациентките од исламска вероисповед).
- За регистрирање во системот при прегледот во болницата е неопходно за сите да се наведат адресата на живеење и мобилниот телефон (што може да претставува дискриминација по статусот и староста кај пациентите од ромската популација и постарите пациенти).
- Во болницата сите добиваат ист оброк (што може да биде дискриминација врз основа на уверувањето, доколку станува збор за луѓе од исламската или од друга вероисповед што забранува консумирање одреден вид продукти).

Дискриминацијата може да се појави во вид на **вознемирување (harassment)**.

Вознемирувањето и понижувачкото постапување претставуваат повреда на достоинството на лице или на група лица што произлегува од дискриминаторска основа и има како цел или како резултат повреда на достоинството на одредено лице или создавање заканувачка, непријателска, понижувачка или застрашувачка средина, пристап или практика.

Сексуално вознемирување е несакано однесување од полов карактер, кое се изразува физички, вербално или на кој било друг начин, а има како цел или како последица повреда на достоинството на едно лице, особено кога се создава непријателска, заканувачка, деградирачка или понижувачка средина.

Пациентот може да биде дискриминиран, на пример, со тоа што здравствениот работник ќе се однесува на начин што создава заканувачка, непријателска, деградирачка, понижувачка или застрашувачка атмосфера.

Здравствениот работник ѝ се потсмева на пациентката што дошла на преглед во валкана/искината долна облека.

Луѓето можат да бидат дискриминирани врз повеќе основи.

- **Повеќекратната дискриминација може да се манифестира како: дискриминација на еден човек во различни ситуации врз различни основи (сукцесивна дискриминација):**

На пример, еден маж-муслиман во одредена ситуација може да биде дискриминиран затоа што е маж (не може да престојува со детето во болницата поради тоа што нема одвоени соби за мажи и за жени), а во друга ситуација затоа што е муслиман (во болницата нема халал храна).

- **Дискриминација врз повеќе основи во иста ситуација (кумулятивна дискриминација):**

На пример, на маж со хомосексуална ориентација што е ХИВ-позитивен здравствениот работник не му дава здравствена заштита и поради тоа што е хомосексуалец и поради тоа што е ХИВ-позитивен.

- **Вкрстена дискриминација – поради комбинација на карактеристики (дискриминацијата немало да биде направена доколку постоела само една од карактеристиките):**

На пример, на комерцијална сексуална работничка што е ХИВ-позитивна здравствениот работник не ѝ дава помош. Доколку се работи само за комерцијална сексуална работничка, здравствениот работник би дал помош. Исто така, доколку станува збор за пациент што е ХИВ-позитивен, здравствениот работник би дал помош. Меѓутоа, токму поради тоа што станува збор за сексуална работничка што е во исто време и ХИВ-позитивна, здравствениот работник не дава помош.

Дискриминацијата може да биде индивидуална, институционална и/или структурна.

За индивидуална дискриминација станува збор тогаш кога една индивидуа се однесува или постапува на начин што го ограничува остварувањето на правата и на слободите или има штетно влијание врз друга индивидуа или врз одреден број луѓе поради некоја конкретна карактеристика.

Здравствениот работник не го упатува пациентот што се наоѓа на издржување казна затвор на болничко лекување и покрај тоа што такво лекување е неопходно.

Индивидуалната дискриминација може да се манифестира како неоправдано различен третман на пациентот од страна на здравствениот работник (различно однесување, недоволно внимание, несоодветна терапија).

На пример:

- Ако одбие или ако прекине да го лекува, односно да му дава здравствени услуги.

Здравствениот работник не го упатува пациентот што се наоѓа на издржување казна затвор на болничко лекување и покрај тоа што такво лекување е неопходно.

- Ако му дава помалку квалитетни услуги или под полоши услови од што нормално, вообичаено се нудат.

Приватен центар за палијативна нега одбива прием на пациент што е хомосексуалец (дискриминација поради сексуалната ориентација).

- Ако предизвика штета или онеспособеност кај пациентот.

Пациентката е Албанка и не знае македонски јазик, прегледот кај неа трае многу покосо и не и се дадени упати за натамошно испитување (дискриминација поради етничката припадност и јазикот).

- Ако се однесува на начин што на пациентот му причинува вознемиреност, заплашеност, понижување и/или навреденост (вознемирување).

Физиотерапевтот во центар за рехабилитација е особено вербално груб со пациентот затоа што тој не сака хомосексуалци и/или трансексуалци (дискриминација, односно малтретирање, врз основа на сексуалната ориентација).

Рендгенолог непотребно бара пациентката да соблече повеќе облека од потребното (и ги слика градите, а бара пациентката да го соблече и долништето), врши сексуално вознемирување.

Институционална дискриминација постои кога политиките и практиката на институциите и однесувањето на индивидуите што ги контролираат тие институции доведуваат до ограничување на остварувањето на правата и на слободите на друга индивидуа или на одреден број луѓе поради некоја конкретна карактеристика.

Институционалната дискриминација може да се манифестира во дистрибуцијата на средствата за здравствена заштита, во промоцијата на здравите начини на живеење, во обезбедувањето еднаков третман на сите пациенти на ниво на политики на институциите.

Постоењето на дискриминација на ниво на институција резултира со:

1. недоверба, генерално градена на историските примери на лош однос, прием и третман, што го одвраќа пациентот од користење здравствени услуги;
2. недостиг од здравствен кадар по мерка на пациентите (национална застапеност помеѓу здравствениот кадар, полова застапеност во одредени специјалности како гинекологијата, хирургијата итн.), што резултира со недостиг од соработка и разбирање меѓу пациентот и давателот на услуги;
3. нееднаква распределба на здравствени установи и специфични здравствени сервиси во руралните и урбаните подрачја, што резултира со нееднаков пристап до здравствените услуги;
4. јазични бариери во разбирањето поради постоење на систем за употреба само на еден јазик и отсуство на служби за превод во средини во кои се говори повеќе од еден јазик, што резултира со неможност за целосна и навремена здравствена услуга.

На пример, долготрајното помало издвојување средства што се наменети за болести/состојби поврзани со здравјето карактеристични за одредена популација ги става припадниците на одделни маргинализирани групи во понеповолни услови за остварување на правото на здравје.

мал процент средства издвоени за сексуално образование

континуирано продолжување на раната бременост и мајчинство кај ромската популација

Политиките на здравствените установи што, под превезот на практични пречки или поголеми трошоци, не нудат алтернативни решенија, можат да постават одредени луѓе во понеповолна положба во остварувањето на нивното право на здравје.

оневозможување со децата сме-стени на болничко лекување да престојува таткото

дискриминација на двајцата родители (таткото не може да биде со детето, на мајката паѓа товарот на родителството)

Индивидуалната и институционалната дискриминација може да се појават во вид на **структурна дискриминација** (рутини, вообичаени постапки, општествено прифатливо однесување, кое спречува одредени групи луѓе да ги остварат своите права или им го отежнува остварувањето на правата).

Постојат три суштински компоненти на структурната дискриминација што ја прават тешка за разоткривање и уште потешка за искоренување.

Информациите што се однесуваат на процедурите за жалба кога пациентот е незадоволен од добиениот третман се испишани со ситни букви и ставени на огласна табла.

Првата компонента е **еднаквиот третман на луѓе со различен статус**. Тоа најчесто се случува кога станува збор за групи луѓе што, историски, традиционално или како резултат на вообичаеното однесување што се базира на долготрајни стереотипи и предрасуди, се ставени во понеповолна положба.

На пример: Здравствениот работник употребува ист речник во објаснување на процедурите што треба да се преземат со сите пациенти (независно од нивото на нивното образование).

Втората компонента е **„вообичаено однесување“**. Структурната дискриминација се базира на традицијата и социјалната прифатливост. Клучниот израз што се асоцира со структурната дискриминација е „така како што се правело секогаш“ или „така прават сите“. Кога една индивидуа или институција дејствува во согласност со социјално прифатливите норми поврзани со специфични групи (етнички, религиозни, возраста, родот...) со негативно влијание врз членовите на тие групи, можеме да претпоставиме дека станува збор за структурна дискриминација.

На пример: Во собите во кои се сместени пациентки од муслиманската вероисповед, задолженија добиваат мажи-болничари.

Еден од резултатите на структурната дискриминација е неказливоста. Имено, кога нештата ги правам на начин на кој го правеле тоа моите и нивните родители, на начин што е во согласност со традицијата и со разбирањето на мнозинството, тогаш не може да правам нешто погрешно, или, дури и да правам, нема да бидам обвинет(а) за тоа.

Втор резултат на структурната дискриминација е **обвинување на жртвата на дискриминација**. Структурната дискриминација многу често се повикува на одговорноста на жртвата на дискриминација за ситуацијата во којашто се наоѓа. Во оправдувањето на дискриминаторското постапување се споменува културата на жртвата (дел од „нивното“ традиционално однесување, кое ги става во понеповолна ситуација); пасивноста („тие“ не ги искористуваат можностите или механизмите на системот); незаинтересираноста (работите не се како што треба за „нив“ затоа што **ним, едноставно**, не им е гајле); личен избор („тие“ сакаат да не работат, да одат наоколу и да просат); незнаење (најверојатно, најблаг облик на префрлување на вината, кој имплицира дека многу работи се случуваат поради недостигот од знаење и информации). Заеднички именител на сите овие „објаснувања“ е дека станува збор за одговорност на жртвата на дискриминација.

Конечниот резултат на структурната дискриминација е ослободување од вина на сторителот на дискриминацијата, па дури и можност сторителот на дискриминација да се претставува или да се перципира себеси како пријател на дискриминираниот и како искрено да сакаат да му помогнат да ги надмине сопствените ограничувања што го доведуваат во ситуација да биде дискриминиран.

Според генералните искуства од секојдневната практика, проблемот на „ненамерната“ дискриминација претставува посебно тежок товар за јавното здравство. На пример, организаторите на кампања „проценуваат“ дека главната порака треба да биде пратена преку електронските медиуми, и тоа на јазикот на кој говори мнозинството од популацијата, при што „веруваат“ дека со тој пристап ќе допрат до целата популација во земјата. Или, при анализата на здравствените приоритети, аналитичарите им даваат предност на проблемите од интерес на поголемиот дел од популацијата, „едноставно заборават“ дека за одредена помала популациска група, важен јавно здравствен аспект е и фокусирана кампања за спречување одредено заболување.

Преваленцијата на „ненамерната“ дискриминација во јавното здравство е толку голема што сите јавно здравствени програми и стратегии би требало да се примаат како дискриминирачки сè до докажување на спротивното. Се проценува дека ваквиот пристап иницира поголемо обезбедување, афирмирање и респектирање на човековите права од страна на јавното здравство.

Со дискриминацијата се тесно поврзани поимите како **виктимизација**, **ксенофобија**, **разумно приспособување**.

Виктимизација постои, на пример, кога здравствениот работник го третира полошо пациентот што се побунил поради неспроведување или недоследно спроведување на процедурите.

Ксенофобијата се дефинира како страв од странци, од сè што е туѓо, одбојност што индивидуата ја чувствува спрема странец или странци – општествено неприфатливо однесување спрема имигранти, сезонски работници, баратели на азил, бегалци и нивните семејства.

Разумно приспособување претставува потребна промена и дизајнирање на околината, кои не претставуваат несразмерно и прекумерно оптоварување, со цел на лицата со инвалидитет да им се осигури уживање и користење на сите човекови права и слободи на рамноправна основа со другите.

На пример, не постои разумно приспособување кога тоалетите во здравствената установа не се приспособени во нив да може да влезе и да ги користи човек во инвалидска количка.

Во дефинирањето на дискриминацијата се споменува и терминот позитивна **дискриминација или „афирмативна акција“**. Со овој термин се опфатени оние активности и мерки што ги презема државата со цел минимизирање, отстранување или поништување на ефектите од некоја претходна дискриминација. Вообичаено, овие мерки се прецизно дефинирани и временски ограничени (до постигнување фактичка еднаквост, односно атмосфера во која луѓето можат на еднаков начин да ги уживаат, да ги практикуваат и заштитат своите права и слободи).

На пример, здравствената состојба на бремените жени и родилки од одредена етничка заедница е на многу пониско ниво од просекот на државата, и поради тоа се зголемува бројот на посети на патронажните сестри што ги посетуваат тие бремените жени и родилки.

Различното постапување нема да се смета за дискриминација, доколку се критериумите за тоа разликување рационални и оправдани и доколку се насочени кон постигнување цели оправдани во едно демократско општество.

2.3 Манифестација на различните основи на дискриминација во здравството

Возраста – како фактор на дискриминација, може да се појави во однос на пациенти со висока возраст, на кои може да им бидат ограничени третмани како: дијализа, бајпас оперативен зафат на срце, рехабилитациски срцеви програми, хируршки интервенции (најчесто, кај пациенти со повеќе од 75 години поретко се вршат оперативни зафати), цитостатска терапија и др.

Исто така, анализите што се вршат во последниве години покажуваат дека кај старите лица не се лекува депресијата, затоа што се смета, се разбира научно неосновано, дека е природен дел од стареењето.

Старите лица поретко се предмет на научни истражувања.

Дискриминацијата врз основа на возраста кај младите пациенти се манифестира во нивното ограничено учество во создавањето на одлуките. Потенцијална опасност постои и поради одредени предрасуди дека, на пример, кардиоваскуларните заболувања не се случуваат кај млади лица, што може сериозно да влијае во однос на навремена и соодветна дијагноза, и со тоа – навремено лекување. Постои и еден јаз меѓу децата и возрасните, кога може да постои проблем како и кој да ги лекува овие пациенти.

Полот може да претставува значаен фактор за директна, индиректна и, пред сè, мултиплицирана дискриминација, со оглед на тоа што постојат разлики во преваленцијата, степенот на изразеност, симптомите и др. на хроничните заболувања во однос на полот.

Дискриминација врз основа на полот се јавува и при третман на пациентите кога погрешно се зема т.н. „означување по пол“ (gender labelling), кое претставува тип предрасуда дека одредени заболувања се врзани за полот: кардиоваскуларни (мажи) и остеопороза (жени), што може сериозно да влијае во однос на навремена и соодветна дијагноза и, со тоа, навремено лекување.

Анализите покажуваат дека постои значително одложување на времето за третман на акутен миокарден инфаркт кај жени (изразени симптоми може да отсуствуваат кај жени, особено возрасни).

Исто така, постојат стереотипи врзани за полот во комбинација со однесување што се извор на дискриминација: кај жените почесто се дијагностицира депресија и се пропишуваат лекови отколку кај мажите со идентични симптоми; докторот може да ги минимизира симптомите на пациентката и да ги припише на емоции.

Пациентите може да бидат подложени на дискриминација поради својата полова (сексуална) припадност, односно сексуална ориентација (хомосексуалци, лезбејки, трансексуалци, трансвестити), за која се имаат предрасуди, која неретко се означува како болест и поради која здравствените работници може да им скратат навремен и соодветен третман, односно воопшто да им скратат третман. Овие пациенти може да бидат изложени и на малтретирање и на неповолно однесување од страна на здравствените работници. Според Светската медицинска асоцијација, поради ваквиот третман, овие пациенти се почесто склони кон депресија, злоупотреба на лекови и супстанции и суицидни идеи и обиди.

Брачниот статус може да се појави како основа за дискриминација во остварувањето на одредени права, односно на добивањето одреден здравствен третман. На пример, и покрај тоа што во Законот за биомедицински потпомогнато оплодување (БПО) или ин витро оплодување (ИВФ) од 2008 година не е предвидено различно постапување кон жена што е во брак, во вонбрачна заедница или живее сама, во практиката може да се случи на ваквата жена да ѝ биде скратена интервенцијата, односно здравствените работници да покажат негативен став, па дури и да се обидат да ја разубедат во намерата.

Припадноста на пациентот на одредена раса (или надворешните карактеристики на пациентот што го поврзуваат со одредена раса) е честа основа на дискриминација, независно од тоа што не постои од биолошки аспект поимот „раса“, ниту, пак, постои научна основа за расна класификација.

Дискриминацијата врз основа на расата може да биде свесна и несвесна, но најчесто има структурен карактер.

Така, за дискриминација врз расна основа се смета доколку лекарите посветуваат помалку внимание и време за дијагноза, помалку ги вклучуваат во одлуката околу лекувањето индивидуите што припаѓаат на конкретна група означена како друга раса (луѓе од африканско потекло – „црна раса“, луѓе од азиско потекло – „жолта раса“, староседелци на американскиот континент – „црвена раса“). Искуството од повеќе држави покажува дека на овие пациенти поретко им се нуди трансплантација на органи, поретко им се објаснуваат можностите и сите медицински информации, поретко им се нудат скапи интервенции (имплантација на кардиовертери, ресинхронизирана терапија и др.). Овие пациенти многу често се изложени и на дискриминација од страна на средниот персонал: подолго чекаат во чекалниците, се сместуваат во понеубави соби или со потешки пациенти, персоналот е помалку љубезен со нив, не се јавува веднаш на барање помош и др.

Јазикот претставува можна основа за дискриминација во услови на постоење на пациенти што припаѓаат на лингвистички малцинства (на пример, во Македонија: Албанци, Турци, Власи, Роми...), чиј мајчин јазик е различен од јазикот што го зборува мнозинското население.

Јазичната бариера може да доведе до несоодветна дијагноза и третман, помала можност за регуларно следење на развојот на болеста и најсоодветна интервенција.

Според статистичките податоци од анализи во кои на пациентки што имаат проблем со комуникацијата со лекарот врз основа на јазикот, поретко им се дава упат за проверка на ПАП-тест, ултразвук на гради и/или мамографија, без оглед на нивниот економски или социјален статус.

Понекогаш, проблемот може да се појави и кога како преведувач се јавува член од семејството, наместо некој здравствен работник, поради недоволно познавање на медицинските изрази и процедури, што може да доведе до сосема погрешно објаснување на дијагнозата и третманот: грешки во анатомските изрази („нога“ наместо „лакот“, „врат“ за „крајници“, „граден кош“ за „ребро“), во опишување симптоми („лаксатив“ наместо „дијареа“, „здебелување“ наместо „отеченост“, „астма“ наместо „диспнеа“) или воопшто непреведување одредени изрази од незнаење или од срам (менструација, полов однос), кога дете преведува за своите родители.

Јазикот особено станува проблем и во остварување третман од областа на менталното здравје, каде што добро земена анамнеза, правилно изведување на когнитивните тестови се важни за дијагнозата, а психотерапијата и советувањето се исклучително важни за соодветен третман.

Посебен проблем со јазикот се појавува во врска со информираната согласност за конкретна здравствена интервенција кога пациентот треба точно да разбере за што станува збор и да даде писмена согласност за конкретните активности што се предлагаат, свесен за сите можни последици.

Проблем со јазикот се појавува и кога станува збор за превентивните мерки во медицината, со оглед на тоа што на пациентите им е ограничена достапноста до писмени (брошури што многу често се напишани само на официјален јазик) или усни информации (телевизиски кампањи, усни совети), достапни само на јазикот што го зборува мнозинското население.

Етничката припадност може да биде основа за дискриминација, особено во мултиетнички општества. Припадниците на етничката група ги поврзуваат заедничка традиција, обичаи, јазик, однесување, литература, вредности.

