ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Отчет программы по укреплению здоровья

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Европейское региональное бюро
КОПЕНГАГЕН

ЗАДАЧА 13

Политика, способствующая укреплению здоровья

К 1990 г. национальная политика всех государств-членов должна строиться таким образом, чтобы законодательства и административно-хозяйственный механизм позволяли оказывать всестороннюю межсекторальную поддержку и обеспечивали ресурсы для поощрения здорового образа жизни и эффективного участия населения в процессах принятия подобных решений на всех уровнях.

Index:

ETHICS, MEDICAL
HEALTH PROMOTION

EUR/ICP/HSR 634
4074A
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Отчет о Консультативном совещании

Тампере, Финляндия
7-9 декабря 1987 г.

1990 г. ЕРБ/ЗДВ задача 13

Примечание

Выпуск данного документа не представляет собой официальную публикацию. Его нельзя редактировать, реферировать, цитировать или переводить без согласия Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. За мнения, выраженные в подписанных статьях, несут ответственность только их авторы.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Консультативное совещание по этическим аспектам укрепления здоровья было проведено Институтом Урхо Калева Кекконена в Тампере (Финляндия, 7-9 декабря 1987 г.). В нем участвовали 15 временных консультантов из 5 стран, 4 наблюдателя и представители штаб-квартиры ВОЗ и Европейского регионального бюро. Профессиональные интересы в области санитарного просвещения и укрепления здоровья представляли специалисты самых различных областей, включая охрану здоровья детей, медсестринское обслуживание в общественном здравоохранении, психическое здоровье, спортивную и реабилитационную медицину, образование и подготовку кадров, укрепление здоровья с помощью средств массовой информации и расширение участия населения. Они проводили обсуждения с философами, учеными, изучающими социальные проблемы, и научными работниками, проявляющими интерес к области прикладной этики.

Цели и задачи

Осознание этических и политических аспектов укрепления здоровья не является недавним открытием Всемирной организации здравоохранения или тех, кто работает в этой области. В течение трех последних десятилетий ВОЗ постоянно стимулировала изучение общих этических аспектов медицины, сестринского дела и научных исследований, касающихся проблем человека. Начиная с 1981 г., когда начали придавать большее значение вопросам укрепления здоровья, внимание стало обращаться и на более узкую область этических аспектов и дилемм, возникающих в этой области.

Проведению данного консультативного совещания предшествовали два события, актуализировавших задачу систематического изучения этических аспектов укрепления здоровья: совещание в Доксиадисе в 1987 г. по этическим

дилеммам в области укрепления здоровья, в организации которого участвовала также и ВОЗ, и международная конференция в Оттаве в 1986 г., которая выработала "Оттавскую хартию". Таким образом, озабоченность вопросами защиты отдельных уязвимых лиц, устранение различных видов неравенства в области медицинского обслуживания и состояния здоровья и поощрение большего уважения прав отдельного человека и личной автономии занимали центральное место в политике и философии ВОЗ в области укрепления здоровья.

Темы

В документе "Укрепление здоровья: концепции и принципы в действии - основы политики", который был выпущен в 1986 г., перечислен ряд принципов, которые могут быть кратко суммированы следующим образом:

- укрепление здоровья представляет собой стратегию посредничества между людьми и окружающей средой, сводящей воедино личный выбор и социальную ответственность в области охраны здоровья для создания более здорового будущего;

- укрепление здоровья касается всего населения в целом в контексте повседневной жизни, а не означает фокусирование внимания на тех, кто подвержен риску заболеваний;

- укрепление здоровья направлено на действия, касающиеся определяющих факторов здоровья или оснований для его обеспечения;

- укрепление здоровья объединяет самые различные, хотя и взаимодополняющие методы и подходы;

- укрепление здоровья имеет целью, в частности,

обеспечение эффективного и конкретного участия населения;

- работники здравоохранения, в частности работники первичной медико-санитарной помощи, должны играть важную роль в обеспечении необходимых условий для укрепления здоровья.

