

Բժշկական էթիկա

Ուսումնական ձեռնարկը մշակվել է «Զինիշյան» հիշատակի
հիմնադրամի նախաձեռնությամբ և ֆինանսավորմամբ:

Երևան 2025

ՀՏԴ 614.253(07)
ԳՄԴ 51.1+87.75g7
Բ 615

Հեղինակներ՝

**Սուսաննա Հ. Դավթյան
Երվանդ Կ. Հակոբյան
Իզաբել Ե. Աբգարյան
Հովհաննես Ս. Ղազարյան
Մառա Հ. Աբրահամյան**

Գրախոսներ՝

Դիանա Անդրիասյան, Փոխտնօրեն ուսումնական գծով, ՄՀՀ ԱՆ «Ակադեմիկոս Ս.
Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ»

Մարինե Հովհաննիսյան, Հանրային Առողջապահության ֆակուլտետի դեկան, Մխիթար
Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան

Բ 615 Բժշկական էթիկա: Ուսումնական ձեռնարկ կլինիկական օրդինատորների և
բժիշկների համար / Ս. Հ. Դավթյան, Ե. Կ. Հակոբյան, Ի. Ե. Աբգարյան, Հ.
Ս. Ղազարյան Ս. Հ. Աբրահամյան.- Եր.: Հերացի, 2025.- ... էջ:

Այս ուսումնական ձեռնարկը նվիրված է Հայաստանում բժշկական էթիկայի
հիմնահարցերին: Ձեռնարկը ներառում է իր մեջ բժշկական էթիկայի սոցիալ -
փիլիսոփայական վերլուծություն, իրաբավականական հարցերի ներկայացում, բժիշկ -
պացիենտ, բժիշկ - բուժաշխատող և բժիշկ - հասարակություն հարաբերությունների
կանոնները: Երևան, 2024-155 էջ:

Նախատեսված է կլինիկական օրդինատորների, բժիշկ մասնագետների համար:

ՀՏԴ 614.253(07)
ԳՄԴ 51.1+87.75g7

ISBN 978-9939-65-289-4

© Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան, 2025
© «Ջինիշյան» հիշատակի հիմնադրամ 2025

Բժշկական էթիկա

Ուսումնական ձեռնարկ կլինիկական օրդինատորների և բժիշկների համար

Հեղինակային խումբ՝

Սուսաննա Հ. Դավթյան

Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի պրոֆեսոր, փիլիսոփայական գիտությունների դոկտոր, ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի բիոէթիկայի միջազգային ամբիոնի, Հայֆա, հայաստանյան մասնաճյուղի վարիչ
Գլուխներ 1 և 2; Ենթագլուխներ 5.5 և 5.6

Երվանդ Կ. Հակոբյան, բ.գ.թ

ԱԱԻ-ի արյունաբանության և տրասֆուզիոն բժշկության ամբիոնի վարիչ,
Հայկական արյունաբանական ասոցիացիայի նախագահ
Գլուխներ 3, 4; Գլուխ 5, Ենթագլուխներ 5.1; 5.2; 5.4

Իզաբել Ե. Աբգարյան

«Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան» հիմնադրամի ռեկտորի խորհրդական, Բուժաշխատողների մասնագիտական էթիկայի կանոնների խախտումները քննող հանձնաժողովի նախագահ
Գլուխներ 6 և 7

Հովհաննես Ս. Ղազարյան բ.գ.թ.

Նեոնատոլոգ, Սլավմեդ ԲԿ-ի նորածնային ծառայության ղեկավար, Միշել Օդեն Մայր (ՄՈՄ) կենտրոն
Ենթագլուխ 5.3

Սառա Հ. Աբրահամյան

Մանկաբարձ-գինեկոլոգ, Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի թիվ 2 ամբիոնի դասախոս; Վերարտադրողական առողջության պերինատալոգիայի մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի հանրապետական ինստիտուտ, Միշել Օդեն Մայր (ՄՈՄ) կենտրոն
Ենթագլուխ 5.3

Գիտական խմբագիր՝ **Մկրտիչ Գ. Կճանյան**, փիլիսոփայական գիտությունների թեկնածու, դոցենտ
Խմբագիր՝ **Նարինե Ռ. Մարտիրոսյան**

Jinishian Memorial Foundation acknowledges **Dr. Kristen Jones-Bonofiglio, PhD, RN**, Director, Lakehead University Centre for Health Care Ethics/ Unit of the International Chair in Bioethics from Canada for her professional contribution to the manual's development.