Дискриминацијата врз етничка основа може да има длабоки корени во историјата, во долготрајно дискриминирање на припадниците на една етничка заедница или да биде поврзана со актуелни настани (особено во услови на етнички тензии и насилни конфликти).

Вообичаено, дискриминацијата врз етничка основа се манифестира како: третман на пациентите без респект и доверба, однесување базирано на предрасуди, употреба на погрдни или омаловажувачки именувања. Дискриминацијата врз основа на етничката припадност може да се манифестира и во отсуството на знаење на здравствениот персонал за спецификите поврзани со одредени групи луѓе што доаѓаат од различни етнички или културни средини (поврзани со исхраната, традицијата, обичаите, посебните семејни односи), кои имаат големо влијание врз остварувањето на правото на здравје.

Сето ова може да резултира со: погрешна или несоодветна дијагноза, несоодветна терапија, полош третман на пациентот и полоши услови за негово оздравување, односно помала веројатност за спречување одредени заболувања.

Дискриминацијата врз основа на **религијата и/или уверувањето** најчесто се манифестира како недостиг од разбирање или флексибилност кон специфични потреби и активности што се поврзани со практикувањето на некоја религија (посебен тип исхрана или начин на нејзино приготвување, облекување, ритуали, обичаи), или како непочитување на достоинството на човекот (омаловажување, навредување и создавање непријателска атмосфера за припадниците на одредено религиозно или друго уверување).

На пример, припадниците на исламската вероисповед покажуваат исклучителна грижа за секој член на семејството, а особено за родителите, поради што тие сакаат да учествуваат во секоја одлука врзана за нивното здравје, доаѓаат во нивна придружба во текот на испитувањата, ги „чуваат“ во болница за време на болест (што, според религискиот вредносен систем што го практикуваат, претставува израз на безбедност и поддршка за болниот). Отсуството на ваква поддршка може да има негативно влијание во процесот на лекување и заздравување на пациентот.

Религиските или други верувања може да имаат влијание и врз начинот на третман, односно врз лековите и помагалата што се користат. На пример, во одредувањето на терапијата мора да се имаат предвид прехранбените рестрикции кај одредени религии (забраната за јадење свинско во јудаизмот и исламот може да значи дека лекови што се направени на база на свински продукти или алкохол може да се забранети за нив, какви што се и говедски засновани лекови или транспланти од 'рскивици добиени од животни што може да бидат забранети за оние со хинду-верување, односно за некои вегетаријанци или вегани).

Натаму, мора да се има предвид дека според верувањата на Јеховините сведоци, се забранува трансфузија на туѓи крвни продукти, но има некои од нив што прифаќаат плазма протеин фактор (ППФ) или компоненти како албумин, имуноглобулини и препарати за хемофилија. За оваа група луѓе понекогаш е проблем и трансплантацијата на органи.

Неретко, религиозните верувања и стереотипи може да станат проблем меѓу здравствените работници, пациентите и семејството кога станува збор и за биомедицински потпомогнато оплодување, донирање органи и палијативна грижа.

Извор на недоразбирања може да има и во однос на начинот на облекување и потребите од прегледи што бараат пациентите да се соблечат или да тргнат некои од симболите што ги носат. Понекогаш е потребно прегледот да го изведува здравствен работник од ист пол, а ако не е можно тоа, треба да се нагласи, со цел заеднички да се надмине евентуална ситуација на дискриминација.

Мора да се нагласи дека контрацепцијата и абортусот се специфични теми и голем број религии ги забрануваат, така што персоналните религиозни или други верувања на здравствените работници, односно на пациентите, не би требало да имаат влијание врз советувањето на пациентот.

Социјално-економскиот статус на пациентот може да стане основа на дискриминација како поради однесувањето на здравствените работници кон тој пациент така и поради неможноста за соодветен третман, односно за остварување на правото на здравје.

Соодветната здравствена грижа може да биде сосема недостапна или во голема мера ограничена за луѓето без здравствено осигурување (тие не се опфатени со скрининг-процедурите во превенција од болести, не им се нудат скапи, а потребни процедури и/или третмани, користат само третман од матичен лекар, но не и од специјалист, се јавуваат на лекар само во ургентни случаи).

Поради условите на живеење, овие пациенти вообичаено се изложени на поголем ризик од различни заболувања (акутни или хронични), добиваат помалку информации поврзани со здравјето, немаат соодветни здравствени установи во местото на живеење, не добиваат навремена медицинска интервенција кога е тоа потребно.

Не се ретки ситуациите во кои здравствените работници одбиваат да им дадат помош на ваквите пациенти, јасно им ставаат на знаење колку им се непријатни, не им обрнуваат доволно внимание, не ги слушаат, не им објаснуваат доволно, оставаат специјализанти да ги прегледуваат, ги оставаат подолго да чекаат, не им се обраќаат со почит, неретко, погрдно ги именуваат или ги малтретираат.

Менталната или телесната попреченост можат да се појават како основа за дискриминација во разни ситуации.

Пациентот со попреченост може да биде дискриминиран поради тоа што не може да влезе или да престојува во здравствената установа или поради однесувањето на здравствените работници, тогаш кога му се скратени специфични третмани (за

продолжување на животот, биомедицински потпомогнато оплодување, трансплантација на органи и др.), кога се изведувани процедури без нивна согласност и/или без соодветни здравствени информации потребни за одредување најдобра терапија.

Чест облик на дискриминација претставува психолошкото вознемирување и/или физичко и сексуално малтретирање на пациентите со попреченост (навреди, правење шеги, повикување на прекари или навредливи означувања, грубо постапување, недоволна грижа за хигиената на просторот во кој се наоѓа пациентот или самиот пациент, омаловажување...).

Дискриминацијата може да биде директна (на пример, пациент со тешка интелектуална и физичка попреченост со месеци е оставен да лежи во кревет во хоризонтална положба, со единствен поглед на плафонот над себе. Пациентот не е изнесуван во други простории каде што има други луѓе ниту, пак, надвор заедно со другите пациенти).

Дискриминацијата може да биде и индиректна (на пример, пациент со деменција е обвинет за сексуално малтретирање во момент кога својата благодарност ја изразува со допирање на лицето на медицинска сестра, како единствен начин на комуникација што го има во моментот).

Здравствената и/или специфична состојба може да се појави како основа за дискриминација во однос на квалитетот на здравствената заштита што ја добива пациентот или, пак, во однос на начинот на кој се однесуваат кон него здравствените работници.

На пример, анализите покажуваат дека лица со ХИВ сè уште се соочуваат со дискриминација од страна на здравствениот персонал, кој се однесува кон нив со предрасуди или стигма, недостиг од почит, па дури и со страв. Не е мал процентот на оние што кажуваат дека не им е дадена здравствена помош или била несоодветна затоа што здравствените работници одбиваат да ги допрат или користат екстремно внимателни и непотребни мерки во контактот со овие пациенти, а неретко ги осудуваат за нивната состојба и ги игнорираат, односно ги малтретираат, било психички, било физички (грубо постапување).

Пациентите со ретки болести, исто така, имаат тешкотии во добивање соодветна здравствена нега, главно поради незнаење и отсуство на вештини во постапувањето со овие луѓе согласно со нивните болести.

Незнаењето и отсуството на соодветни вештини оневозможуваат соодветна комуникација на здравствениот персонал со пациенти со аутизам, поради што не може да им се даде соодветна здравствена заштита и не се интервенира со соодветна терапија.

Пациентите со хронични болести се соочуваат со стигма или со вина дека самите се виновни за сопствената болест/состојба, особено кога таа може да се спречи или кога е причинета од фактори на животен стил. На пример, за пациентите со видливо поголема тежина вообичаено постојат предрасуди дека се: мрзливи, неинтелигентни, немаат самодисциплина, не се придржуваат до упатства, демотивирани се и, што е несоодветно, се мисли дека се сами виновни за состојбата, поради што се изложени на малтретирање (правење шеги, означување, навредување), („Нема да го додржи креветот за интервенција.“) или давање неадекватни услуги поради дебелината (неможност да се измери крвен притисок поради немање соодветна манжетна, немање вага што мери повеќе од 120 kg за да се определи доза на лекот или стимулатор, неможност да се изведе дијагностичка процедура со одредени сликовни методи).

Асоцијативна дискриминација постои во случај кога одреден пациент самиот нема карактеристика што може да се смета за основа за дискриминација, меѓутоа е дискриминиран врз некоја основа поради тоа што здравствениот работник или здравствените работници мислат дека пациентот има таква карактеристика, некогаш имал или, пак, е дел или поддржува група луѓе со соодветната карактеристика.

Пример: Здравствените работници се однесуваат дискриминирачки спрема пациент со потемн тен поради тоа што мислат дека е Ром независно од тоа дали навистина е Ром или не.

3. Нормативна заштита од дискриминација и промоција на еднаквоста на национално ниво

3.1 Уставни решенија

Според Уставот на Република Македонија,

„Граѓаните на Република Македонија се еднакви во слободите и правата независно од полот, расата, бојата на кожата, националното и социјалното потекло, политичкото и верското уверување; имотната и општествената положба. Граѓаните пред Уставот и законите се еднакви“. (член 9 од Уставот на Република Македонија)

Еднаквоста и недискриминацијата посредно се третираат во повеќе членови во Уставот.

На пример:

„Секој има право на образование. Образованието е достапно за секого под еднакви услови. Основното образование е задолжително и бесплатно“. (член 44 од Уставот на Република Македонија)

„На секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита. Граѓанинот има право и должност да ги чува и да го унапредува сопственото здравје и здравјето на другите“. (член 39 од Уставот на Република Македонија)

Самото идентификување на важењето на одредбите на Уставот со зборот „секој“ ја вметнува еднаквоста, а со тоа и забраната на дискриминација во целиот текст на Уставот, и ја издигнува на ниво на највисоко заштитена вредност, во правниот поредок на државата.

Забраната на дискриминацијата е издигната на такво ниво што дури и ограничувањето на правата што е предвидено во Уставот во одредени ситуации не смее да биде спротивно на забраната на дискриминација.

„Слободите и правата на човекот и граѓанинот можат да бидат ограничени за време на воена или на вонредна состојба според одредбите на Уставот“.

Ограничувањето на слободите и правата не може да биде дискриминаторско врз основа на полот, расата, бојата на кожата, јазикот, верата, националното или социјалното потекло, имотната или општествената положба.

Ограничувањето на слободите и правата не може да се однесува на правото на живот, забраната на мачење, на нечовечко и понижувачко постапување и казнување, на правната одреденост на казнивите дела и казните, како и на слободата на уверувањето, совеста, мислата, јавното изразување на мислата и вероисповедта“. (член 54 од Уставот на Република Македонија)

3.2 Законска одговорност на здравствените работници за дискриминација

Здравствените работници се законски одговорни за актите на дискриминација согласно со Уставот, ратификуваните меѓународни документи и законите на Република Македонија. Забраната на дискриминација дефинирана во Уставот на Република Македонија, меѓународните конвенции и други ратификувани документи се дел од националното законодавство на Република Македонија, Кривичниот законик и Законот за спречување и заштита од дискриминација ја претставуваат најшироката рамка на дејствување на здравствените работници.

Во **Кривичниот законик** на Република Македонија, во членот 11, се дефинира постоење на **кривична одговорност** кога сторителот, кој е пресметлив, го сторил делото со умисла или од небрежност. Оваа кривична одговорност се става во контекст на несвесно лекување од страна на лекарот, така што постои свесна небрежност – самоувереност и несвесна небрежност – немарност, невнимание. Во основата на свесната небрежност спаѓа лекомислено, недоволно претпазливо или премногу самоуверено постапување при лекувањето на пациентите, кога лекарот несоодветно се однесува или не постапува според медицината базирана врз докази (наука и доктрина).

Според членот 142 од Кривичниот законик, тој што во вршењето на службата, како и тој што, наведен од службено лице или врз основа на негова согласност (ова ги подразбира сите здравствени работници), ќе употреби сила, закана или друго недопуштено средство или недопуштен начин со намера да изнуди признание или некоја друга изјава од обвинетиот, сведокот, вештакот или друго лице, или ќе предизвика кај друго лице тешко телесно или душевно страдање за да го казни за кривично дело што го сторило или за тоа што е осомничен тој или друго лице, или за да го заплаши или да го присили на откажување од некое негово право, или ќе предизвика такво страдање поради каков било облик на дискриминација, ќе се казни со затвор од три до осум години.

Здравствените работници потпаѓаат и под посебната одговорност за **откривање тајна** согласно со членот 150 од Кривичниот законик.

За здравствените работници постои кривична одговорност дури и тогаш кога предизвикале последици со своето **недејствување**. Според членот 208 од Кривичниот законик, лекар или друг здравствен работник што, спротивно на својата должност, нема да му укаже неопходна медицинска помош на лице што се наоѓа во опасност за животот ќе се казни со парична казна или со затвор до една година. Доколку поради ова настапи смрт на лицето на кое не му е укажана медицинска помош, сторителот ќе се казни со затвор од шест месеци до пет години.

На здравствените работници се однесува и **општата забрана за дискриминација** дадена во членот 417 од Кривичниот законик, според која: тој што врз основа на разлика на расата, бојата на кожата, националноста или етничкото потекло ги повредува основните човекови права и слободи признати од страна на меѓународната заедница, ќе се казни со затвор од шест месеци до пет години.

Законот за спречување и заштита од дискриминација ја претставува основната и најсеопфатна легална рамка за заштита од дискриминација во Република Македонија.

Според овој закон, некој може да биде дискриминиран врз основа на: Полот, расата, бојата на кожата, родот, припадноста на маргинализирана група, етничката припадност, јазикот, државјанството, социјалното потекло, религијата или верското уверување, други видови уверувања, образованието, политичката припадност, личниот или општествениот статус, ментална и телесна попреченост, возраста, семејната или брачната состојба, имотниот статус, здравствената состојба или која било друга основа што е предвидена со закон или со ратификуван меѓународен договор. Листата на можни основи на дискриминација не е затворена, што дава можност да биде санкционирана и дискриминација врз основа што не е децидно спомената во законот.

Забраната на дискриминација се однесува и на **правните и на физичките лица**, и покрива широка листа области (работните односи, образованието, науката и спортот, социјалната сигурност, пензиското и инвалидското, здравствената заштита, правосудството и управата, домувањето, информирањето и медиумите, пристапот до добра и услуги, членување во синдикати, политички партии, здруженија, култура, други области определени со закон).

Специфика на Законот за спречување и заштита од дискриминација е институтот „**префрлување на товарот на докажување**“. За разлика од другите административни или судски процедури кога обвинителот треба да ја докаже вината на обвинетиот, во процедурите поврзани со дискриминација е обратно. **Во овие постапки обвинетиот треба да докаже дека тоа што го направил не е дискриминација.**

На пример, доколку е здравствениот работник тужен дека не сакал да му даде соодветна терапија на пациентот поради тоа што пациентот има 90 години, здравствениот работник ќе мора да докаже дека не ја дал терапијата од други (медицински оправдани) причини, а не поради возраста на пациентот.

Според **Законот за заштита на правата на пациентите**, заштитата на правата на пациентите се темели врз начелатата на хуманост и достапност.

1) **Начелото на хуманост** се заснова на:

- а) почитување на личноста на човекот, како хумано суштество;
- б) почитување на личната самоопределба;
- в) физичкиот и психичкиот интегритет на личноста, како и сигурноста на човекот;
- г) почитување на приватноста на личноста;
- д) хумани (човечки) релации меѓу пациентот, здравствениот работник и здравствениот соработник, засновани врз етички и деонтолошки принципи;
- ѓ) право на искажување болка и на ослободување од непотребна болка, во согласност со тековното знаење во медицината; и
- е) хумана здравствена заштита на терминално болни.

2) **Начелото на достапност** подразбира здравствени услуги што се постојано достапни и пристапни за сите пациенти еднакво и без дискриминација.

Според овој закон, **се забранува дискриминација на пациентот** од страна на здравствен работник, а се предвидени услови за судска заштита на правата на пациентите кога е во прашање дискриминацијата заснована врз полот, расата, бојата на кожата, јазикот, верата, политичкото или кое и да е друго мислење, националното или социјалното потекло, припадноста на национално малцинство, материјалната положба, потеклото по раѓање, сексуалната ориентација или кој и да е друг статус.

Во Кодексот на медицинската деонтологија на Лекарската комора на Република Македонија, во однос на професионалната одговорност за недискриминација, стои дека, стапувајќи во лекарската професија, лекарите на Македонија свечено се обврзуваат дека: „...со сите сили ќе ги чуваат честа и благородните традиции на лекарската професија и при вршењето на своите лекарски должности нема да дозволат никакви разлики поради возраста, полот, националноста, расата, политичката припадност, сексуалната наклонетост, хендикепираност и општествено-економската положба...“

Во членот 19 стои: „Лекарот е обврзан да ја извршува својата професија совесно, прецизно и одговорно, без оглед на возраста, полот, националноста, расата, политичката припадност, сексуалната наклонетост, хендикепираност, социјално-економската положба и неговиот личен однос кон болниот и неговото семејство...“

3.3 Кога може здравствениот работник да одбие да го лекува пациентот или да обезбеди специфична нега, а да не се смета за дискриминација?

Според Кодексот на медицинската деонтологија во Република Македонија, лекарот е: „...должен, во согласност со својата стручна способност, да дава итна медицинска помош и да се грижи за натамошната нега на загрозениот човек...”

Меѓутоа, постојат ситуации во кои лекарот може да одбие да го лекува пациентот, а да не се смета за дискриминација:

Лекарот нема право да почне постапки за кои нема соодветно знаење и искуство. Исклучок се само неопходни (итни) интервенции при повреди и болести што непосредно ги загрозуваат здравјето и животот на болниот.

Кога на лекарот му недостасуваат извори потребни за безбедна, компетентна и достоинствена грижа за индивидуата.

Кога пациентот е агресивен и му се заканува на лекарот, здравствениот персонал и другите пациенти, доколку не се работи за итен случај, кога лекарот законски мора да даде помош.

Во сите случаи, лекарот е должен да го упати пациентот кај друг лекар или институција со цел да му се обезбеди соодветен третман.

ДОПОЛНИТЕЛНА ЛИТЕРАТУРА:

- Бошковски Карпош. Медицинска етика и деонтологија. Европа 92: Кочани, 2007.
- Braveman P, Gruskin S. Theory and methods, Defining equity in health. J Epidemiol Community Health 2003;57:254258 doi:10.1136/jech.57.4.254
- Chang W-C. The meaning and goals of equity in health. J Epidemiol Community Health 2002;56:490
- http://slideplayer.com/slide/4195021/#.v8_ip_Asmq0.gmail. Understand the concepts of equality, diversity and rights in relation to health and social care. It is really important in this learning outcome that you. Published by Shane Tisdale, SlidePlayer, 518, Available to: 8.09.2016:1-18 slide.
- Astarastoe V, Gavriloviči C, Vicol M, Gergely D, Sandulon Ethics and non-discrimination of vulnerable groups in the health system. Editura Gr Popa U.M.F.Iasi. 2011: 83-93
- United Nations, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR): The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). General Comment No. 14: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf>, Adopted at the Twenty-second Session, on 11 August 2000 (Contained in Document E/C.12/2000/4)

ПОГЛАВЈЕ IV

ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ НА ПРИПАДНИЦИТЕ НА РАНЛИВИТЕ ГРУПИ

1. Правото на здравје

Во секое општество има одредени групи што поради историски или поради други причини се наоѓаат во полоша положба и поради тоа бараат посебна заштита, за да можат еднакво и ефективно да ги уживаат, да ги практикуваат и да ги заштити-ваат своите базични права и слободи.