Консультативное совещание должно было исследовать, главным образом, взаимосвязь между научными и моральными аспектами этих практических принципов укрепления здоровья и выявить лежащие в их основе этические принципы, которые применимы ко всем мероприятиям, осуществляемым в данной области. Было проведено несколько рабочих заседаний, на которых исследовались следующие темы:

- контекст для обсуждения этических аспектов и укрепления здоровья;

- этические аспекты и значение общего блага;

- основные дилеммы;

- нахождение решений этических проблем в рамках национальной стратегии;

- руководящие указания в отношении нахождения решений этических дилемм в государственной политике, экономических делах, деятельности общественности и индивидуальном и семейном поведении;

- этические аспекты научных исследований в области укрепления здоровья;

- организация этического контроля.

Общие этические соображения

При обсуждении вопросов укрепления здоровья необходимо проводить различия между тремя понятиями: моралью, этикой и метаэтикой. Понятие мораль относится к личному моральному поведению и моральному суждению, в то время как этика - это рефлективное и критическое исследование принципов, практических критериев и процедур принятия решений, применяющихся при формулировании моральных оценок. Понятие метаэтика касается внеморальных критериев, к которым прибегают, пытаясь оправдать наши моральные принципы или основывающиеся на них решения.

При обсуждении вопросов этики и укрепления здоровья мы не стремимся переносить моральные суждения на область политики, поведения или морального оправдания других, а пытаемся лишь понять, какие принципы, практические критерии и процедуры принятия решений соответствуют выполнению профессиональных обязанностей в области медицинского обслуживания и мероприятиям по укреплению здоровья, в частности. В определенных ситуациях может потребоваться прибегнуть к аспектам метаэтики, в частности к рассмотрению разного рода мнений, которые люди или политические деятели используют для оправдания своей политики или действий. Теологические или идеологические оправдания или аргументы, вытекающие из обязательства или полезности, либо обращения к "естественному праву" или прагматические соображения представляют, однако, больший интерес для академической философии, исследующей вопросы морали, нежели чем для практической или прикладной этики.

Основополагающие этические принципы оказания медицинской помощи сформулированы различными авторитетными людьми и органами и восходят своими корнями к традиции Гиппократа. В наиболее общем виде эти принципы являются принципами благодеяния (или ненанесения вреда), справедливости и уважения других.

Вполне очевидно, что различными культурами и социальными системами создано огромное разнообразие личных ценностей и социальных устоев. Однако имеются достаточно веские логические основания утверждать, что эти три принципы необходимы для обеспечения монолитности любой моральной системы - тем более, что они действительно присущи почти всем известным моральным системам. Эти принципы понимаются и формулируются самыми разнообразными способами в различных человеческих сообществах, и приоритетность, придаваемая одному принципу по отношению к другим, или обеспечение их сбалансированности значительно отличаются от системы к системе.

Более того, ряд других подчиненных моральных принципов может вытекать и вытекает из каждого из этих принципов: благодеяния, справедливости и уважения других. Так, например, принцип благодеяния (действовать во благо, а не во вред) применяется для обозначения нескольких моральных обязательств разного рода - обязанности защищать слабого и уязвимого, обязанности выступать на его стороне и общей обязанности оказывать ему помощь. Принцип справедливости относится не только к наказанию и компенсации ущерба, нанесенного отдельным лицам, или ущерба в связи со злоупотреблением политической властью и общественными ресурсами, но и имеет более фундаментальный характер, охватывая распределительную ответственность или требование универсальной справедливости, т.е. недискриминационного отношения и равных возможностей для отдельных лиц и равенства получаемых результатов для отдельных групп. Уважение других понимается не только как уважение жизни, достоинства и физической целостности личности, но и как уважение независимости и таких прав личности, например, как право на информированность, права на конфиденциальность, а также на адекватную помощь и лечение.

В области медико-санитарной помощи и укрепления здоровья, возможно, особо велика потребность в уделении

внимания соответствующим рефлективным и критическим исследованиям моральных принципов, практических критериев и процедур принятия решений для формулирования объективных и ответственных моральных суждений. Это также именно тот случай, когда больше внимания должно уделяться теоретическому обучению, практической подготовке под наблюдением более опытных кадров и контролю развивающихся навыков, а также установлению доверия в этой области, равно как и в области обучения контрольно-корректирующим навыкам.