Բովանդակություն

ԳԼՈՒԽ 1. ԷԹԻԿԱ, ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԷԹԻԿԱ, ԴԵՈՆՏՈԼՈԳԻԱ, ԲԻՈԷԹԻԿԱ.....	5
Ենթագլուխ 1.1. Ի՞նչ է էթիկան և բժշկական էթիկան.....	5
Ենթագլուխ 1.2. Ի՞նչ է բիոէթիկան և դեոնտոլոգիան	7
Ենթագլուխ 1.3. Բիոէթիկայի և բժշկական էթիկայի հիմունքներ.....	16
Ենթագլուխ 1.4. Խնամքի էթիկա, առաքինության էթիկա.....	18
ԳԼՈՒԽ 2. ՄԱՐԴՈՒ ԱՐԺԱՆԱՊԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒՄ.....	23
Ենթագլուխ 2.1. ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի Բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիրը.....	23
Ենթագլուխ 2.2. Օվիեդոյի կոնվենցիա.....	31
ԳԼՈՒԽ 3. ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՄՇԱԿՈՒՅԹ	33
Ենթագլուխ 3.1. Բժիշկը և պացիենտը	33
Ենթագլուխ 3.2. Բժիշկը և գործընկերները.....	49
Ենթագլուխ 3.3. Բժիշկը և հասարակությունը.....	56
ԳԼՈՒԽ 4. ՓՈՐՁԱՐԿՈՒՄՆԵՐԻ ԷԹԻԿԱԿԱՆ ԱՍՊԵԿՏՆԵՐԸ, ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՐԿՈՒՄՆԵՐԸ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ՄԵՋ	61
ԳԼՈՒԽ 5. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԷԹԻԿԱՅԻ ՀԱՐՑԵՐԻ ԻՐԱՎԻՃԱԿԱՅԻՆ ԴԵՊՔԵՐԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆ.....	72
Ենթագլուխ 5.1. Փոխպատվաստում.....	77
Ենթագլուխ 5.2. Հոգեմետ թերապիայի խնդիրները.....	82
Ենթագլուխ 5.3. Շուրջծննդյան բժշկական էթիկայի հիմունքներ	83
Ենթագլուխ 5.4. Վերարտադրողական բժշկության էթիկական խնդիրները	96
Ենթագլուխ 5.5. Էվթանազիա. միջազգային պրակտիկա	111
Ենթագլուխ 5.6. Ամոքիչ (պալիատիվ) բժշկություն.....	122
ԳԼՈՒԽ 6. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԷԹԻԿԱՅԻ ԿԱՆՈՆՆԵՐԸ ԵՎ ՀՀ ՕՐԵՆՍԴՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	126
Ենթագլուխ 6.1. Մարդու (պացիենտի) իրավունքների և բուժաշխատողների պարտականությունների էթիկական համատեքստը. անձնական և մասնագիտական արժեքներ.....	126
Ենթագլուխ 6.2. Բուժաշխատողների մասնագիտական էթիկայի կանոնները և օրենսդրական կարգավորումները	127
ԳԼՈՒԽ 7. ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԷԹԻԿԱՅԻ ԿԱՆՈՆՆԵՐԻ ԽԱԽՏՈՒՄՆԵՐԸ ՔՆՆՈՂ ԷԹԻԿԱՅԻ ՀԱՆՁՆԱԺՈՂՈՎԸ, ՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱՅԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ.....	152
7.1 Իրավական պատասխանատվությունը	152