Вообичаено, припадниците на овие групи луѓе или се наоѓаат многу далеку од центрите на моќта или немаат можност да остварат ефикасно влијание во процесите на управување или се изложени на многу поголеми и почести повреди на своите права, односно во поголема мера и на потешок начин ги чувствуваат овие повреди.

Во овие групи најчесто се вбројуваат: жените, децата, постари луѓе, лица што, поради различни конфликти, политики на влади или економски проблеми, се раселени од своите места на живеење, етнички, религиозни или јазични малцинства, сексуални малцинства, различни економски групи (невработени, бездомници), лица што се заболени од специфични болести (како рак, СИДА) или корисници на дрога, жртви на насилство, лица со хендикеп (инвалидитет), лица во затворени институции (затвори или психијатриски болници), посебни занимања или статус во општеството (сексуални работнички).



Многу често овие групи се предмет на негативни предрасуди и директна или индиректна дискриминација. Исто така, тие се изложени на посебни облици или на зачестено насилство од различен тип (кое останува неоткриено или неказнето).

Најтежок облик на ранливост е кумулацијата на елементи во едно лице, што ги мултиплицира негативните последици.

На пример:

- да се биде жена-припадник на одредена малцинска етничка заедница, или дете-бездомник, или лице со хендикеп во рурално подрачје и сл.

Ранливите групи можат да бидат изложени на дискриминација било во генералното остварување на правото на здравје (што, во најширока смисла, подразбира соодветна и доволна храна, чиста вода за пиење, соодветни услови за домување, информации, превентивна медицинска заштита), било во однос на достапноста на соодветна и квалитетна здравствена заштита, било во третманот што го добиваат во здравствените установи, било во индивидуалното постапување на здравствените работници.

Самата ранливост на овие групи отвора простор за полесна повреда на нивното право на здравје. Многу често тие не знаат какви права имаат, не знаат кога им се прекршени правата и немаат можност да ги заштитат своите и правата на своите блиски.

Неретко повредата на припадниците на одредени ранливи групи е сосема ненамерна и произлегува од отсуството на соодветни знаења кај здравствените работници, отсуство на потребни приспособувања на институционално ниво или на ниво на процедури и протоколи што не водат сметка за различноста.

Правата за здравствена заштита на ранливото население во Република Македонија се регулирани од Законот за здравствена заштита во делот *Здравствена дејност на примарно ниво* (член 30), кој, покрај другите обврски, опфаќа и:

- а) спроведување посебни програми за хронично болни и стари лица;
- б) здравствена дејност за областа на сексуалното и репродуктивното здравје;
- в) здравствена дејност за потребите на децата и училишната младина;
- г) спроведување превентивни програми и мерки кај децата, младината, жените, вработените и старите лица и други посебно загрозувани групи, односно групи што се посебно изложени на определени здравствени ризици.

2. Елементи на ранливост во остварувањето на правото на здравје

Припадноста на ранлива група може да се појави како основа за дискриминација кога станува збор за поединци што ги обединува специфична положба во општеството, што се објект на предрасуди, што имаат посебни карактеристики што ги прават погодни за одредени видови насилство, имаат помала можност за остварување и заштита на сопствените права или се изложени на зголемена можност за натамошна виктимизација.

Анализите покажуваат дека дискриминацијата заснована врз припадноста на одредена ранлива група се манифестира како индивидуална (одбивање да им се помогне на пациентите, давање помалку квалитетни услуги или под полоши услови од што вообичаено се нудат, сегрегација во здравствените установи и тешкотии да се добие итна медицинска помош) и институционална (отсутнуваат целни информации и комуникација, превентивните мерки се на ниско ниво, а што е уште поважно, отсутнуваат здравствени установи и/или здравствен персонал во нивна близина).

Остварувањето на правото на здравје, добивањето соодветна здравствена заштита и можноста за заштита на правата кога се прекршени од страна на здравствените работници се потешки за припадниците на ранливите групи.

Правата на некои луѓе полесно ќе бидат прекршени отколку на некои други, или почесто или во поголеми размери.

Остварувањето на правото на здравје на припадниците на ранливите групи е поврзано со посебни пречки и ограничувања.

На пример:

- жена на возраст од 80 години што живее во сиромашно планинско село има помали можности за соодветна исхрана, за здравствена заштита, соодветни здравствени интервенции и здравствена нега од другите граѓани во државата;
- многу е поверојатно на барател на азил да не му биде дадена соодветна здравствена заштита и потребна терапија отколку на државјаните на една држава.

Некои луѓе немаат шанси да допрат до центрите на моќта.

Припадниците на ранливите групи вообичаено немаат учество во процесите на одлучување, не се дел од владејачките структури и немаат влијание врз работите што се однесуваат на нивното остварување на правото на здравје.

На пример:

- промените на законските одредби со кои се регулира абортусот ги гласа законодавно тело во кое мнозинството се мажи;
- корисниците на психотропни супстанции немаат влијание врз намалувањето на средствата предвидени за остварување на Програмата за здравствена заштита на лица со болести на зависност.

Некои луѓе ќе добијат помала заштита отколку некои други.

Припадниците на ранливите групи многу често немаат средства, знаење и поддршка за заштита на своите права пред судовите кога им се повредени од страна на здравствените работници или здравствените установи.

На пример:

- бездомник на кого е извршен биомедицински експеримент потешко ќе оствари судска заштита поради прекршување на своите права отколку друг граѓанин;
- човек на отслужување казна затвор кому не му е дадена соодветна здравствена заштита има многу помали шанси да го докаже тоа отколку друг граѓанин.

3. Посебна заштита на одредени ранливи групи во остварувањето на правото на здравје

Категоријата деца и адолесценти, врз основа на Конвенцијата за правата на детето, е посебен предмет на заштита преку многу прописи, усогласени во доменот на здравствената заштита.

Во неколку европски директиви **популацијата Роми** се разгледува како посебна ранлива група од населението, при што се донесени препораки до сите земји-членки на ЕУ да ги почитуваат. Државите се обврзуваат на Ромите и на другите граѓани да им обезбедат соодветен пристап до образованието, здравствена и социјална заштита, вработување и домување.

Во остварувањето на правото на здравје како човеково право, **жената** е ставена во специфична ранлива положба (особено во клиничката практика во гинекологијата и акушерството). Етичките дилеми поврзани со остварувањето на правото на абортус, на пример, сè уште се ставаат во контекст на традицијата и религијата, наместо во контекст на концептот за човековите права и слободи, што може директно да влијае како на здравјето на жената така и на еднаквоста со мажот во остварувањето на голем број основни права и слободи.

Луѓето со **ментална и/или психичка попреченост** претставуваат посебна ранлива група. Етичките принципи и дилеми поврзани со менталните нарушувања добиваат значење во психијатриската медицинска практика, поради сложеноста и специфичноста на нивниот третман. Кога станува збор за психијатриски пациенти (особено луѓето што се наоѓаат во затворените институции), заштитата на нивните права и обезбедувањето највисока можна здравствена нега стануваат посебен предизвик на современата заедница. Изолираноста на овие пациенти, неможноста тие сами да ги перципираат и да ги заштитат сопствените права и неверојатно големата можност несоодветниот медицински третман да помине неказнет ја прават оваа група пациенти една од најранливите.

Основните етички принципи во психијатриското лекување на менталните болести се регулирани во декларациите на Светската психијатриска асоцијација (Хавајската декларација од 1977 година, потврдена во Виена, 1983 година, и Декларацијата од Мадрид, 1996 година).

ДОПОЛНИТЕЛНА ЛИТЕРАТУРА:

- Astarastoe V, Gavriloviči C, Vicol M, Gergely D, Sandulon Ethics and non-discrimination of vulnerable groups in the health system. Editura Gr Popa U.M.F.Iasi. 2011: 83-93
- International Migration, Health and Human Rights, International Organization for Migration, 2006
- Strengthening the medico-legal response to sexual violence, World health organization, 2016

ПОГЛАВЈЕ V

ЕТИЧКИ АСПЕКТИ НА МЕДИЦИНСКИТЕ ИСТРАЖУВАЊА ВРЗ ЛУЃЕ

1. Медицински истражувања врз луѓе

Јавното здравје е суштински зависно од можноста за истражување на сите состојби што имаат влијание врз здравјето на луѓето. Опсегот на овие истражувања, начинот на кој се изведуваат и ограничувањата на кои подлежат претставуваат прашање на јавното здравје и на остварувањето на индивидуалното право на здравје. Основна цел на медицинските истражувања што инволвираат човечки субјекти е да се разберат причините, развојот и ефектите на болестите и да се подобрат превентивата, дијагностиката и терапиите (методите, процедурите и третманите). Дури и најдобрите докажани интервенции мораат постојано да бидат проверувани низ истражувања, кои треба да ги потврдат нивната безбедност, ефикасност, достапност и квалитет.

Потребата од истражување (што многу често подразбира и тестови во кои се вклучени и луѓе), како суштински елемент во развојот на јавното здравје, мора да биде ставена во контекстот на концептот на човековите права (кој по својата суштина е ориентиран кон индивидуата и нејзината заштита) и треба да се димензионира во рамките на ограничувањата што ги поставува овој концепт.

1.1 Етички и законски аспекти на медицинските истражувања врз луѓе



Етичките принципи за медицинските истражувања што вклучуваат човечки субјекти, како и истражувања на идентификувани човечки материјали и податоци, се содржани во Хелсиншката декларација, усвоена на 18-то Генерално собрание на Светската медицинска асоцијација, во 1964 година.

Според оваа декларација: „Во истражувањето врз човекот интересот на науката и општеството никогаш не треба да има предност во однос на согледувањата поврзани со благосостојбата на луѓето“, и „Во секоја медицинска студија, секој пациент – вклучувајќи ги и оние од контролната група, доколку ги има – треба да се осигурат со најдобрите докажани дијагностички и терапевтски методи“.

Секое истражување во протоколот треба да содржи доказ за вклучените етички аспекти и приказ на етичките принципи, согласно со оваа декларација.

Медицинската етика, како наука, најчесто се темели на две етички теории:

Утилитарна

- најдобро можно решение
- решение што ќе важи за што поголем број на луѓе

Автономна

- одговорност на лекарот
- одговорност на пациентот за сопственото здравје (освен кај лицата со ментални заболувања и децата)

Етичките и моралните прашања се поврзани со самиот живот, низ сите етапи на развојот на човекот. Бидејќи медицинската етика не успеала да најде конечен одговор, особено во областа на здравјето, болеста и смртта, се појавува нова интердисциплинарна наука, т.н. **биоетика**. Биоетиката ги опфаќа сите прашања од областа на класичната етика, но го истражува и човековиот живот на сите нивоа и ги разјаснува сите прашања во областа на етиката и моралот, ја објаснува човековата активност во областа на природните науки и прави етичка процена на прашањата поврзани со здравјето, болеста и смртта.

Во базичните биомедицински истражувања, примената на етиката има и пошироки цели, какви што се развојот и промоцијата на научната практика и користење на етичките правила, кои треба да бидат во согласност со јавното мислење.

Научното истражување врз луѓето (Спировски М., 2012) се состои од следниве етички принципи:

- а) учеството во истражувањето **го надминува конфликтот на интереси** меѓу науката и општеството, доколку го има;
- б) истражувањата мора да создаваат научни сознанија, кои се **основа за подобрување на човековото здравје**;
- в) да **постои рамнотежа** меѓу ризиците и користа за пациентите;
- г) да се обезбеди **доброволна согласност** од учесниците во истражувањето или, ако не е можно тоа, да се преземат специјални заштитни мерки;
- д) предлог-проектот мора да го прегледа и **да го одобри** научен етички комитет;
- ѓ) при соработка со други земји, учесниците мораат да ги земат предвид **условите во земјата** каде што се изведува научното истражување.

Во поимот *медицинска деонтологија* некои автори прават спој меѓу медицинската етика и медицинското право. Тоа значи дека здравствените работници, покрај почитувањето на етичките начела во медицината, се должни да ги применуваат сите позитивни законски прописи при вршењето на здравствените услуги, вклучувајќи ги стручната и научноистражувачката работа.

Во Република Македонија, заштитата и правата на пациентите што учествуваат во кое било медицинско истражување се регулирани од **Законот за заштита на правата на пациентите** на Република Македонија. Според членот 19, научно истражување (кое претходно е одобрено од страна на Етичкиот комитет при Лекарската, Фармацевтската или Стоматолошката комора во областа на здравството) над пациентот може да се изврши само доколку се исполнети однапред предвидени услови.



Етичкиот комитет, кој ги регулира прашањата поврзани со научноистражувачката работа со задача да ги решава етичките дилеми, применувајќи ги меѓународните стандарди значајни за спроведување биомедицински истражувања врз луѓе и животни, се наоѓа во рамките на Медицинскиот факултет во Скопје. Етичкиот комитет за експерименти врз животни и луѓе на Медицинскиот факултет во Скопје во своето работење ги применува директивите и прописите на ЕУ и на други меѓународни организации. Биомедицинските истражувања треба да бидат поддржани со активно следење и регулирање на етичките правила, според новите биомедицински технологии.

Во Законот за заштита на правата на пациентите (член 5, 6, 17, 18 и 20) се регулирани: правото на прифаќање и одбивање на определена медицинска интервенција, заштита на пациент што не е способен да даде изјава, заштита на правата на пациент над кого се врши научно истражување итн. За вршење научно истражување над пациент, неопходно е да се даде свесна, јасна и доброволна согласност од пациентот/родителот/старателот и по потреба и одобрение од надлежниот центар за социјални работи. Пациентот или неговиот родител, законскиот застапник или старател, во интерес на пациентот, во секое време може да ја повлече согласноста, на истиот начин на кој била дадена.

Важно е да се разграничи дека прашањето на информирана согласност на учесниците во медицинските експерименти се разликува од начинот на нивната информирана согласност во клиничката практика. Тие се однесуваат на основната медицинска грижа.

Со Законот за заштита на правата на пациентите се дефинирани и одредбите за вклучување на пациентот во медицинска настава, за што е неопходно да се даде свесна, јасна и доброволна писмена или усна согласност од пациентот, пред двајца сведоци.

Секој здравствен работник што ќе се определи да се вклучи во некое биомедицинско истражување мора да ги познава етичките начела и да ги примени сите правила и законски прописи за време на истражувањето врз човечки субјекти, со крајна цел – поголема корист од тоа истражување за човештвото, но без последици за здравјето и животот на пациентите.

Здравствените работници што треба да се вклучат во одредено медицинско истражување треба да имаат компетенции и одговорност постојано да ги усогласуваат своите лични ставови и професионалното однесување со други вредности.

1.2 Практична примена на етичките принципи во биомедицинските истражувања

Непочитувањето на етичките принципи во биомедицинските истражувања доведува до големи повреди на индивидуите.

Тргувајќи од **негативните искуства од Втората светска војна**, кога биле направени многубројни експерименти врз луѓе и околу 26 вида експерименти врз затвореници во концентрационите логори: а) изложување на екстремни температури и притисоци; б) ингестија на солена вода; в) коскени трансплантации без медицинска индикација; г) вбригување бактерии заради тестирање на ефикасноста на нови антибактериски лекови; д) повреди предизвикани од огнено оружје кај жени, заради тестирање разни третмани за лекување рани и инфекции; ф) вбригување метиленско сино во очите на деца со руса коса и кафени очи, со цел трајна промена на бојата на очите, што резултирало со слепило и смрт; е) многубројни експерименти извршени врз близнаци итн. – **воспоставен е цел систем од правила, принципи и постапки** во сите научни дисциплини, кои треба да бидат вклучени во целиот истражувачки процес, а особено во биомедицинските истражувања.



Практичната примена на етичките принципи во биомедицинските истражувања претставува сложен процес на процени, балансирање и почитување на однапред предвидени процедури.

На пример:

Фармацевтската индустрија секоја година воведува нови лекови во медицинската практика, кои мора да поминат низ серија тестови.

Во првата фаза на истражувањето, се оценува ефектот на лекот, во зависност од дозата, врз голем број здрави доброволци.

Во втората фаза на клиничкото испитување, лекот се тестира на пациенти со одредени заболувања, со цел докажување на ефикасноста на новиот лек.

Третата фаза се спроведува во услови многу блиску до оние испитаници врз кои треба да се применува лекот. Целта е да се сумираат бројот и зачестеноста на несаканите ефекти на лекот.

Четвртата фаза се спроведува само откако лекот добива дозвола за јавна употреба, во аптеките. Но, и понатаму продолжува следењето на несаканите реакции на лекот. За време на клиничкото испитување, се собираат информации за безбедноста и ефикасноста на лекот.

На секое ниво од спроведувањето на однапред предвидената процедура за започнување и изведување на испитувањето, се води сметка за етичките принципи што ја сочинуваат граничната линија на секоја од преземените активности. Во таа смисла, **здравствените работници може да учествуваат во медицински истражувања со лекови само доколку истражувањето ги оправдува профилактиската, дијагностичката или терапевтската вредност.**

Утврдувањето на **критериумите за вклучување и исклучување на пациентите** во клиничкото испитување е значајна етапа во процесот на биомедицинските истражувања. Кога ќе се одредат критериумите за вклучување и исклучување во клиничка студија, треба да се одредат и други барања, кои се однесуваат на: возраста, полот, етничката припадност, дијагнозата и сериозноста на заболувањето, како и вршење процена на условите за спроведување на истражувањето.

Потоа, се прави **план** (протокол) на истражувањето и процена на ризиците и корисните ефекти.

Пред почетокот на клиничките испитувања, во научноистражувачкиот процес, се објаснуваат фазите на самото истражување и се дава **формулар за согласност**, кој треба да го пополни секој учесник, иако поголем дел од учесниците во клиничките испитувања не ја разбираат суштината на тој процес. За жал, во дел од медицинската практика во некои земји, за некои третмани, сè уште не се применува т.н. „медицина базирана на докази“ (доказот или се прескокнува, се смета за неприменлив за реално постојните болести, или воопшто не постои).

Набљудувањето на испитаниците треба да се проследи сè до крајот на истражувањето. Бидејќи не постои општоприфатена дефиниција за зголемен ризик при изведувањето на биомедицинските истражувања, Етичкиот комитет има дискрециско право, да донесе дефинитивна одлука за очекуваниот ризик од спроведените биомедицински истражувања.

2. Медицински истражувања врз ранливо население

2.1 Специфики на примената на медицински истражувања врз ранливо население

Ранливите групи од населението многу почесто се изложени на можни злоупотреби на овој вид истражувања. Тие можат полесно да бидат присилени да станат субјекти во одредени истражувања, да бидат манипулирани, измамани или, пак, да го видат тоа како единствен излез од одредена економска ситуација. Доколку не се изградени заштитни механизми и процедури што се наменети за заштита на учесниците што припаѓаат на ранливи групи, во биомедицинското истражување може да бидат повредени или злоупотребени (намерно или ненамерно).