Некоторые моральные вопросы общего характера, возникающие в связи с укреплением здоровья

Моральные проблемы или "дилеммы" могут возникнуть в отношении каждого из вышеупомянутых принципов укрепления здоровья. Кто определяет содержание стратегии укрепления здоровья? Государство? Работники здравоохранения? Специалисты по укреплению здоровья? Население? Выделение в особые группы "риска" или "уязвимые" группы идет им на пользу или во вред? Практикует ли государство активную здравоохранительную идеологию или придерживается политики вседозволенности и невмешательства?

Предлагая те или иные "меры в области показателей здоровья", необходимо признать, что факторы заболеваний действительно изучены намного лучше, чем факторы здоровья. Поэтому обосновано ли, с моральной точки зрения, предлагать осуществить крупный сдвиг в подходе, основываясь на ограниченных данных? Как нам избежать осуждения жертв болезней, т.е. дальнейшего изолирования, отторжения и всяческого поношения тех, чей образ жизни или отношение к своему здоровью мы пытаемся изменить? И наоборот, выдвижение на первый план необходимости изменения индивидуального поведения в интересах независимого выбора человеком образа жизни может привести к игнорированию структурных факторов, влияющих на состояние здоровья, и дать возможность государству

произвольно решать, должно оно или нет влиять на осуществление изменений в данном вопросе.

Может ли утверждение "разнообразия дополнительных подходов" действительно работать? Это может хорошо звучать в теории, однако, если укрепление здоровья - это дело всех и каждого, то возникает риск того, что ответственность за него в конечном счете никто не несет. Работники здравоохранения могут отказаться от своей ответственности за укрепление здоровья, ожидая, что кто-то другой будет выполнять эти конкретные обязанности, однако никто этого за них не сделает. Здесь проблема состоит в том, чтобы определить, кто координирует межпрофессиональную и межсекторальную деятельность по укреплению здоровья и как достичь интеграции на практике. На государствах-членах лежит как практическая, так и моральная ответственность за рассмотрение этих проблем и изучение тех моделей, которые успешно показали себя в других местах.

Как достичь "эффективного и конкретного участия населения"? Многие формы "консультаций" могут по самой своей сути восприниматься непрофессионалами как нечто сдерживающее и носящее покровительственный характер. Конъюктурные обзоры могут выявить лишь наиболее низкий общий знаменатель, а не наиболее показательный общий фактор общественного мнения. Что такое "население"? Как можно убедить его принимать активное участие? Резкие, нажимные действия могут сыграть обратную роль в отношении уязвимых и обездоленных групп, у которых отсутствует опыт участия в принятии решений по делам, касающимся их самих, в процессах управления и контроля. Проблема повышения сознательного отношения к здоровью и вопросам здравоохранения сталкивается с теми же проблемами и вызовами, что и развитие коммунальных структур в бедных странах развивающегося мира. Здесь может понадобиться предварительная подготовка в области коммуникаций, развития уверенности в себе, принятия решений и в вопросах управления.

Решающая роль работников здравоохранения в укреплении здоровья населения может быть очевидной в теории, однако трудно достижимой на практике. Традиционное медицинское образование и подготовка, подобно подготовке по другим медицинским профессиям, должны быть переориентированы, и их главной заботой должно быть не лечение и профилактика заболеваний, а укрепление здоровья. Различия в теоретическом осмыслении, определение роли и концепции соответствующих видов вмешательства сводят на нет межпрофессиональное сотрудничество в области первичной медико-санитарной помощи и тем более в области укрепления здоровья. Профессионализм - это то же самое, что и власть и престиж, в то же время задачи просвещения населения и усиления его участия требуют готовности со стороны профессионалов поделиться своей властью, знаниями и навыками с непрофессионалами и даже работать в направлении достижения такого положения, когда их услуги окажутся не нужны. Как мы готовим уже созданные службы здравоохранения и социальной помощи к тому, что успешное развитие участия населения и коммунальная деятельность по вопросам здравоохранения имеют тенденцию создать начальное трение между местными руководителями и лицами, официально назначенными обеспечивать медицинское обслуживание? Как убедить нам тех, кто принимает решения и озабочен критериями снижения затрат и повышения результатов и эффективности, что создание условий, облегчающих жизнь, или обеспечение доступности и приемлемости для населения медицинского обслуживания может быть выгодным как с научной, так и с моральной точек зрения?

Выводы и рекомендации

Национальная стратегия, политика и приоритеты

1. Разработка национальной стратегии является не только практическим идеалом, базирующимся на здоровой административной и научной основе, но и моральным требованием обеспечения принципов (социальной) справедливости, благотворительности и милосердия.

2. Публичные обсуждения и политические переговоры относительно приемлемых масштабов и пределов вмешательства государства в укрепление здоровья и строгая определенность стратегий и приоритетов необходимы в соответствии с принципом уважения других людей, их прав и автономии.

3. Соответствующим образом финансируемые и строго оформленные в научном плане фундаментальные и прикладные научные исследования в области укрепления здоровья необходимы для обеспечения правильного и ответственного использования общественных ресурсов и ведения объективного учета, а также обеспечения подотчетности политических деятелей и сторонников укрепления здоровья.

4. Практика укрепления здоровья должна в целом быть объектом внимательного изучения в свете следующих вопросов.

- Не повлечет ли за собой осуществление этой политики/стратегического плана больше вреда, чем пользы (требование принципа благотворительности)?

- Не повлечет ли за собой осуществление этой политики/стратегического плана дискриминацию лиц, находящихся в худшем положении, или, наоборот, усилит их возможности выбора и контроля в области охраны их собственного здоровья (требование справедливости)?

- Обеспечит ли осуществление этой политики/стратегического плана адекватные условия для консультирования населения/уважения индивидуальных прав (требование принципа уважения других)?

Планирование и экономика здравоохранения

5. Забота об общем благе требует критического рассмотрения доли валового национального продукта, расходуемого не только на медицинскую помощь в целом, но и конкретно на укрепление здоровья.

6. Подобным же образом принципы справедливости и равенства требуют проведения открытых и научно-обоснованных обсуждений по поводу относительных затрат и выгод, как в экономическом, так и в человеческом плане, различных стратегий, влияющих на использование особенностей окружающей среды, обеспечение здоровых производственных условий и безопасности на производстве, а также на производство, сбыт и рекламирование товаров, наносящих ущерб здоровью.

7. На лицах, разрабатывающих политику и претворяющих ее в жизнь, лежит моральное обязательство учитывать воздействие на здоровье общества и отдельных лиц стратегий обеспечения занятости населения и создания необходимых условий для работы и отдыха.

Расширение участия населения

8. Во избежание обвинений в адрес самих жертв болезни или дискриминирования лиц или контингентов населения, находящихся в худшем положении, рассуждения о "передаче полномочий", "передаче знаний и навыков", "поощрении самопомощи" и "участии населения" должны претворяться в жизнь через участие общественности в создании необходимых ресурсов и управлении ими. Это будет включать облегчение доступа к информации, создание различных видов обслуживания, возможности для обучения, вспомогательный персонал и финансирование. Расширение возможностей, не подкрепляемое политическим вкладом, приведет к двойной несправедливости и нарушению основных прав граждан.

9. Теория расширения участия населения предполагает, что местным коммунам необходимо предоставить право самим определять свои первоочередные задачи. Однако по соображениям должного уважения их прав и достоинства и во избежание увековечения зависимости, подлинные переговоры с финансирующими учреждениями или организациями, пропагандирующими укрепление здоровья, могут, в конечном

счете, иметь менее покровительственный характер, нежели охранительное милосердие, которое сначала оставляет страждущих наедине с их недугами, а затем вменяет им в вину неудачный исход действий по оказанию помощи.

10. Передача знаний и навыков требует не только уважительного отношения к собственным знаниям и навыкам клиента, но и признания необходимости глубокой переориентации и переобучения, которые могут потребоваться для самих "экспертов".

Работники здравоохранения/специалисты по укреплению здоровья

11. Профессиональная этика является средством, подчиняющимся цели, а не целью самой по себе.

12. Работникам здравоохранения необходимо самим уяснить, каких ценностей они придерживаются, избегать навязывания своих ценностей другим, избегать дискриминации клиентов и с уважением относиться к правам своих клиентов.

13. Профессиональные обязанности в данной области состоят в следующем: искать новое и пополнять накопленные знания, развивать навыки и наблюдать и оценивать компетентность работающих в этой сфере, контролировать и наказывать тех, кто действует в ущерб клиентам или данной профессии, и поощрять все, что полезно для данной профессии и для общего дела. Все это применимо к специалистам, работающим в области укрепления здоровья.