Во 1997 година е донесена Конвенција за човековите права и биомедицината. Во делот за ранливите групи е додадена одредба што вклучува зголемени права за здравствена заштита на лицата со попречености, а во посебна одредба е зацртана поголема заштита за нив, кога се спроведуваат клинички и други медицински истражувања (членовите 6 и 7 од Конвенцијата).

Во светски размери постојат многу примери за злоупотреба на ранливите групи во биомедицинските истражувања.

А) Во еден затвор во државата X, во 50-тите години, под раководство на лекар-дерматолог, биле направени експерименти врз затворениците. Лекарот експериментално користел X-зраци кај затвореници, деца и лица со попреченост, за лекување габични инфекции на ноктите. Тој тестираше различни лосиони и кремове за кожа во период од 30 дена, по користење соларна светилка, со која биле предизвикувани плускавци, изгореници и лузни на кожата на испитаниците. Подоцна, во истиот затвор биле спроведувани експерименти врз луѓе и за други дијагнози. Затворениците биле изложувани на УВ-зраци и фототоксични лекови, поради тестирање различни лекови од страна на многу фармацевтски компании. Најчесто, експериментите биле спроведувани врз затвореници-црнци.

Од етички аспект, овие експерименти биле критикувани, бидејќи затворениците не можеле слободно и доброволно да дадат согласност за учество во нив. Учесството на затворениците во овие експерименти им давало можност да заработат пари, кои им биле потребни за задоволување на нивните потреби. Оваа состојба траела со години. Расветлувањето на овие случувања настанало за време на испитувањата, кои биле преземени заради докажување сексуална злоупотреба во затворскиот систем во таа држава.

Б) Во еден англиски весник, еден лекар објавил голем број информации по истражувањата со тестирање лекови, врз населението во државата Y. Тој докажал дека за време на тие тестирања, спроведени врз неписмени и сиромашни испитаници, биле прекршени голем број национални и интернационални закони. Сиромашните луѓе го прифатиле тестирањето, бидејќи лековите што им биле потребни не можеле да ги обезбедат на друг начин. Во почетокот на 2011 година, здравствените власти поднеле извештај дека 10 странски фармацевтски куќи на семејствата на луѓето, кои умреле во текот на 2010 година, во текот или по испитувањето со лекови, им исплатиле соодветен материјален надомест, по човек. Надоместот бил исплатен, според договорот со Етичкиот комитет и службата за контрола на лекови во државата. Масовни тестирања се спроведувале и врз населението во други земји во светот, во кои биле вклучени околу 150.000 луѓе од кои во периодот 2007-2010 година починале голем број.

В) Во 2002 година, фармацевтските авторитети во државата Z промовирале лек против СИДА, чија примена се планирала во државата Y. Една новинска агенција објавила дека јавно-здравствените авторитети знаеле и биле предупредени дека лекот предизвикува придружни последици (тешко оштетување на црниот дроб и тежок исип по кожата), вклучувајќи и смрт. Но, и покрај тоа, планот се спроведувал во државата Y, со голема пропаганда. Тестирањето на лекот во истата држава се прекинало во период од 15 месеци, поради појава на тешки реакции и последици кај испитаниците. Но, носителите на ова истражување продолжиле со примена на лекот, истакнувајќи дека тој најмногу дејствува да се спречи пренесувањето на ХИВ-инфекцијата од мајката на плодот и дека лекот и во државата Z се препорачува за краткотрајна употреба, на бремените жени во доцната бременост.

Во овој пример има контрадикторни ставови за употребата на лекот. Според некои коментари, лекот остава трајни и животни загрозувачки ефекти врз здравјето и животот на бремените жени, а според други, постои успех во намалувањето на пренесувањето на ХИВ-инфекцијата од мајката на плодот, што е доказ за примената на лекот и во државата Z.

Од етички аспект постои дилема, ако има макар само еден изгубен човечки живот, како резултат на употребата на лекот, дали треба тој и понатаму да се применува или да се продолжи да се испитува неговото дејство врз човечки субјекти. Од друга страна, дали се статистичките податоци веродостојни за предизвиканите штети врз пациентите, наспроти корисните ефекти, и која популациска група (црнци, белци или двете) е опфатена со тестирање на лекот во државата Z итн.?

Бидејќи ранливите групи од населението се оние категории кај кои постои апсолутна или релативна невозможност да ги заштитат своите интереси, одлуката дали треба тие групи да бидат вклучени или исклучени од биомедицинското истражување најчесто ја **донесува Етичкиот комитет**.

Вклучувањето на ранливите групи треба да биде **максимално оправдано** (како општествено така и, уште повеќе, субјективно). Исто така, треба да се направи **процена на минималниот или на повисокиот ризик**, да се осигури дека кај тие групи ќе дојде до подобрување на дијагностиката, ќе се спречат или ќе се лекуваат некои болести или ќе се решат други здравствени проблеми.

2.2 Примената на етичките принципи добива специфична димензија за одредени категории луѓе

Вклучувањето на ранливите групи, особено на жените и децата, во некое биомедицинско истражување бара почитување многу правила, регулирани од соодветни законски решенија и декларации.

Овие истражувања треба да се спроведуваат само доколку има потврда дека имаат минимален ризик, а поголема корист за здравјето и резултатите од позитивниот исходот од болеста кај учесниците во биомедицинските истражувања. При одобрувањето на истражувањето, најголемо учество треба да има Етичкиот комитет.

Жени

Кога се работи за **вклучување на жените во биомедицинските истражувања**, особено во репродуктивниот период, Советот на Меѓународната организација за медицински науки се изјаснил дека не ги смета по автоматизам жените за ранливи субјекти, односно споменува групи ранлива популација и жени. Тој јасно укажува дека истражувачите или етичките комитети не треба да ги исклучат од биомедицинското истражување жените во репродуктивна возраст, ниту оние што ќе забременат за време на соодветното истражување.

Сепак, треба да се согледа дека истражувањето на оваа популациска група е важно само ако носи директна корист и минимален ризик за здравјето на бремената жена или фетусот.

Во вакви истражувања би било корисно да се направени претходни истражувања врз животни поткрепени со докази за тератогени и мутагени ризици, а потоа да бидат спроведени постапки во истражувањето, кои ќе се применат врз човечки субјекти, односно кај бремените и жените во репродуктивен период.

За да се спроведе истражувањето докрај, особено ако се работи за учество на бремена жена, неопходно е да се добие информирана согласност од неа. Тоа е потврда дека е информирана за потенцијалните придобивки или за ризиците за неа и за фетусот, при што се почитува нејзиното право на самоопределување.

При добивањето на информираната согласност, треба да се земат предвид условите во кои живее жената (традиционална средина, можност за реакција на потесната и пошироката заедница, можната стигматизација и сл.), меѓутоа тоа во никој случај не смее да влијае на третманот на жената како рамноправна индивидуа, која сама решава за сопственото тело и здравје.

Деца

Вклучувањето на децата во биомедицинските истражувања е условено од силно оправдување, најчесто со цел да се испитаат некои типични детски болести или безбедноста и ефикасноста на вакцините.

Секое вклучување на децата во ваков вид истражувања мора да биде во рамките на Конвенцијата за правата на детето и, особено, на членот 3 од оваа конвенција, според кој:

„Во сите активности што се однесуваат на децата, од примарно значење се интересите на детето, без оглед на тоа дали ги спроведуваат јавните или приватните институции за социјална заштита, судовите, административните органи или законодавните тела“.

Според Конвенцијата за правата на децата (член 12):

„На детето што е способно да формира свое мислење државите-членки му обезбедуваат право на сопствено мислење, право на слободно изразување на тоа мислење за сите прашања што се однесуваат на детето, со тоа што на неговото мислење му се посветува должно внимание во согласност со годините на животот и зрелоста на детето.

За таа цел, на детето посебно му се дава можност да биде сослушано во сите судски и административни постапки што се однесуваат на него, било непосредно, или преку застапникот, или преку соодветен орган на начин што е во согласност со процедуралните правила на националниот закон“.

Правото на детето да го искаже сопственото мислење и на тоа мислење да му се посвети должно внимание е од исклучително значење во добивањето информирана согласност за истражувањата што вклучуваат деца. Од правен аспект, посебно треба да се води сметка за возраста на детето, кое, и покрај тоа што потпаѓа под заедничката определба дете сè до навршени 18 години, во правниот систем е третирано на различен начин и има различно ниво на одговорност согласно со возраста.

Најдобро би било ако се донесат одлуките за учество на децата во разни медицински интервенции со заеднички договор меѓу родителите, здравствените професионалци и детето, ако е тоа доволно зрело да ги разбере основните информации. Ваквиот пристап би довел до позитивни ефекти во промовирањето на соработката и градењето доверба во медицинскиот тим, мотивација, врз чија основа детето донесува одредена одлука, како и создавање чувство на контрола над својот живот (особено ако се работи за присутна хронична или неизлечлива болест). Родителите или старателите, кои претходно дале согласност за учество на своето дете во истражувањето, имаат право да го набљудуваат и, доколку проценат дека тоа не е во негов интерес, да донесат одлука за негово исклучување од истражувањето. Исто така, ако имаат потреба, децата имаат право на психолошка поддршка, или/и поддршка од други стручни лица (матичен педијатар, лекар итн.).

Ако некои деца не сакаат да се вклучат во одредени студии, треба да се почитува нивната одлука, дури и родителите претходно да дале согласност. Во одредени ситуации, се бара мислење и од Етичкиот комитет. Ако детето достигне законска зрелост за време на студијата, одлуката за вклучување и исклучување во истражувањето ја донесува детето, и таа мора строго да се почитува.

Во минатото голем број деца биле изложувани на испитувања на новите медицински третмани, без да имаат сознанија за корисните ефекти или за ризиците за здравјето. Денес е прифатено правилото дека секој нов медицински третман што треба да се употреби кај деца, пред да биде дистрибуиран на поголема популација, без разлика на тоа дали е со терапевтска, профилактиска или дијагностичка цел, претходно треба да се провери во однос на неговата ефикасност.

Од друга страна, прекумерната заштита од страна на родителите може да спречи учество на децата во истражувања, кои можат да им помогнат на некои деца за разјаснувањето на патологијата или за лекувањето на болеста. Во тие случаи, бидејќи за децата информирана согласност дава родителот или старателот, децата не се одговорни за пропуштање на тие шанси за лекување, при што може да се очекува прогресирање на болеста. Во такви случаи, за да се разјасни етичката дилема, односно вклучувањето на ранливата популација во биомедицинското истражување, особено на децата (наспроти исклучувањето), Етичкиот комитет треба да состави и да употреби водич, да направи соодветна етичка анализа, почитувајќи ги сите постојни закони и декларации, вклучувајќи ја и информираната согласност, како натамошна етичка заштита. За деца што се институционализирани, деца без родители и со родители на кои им се одземени родителските права, Етичкиот комитет може да побара мислење од независен експерт, специјализиран за детска заштита, заради прифаќање и спроведување на студијата.

ДОПОЛНИТЕЛНА ЛИТЕРАТУРА:

- 41st World Medical Assembly: Declaration of Helsinki IV, Hong Kong, September 1989. In: Annas GJ, Grodin MA, eds. The Nazi doctors and the Nuremberg Code: human rights in human experimentation. New York: Oxford University Press, 1992:339-42
- Astarastoe V, Gavriloviči C, Vicol M, Gergely D, Sandulon. Ethics and non-discrimination of vulnerable groups in the health system. Editura Gr Popa U.M.F.Iasi, 2011:3-26
- Angell M. The ethics of clinical research in the third world. NEJM 1997; 337: 847-849
- Спировски М. Етика во базичните биомедицински истражувања. Available at: www.iibhg.ukim.edu.mk/.../Etika PhD 2012-Spiroski01.pdf,

ПОГЛАВЈЕ VI

КУЛТУРОЛОШКИ КОМПЕТЕНЦИИ

1. Основите на културолошките компетенции

Културолошките компетенции на здравствените работници добиваат сè поголемо значење во услови на зголемен диверзитет на пациентите, кој произлегува како од традиционално мултикултурниот состав на самата држава така и од мобилноста на луѓето.

Во својата работа, здравствените работници треба да ги препознаваат различните култури и да ги препознаваат влијанијата што може да ги има културата како во здравствената состојба на луѓето така и во начинот на однесување што треба да го имаат здравствените работници и терапиите, односно начините на лекување што ќе бидат применети.



1.1 Културолошка компетенција

Културолошката компетенција се однесува на начинот на кој индивидуите и институциите реагираат на луѓето од различни култури, јазични групи, социјални слоеви, традиции, етницитет, религија и други разлики, со цел препознавање, афирмирање и почитување на вредноста на индивидуите, семејствата и заедниците и заштитата на нивното достоинство.

„Културолошката компетенција“ претставува „збир на стекнати вештини, однесувања и ставови што овозможуваат проширување на внатрешните (лични) знаења и разбирање на културните разлики што овозможуваат ефективен однос во интеркултурни ситуации (Свачлер и Троеин).

Тоа, исто така, подразбира препознавање на индивидуалните и културните разлики, препознавање на сопствените стереотипи и предрасуди и стереотипите и предрасудите во сопствената околина, бара идеи од разни групи и вработува културно неутрални и непристрасни работници.

Владеене на културолошката компетенција (proficiency) би значело имплементација на промените за подобрување на услугите базирани врз културни потреби, со цел да се пренесува знаење и да се учи во оваа област.

Културолошката компетенција почнува со освестување, расте со знаење, се подобрува со специфични вештини и се облагородува преку меѓукултурни средби.

Културолошката компетенција ја сочинуваат ставовите, знаењето и вештините потребни за обезбедување квалитетна грижа за различна популациска структура.

1.2 Обезбедување културолошки компетентна здравствена услуга и нега

Развојот и вградувањето на културната компетенција во здравствените услуги бараат постојано фокусирање на знаењето, свеста, однесувањето, вештините и ставовите на сите нивоа на услуги, вклучително и на ниво на оперативни или на административни служби, на ниво на лекар, на ниво на лекар-пациент и на ниво на студентска обука и едукација.

Се претпоставува дека еден ваков пристап и ваков вид комуникација меѓу здравствените професионалци и пациентите ќе имаат позитивни ефекти, кои директно ќе влијаат на квалитетот на здравствените услуги. (Перлоф и др.)

Културолошката компетенција ја дефинира како една многу важна варијабла во здравството. Познавањето на културните карактеристики на пациентот, освен со подобро разбирање, ќе резултира со поголема доверба, како клучен елемент за успешно лекување.

Основните вештини што се потребни за културна компетентност (надлежност) вклучуваат **комуникација, разбирање и чувствителност**. Тоа е континуиран процес, кој продолжува во текот на целата кариера на здравствениот професионалец.

Доколку се изгради глобална рамка на почитување на различноста (што ќе резултира и со развој на соодветни политики, правила и процедури што ја инкорпорираат различноста), може да се претпостави дека таа ќе содржи одредени заеднички вредности што ја обезбедуваат и културолошката компонента.

Културолошки компетентната здравствена услуга и нега се потпираат врз почитување на принципот на еднаквост. Еднаквост во здравството може да се постигне само ако институциите имаат јасно вградени, дефинирани и усогласени вредности и принципи, политики и соодветни структури што ја промовираат и ја заштитуваат еднаквоста, независно од разликите меѓу пациентите како припадници на различни културни заедници. Тие треба да овозможат здравствените работници да работат ефективно во интеркултурни ситуации, овозможувајќи индивидуални знаења и емпатија, за да може да се применуваат во практиката.

Во меѓународната литература се евидентирани докази дека културата има големо влијание во обликувањето на перцепциите и искуствата што ги имаат луѓето за здравството и за здравствените услуги. Разликата во перцепцијата е културолошки определена и треба да се земе предвид во одредувањето на фактичкото ниво на развојот на здравството.

Истражувањата покажуваат дека постои тренд на понизок квалитет на здравствените услуги на пациентите што припаѓаат на културни и јазични малцинства отколку кај оние пациенти што припаѓаат на мнозинството.

Има автори што го анализираат ова прашање уште повеќе, третирајќи го како прашање на еднаквост меѓу граѓаните од страна на здравствениот систем, односно институциите. Други, пак, го анализираат од аспект на влијанието врз финансискиот ефект (cost benefit aspect), почнувајќи од податоците што ги имаат во врска со судските спорови, во кои здравствените работници (или здравствените установи) платиле големи суми пари поради грешките што биле направени како резултат на недоразбирањата во комуникацијата меѓу лекарот и пациентот.

Имајќи ја предвид важноста на комуникацијата за подобро разбирање, како и природата на проблематиката што се карактеризира со глобален тренд, најдобар начин за соодветна подготовка на општеството треба да биде развивање на културна свест (cultural awareness), која, според група автори, содржи неколку постулати, и тоа:

- а) еден од предизвиците за медицинскиот персонал што работи во културно разновидна средина е да се разбере перспективата на пациентот во здравствениот систем;
- б) свеста започнува со разбирање на сопствените културни вредности и здравствените верувања (кои можат да бидат пречка во остварувањето соодветна комуникација со пациентите);
- в) уверувањата може да се базираат на знаење, меѓутоа почесто се базираат на верски убедувања;
- г) треба да се направи обид да се сменат здравствените вредности на пациентот (доколку е тоа поврзано со остварувањето на правото на здравје и доколку се направи процена дека таква промена е потребна и/или можна), првично преку идентификување на неговата/нејзината култура и практики што се слични или различни од сопствените практики, со цел да одлучувате дали е пожелно или можно да се променат.

1.3 Комуникацијата како дел од културолошката компетенција

Научно базираната медицина сама по себе не е доволна да му помогне на пациент што е засегнат од губење на здравјето.

На болните луѓе им треба лекар што може да ги разбере нивната болест и лекување, да ги придружува низ тој процес, како и да најде такво разбирање за страдањето на пациентот што ќе помогне во идентификувањето на причините за болеста и ќе помогне во лекувањето.

Во услови кога економските законитости бараат скратување на времето предвидено за разговор со пациентот, медицината почна да ја нагласува важноста на комуницирањето во правец на воспоставување и зацврстување на довербата лекар-пациент, како битен фактор за успешно лекување.

Комуникацијата лекар-пациент станува интегрален дел од ефективните здравствени услуги.

Во мултикултурни и мултиконфесионални општества, во кои живеат луѓе што зборуваат на различни јазици, вештината на комуникација е исклучително важна. Соодветната комуникација во вакви услови станува неопходна во давањето на здравствената заштита, во лекувањето, превенцијата и во градењето позитивна перцепција на пациентите за целокупниот здравствен систем. Во овој контекст, како најчувствителен момент се покажаа соодветната комуникација и разбирање со одредени културолошки и супкултуролошки групи и заедници. Таквите маргинализирани индивидуи и групи, стари и нови, автохтони или имиграциски, етнокултуролошки или социокономски, сега го сочинуваат најранливиот контингент на лица и заедници.

Градењето на комуникациските вештини добива нова димензија во услови на значителни миграциски придвижувања, кои ја ставаат здравствената заштита пред нови предизвици за третман на сите, без разлика на нивната етничка, културна или расна припадност. За да се постигне тоа, неопходни се мерки во подобрување и унапредување на комуникацијата меѓу здравствените професионалци и пациентот, како предуслов за подобро разбирање, меѓусебно почитување и поквалитетни здравствени услуги за сите, без исклучок.

Соодветната комуникација меѓу самите здравствени работници и здравствените работници и пациентот е значајна поради тоа што:

- а) обезбедува поголема ефикасност во дијагностицирањето и во одредувањето на најсоодветната терапија;
- б) обезбедува брзо откривање на болестите;
- в) овозможува добивање поширока слика, неопходна за соодветно дијагностицирање;
- г) ја зголемува довербата на пациентите, а со тоа и подготвеноста да се придржуваат до пропишаната терапија;
- д) обезбедува информирана согласност за конкретни терапии или зафати;
- ѓ) овозможува градење здрави животни навики, кои превентивно го подобруваат здравјето;
- е) обезбедува редовна комуникација меѓу здравствените работници.

1.3.1 Дефинирање и форми на комуницирање

Без намера да ја сублимираме дефиницијата на комуникацијата, може да се каже дека нејзини суштински компоненти се:

- а) давањето и примањето информации;
- б) разбирливоста на информациите што се споделуваат;
- в) достапноста на информациите (како во смисла на физичка достапност и доволност на информациите, така и во смисла на соодветност на начинот на кој се даваат, а обезбедува сигурност дека ќе бидат разбрани).

Во принцип, разликуваме две форми на комуникација:

- а) вербална (говорена и писмена) и
- б) невербална.

Покрај вербалната, која во контекст на институционалната комуникација останува најзначајна, свое место и значење во здравствената дејност има и невербалната комуникација или, како што уште се нарекува, „говорот на телото“. Форми на невербална комуникација се: пораки со очите, пораки со изразот на лицето, пораки со движење на главата, пораки со гестови и движење на телото, пораки со држењето и ставот на телото, пораки со растојанието, пораки со допирот, пораки со облекувањето и пораки со времето и синхронизацијата.

Функциите на невербалната комуникација се повеќеслојни, разнообразни, но тие во најголем дел се третираат од следниве аспекти:

- а) **содржински** – невербалните пораки ја менуваат, ја дополнуваат, ја прошируваат или ја потврдуваат содржината на вербалната порака;
- б) **личен** – невербалната комуникација ги изразува чувствата, намерите и очекувањата на оној што ги испраќа;
- в) **аспект на односи** – со невербалните пораки се изразуваат ставови во однос на вербалните пораки;
- г) **аспект на влијание** – невербалните пораки можат да извршат силно известување и влијание на соопштенијата и, како такви, можат да го поттикнат или да го забават комуникацискиот дијалог.

Невербалната комуникација е особено важна во комуникацијата во здравството, особено оној дел што се одвива меѓу лекарот и пациентот. Таа е многу позначајна за пациентот од самата вербална комуникација, особено кога се одвива на површен начин и без соодветна заштита и во несоодветна средина за комуникација при реализирање на здравствените услуги.

Посебно важен елемент на невербалната комуникација претставува културолошката димензија. Културолошката димензија може да има позитивно или негативно влијание врз комуникацијата меѓу здравствените работници и пациентот, таа може да ја зголеми довербата на пациентот во здравствениот работник или целосно да ја наруши оваа доверба, до ниво на одбивање на секој вид влијание.

Секогаш треба да се има предвид дека невербалната комуникација во никој случај не смее да биде единствен начин на комуникација меѓу здравствениот работник и пациентот. Во одредени ситуации, доколку стане единствена или доминантна метода на комуникација („здрavo за готово“), невербалната комуникација може да нè упати кон погрешна дијагноза. Ова е посебно важно при третирање итни здравствени случаи, каде што ефектот од таквото несоодветно комуницирање може да има сериозни последици за здравјето на пациентот.

1.3.2 Пречки во комуницирањето

Независно од тоа за каква форма на комуникација станува збор, постојат некои карактеристики што се однесуваат на таканаречената добра или квалитетна комуникација.

За да биде квалитетна, комуникацијата треба да биде: јасна, комплексна, свесна, конкретна и точна.

Речиси секогаш постојат и бариери во комуницирањето или, како што уште може да се наречат, отежнувачи. Притоа, треба да се има предвид појавата на ефектот на статус во комуницирањето. Тоа е случај кога едната личност е на повисока позиција во хиерархиската структура на организацијата во однос на другата. Кога овие луѓе меѓусебно комуницираат, се јавуваат пречки во комуникацијата како резултат на постоењето на пренагласен респект, доминантност, па некогаш и страв, кои се последица на тој различен статус. Пример за тоа во здравството е комуницирањето меѓу лекар и пациент, или лекар и медицинска сестра, или лекар и аптекар и друго.

Комуникацијата во областа на здравството има суштинско влијание врз ефектот на здравствена услуга. Меѓусебното комуницирање во здравството воопшто не е едноставно. Мешаник и Шлезингер констатираат дека: „Односите меѓу лекарот и пациентот често се карактеризираат со едно чувство на опасност, амбивалентност и анксиозност. Така што, довербата е главниот елемент за градење еден однос меѓу лекарот и пациентот што ќе биде погоден за процесот на лекување“.

Разбирливо е дека градењето таков однос се компликува во услови на други, дополнителни отежнувачи, какви што би можеле да бидат: јазикот, културата, социјалниот статус и други специфичности на поединци и групи.

Непознавањето на културата, јазикот, сфаќањата и вредностите на пациентот со различни културни и етнички карактеристики од страна на давателите на здравствените услуги би можело да резултира со последици што, според Маркиз и Хастом, можат да резултираат со:

- а) неквалитетен однос меѓу пациентот и здравствениот работник;
- б) погрешна дијагноза;
- в) недостиг од информирана согласност;

- г) пониско задоволство на пациентите;
- д) судски процедури (тужби).

Според Ричард М. Перлоф, „Комуникација меѓу пациентите и лекарите на немнозинските заедници се карактеризира со низа предрасуди и голем број други емоции што можат да влијаат на конечните резултати на здравствените услуги. Се подразбира дека „немнозинската компонента може да има етнички, културолошки, социјален, регионален или друг предзнак“.

1.3.3 Јазикот како значаен елемент во комуникацијата

Односот лекар–пациент се гради преку комуникација и ефикасна употреба на јазикот. Хал констатира дека „Зборувањето е основниот елемент преку кој се воспоставува односот лекар–пациент и преку кој се остваруваат терапевтските цели“.

Студиите покажуваат дека овој многу значаен елемент неретко се занемарува, и тоа не поради некој негативен однос кон другите јазици, туку, како што ќе констатираат во својата студија Ван Рајн и Бјурк, затоа што „Лекарите мислат дека секој пациент го третираат на објективен начин, анализирајќи ја неговата болест низ призмата на еден непристрастен медицински модел. Иако лекарите имаат чесни намери, теоријата и истражувањето укажуваат дека овие тврдења се необјективни“.

Практиката покажала дека учењето и употребата на неколку фрази за поздравување на јазикот на кој говори пациентот, при првиот контакт, кај него ќе внесе чувство на почит и ќе ја демонстрира подготвеноста на здравствениот професионалец да знае повеќе за неговата/нејзината култура. Овој чекор ќе води кон воспоставување хармонични односи, како предуслов за меѓусебна доверба, толку значајна за успешна нега и терапија.

Кога станува збор за соодветноста на јазикот што се употребува во комуникацијата здравствен работник–пациент, не станува збор само за различни јазици туку и за соодветноста на терминологијата и пристапноста на информацијата што му се дава на пациентот.

Можните недоразбирања и несоодветниот пренос на информациите поради јазичните бариери, имајќи ги предвид правата на пациентите загарантирани од законот, може да имаат последици или, пак, фатални резултати. Надминувањето на јазичните бариери може директно да влијае врз подобрувањето на квалитетот на комуникацијата, намалување на потенцијалните бариери, зголемување на меѓусебната доверба меѓу здравствените работници и пациентите, намалување на стресот на здравствените работници и подигање на квалитетот на здравствените услуги за оние што имаат потреба (пациентите и граѓаните).

1.4 Културолошката сензитивност (cultural sensitivity) и засилувањето на капацитетите за културолошка компетенција

Културолошката сензитивност е параметар што го определува квалитетот на односите меѓу двата фактори што влијаат врз заемната комуникација. Комуникацијата со пациентите може да се подобри и грижата за пациентот ќе биде зголемена доколку давателите на здравствени услуги можат да го премостат јазот меѓу научната, медицинската култура, од една страна, и верувањата и практиките што го сочинуваат системот на вредности на пациентите, од друга страна.

Системот на вредности на пациентите може да е заснован и наследен врз нивната етничка или културолошка припадност, семејна традиција, возраст, сексуална ориентација, нивниот социоекономски статус и друго. Секоја средба со давателите на здравствена заштита дава можност да се влијае позитивно врз здравјето на пациентот. Здравствените професионалци може да го зголемат овој потенцијал со поголемо познавање на културите на пациентите.

Културолошката компетентност, или културна свест и чувствителност, е дефинирана како „знаења и интерперсонални вештини што ќе му овозможат на здравствениот персонал да разбере, да почитува и да работи со поединци од други култури, различни од сопствената. Тоа вклучува свест и прифаќање на културните разлики, самосвест, познавање на културата на пациентот и адаптација на вештините за таа цел.

Културолошката несензитивност е многу често поврзана со стереотипите и предрасудите на здравствените работници кон припадниците на конкретни заедници или групи луѓе и лесно може да прерасне во дискриминација.

Културолошката компетенција во здравството бара знаење и вештини, но и некои практични чекори што ќе создадат по-волни услови за нејзин развој.



Многу чест пример за културна несензитивност е промотивниот материјал што го нудат здравствените установи. Во промотивните материјали многу ретко се внесуваат препознатливи елементи на заедницата во која ќе се пласира тој промотивен материјал, со што ќе биде препознаен како порака до конкретни луѓе со конкретна култура (кои можат да се препознаат себеси во промотивниот материјал), а не како нешто што се однесува на другите. Пример за културно несензитивна брошура.



Според Регионалната асоцијација за нега, Онтарио Канада (The Registered Nurses' Association of Ontario, 2007), предвидени се три чекори што можат да придонесат за засилување на капацитетите за културолошка компетенција, со што се очекува да се зголеми и квалитетот на комуникацијата меѓу здравствениот работник и пациентот. Тие чекори се:

- а) самосвест, да научат да ја прифатат разновидноста на поединците;
- б) комуникација, да се развијат комуникациски вештини што промовираат културно разновидни поставувања;
- в) нови учења, да се постигне културолошка надлежност кај поединците.

Целите што треба да се постигнат со културолошката сензибилизација можат да се сумираат како:

- а) Здравствени работници што се отворени за имплементирање нови идеи, кои се инклузивни и ги почитуваат сите приматели на здравствените услуги, а и своите колеги.
- б) Индивидуалните членови на здравствената организација се идентификуваат со другите и соработуваат еден со друг со цел постигнување еднаквост и разновидност, како и создавање средина во која се вреднува придонесот на секој поединец, со што целосниот потенцијал би се искористил.
- в) Здравствените работници одбиваат да учествуваат и активно се спротивставуваат на акти на дискриминација, вознемирување или малтретирање и го адресираат проблемот на индивидуално и институционално ниво со цел пристапување кон промени на состојбата.

- г) Здравствени организации во кои континуирано се спроведува образование што е насочено кон подигање на културолошката компетентност од степен на свесност до степен на градење на вештините.
- д) Здравствени работници што имаат соодветни вештини за комуникација, решавање конфликти и спроведување соодветна процена за културолошките состојби.
- ѓ) Обезбедување соодветно финансирање наменето за културолошка компетентност и ориентација на вработените, континуирана едукација и постојан пристап до обуки за културен диверзитет.
- е) Редовно следење на резултатите со цел постапување според нивните потреби.
- ж) Здравствените организации треба да обезбедат вработените на сите нивоа и во сите дисциплини да добијат континуирана едукација и обука за соодветна културолошка контекстуализирана и јазично разбирлива испорака на услуги.

ДОПОЛНИТЕЛНА ЛИТЕРАТУРА:

- Konner M. *Medicine at the Crossroads: The Crisis in Health Care*. New York, NY: Pantheon Books; 1993
- Perloff R., Bonder B., Ray G., Berlin Ray L., Siminoff L., *Doctor-Patient Communication, Cultural Competence, and Minority Health: Theoretical and Empirical Perspectives*; Sage Publications, (2006) 67.
- Wachtler C, Troein M. A hidden curriculum: mapping cultural competency in a medical programme, Lund University, Lund, Sweden . 861-8

ПОГЛАВЈЕ VII

ВОВЕД ВО НАРАТИВНАТА МЕДИЦИНА

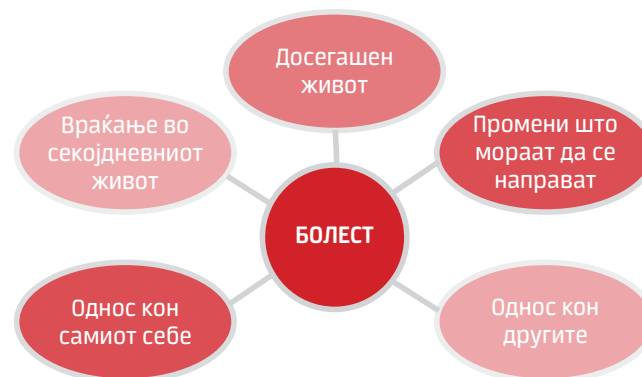
1. Дефиниции, значење, цели

Во услови на динамизирана и технолошки зависна медицинска практика, лекарите треба сè повеќе да изнајдат моќни методи за постигнување емпатија и ефективни терапевтски односи. Една од ваквите техники е нарацијата.

Наративната медицина е специфичен медицински пристап што ги искористува наративите во клиничката практика. Наративните вештини, како такви, обезбедуваат методи што ќе им помогнат на лекарите да се доближат до своите пациенти, почитувајќи го тоа што им го кажуваат и им го раскажуваат тие при нивната посета кај лекарот. Клучен елемент за успешна реализација на овој чувствителен однос (метод), без сомнение, е комуникацијата.

Наративната медицина може да им даде на здравствените професионалци дополнителни алатки, вештини, методи, и да научат како да ги вклопат фактите за здравјето и болеста во еден поширок контекст на живеењето на луѓето, на причините и нивните последици, кои се од огромно значење за пациентите.

Наративната медицина тргнува од стојалиштето дека на болните луѓе им требаат здравствени професионалци што може да ги разберат нивните болести, да ги третираат медицинските проблеми и да ги придружуваат во нивниот пат со болеста.



Без оглед на скорешниот забрзан развој на технологијата во дијагностицирањето и лечењето болести, лекарите понекогаш немаат доволно капацитет да ја препознаат трагедијата на своите пациенти, да покажат емпатија кон оние што страдаат и да им се придружат искрено и храбро на пациентите во борбата со нивните болести.

Рита Шарон, професор по медицина на Универзитетот Колумбија, објаснува дека многу доктори не го користат целиот потенцијал на својата имагинација и нивните прашања се сведуваат на: „Дали е болката остра или тапа? Кога започна?“

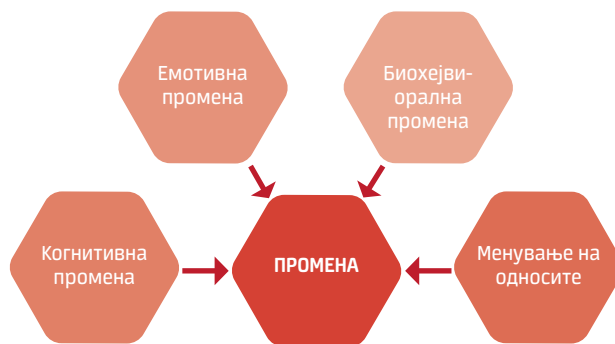
За разлика од овој пристап, наративната медицина овозможува да се генерира хипотеза. Сега докторите треба да започнат да се прашуваат: Што гледам? Како изгледа? Што значи тоа? Бидејќи се обидуваат да го замислат проблемот, докторите преминуваат на страната на пациентот, и тоа е од голема корист за пациентите.

Наративната медицина е тесно поврзана со надминувањето на стереотипите и предрасудите, воспоставувањето соодветна комуникација и културолошката компетентност.

Наративот може да помогне во културолошкото приближување меѓу здравствениот работник и пациентот и да даде основа за посоодветно информирање како прв чекор во меѓусебното разбирање и градење заедничка стратегија во адресирањето на проблемите.

Според Џером Брунер, психолог, автор на книгата „Култура на едукацијата“ од 1996 година: „Ние ги организираме нашето искуство и нашата меморија како хумани настани, главно, во форма на наратив... „Когнитивна пристрасност ја објаснува со тоа што некогаш мислиме автоматски, некогаш мислиме социјално, но некогаш мислиме користејќи ментални модели.“

Негативните наративи може да се променат доколку се направи промена во размислувањата, емоциите, однесувањето и комуникацијата меѓу луѓето, всушност промена во односите.



Промената се постигнува преку:

Дијалог

Пауло Фреир смета дека една од основните методи за настанување на промена е дијалогот. Преку дијалог се влијае на развивање на свеста кај луѓето, развивање критична свесност за социјалниот статус на некој, акција што е процес на менување на реалноста и има темелно значење.

Дијалогот со обесправени/маргинализирани лица треба да овозможи да се добијат информации за нивната состојба на обесправеност, информации за нивната култура и разбирање на односите на моќ. Дobar и ефикасен дијалог значи да биде двонасочен, партиципативен, да поддржува и да привилегира локален инпут, така што се смета за идеален, иако е тежок за спроведување како долгорочно освестување и менување предрасуди и стереотипи, меѓутоа има значајно место во постигнување социјална промена.

Позитивна девијанта

„ПОЗИТИВНА ДЕВИЈАНТА“ е „светла точка“ што налага менување на менталниот став и има фокус на акција. Тоа е процес за социјална промена што им овозможува на заедниците да го откријат „ПРОБЛЕМОТ“ што го имаат и потоа да дејствуваат врз него.

Во секоја заедница има индивидуи чие несекојдневно однесување и практика им овозможуваат да најдат подобар начин да го решат проблемот отколку нивните сограѓани што имаат пристап до истите ресурси. Овие индивидуи се нарекуваат „позитивни“ бидејќи работите ги прават како што треба, но и „девијанти“, бидејќи во своето однесување користат методи што не ги користат другите луѓе. Идејата е да се најде несекојдневен, но ефикасен начин да се решат проблемите, кој потоа ќе стане заеднички и одржлив.

Културни стратегии

Постојат стратегии што ги комбинираат алатките и вештините на уметниците и емотивниот ефект на уметноста со алатките и вештините на активизмот, како и неговата природа поттикната од постигнување ефект.

Акции

Успешно имплементирање на теоријата во практиката преку преземање акции, кампањи, настани со кои ќе се подига свеста кај луѓето за промени!

Користење симболи и претстави

Потребата од промени може да се направи видлива со едноставен приказ на симболи, какви што се, на пример, симболот розова машничка за превенција од рак на дојката, црвена машничка за превенција од ХИВ/СИДА и др.