14. Работники здравоохранения обязаны знать и уважать права клиентов. В тех случаях, когда клиенты не имеют возможностей защитить свои права, в обязанности медицинских работников входят адвокатские функции, а именно защита прав их клиентов и поощрение их автономии. Эти обязанности вытекают как из общей обязанности оказывать помощь, так и из конкретных обязанностей, присущих даваемому ВОЗ определению здравоохранения.

Научные исследования в области укрепления здоровья и этический контроль

15. Одной из главных обязанностей специалистов по укреплению здоровья является участие в проведении надежных научных исследований фундаментального и прикладного характера, исходя из необходимости обеспечения комплесного характера научных данных и, что, возможно, более важно, необходимости доброты и милосердия (то есть творить добро, а не зло своим вмешательством) и справедливости (что требует ответственного распределения и использования ограниченных общественных ресурсов).

16. Как и к другим научным исследованиям, касающимся человека, к научным исследованиям в области укрепления здоровья должны применяться требования "Хельсинкской декларации".

17. Научные работники или специалисты по укреплению здоровья должны быть подотчетны населению (например, в отношении публикации результатов) и должны ответственно подходить к участию населения в обсуждении затрат и выгод, связанных с мероприятиями по укреплению здоровья.

18. Что касается контролирования клинических исследований на людях, то необходимо, чтобы местные и правительственные органы участвовали в рассмотрении и оценке предложений, касающихся проведения научных исследований в области укрепления здоровья или конкретных мероприятий. Здесь желательно применение самых различных средств, включая профессиональный самоконтроль, действия многосторонних отборочных комитетов по наблюдению за процессами на уровне правительства и деятельность местных органов, представляющих население, местных политических деятелей, работников здравоохранения и специалистов по укреплению здоровья. В некоторых областях принятие соответствующих законодательных мер может укрепить полномочия таких

органов по осуществлению контроля за деятельностью, наносящей ущерб отдельным лицам или обществу в целом.

Приложение I

РАБОЧИЕ МАТЕРИАЛЫ И СПРАВОЧНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Glass, K. & Schmidt, W. Law and health promotion. Dresden, Institute for Health Education of the German Hygiene Museum, 1986.

Illsley, R. & Svensson, P.G. The health burden of social inequities. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (document ICP/HSR 801).

Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, Department of Health and Welfare, 1989.

Health promotion: concepts and principles in action: a policy framework. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (unpublished document).

Приложение 2

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Германская Демократическая Республика

Д-р E. Luther
Университет Мартина Лютера, Галле-Виттенберг

Соединенное Королевство

Д-р David Seedhouse
Управление коммунального здравоохранения, Ливерпуль

Д-р Ian Thompson
Шотландская группа санитарного просвещения, Эдинбург
(составитель отчета)

Сомали

Г-н Adan Ali Bulle
Отдел санитарного просвещения, Министерство
здравоохранения, Могадишо

Финляндия

Проф. Jeddi Hasan
Университет Тампере

Д-р Maria Jylha
Университет Тампере

Проф. Lasse Kannas
Университет Ювяскюля

Проф. Simu Kokko
Университет Куопио

Проф. Sirkka Lauri
Университет Куопио

Д-р Kari Pylkkanen
Национальный совет здравоохранения, Хельсинки

Проф. Hannu Valtonen
Университет Куопио

Д-р Tuula Vaskilampi
Университет Ювяскюля

Д-р Harri Vertio
Национальный совет здравоохранения, Хельсинки

Проф. Ilkka Vuori
Институт УКК, Тампере (председатель)

Франция

Проф. M. Manciaux
Лаборатория гигиены и научных исследований в области общественного здравоохранения, Вандевр-ле-Нанси

Наблюдатели

Г-жа Pauline Aarva
Институт УКК, Тампере (секретарь)

Г-жа Tuulikki Juusela
Финский совет санитарного просвещения

Д-р Jukka Laitakari
Институт УКК, Тампере

Г-жа Helka Urponen
Институт УКК, Тампере

Всемирная организация здравоохранения

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ

Г-н Robert Anderson
Консультант, Отдел укрепления здоровья

ШТАБ-КВАРТИРА

Г-н M.S. Dhilon
Санитарное просвещение