Организирање драмски претстави е стратегија при која, со помош на играње туѓа улога, се презентираат приказни како негативни појави во комуникацијата меѓу луѓето, но веднаш потоа се презентира истата состојба со позитивен пример, на добра комуникација.

Слушање и кажување приказни

Умешноста да се сослушаат соговорникот и неговата приказна, но исто така, и умешноста да се раскаже својата приказна е исклучително важна во градењето на наративите и поддржувањето на промената.

Пишување

Истражувачкото и експресивно пишување за личниот и професионалниот развој е следено во студија во која биле вклучени здравствени професионалци и пациенти-корисници на услуги во примарна здравствена заштита и корисници на палијативна нега. Студијата е спроведувана 25 години, на Универзитетот во Источна Англија, и покажала дека пишувањето, како метод на наративната медицина, има големо влијание и потенцијал во социјалните, културните и професионалните области. Иако двата вида пишување добиле свој кредибилитет, актуелност и интересот за нив станал многу голем, авторот Гили Болтон наведува дека се потребни понатамошни истражувања, со цел да се постигнат поцелосен потенцијал и вредност на пишувањето како алатка во личниот и во професионалниот развој.

ДОПОЛНИТЕЛНА ЛИТЕРАТУРА:

- Rita Charon: Principles and Practice of Narrative Medicine. Oxford University Press. 2017
- Launer J. New stories for old: narrative-based primary care in Great Britain. Families, Systems & Health. 2006 Fall; 24(3): 336–44.
- Pennebaker JW. Telling stories: the health benefits of narrative. Lit Med. 2000 Spring; 19(1): 3–18. [PubMed]

ПОГЛАВЈЕ VIII

СТРУКТУРНИ КОМПЕТЕНЦИИ

1. Поимот на структурната компетентност

За разлика од културната компетенција, која се базира на индивидуалниот однос здравствен работник-пациент и се ефектуира во конкретните релации, структурната компетенција претставува специфичен пристап во здравството, кој бара адресирање на нееднаквостите на еден поширок план, кој се појавува како детерминирачки за самите болести, но и за специфичните состојби во кои се наоѓаат пациентите надвор од здравствената установа.

Структурната компетенција ја адресира структурната дискриминација и е насочена кон развивање вештини за справување со последиците од оваа дискриминација, која е тесно поврзана со традицијата, религијата, вообичаеното постапување и, како таква, е максимално прикриена.

Структурната компетенција подразбира дека здравствените работници треба да имаат поголемо знаење за начините и процесите што доведуваат до нееднаквост во социјалниот и во економскиот систем. Поточно, како придонесуваат тие нееднаквости да се оформи различната материјална реалност во животот на пациентите. Структурната компетенција треба да ги има предвид последиците од структурната дискриминација и да изгради политики во здравствената заштита што ќе ги адресираат овие последици.

Токму затоа, процесот, односно движењето наречено „структурна компетентност“, опфаќа многу фактори поврзани со здравјето на човекот што им се припишуваат на културата, традицијата или на етничката припадност, а всушност, претставуваат последици на одлуки донесени во конкретни структурни контексти. Во оваа смисла, здравјето на луѓето е тесно поврзано со:

- 1) системот на здравствена заштита во кој живее конкретен човек;
- 2) системите за испорака на храна;
- 3) примената на законските мерки;
- 4) локалната политика;
- 5) урбаните и рурални инфраструктури;
- 6) постоењето на некој облик на структурна дискриминација;
- 7) дефинирањето на болестите и на здравјето на луѓето.

Овој пристап во здравството е насочен кон поместување на „вината“ за одредени здравствени проблеми од самите пациенти (како дел од структурната дискриминација) кон пошироки состојби што ја вградуваат нееднаквоста во самиот систем и во институциите. Ова подразбира и посебен вид истражувања, преку кои здравствените работници полесно може да

пристапат и да сознаат како може недостатоците што произлегуваат од социјалната и од економската инфраструктура да го загрозат и да го нарушат општото здравјето, односно како влијаат на здравјето на конкретен пациент.

На пример:

Научниците по невролошки науки укажале дека во некои случаи постоела попречена мозочна функција што се должела и била поврзана со нарушените невронски врски, и тоа во случаите каде што постоеле социјална исклученост и сиромаштија.

Во неколку истражувања е утврдена причинско-последична поврзаност меѓу промените на нивото на генската метилација и сиромаштијата. Всушност, колку било повисоко нивото на стресот, толку кај луѓе од сиромашните средини можело да се продуцираат повеќе ризик-фактори за болест, кои можеле да траат со генерации ако не бидат прекинати со социјални интервенции.

Слично на ова, економистите докажале дека кај луѓето со пониски примања можело да се намали стапката на нивниот дијабетес и депресија, по нивно преселување во побезбедни и побогати населби.

Градење научен пристап што се базира на различни области, вклучувајќи ги законодавството, јавното здравје, историјата и социологијата, ја оформува структурната компетентност. Ова, пак, го обликува и го дефинира дијагностичкото знаење на лекарите, кое потоа, од своја страна, ќе влијае врз она што ќе се случува при клиничката работа во еден продлабочен, студиозен и индивидуален начин и пристап.

2. Основи на структурна компетентност

Поимот „структурна компетентност“ (или „структурна надлежност“) се состои од обука и стекнување вештина во пет основни нивоа:

1. Препознавање структури што ја оформуваат клиничката интеракција.
2. Развој на екстраклиничкиот јазик на структурата.
3. Реартикулација на „културолошката“ формулација на структурните услови.
4. Набљудување и замислување на структурните интервенции.
5. Приближување на сите аспекти на развојот на структурна скромност.



1. Препознавање структури што ја дефинираат клиничката интеракција

Првата компонента, односно првото ниво на структурната компетентност, содржи утврдување на економските, физичките и социополитичките влијанија на кои е изложен пациентот, а ги условуваат медицинските одлуки.

Во одреден број случаи дури и станува збор за многу конкретни и „банални“ проблеми што го детерминираат здравјето на еден човек и можат да имаат влијание врз терапиите што ги препорачува здравствениот работник.

На пример, пациент со дијабетес има проблем со контролата на шеќерот што го внесува бидејќи единствената продавница што се наоѓа во близина има многу малку свежа храна, а пред сè, конзервирана или преработена храна со голема количина шеќер и маснотии. Посетите на докторот и разговорите за различните начини на третирање на дијабетесот не можат да го променат фактот дека пациентот нема лесно достапна соодветна храна.

2. Развивањето на екстраклиничкиот јазик на структурата

Втората компонента на структурната компетентност става акцент на интердисциплинарното подразбирање на структурата, за прашања што се однесуваат на поимите на болеста и на здравјето во заедницата, а се надвор од рамките на болниците, клиниките и ординациите.

Резултатите на некои научни истражувања покажале дека во сиромашните средини постои широк спектар „физиолошки, мобилни и адаптивни“ одговори што доведуваат до развиток на хронични заболувања, какви што се дијабетесот тип 2 и коронарната срцева слабост (Озанс и Констациа).

Други истражувања укажуваат дека со нарушувањето и распаѓањето на инфраструктурата на животната околина може да се создадат услови за развиток на некоја конкретна телесна болест. Таквите услови се создадени врз основа на сложени општествени проблеми и затоа се сугерира промена на здравствените политики и зголемување на инвестициите во сиромашните области со подобрување на инфраструктурните прашања. Така, биомедицината придонесла за напредното познавање на биолошките влијанија на различните животни околин.

Структурната компетентност има цел да се прошират медицинските образовни пристапи кон општествените сфери и да се вгради директно во медицинските правилници, односно да се внесе социјалната димензија во дијагностицирањето и третманот на заболувањата.

3. Реартикулација на „културолошката“ формулација на структурните услови

Третата компонента на структурната компетентност промовира способност да се преформулираат „културолошките“ клинички презентации со термини и концепти на структурата од интердисциплинарна литература.

Во случајот интердисциплинарноста подразбира воспоставување глобалната слика во која секој од составните фактори има влијание врз дијагностицирањето, одредувањето на терапијата и дефинирањето подолготраен начин на живеење, кој ќе спречи одреден вид заболувања.

4. Набљудување и замислување на структурните интервенции

Четвртата компонента на структурната компетентност има цел да укаже дека структурите на здравјето и болестите не се ниту безвременски ниту непроменливи, туку се одраз на посебни финансиски, законодавни одлуки или, пак, на културолошки одлуки донесени во одредени периоди и дека, како такви, тие структури се предмет на различни форми на интервенција.

Ваквиот пристап подразбира идентификување на можните структурни интервенции, а дури потоа предлагање интервенции што се однесуваат на подобрување на здравствената инфраструктура.

Овој аспект на надлежности овозможува повеќе форми на набљудување. Природната влезна врата може да биде анализа на различни истории на болеста – преку наративно раскажување, архивски анализи, литература, пребарувања, со цел да се анализираат претходните медицински напори и обиди за решавање на прашањата од социјалната правда и резултатите што се постигнати, односно грешките што се направени.

5. Приближување на сите аспекти на развојот на структурната скромност

Последната компонента на структурната компетентност е способноста на здравствените работници да ги препознаат ограничувањата на структурната компетентност – структурна скромност.

Поимот „структурна скромност“ е воведен во 2001 година од медицинскиот едукатор Хант, кој искажал критичко размислување за културната компетентност преку концептот развиен од страна на филозофот Емануел Левинас, дека „другиот секогаш лежи надвор од разбирањето за себе“.

Всушност, овој термин вклучува **свесност на лекарите во однос на нивното ограничено познавање** вредни нијанси и специфики на пациентот при толкувањето на наративите на пациентите.

Практичарите на структурната компетентност се согласни во следново: развивањето на вештините за спознавање на структурните и културолошките компетентности е, всушност, развивање почетни точки на разговорот, а не негови крајни точки, и дека лекарите во тие разговори се истовремено и говорници и слушачи, и предводници и соработници, и експерти и обични луѓе.

3. Структурна ранливост

Структурната ранливост е алатка што служи за промоција на структурната компетентност при здравствената грижа и утврдување на лошата здравствена состојба на посебни групи и поединци што можат да бидат препознаени како ранливи групи. Задачата на здравствениот работник и/или на здравствената институција е да утврди како влијаат социјалната, културната, традиционалната околина на пациентот врз неговата актуелна состојба и како ќе влијаат во процесот на лекување и оздравување.

Повеќето истражувачи од општествените науки го развиле и го дефинирале концептот на „структурна ранливост“ кон здравствените услуги со намера да овозможат интегрирање на своите пациенти преку идентификацијата на социјалните детерминанти на нарушено здравје.

Пациентите се структурно ранливи кога им се совпаѓаат и/или меѓусебно се поддржуваат повеќе аспекти – општествени (на пример, социоекономски, расни, културни), институционални и политички (имиграциски статус), при што нивното здравје е со потенцијален ризик за нарушување. Свеста за „структурна ранливост“ укажува и предупредува дека давателите на здравствени услуги може да имаат предрасуди кон овие лица и, следствено на тоа, може да се нарушат оптималното здравствено згрижување и третман.

На пример:

При определувањето на терапијата на бремена жена-барателка на азил, мора да се води сметка за специфичните структурни компоненти што ја детерминираат можноста за аплицирање на терапијата, за очекуваните идни компликации што ќе бидат резултат на условите во кои се наоѓа, но и на можните компликации што веќе настанале во претходниот период, во кој се наоѓала пред бременоста.

Концептот на структурната ранливост се однесува на потврдување на социјалните детерминанти на здравјето преку постигнување индивидуални медицински предизвици на пациентот, како политички, економски, демографски и социокултурни разлики што придонесуваат за ограничување кон пациентите и здравствените услуги.

ДОПОЛНИТЕЛНА ЛИТЕРАТУРА:

- Metz J, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. Soc Sci Med. 2014; 103: 126-133.
- Metz J. Structural competency. Am Q. 2012; 64:213-218.

ПОГЛАВЈЕ IX

КУЛТУРОЛОШКИ И СТРУКТУРНИ АСПЕКТИ НА ОСТВАРУВАЊЕТО НА ПРАВОТО НА ЗДРАВЈЕ ВО И ОД РОМСКАТА ПОПУЛАЦИЈА ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА: ИСТОРИЈАТА, ТРАДИЦИЈАТА И КУЛТУРАТА НА РОМИТЕ



Слика 1.: Движење на ромските племиња од Индија во Европа

Ромската заедница во Европа е изложена на социјална ексклузија и е не само најголемо туку и најсиромашно малцинство во рамките на ЕУ. Несоодветните услови за домување, образование, вработување и другите потреби, заедно со постоењето на пречки за пристап до здравствената заштита и неефикасното користење на здравствените услуги поради недостиг од приспособување, па дури и најотворената дискриминација од страна на здравствените работници, придонесуваат за крајно ограничена можност за остварување на правото на здравје. На меѓународно ниво е утврдено дека ромската популација претставува ранлива категорија, која е изложена на стереотипи, предрасуди, дискриминација и стигматизирање.

Дискриминацијата на Ромите во сите држави во кои живеат и неприфатливата разлика меѓу Ромите и остатокот од општеството претставуваат основен мотив за прогласување декада за Ромите (2005-2015) како меѓународна иницијатива, со цел да ги доведе заедно државите, меѓудржавните тела и невладините организации до изнаоѓањето начини за справување со проблемите и дискриминацијата со која се соочуваат припадниците на ромската заедница.

Низ историјата, Ромите биле традиционално номадски народ, кој, според историските извори, пред повеќе од 1000 години од Индија се преселил во Европа и во Азија. Преку Балканскиот Полуостров, низ текот на годините, тие се прошириле и се населиле низ цела Европа. Денес, најмногу живеат на територијата на Турција, Бугарија, Романија, Шпанија и Русија. Се претпоставува дека во Европската Унија живеат околу шест милиони Роми, што ги прави најголемо малцинство во рамките на ЕУ, додека, пак, во светот живеат околу 12 милиони Роми.

Најголемо прогонство и истребување доживеале за време на Втората светска војна, кога биле цел на нацистичкиот режим. Биле испраќани во логори, користени за разни експерименти и убивани. Според податоците, за време на Втората светска војна се убиени повеќе од два милиони Роми.

На 8 април 1971 година е одржан Првиот светски конгрес на Ромите, на кој е признаен и усвоен називот Роми, признаени се ромската химна, ромското знаме, а 8 април е прогласен за Меѓународен ден на Ромите.

Посебен аспект на дискриминацијата на која се изложени Ромите е нејзиниот структурен карактер, што подразбира традиционалност, континуираност и широка инволвираност на институциите во директната и во индиректната дискриминација, во отсуството на политика за еднаквост и во отсуството на реактивни механизми насочени кон заштита на Ромите (како група и на индивидуален план).

Структурната дискриминација е тесно поврзана со нивото на остварување на правото на здравје на Ромите (како од аспект на условите за живот, образованието, достапноста на соодветната здравствена заштита така и во однос на постапувањето на здравствените работници во секојдневната комуникација и на квалитетот на здравствената заштита што се добива).

Посебен елемент што е поврзан со структурната дискриминација претставува префрлувањето на вината за нееднаквото постапување врз самите Роми, односно практикувањето формално еднакво постапување во ситуација кога, очигледно, има видливи разлики што еднаквото постапување го претвораат во дискриминација.

На пример, многу често, здравствените работници објаснување за лошата здравствена состојба на пациентите од ромската заедница не бараат во објективните услови во кои живеат, туку во нивната култура и/или начин на живеење што сами го избрале.

Структурната дискриминација оневозможува да се идентификува еден од клучните фактори на нееднаквото остварување на правото на здравје на Ромите – сиромаштијата, која допринесува за долготрајна дискриминација и нееднакво постапување спрема Ромите.

1. Ромската заедница во Република Македонија

Според пописот од 2002 година, 53.879 луѓе во Република Македонија се изјасниле како Роми, меѓутоа, според претпоставките на Советот на Европа (и истражувањата на дел од невладините организации на национално и на меѓународно ниво), на територијата на Македонија има меѓу 130.000 и 260.000 Роми.

Според податоците на Државниот завод за статистика, 95% од Ромите живеат во урбани делови, а 5% – во рурални. Од 1996 година, во рамките на градот Скопје е формирана како посебна административна единица општината Шуто Оризари, во која мнозинско население се припадници на ромската заедница. Ромите живеат во 64 од вкупно 85 општини во државата. Приближно 45% од ромската популација во Македонија живее во десет општини: Битола, Дебар, Гостивар, Кичево, Кочани, Куманово, Прилеп, Штип, Тетово и Винаца. Речиси истиот процент на ромска популација (43,1%) живее во главниот град Скопје, а половина од нив се во општината Шуто Оризари, каде што Ромите се мнозинство.

Табела 2. Етничка припадност на населението во Шуто Оризари според пописот на население во Р. Македонија од 2002 година

Општина	Етничка припадност								
	Вкупно	Македонци	Албанци	Турци	Роми	Власи	Срби	Бошњаци	Други
Шуто Оризари	22.017	1.438 (6,53%)	6.675 (6,32%)	56 (0,25%)	13.342 (60,60%)	-	67 (0,30%)	177 (0,30%)	262 (1,19%)

[^]Табела 3. Процентуална застапеност на етничките групи на населението во Р. Македонија, Град Скопје и Општина Шуто Оризари според пописот на населението во Р. Македонија од 2002 година

РМ град/општина	Македонци	Албанци	Турци	Роми	Власи	Срби	Бошњаци	Други
РМ	64,18	24,17	3,85	2,66	0,48	1,78	0,84	1,04
Скопје	66,75	20,04	1,7	4,63	0,5	2,82	1,5	1,61
Шуто Оризари	6,53	30,32	0,25	60,6	0,0	0,3	0,8	1,2

Во рамките на другите општини во кои живеат припадници на ромската заедница, вообичаено, се концентрираат во одреден дел од градот/населеното место, најчесто во сиромашни предградија без минимални инфраструктурни услови за живеење, какви што се електрична енергија, чиста вода за пиење, канализација и патишта. 38% од живеалиштата на Ромите не ги исполнуваат основните минимални животни стандарди за домување, а 88,8% живеат под границите на сиромаштија.

Поголем дел од ромската популација во Република Македонија има само елементарно образование, што е и една од причините за високата стапка на формална невработеност (70-80% од Ромите се формално невработени), а 85% примаат некој вид социјална помош.

Голем број истражувања изнесуваат податоци за структурна дискриминација на Ромите во сите области на животот, која ги ограничува или/и ги спречува да ги практикуваат основните права и слободи на еднаков начин како другите граѓани во Македонија.

Декадата за вклучување на Ромите, која е започната во 1995 година и имаше цел унапредување на социоекономскиот статус и на социјалната вклученост на Ромите, како и Стратегијата за Ромите во Република Македонија 2005-2015 и 2016-2020, досега не доведе до некои квалитативни промени.

Ниту во рамките на Декадата ниту во Стратегијата не се направени промени базирани на сеопфатна и систематска позитивна акција, која подразбира градење посебни политики за недискриминација и еднаквост, инклузија на ромското население во сите области од живеењето и на сите нивоа на одлучување кога станува збор за нивните интереси и потреби и темелна борба со стереотипите и предрасудите што се широко распространети и постојано се репродуцираат.

Кога е во прашање дискриминацијата на Ромите, вообичаено, станува збор за мултиплицирана дискриминација. Излезна основа на дискриминацијата е расата (во случајот постојат надворешни карактеристики врз чија основа еден човек може да биде перципиран како припадник на ромската заедница), на којашто се надоврзуваат статусот, економската положба, образованието, социјалната положба и јазикот. Во случајот на Ромите се присутни сите облици на мултиплицирана дискриминација (сукцесивна дискриминација на секоја од основите, кумулативна дискриминација на сите основи и вкрстена дискриминација, која настанува токму поради присуството на две или на повеќе основи).

2. Социоекономски бариери за остварување на правото на здравје на ромската заедница во Република Македонија

Ромите во Република Македонија не го остваруваат правото на здравје на еднаков начин со припадниците на другите етнички заедници. Ограничувањето на остварувањето на правото на здравје во голема мера е поврзано со продолжителната институционална, индивидуална и структурна дискриминација на Ромите, која ги става во нерамноправна положба во однос на припадниците на сите други етнички заедници.

Според сите истражувања и официјални статистички податоци, Ромите во Македонија претставуваат најсиромашна етничка заедница.

Ромското население во Република Македонија живее во супстандардни услови, а дури половина од ромското население живее во импровизирани, монтажни или руинирани живеалишта, без основните санитарни потреби, без вода и електрична енергија.

Според податоците, 40% од ромското население во Македонија немаат вода во своите домови, туку користат пумпи од дворовите или вода од јавни места, 15% имаат импровизирани тоалети, а дури 70% немаат никакви документи за сопственост на живеалиште.

Според сите расположливи податоци, Ромите, како група, имаат најнизок социјален и економски статус во Република Македонија, и многу очекувано е тоа да има исклучително големо влијание врз нивното здравје.

Околу 66% од ромското население се соочуваат со некој здравствен проблем, а најголем дел од нив секојдневно се соочуваат со непристапност до здравствени услуги, односно со недостиг од матични лекари, гинеколози, патронажни сестри, од здравствена промоција и од здравствено воспитание.

Остварувањето на правото на здравје на Ромите е во директна корелација со нивната социоекономска положба. Според податоците од извештајот „Информација за здравствената состојба и здравствената заштита на Ромите во Македонија“, сиромаштијата е најважната детерминанта на лошото здравје на Ромите.

Токму екстремната сиромаштија во која живеат голем дел од припадниците на ромската заедница се манифестира како:

- 1) отсуство на минимални услови за здрав живот (лоша исхрана, нечиста вода за пиење, несоодветни санитарии, изложеност на зарази, незаштитеност од временските услови...);
- 2) изложеност на поголем број и почести заболувања (заразни болести, стомачни заболувања, труење со храна, кожни заболувања, заболувања на бубрези, бронхопневмонии...);
- 3) проблеми при обезбедување здравствена заштита и достапност до здравствените услуги (соодветни и достапни здравствени капацитети, квалитетна здравствена услуга, достапна и соодветна терапија, можност за покрупни интервенции...).

Недостигот при обезбедување квалитетна, достапна и навремена здравствена заштита е чест проблем со кој се соочува ромската заедница. Најчести бариери во здравството со кои се соочуваат Ромите се следниве:

Табела 4. Бариери во здравството со кои се соочува ромската заедница

Бариери во здравството со кои се соочува ромската заедница
Дискриминација и некоректен однос од страна на медицинскиот персонал, при што на 90% не им било укажано на потребата од редовни медицински прегледи, им било недоволно објаснето за здравствената состојба и за потребната терапија, како и за понатамошниот тек на лекувањето.
Вакцинација во 2012 година кај деца-Роми: 0-6 год. - 63% - 100%; 7-15 год. - 55% - 95%.
8% од Ромите се без никакво здравствено осигурување.
Пречки во остварувањето на правото на здравствено осигурување и на правото на здравствена заштита.
Недостиг од медицински кадар-Роми во здравствените установи.
Жените биле посетени од патронажна сестра во просек 2,6 пати, а законски се предвидени девет посети.
Пристап и достапност до гинеколошките услуги во општина Шуто Оризари.

Несоодветно опремените и недоволниот број здравствени установи што се наоѓаат во населбите во кои во значителе број живеат припадниците на ромската заедница и кадарот во нив, немањето матичен лекар и недоволниот број на инфо-центри каде што Ромите можат да се информираат за своите права и обврски во голема мера придонесуваат за лошиот здравствен статус и пократкиот животен век помеѓу ромската популација во Република Македонија.

Податоците од повеќе истражувања укажуваат на постоење на дискриминаторски практики во третманот на пациентите од ромската заедница, но исто така, постојат показатели дека помеѓу здравствените работници има недостиг од информации за посебните потреби и навики што ги имаат Ромите кога пристапуваат кон здравствените услуги.

На пример, во рамките на проектот „Здравствени нееднакости кон Ромките“, спроведен од НВО Национален ромски центар од Куманово во 2011 година, при работа со фокус-група составена од жени-Ромки во врска со репродуктивното здравје на Ромките, се добија сознанија за задоволство од услугите и третманот од медицинскиот персонал за време на престојот во болница при породување. Од вкупно 26 учеснички, 10 споделиле негативно искуство со начинот на кој се однесувале сестрите кон нив.

Адресирањето на институционалната дискриминација се остварува со градење посебни политики, процедури и протоколи што го сведуваат нееднаквото постапување на минимална мера, со проширување на покриеноста на целата територија на државата со соодветна и квалитетна здравствена мрежа и со приближување на здравствените институции до местото на живеење на луѓето. Ова подразбира постоење на едноставни и достапни заштитни механизми, односно жалбени процедури во случај на нееднакво постапување и третман на пациентите.

За да се зголеми вакцинацијата помеѓу децата-Роми, потребни се теренски акции за вакцинирање, информирање на родителите за потребата од вакцинација и испраќање навремени покани за вакцинација на децата-Роми. Од голема важност е и создавањето можности за информирање, едукација и советувањето за семејно планирање, едукација за сексуалното и репродуктивното здравје и сексуално преносливите болести.

Патронажната служба е исклучително значаен сегмент од јавното здравство. Таа овозможува поливалентна здравствена превентивна дејност, што значи дека патронажните сестри во домот на граѓаните даваат совети за здрав стил на живот, вршат превентивни прегледи на крвниот притисок, ги упатуваат граѓаните во установи каде што може да добијат здравствена и социјална помош, помагаат за откривање лица со посебни потреби и слично. Патронажна сестра што покрива терен со претежно ромско население, а и самата е Ромка смета дека со нејзиното присуство и комуникација има подобрување во однос на остварување на правата од здравствената заштита. Тоа мислење го темели на фактот што се зголемува бројот на Ромки со здравствена легитимација, избран матичен лекар, избран гинеколог, мајчина книшка и сл. Истовремено, таа укажува дека најчест проблем се социјалните проблеми и дискриминацијата со која се судираат Ромките. Имено, на курсевите за претпородилна подготовка, многу бил мал бројот на Ромки што ги посетувале, најчесто како резултат на недоволна информираност од страна на патронажните сестри и граѓански организации, а можеби и т.н. „скриена дискриминација“.

Адресирањето на индивидуалната дискриминација подразбира употреба на сите алатки што им стојат на располагање на здравствените работници (комуникациски вештини, наративи, културна сензибилност и препознавање на сопствените стереотипи и предрасуди).

Во адресирањето на институционалната и на индивидуалната дискриминација од исклучително значење е комплексниот пристап кон остварувањето на правото на здравје на пациентите што доаѓаат од ромската заедница:

- идентификување на социоекономските корени на здравствената состојба на пациентот;
- изнаоѓање културно сензибилни начини на комуникација и почитување на достоинството на пациентот;
- определување терапија што е квалитетна и достапна за пациентот.

Значаен елемент во справувањето со институционалната и со индивидуалната дискриминација е зголемувањето на бројот на припадници на ромската заедница што ќе бидат вработени во здравствените институции.

Вработувањето медицински кадар од ромска етничка припадност претставува еден од предизвиците со кои се соочува државата. Сè уште е мал бројот на Роми вработени во здравствените установи, а и оние што се вработени во најголем број се технички кадар што нема завршено медицинско образование.

Во Стратегијата за Роми е наведена специфична цел: „Да се вработат Ромите што завршиле соодветно средно и високо образование на соодветни работни места во установите за примарна здравствена заштита, превентивните тимови и тимовите на ЈЗУ од секундарна и терцијарна здравствена заштита“. На тој начин ќе се намалат бариерите за Ромите во пристапот до здравствени услуги поради културолошките и јазичните различности, но и ќе се намалат стереотипите и предрасудите кај здравствените професионалци поради непознавање на културолошките специфики на Ромите.

Пример:

Лекар-гинеколог од Крива Паланка вели: „Не е потребна декада на Роми, туку континуиран процес. Ние сме тука и треба организирано да држиме предавања. Ќе се помести границата на раѓање, ќе се подигне свеста за безбеден сексуален однос и употреба на контрацепција. Треба да се бориме за генерацијата што сега се раѓа и расне“.

Со сензибилизација на здравствените работници во поглед на грижата за здравјето на Ромите, може да се надминат дискриминациите и предрасудите, како и да се препознаат знаците на нееднаквиот третман во нудењето услуги.

Структурната дискриминација на Ромите е најтешка за идентификување и адресирање. Таа ги содржи традицијата и вообичаеното однесување, ставовите што се социјално прифатливи и не наидуваат на осуда на заедницата. Посебно треба да се обрне внимание на можноста вината за одредена состојба да се префрли врз жртвата на таа состојба.

Незнаењето, неписменоста, неинформираноста, лошата исхрана и лошата хигиена не се вина на пациентот, туку резултат на состојбата на долготрајна и сурова дискриминација. Задача на здравствениот работник е да најде начин како да ги направи информациите достапни и прифатливи за пациентот и како да се справи со несоодветните услови за третман на болестите со кои се соочува.

На пример:

- на Ромка што не сака веќе да раѓа нема да ѝ се понудат скапи контрацептивни средства што бараат секојдневно и регуларно консумирање, туку еднократен третман, кој за извесен период ќе овозможи заштита од бременост;
- при определувањето на специфичните диети за одредени болести, ќе се изнајдат достапни производи што можат лесно да бидат набавени и приготвени дури и во услови на сиромаштија;
- при дијагностицирањето ќе се има предвид можноста пациентот да бил изложен на квазилекарство и ќе се земат предвид штетните последици од овој третман или ќе се прифатат корисните совети што биле дадени.

ДОПОЛНИТЕЛНА ЛИТЕРАТУРА:

- Roma realities: Decade 2005-2015. Thomas Jenatsch(SDS) and Anush Bezhanyan (The World Bank), 2009
- Павловски Б. Здравјето, здравствената заштита и влијанијата врз здравјето кај Ромите во Р. Македонија. Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените во РМ - ЕСЕ, 2008
- Анализа на бариерите и тесните грла во пристапот до здравствено осигурување за ромските семејства во Република Македонија. Ispos Public Affairs. Подготвено за УНИЦЕФ, Скопје, октомври 2015-јануари 2016.

ПОГЛАВЈЕ X

ЈАВНОТО ЗДРАВСТВО И ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ ВО УНАПРЕДУВАЊЕТО НА КУЛТУРОЛОШКИТЕ И СТРУКТУРНИТЕ КОМПЕТЕНЦИИ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ

1. Јавно здравство

„Луѓето се вистинското богатство на една нација“. Со овие зборови Извештајот за човековиот развој започна силен поход за нов пристап на размислување кон развојот. Според овој пристап, целта на развојот е да создаде опкружување што ќе им овозможи на луѓето да уживаат долг, здрав и креативен живот.

Јавното здравство еволуираше во мултидисциплинарно поле што ја вклучува употребата на основна и применета наука, образование, социјални науки, економија, менаџмент и комуникациски вештини за промовирање на добросостојбата на индивидуата и на општеството. Тоа е поголемо од збирот на своите составни елементи и ги вклучува уметноста и политиката на финансирањето и координацијата на широката разнообразност на општествените и на индивидуални здравствени услуги.

Најголем успех во намалувањето на болестите е постигнат со искористување на сите алатки и концепти што ни се на располагање во моментот. Идејата дека правото на здравје е право што му припаѓа на секое човечко суштество беше јасно формулирана во концептот „здравје за сите“ на Алма-Ата во 1978 година.

Движењето за промоција на здравјето, кое стана видливо и отворено присутно во 1970-тите, покажа драматично ефективни резултати во справувањето со новопојавениот вирус-причинител на имунитетски недостаток кај човекот (ХИВ), како и со намалување на пушењето и други ризик-фактори за непреносливи болести. Концептот на политиката „здравје за сите“ го промовираше пристапот дека здравството треба да биде основна компонента во сите јавни и приватни политики со цел да се постигне целосниот потенцијал на јавното здравство и да се елиминираат нееднаквостите поврзани со социјалните и економските состојби.

Се случуваат длабоки промени во структурата на светското население, и од голема важност е јавното здравство да одговори соодветно: масовна миграција кон градовите, помалку деца, продолжен животен век и зголемувањето на населението на постари луѓе, кои се подложни на повеќе хронични болести и попречености во променлива психолошка, социјална и економска клима. Здравствените системи имаат предизвик константно да развиваат нови медицински технологии и реформи во клиничката практика, додека искусуваат силни влијанија од фармацијата и од медиализацијата на здравството, со намалена централност на приоритетот за превенцијата и промоцијата на здравјето и распределба на средствата.

Глобализацијата на здравството има многу значења: меѓународна трговија, подобрување на глобалната комуникација и економски промени со зголемен тек на добра, услуги и луѓе.

Еколошките и климатските промени причинуваат суши, урагани, топење на Арктикот и покачување на нивото на морето.

Глобализацијата, исто така, има и политички ефект, со недостиг од вода и храна, тероризам и економска беда, кои дејствуваат врз милијарда луѓе.

Во поглед на здравјето, болести можат да се рашират од еден до повеќе делови на светот, како, на пример, пандемија или незабележливо ширење на болест, како што беше со треската Западен Нил, која се прошири од природното живеалиште во Блискиот Исток до Северна и Јужна Америка и Европа, или, пак, тешкиот акутен респираторен синдром (САРС), кој се прошири со молскавична брзина од кинеските села до големите метрополи, каква што е Торонто во Канада. Тоа, исто така, може да значи дека непреносливите болести што се карактеристични за индустријализирани земји сега се признаваат како водечки причинители на смрт во земји со ниски и со средни примања, а поврзани со исхраната, нивото на физичка активност и пушењето, кои самите по себе се ризик-фактори за пандемија.

Новото јавно здравство е важно како концептуална основа за обука и практика на јавното здравство. Тоа ги поврзува класичните теми на јавното здравство со адаптација во организацијата и финансирање на личните здравствени услуги. Тоа вклучува променета парадигма на јавното здравство, да се вклучат нови достигнувања во политичките, економските и социјалните науки. Неуспехот на политичкото ниво да ја цени улогата на јавното здравство во контролата на болестите прави застој за економскиот и за социјалниот развој во многу општества. Истовремено, организираниите системи за јавно здравство треба да работат на намалување на нееднаквостите меѓу и внатре во земјите, за да се обезбеди еднаков пристап до неа. Тоа, исто така, бара посебно внимание преку разни активности за промоција на здравјето на национални и на локални општествени нивоа со цел да се обезбеди пристап за групите со посебни ризици.

Со донесувањето на **Декларацијата за примарна здравствена заштита** од Алма Ата и со движењето „Здравје за сите“ е нагласена потребата од засилување на здравствената правичност со насочување кон социјалните услови и фактори и интерсекторскиот пристап во засилувањето и унапредувањето на здравјето. Ова се потврдува и со глобалната здравствена стратегија Здравје за сите до 2000 година, Европската стратегија Здравје за сите во XXI век, со кои се промовираат правичноста и подобрување на здравјето како водечки принципи.

На овие стратегиски документи се надоврзуваат и Милениумската декларација од 2000 година, која е основата на Милениумските развојни цели и Целите за одржлив развој на ООН, Европската повелба за здравствена правичност од април 2011, како и Повелбата од Талин, наречена Здравствен систем за здравје и благосостојба, како и Политичката декларација од Рио, со која се реafirмира заложбата на земјите-членки дека „здравствените неправичности во рамките на земјите и меѓу земјите се политички, општествено и економски неприфатливи, исто така, во голема мера нефер и можат да се избегнат, а унапредувањето на здравствената правичност е основа за одржлив развој, подобар квалитет на животот и благосостојбата, што, за возврат, придонесува за мир и безбедност“, како и Европската стратегија 2020, која има цел да ги поддржи активностите на владите за „значително подобрување на здравјето и благосостојбата на населението, да ги намали здравствените нееднаквости и да овозможи градење здравствени системи што се универзални, правични, одржливи и со висок квалитет“.

Европската политика што се однесува на јавното здравје се фокусира на:

- а) **превенција** – особено со промовирање здрави животни стилови;
- б) **еднакви шанси** за добро здравје и квалитетна здравствена грижа за сите (независно од приходите, родот, етничката припадност и сл.);
- в) **адресирање на сериозните здравствени закани**, кои вклучуваат повеќе држави во ЕУ;
- г) одржување на здравјето на луѓето на **постара возраст**;
- д) поддршка на **динамични здравствени системи** и нови технологии.

Здравствените системи во светот се разликуваат драстично во својата чувствителност за препознавање на влијанието на структурните сили што наметнуваат ранливости на ниво на популацијата. Земјите различно се посветуваат намагање на сиромашните од политички и од хуманитарен аспект.

Комисијата за нееднаквости при Светската здравствена организација наведува: „Големите нееднаквости во здравството што ги гледаме во и меѓу земјите претставуваат предизвик за светот. Ситуацијата дека има разлика во животниот век од 48 години меѓу земјите и 20 или повеќе години во самите земји не е неизбежна. Поголемиот број истражувања идентификуваат социјални фактори вкоренети во голем број од овие нееднаквости во здравството. Социјалните детерминанти се релевантни како за преносливите така и за непреносливите болести. Затоа, здравствениот статус треба да биде од важност за креаторите на политиките во секој сектор, не само за оние што се вклучени во здравствените политики. Како одговор на овој глобален предизвик, Комисијата за социјални детерминанти при СЗО ги разгледа доказите, отвори социјална дебата и препорача политики со цел подобрување на здравјето на најранливите луѓе во светот. Голем предизвик што си го постави Комисијата е да го претвори знаењето на јавното здравство во политичка активност“.

„Мерките што се преземаат за промоција на здравјето и за борба против болестите мора да бидат како од социјален како и од медицински карактер“ (Рудолф Вичов). „Парадигмата на медицината се менува... Ке сведочите зголемување во пристапите што не се само медицински туку и промени во животниот стил. Сметам дека ќе видите големо влијание од бихејвиористичката и од општествената наука врз тоа како го организираме општеството за да се намали товарот од болестите“.

2. Организација на здравствената заштита

Здравствена заштита претставува комбинација на личната и колективната одговорност за здравјето, јавна (државна) одговорност за обезбедување јавно-здравствени функции и цел спектар активности за обезбедување други мерки што вклучуваат државен и приватен сектор и одредени добротворни и хуманитарни организации за преземање акции во заедницата. Во тој сложен систем се издвојуваат компоненти какви што се ресурсите (кадровски и материјални), финансирање, организација, администрација, управување и давање здравствени услуги. Различните системи на здравствена заштита на земјите се резултат на историски, социокултурни, економски, политички и други фактори.

Здравствениот систем е збир на луѓе и активности, со основна цел да се подобри здравјето на населението (унапредување, чување и одржување). Светската здравствена организација издвојува три основни столба во организацијата на здравствените системи, и тоа: столб за финансирање, столб за прераспределба на собраните средства и столб за испорачување на здравствените услуги.

Принципи на организација на здравствениот систем:

- а) еднаквост, праведност, рамноправност, солидарност;
- б) достоинство и професионална етика;
- в) одговор на легитимните потреби на населението;
- г) одржливо финансирање;
- д) висок квалитет на здравствени услуги;
- ѓ) ефективност и ефикасност;
- е) ориентираност кон примарна здравствена заштита;
- ж) интегриран здравствен систем.

Табела 5. Континуитет на услугите за здравствена заштита

Здравствена услуга	Опис	Примери на институции
Превентивна заштита	Заштита насочена кон спречување повреди или болести. Примери: имунизација, генетски тестирања, употреба на сигурносни појаси.	Лекарска ординација, оддели од јавното здравство, клиника.
Примарна заштита	Заштита обезбедена при првиот контакт што вклучува превентивна заштита, акутна нега, рано клиничко откривање и интервенција.	Лекарска ординација, оддели од јавното здравство, клиника.
Специјалистичка заштита	Заштита насочена кон специфичен телесен орган или систем или специфична болест.	Специјалисти какви што се: гастроентеролог, кардиолог и психијатар.
Долготрајна заштита	Медицинска и немедицинска заштита што се дала за хронични, исцрпувачки болести, какви што се: Алцхајмерова болест, хронично опструктивно белодробно заболување, квадриплегија.	Домашна здравствена заштита, установи за долготрајна нега.
Рехабилитација	Нега насочена кон враќање инвалидизирани лица во максимална физичка, ментална и работна здравствена состојба; цел се независноста и продуктивноста.	Установи за рехабилитација на пациенти на болничко лекување и на надворешни пациенти, домашна здравствена нега и оддели за рехабилитација во болници и установи за долготрајна нега.
Нега заради привремен одмор на даватели на нега	Краткотрајна нега каде што на пациентот му се дава нега со цел на давателот на нега да му се овозможи слободно време/одмор.	Пациент/семеен дом, дом за дневна нега на возрасни, институции за долготрајна нега.
Нега до крајот на животот	Хоспис-нега, обезбедена на пациенти на кои им преостануваат шест месеци од животот; вклучува палијативна нега и поддршка на пациенти во терминалната фаза од животот и на семејствата.	Домот на пациентот или на семејството, професионални домови.

Секој здравствен систем има **11 основни јавно-здравствени операции**, и тоа:

1. мониторинг, евалуација и анализа на здравствената состојба на населението;
2. следење, истражување и контрола на ризици и закани за здравјето на населението;
3. здравствена промоција;
4. социјално учество во јавното здравје;
5. развивање политики и институционални капацитети за планирање и управување со јавното здравје;
6. засилување на институционалните капацитети за легислативи и засилување и спроведување на законите за јавното здравје;
7. евалуација и промоција на еднаков пристап до потребните здравствени услуги;
8. развој на хумани ресурси и едукација за јавното здравје;
9. обезбедување квалитет на здравствени услуги за поединци и услуги за целата популација;
10. истражувања во јавното здравје;
11. редуцирање на влијанието на итни состојби и катастрофи врз здравјето.

Секоја јавно-здравствена операција има свој функционален идентитет и специфични процеси, кои генерираат специфични резултати. Истовремено, тие споделуваат заеднички ресурси и се дополнуваат едни со други.

Според СЗО, здравствениот систем има **четири клучни функции**, а начинот на кој се организирани влијае на перформансите на здравствениот систем:

- а) управување;
- б) обезбедување ресурси;
- в) финансирање;
- г) давање услуги.

Здравствената заштита се организира на примарно, секундарно и терцијарно ниво. На примарно ниво е организирана примарната здравствена заштита, која може да ја дефинираме како континуиран процес при кој е обезбедена дефинирана популација врз база на процена на здравствените потреби на заедницата, со планирана интеграција на јавното здравје со примарна здравствена практика. На ниво на примарната здравствена заштита, во состав се службите на ПЗЗ и превентивни тимови, кои покриваат околу 80% од здравствените потреби на популацијата.

Секундарната здравствена заштита е составена од општи и од клинички болници, специјални болници и центри за рехабилитација, кои покриваат околу 15% од здравствените потреби на популацијата.

Терцијарната здравствена заштита е составена од универзитетски клиници, специјални болници и центри за рехабилитација, кои покриваат 5% од здравствените потреби на популацијата.

3. Легислативни аспекти на здравствената заштита во Република Македонија

Основни документи со кои е регулирана здравствената заштита во Република Македонија се: Уставот на РМ, Законот за здравствена заштита, Законот за здравствено осигурување, Законот за јавно здравје и др.

Според Уставот на Република Македонија (член 39): „На секој граѓанин му се гарантира правото на здравствена заштита. Граѓанинот има право и должност да ги чува и да ги унапредува сопственото здравје и здравјето на другите“.

Здравствената заштита е систем на општествени и индивидуални мерки и активности и постапки за зачувување и унапредување на здравјето, спречување, рано откривање и совладување болести, повреди и други нарушувања на здравјето предизвикани од влијанието на работната и на животната средина, навремено и ефикасно лекување и здравствена нега и рехабилитација.

Она што го вреднува системот за здравствена заштита е дека мерките, активностите и постапките во давањето на здравствената заштита мора да бидат засновани на научни докази, да бидат безбедни, сигурни, ефикасни и во согласност со професионалната етика. Секој има право на здравствена заштита и обврска да се грижи и да го чува и да го унапредува своето здравје во согласност со овој и со други закони, а никој не смее да го загрозува здравјето на другите.

Здравствената заштита се заснова на единство на превентивните, дијагностичко-терапевтските и рехабилитациските мерки и врз начелата на достапност, ефикасност, континуираност, правичност и обезбедување квалитетен и сигурен здравствен третман.

Начелото на **достапност** се обезбедува и се остварува со обезбедување соодветна здравствена заштита за населението во Република Македонија, која е географски, физички и економски достапна, а особено здравствената заштита на примарното ниво.

Начелото на **ефикасност** на здравствената заштита се остварува со поттикнување најдобри можни резултати во однос на расположливите средства, односно со постигнување највисоко ниво на здравствена заштита со најмалку употребени средства.

Начелото на **континуираност** се обезбедува со функционално воспоставен систем на организација на здравствената дејност на сите нивоа на здравствената заштита од примарното, секундарното и терцијарното ниво, на начин со кој се овозможува континуирана здравствена заштита на населението во секое време.

Начелото на **правичност** на здравствената заштита се остварува со забрана на дискриминација при укажување здравствена заштита во однос на расата, полот, староста, националната припадност, социјалното потекло, вероисповедта, политичкото или друго убедување, имотната состојба, културата, јазикот, видот на болеста, психички или телесен инвалидитет.

Начелото на **сеопфатност** се обезбедува со вклучување на секој поединец во системот на здравствената заштита, со примена на мерки и активности за здравствена заштита што опфаќаат промоција на здравјето, превенција на болеста на сите нивоа на здравствена заштита, рана дијагноза, лекување и рехабилитација.

Начелото на **квалитетен и сигурен здравствен третман** се обезбедува со унапредување и квалитет на здравствената заштита преку примена на мерки и активности што се во согласност со современите достигнувања во медицинската наука и практика, ја зголемуваат можноста за позитивен резултат, намалување на ризиците и други несакани последици за здравјето и здравствената состојба на поединецот и за општеството во целина.

Здравствените услуги ги вршат здравствените работници, а определени работи во здравствената дејност можат да вршат и здравствените соработници што ги следат условите од овој и од друг закон. Здравствената дејност се врши во мрежа на здравствени установи и надвор од мрежата на здравствените установи. Здравствената дејност во мрежата ја вршат јавни и приватни здравствени установи што вршат дејност врз основа на лиценца. Здравствената дејност надвор од мрежата ја вршат приватни здравствени установи. Установите, утврдени со законот за здравствена заштита и финансирани од здравствени услуги, пациентите ги плаќаат со лични средства.

Мрежата на здравствените установи се состои од:

- 1) **примарно ниво** на здравствена заштита за вршење дејност од примарна здравствена заштита и фармацевтска дејност;
- 2) **секундарно ниво** на здравствена заштита за вршење специјалистичко-консултативна и болничка здравствена дејност;
- 3) **терцијарно ниво** на здравствена заштита за вршење најсложени здравствени услуги во специјалистичко-консултативната и болничката дејност што не е можно или не е добро да се вршат на пониски нивоа на здравствената дејност.

Согласно со Законот за јавно здравје, се дефинира системот на превентивната дејност со организација на десетте центри за јавно здравје и Институтот за јавно здравје на Р. Македонија.

Согласно со Законот за здравствена заштита и со Законот за здравствено осигурување преку средствата во буџетот на Република Македонија (буџет на Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување), на граѓаните им се обезбедуваат здравствени услуги во примарната, специјалистичко-консултативната и болничката заштита и здравствени услуги преку владините програми за превентивна и куративна здравствена заштита.

Во примарната здравствена заштита за граѓаните се обезбедуваат: здравствени услуги заради утврдување, следење и проверување на здравствената состојба; преземање стручно-медицински мерки и постапки за унапредување на здравствената состојба, спречување и рано откривање на болестите и други нарушувања на здравјето; укажување итна медицинска помош, вклучувајќи и превоз со санитарско возило кога е тоа неопходно; лекување во ординација, односно во домот на корисникот; здравствена заштита во врска со бременост и со породување; спроведување превентивни, терапевтски и рехабилитациони мерки; превенција, лекување и санирање на болестите на устата и на забите и пропишување лекови според листата на лекови што ја утврдува Фондот со општ акт, за кој министерот за здравство дава согласност.

Во специјалистичко-консултативната здравствена заштита се обезбедуваат следниве здравствени услуги: испитување и утврдување на заболувањата, повредите и здравствената состојба, спроведување специјализирани дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки и доделување и пропишување протези, ортопедски и други помагала, помошни и санитарски средства и материјали и заботнички средства според индикации утврдени со општ акт на Фондот, за кој министерот за здравство дава согласност.

Со болничката (краткотрајна и долготрајна) здравствена заштита се обезбедуваат следниве здравствени услуги: испитување и утврдување на здравствената состојба, лекување, рехабилитација, нега, сместување и исхрана во болнички услови: лекови според листата на лекови што ја утврдува Фондот со општ акт, за кој министерот за здравство дава согласност, како и помошни материјали што служат за примена на лековите и санитарските и други материјали потребни за лекување; сместување и исхрана со придружник при неопходно придружување дете до тригодишна возраст додека е на болничко лекување, но најмногу до 30 дена, и обдукција на умрени по барање на здравствени установи.

Што е јавен здравствен систем?

„Мрежа од јавни, приватни и добротворни субјекти што придонесуваат за здравјето и благосостојбата на едно општество“⁶.

Изучување и практикување на етиката на јавното здравство

Етиката е гранка на филозофијата што се расправа со разликата меѓу правилното и погрешното, со моралните последици од човековите постапки. Етичките принципи што произлегуваат во епидемиолошката практика вклучуваат:

- 1) информирана согласност;
- 2) доверливост;
- 3) почит кон човековите права;
- 4) научен интегритет.

Како научно поле, етиката на јавното здравство е во потрага да ги разбере и да ги разјасни принципите и вредностите што ги насочуваат постапките на јавното здравство. Принципите и вредностите обезбедуваат рамка за донесување одлуки и начин за оправдување на тие одлуки. Поради фактот што постапките на јавното здравство често ги преземаат владини органи и се насочени кон населението, принципите и вредностите што го насочуваат јавното здравство можат да се разликуваат од оние што ги насочуваат постапките во биологијата и во клиничката медицина (биоетиката и медицинската етика), кои се насочени повеќе кон индивидуата/пациентот.

⁶ Извор: Светска здравствена организација. Извештај за јавното здравство 2004 г., Женева: J30. www.who.int/whr/2004/en/

Како практично поле, етиката на јавното здравство е примената на релевантните принципи и вредности на донесувањето одлуки во јавното здравство.

Истражувањето на етиката на јавното здравство има три главни функции:

- 1) идентификација и разјаснување на етичката дилема;
- 2) анализа на етичката дилема во смисла на алтернативни постапки и нивните последици; и
- 3) решавање на дилемата со одлучување која постапка најдобро ги вклучува и ги балансира водечките принципи и вредности⁷.

⁷Табела 6а. Индивидуални и општествени права и одговорности

Етички/легални прашања	Индивидуални права и одговорности	Општествени права и одговорности
Право на живот	Право на здравствена заштита: одговорност за самогрижа и намалување на ризикот.	Одговорност да се обезбеди доволен број услуги, еднаков пристап за сите.
Индивидуални наспрема општествени права	Имунизација за лична заштита.	Имунизација за колективна имунизација; едукација; право да направи задолжителна имунизација.
Право на здравствена нега	Сите имаат право на ургентна нега, превентивна нега и нега за лекување.	Општествено право на нега без разлика на локацијата, возраста, родот, етницитетот, медицинската состојба и економскиот статус.
Лична одговорност	Индивидуата е одговорна за здравствените постапки, исхраната, физичката активност, животот без цигари.	Општествена едукација за водење здрав начин на живот, да се одбегнува „обвинување на жртвите“.
Корпоративна одговорност	Одговорност на управното тело за кривични и граѓански постапки.	Творец, промотор на одговорност за опасности за здравјето за индивидуални и општествени штети.
Одговорност на давателот на здравствена нега	Професионална, етичка нега и комуникација со пациентот.	Пристап до добро организирана здравствена заштита, на ниво на прифатените стандарди.
Слобода на избор	Избор на давател на здравствена нега; право на второ мислење; право на жалба.	Доверливост; информирана согласност; контрацепција; обезбедување на индивидуалните права; ограничување на самопрепораки до специјалисти.
Еутаназија	Право на индивидуата да умре; ограничувања по општествени, етички и правни стандарди.	Да се осигурат интересите на општеството и на индивидуата; превенција на злоупотреба од страна на семејството или од други со конфликт на интереси.
Доверливост	Право на индивидуата на приватност, ограничување податоци.	Задолжително пријавување на назначените болести; податоци за епидемиолошка анализа.

⁷ (Извори: LastJM, editor. A dictionary of epidemiology. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2001.) (Centers for Disease Control and Prevention. Science coordination and innovation. Public health ethics; 2001. Available at www.cdc.gov/od/science/phec/ [Accessed 05 August 2016])

^Табела 66. Индивидуални и општествени права и одговорности

Информирана согласност	Право на информираност, ризик наспрема придобивки; да се согласи или да одбие лекување или да учествува во експеримент.	Одобрување за истражување од страна на Хелсиншкиот комитет; да се регулира фер практикување на правото на информираност; декларација за правата на пациентот.
Контрацепција/контрола на раѓањето	Право на информираност и пристап до контрацепција и лекување за неплодност; право на жената да одлучува за своето тело.	Политичка, верска промоција на плодноста; алтернативи за абортусот; заштита на правото на избор на жените.
Пристап до здравствена заштита	Универзален пристап, претплатен; индивидуален придонес преку работното место или плаќање даноци.	Принцип на солидарност и соодветно финансирање; право на задржување на трошоците, ограничувања на придобивките од услугите.
Регулација и стимул за промоција на превентивна нега	Социјално осигурување за транспорт до болница, присуство за пренатална нега; основна нега, амбулантна нега; домашна нега.	Стимулациски грантови за помош на општеството за програми од национален интерес; ограничување на институционалните установи.
Глобално здравје	Човековите права и стремежи; економскиот развој, здравјето, образованието и работата.	Пренос на здравствени ризици; професионална опасност и еколошка штета.
Права на малцинствата	Еднаквост во универзалниот пристап.	Посебна поддршка за групи со загрозен статус.
Здравјето на затвореници	Човековите права.	Безбедноста и човековите права; намалување на нееднаквоста во осудувањето на затворениците, сурови и опасни услови во затворите; забрана за измачување и погубување.
Алокација на ресурси	Лобирање, застапување за еднаквост и иновација.	Еднаква распределба на ресурсите; стремење кон групи со загрозен статус; контрола на трошоци.

Вредностите и етичките принципи на јавното здравство

- **Неприкосновено и универзално право на живот.**
- **Индивидуални човекови права** – слобода, приватност, заштита од повреда, заштита од тортура, еднаквост и не-дискриминација, слобода на мислата и уверувањето, слобода на изразувањето (како право да се добиваат и да се даваат информации).
- **Солидарност** – споделување на товарот за промовирање и одржување на здравјето.
- **Добротворност** – намалување на повредата и на тешкотијата на боледувањето и страдањето.
- **Злоупотреба на работното место** – не штети и не повредувај (било со активност било со неактивност).
- **Пропорционалност** – ограничувањето на граѓанските слободи мора да биде легално, легитимно, потребно во едно демократско општество и да ги користи најмалку ограничувачките средства на располагање.
- **Принцип на реципроцитет** – јавна одговорност кон оние што се соочуваат со диспропорционална здравствена и социјална тешкотија.
- **Принцип на транспарентност** – отвореност, отчетност и одговорност во начинот и контекстот во којшто се донесуваат одлуките.
- **Принцип на претпазливост** – оние што донесуваат одлуки имаат општа должност да преземат превентивни дејства за да избегнат повреди и штети дури пред да се воспостави научна точност.
- **Непосталување** – службениците од јавното здравство и креаторите на политики имаат должност да постапуваат и да имплементираат превентивни здравствени мерки што се покажале како ефективни, безбедни и корисни за здравјето на граѓаните. Ако не успеат да спроведат одредби за јавното здравство и ако доведе до болести и смрт, тоа ќе сочини небрежност од страна на одговорните службеници, кои ќе подлежат на граѓански и кривични казни по принципот *culpa lata dolus est* (големата небрежност е вина).
- **Еднаквост** – еднаков третман, постапување и однесување на здравствените работници независно од разликите на пациентите и условите во кои дејствуваат.
- **Раководство** – одговорност за уредување на веродостоен и етички начин.
- **Трошоци и придобивки.**
- **Доверба меѓу засегнатите страни во здравството.**
- **Разумност** – одлуките треба да бидат врз основа на докази и да се ревидираат врз основа на нови докази.
- **Ажурност кон потребите и предизвиците** што ќе се очекуваат и ќе се појават, со внимателно надгледување на здравствената состојба.

ДОПОЛНИТЕЛНА ЛИТЕРАТУРА:

- Тулчински Т. Новото јавно здравство. НИП Студентски збор. 2003
- Донев Д., Спасовски М., Тозија Ф., Косевска Е. и сор. Социјална медицина. Медицински факултет Скопје, 2015