ԳԼՈՒԽ 1. ԷԹԻԿԱ, ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԷԹԻԿԱ, ԴԵՈՆՏՈԼՈԳԻԱ, ԲԻՈԷԹԻԿԱ

«Գոյություն ունեցող բոլոր էթիկաների սխալը եղել է այն, որ քննարկվել է մարդու վերաբերմունքը մարդու նկատմամբ, մինչդեռ իրականում պետք էր պարզել, թե ինչպես է մարդը վերաբերվում այն ամենին, ինչն իրեն շրջապատում է:

...Էթիկան անսահման պատասխանատվությունն է այն ամենի հանդեպ, ինչ գոյություն ունի»:

Ալբերտ Շվեյցեր

Ենթագլուխ 1.1. Ի՞նչ է Էթիկան և բժշկական էթիկան

Էթիկան (բարոյագիտություն) փիլիսոփայական գիտակարգ է: Այն կոչում են նաև «գործնական փիլիսոփայություն»: Էթիկան գոյաբանության (օնթոլոգիա) և իմացաբանության (էպիստեմոլոգիա) հետ կազմում է փիլիսոփայության միջուկը: Տերմինն առաջին անգամ օգտագործել են Սոկրատեսը (որի էթիկայի հիմնական սկզբունքը բարեպաշտության ու գիտելիքի միասնությունն է) և Արիստոտելը, որից մեզ հասել են «Էթիկա», «Մեծ էթիկա», «Նիկոմախի էթիկա» և այլ աշխատություններ (մ.թ.ա. 5-րդ դար): Որպես ինքնուրույն գիտություն՝ առանձնացել է 18-րդ դարում: Այդ հարցում մեծ դեր է խաղացել Իմանուիլ Կանտը: Այն ուսմունք է բարոյախոսության, բարոյականության, բարք ու վարքի, նիստուկացի մասին: Այն ուսումնասիրում է, թե ինչն է բարոյապես ճիշտ կամ սխալ, արդար կամ անարդար:¹ Հետագայում այն ստացավ ավելի լայն իմաստ՝ ընդգրկելով էքսիկլոգիան (ուսմունք բարու և չարի մասին) և դեոնոլոգիան (ուսմունք պատշաճի, պարտքի մասին):²

Էթիկան ներկայացնում է սկզբունքներ ու նորմեր, որոնք հուշում են մեզ, թե ինչպես վարվել տվյալ իրավիճակում:

«**Էթիկա**» եզրույթը ներմուծել է Արիստոտելը՝ նշելու բնավորության առանձնահատուկ առաքինությունները. մարդու էթիկական հատկանիշների թվին էր դասում կարեկցանքը, գթասրտությունը, սերը, զսպվածությունը, մեծահոգությունը, խիզախությունը, կամքը: Ըստ Արիստոտելի՝ մարդկային մտավոր ունակությունը կազմված է՝

- բանականությունից (մտածողություն, հիշողություն),
- բնավորությունից (զգացմունքներ, կամք):

Էթիկան առնչվում է մարդկային կյանքի բոլոր կողմերին, քննարկում է բազում **հիմնախնդիրներ** և ունի բազմաթիվ ճյուղեր:

¹ Encyclopedia of Ethics, Edited By Lawrence C. Becker, Charlotte B. Becker, 2 edition, page 2032, 2013, New York, <https://doi.org/10.4324/9780203952948>

² Աստվածատրյան Վ. Ա., Հարությունյան Ա. Մ., Բժշկական էթիկա, Երևան, 1984 թ.: Դավթյան Ս. Հ., Բիոէթիկայի ներածություն, Երևան, 2012 թ.:

Առաջին հիմնախնդիրը բարոյախոսության էության, ծագման, զարգացման օրենքների վերաբերյալ բուն տեսական հարցերն են, լավի և վատի ընտրության վերաբերյալ, որոնցով զբաղվում է **տեսական էթիկան**: Այն ուսմունք է բարոյախոսության հիմնական սկզբունքների, կառուցվածքի, գործառույթների և ազդեցության մեխանիզմների մասին: Կրում է խիստ փիլիսոփայական բնույթ, որի խնդիրն է բարոյագիտական հասկացությունների վերլուծությունը:

Երկրորդ հիմնախնդիրը կապված է վարքագծի նորմերի, սկզբունքների, արժեքների, դրանց ձևավորման, վերլուծության հետ, և դրանով զբաղվում է **նորմատիվ էթիկան**: Նորմատիվ էթիկայի լեզուն արժեքների և նորմերի լեզուն է, որի համար կարևոր է մտքի և սրտի գործունեությունը, այսինքն՝ այս գիտելիքն ընկալվում է ոչ միայն գիտակցությամբ, բանականությամբ, այլև սրտով: Հետևաբար՝ հաճախ կրթություն ունեցող մարդիկ կարող են բարոյական առումով ավելի տգետ վիճակում հայտնվել, և հակառակը: **Նորմատիվ էթիկայի դասական օրինակը «Ոսկե օրենքն» է՝ վարվիր ուրիշի հետ այնպես, ինչպես կուզենայիր, որ քեզ հետ վարվեին**:

Գործնական էթիկայի առավել յուրօրինակ հիմնախնդիրները հանգուցալուծվում են **կիրառական էթիկայի** շրջանակներում: Այն նորմերի և կանոնների ամբողջություն է, որը մարդկանց սովորեցնում է ճիշտ վարվելակերպ կոնկրետ իրավիճակներում, նրանց կենսագործունեության և մասնագիտական գործունեության որոշակի ոլորտներում:

Կիրառական էթիկան միջառարկայական ոլորտ է, որը գործում է սոցիոլոգիայի, հոգեբանության և գիտության այլ բնագավառների էթիկական և ոչ էթիկական հասկացություններով: Այն ներառում է՝

- **բնապահպանական էթիկա** – ուսումնասիրում է մարդու՝ որպես էկոհամակարգի մասի վարքագծի նորմերը,
- **բիոէթիկա** – ուսումնասիրում է մարդու վերաբերմունքը կյանքի և կենդանի աշխարհի հանդեպ,
- **քաղաքացիական գիտակցության էթիկա** – ուսումնասիրում է մարդու՝ որպես քաղաքացու վարքագծի նորմերը,
- **մասնագիտական էթիկա** – ուսումնասիրում է տարբեր ոլորտի մասնագետների վարքագծի կանոնները, նորմերը:

Առավել տարածված մասնագիտական էթիկաների թվին են դասվում բժշկական էթիկան, գիտության էթիկան և այլն:

Էթիկան, ըստ իրացման ձևի և յուրահատկության, լինում է՝

- **գիտական էթիկա** – մարդու ձգտումն է հիմնվել իրականության տեսական իմացության վրա,
- **կրոնական էթիկա** – հիմնվում է Աստծո կողմից սահմանված բարոյական ճշմարտությունների հանդեպ հավատի և հայտնության վրա:³

³ Գենսաէթիկայի ներածություն, Երևան, ԳԱԱ «Գիտություն» հրատարակչություն, 2012 թ

Արևմտյան և արևելյան էթիկա

Հայտնի է, որ Եվրոպան՝ մի կողմից և Արևելքը՝ մյուս կողմից ունեն բացարձակ տարբեր մշակույթներ և արժեհամակարգեր: Հաճախ ասվում է, որ դրանք ձևավորում են բախման եզրին հայտնված երկու տարբեր քաղաքակրթություններ: Օգտակար կլիներ ծանոթանալ այս երկու քաղաքակրթությունների բժշկական էթիկայի էական տարբերություններին:

Մինչ Արևմուտքը ստեղծում էր օրենսգրքեր, վարքականոններ, նորմեր, ուղենիշներ, հոշակագրեր, կոնվենցիաներ, Չինաստանը ավանդաբար կարևորում էր մարդ արարածի առաքինությունը, արժեքային համակարգը: Չինաստանում բժշկական էթիկայի սկզբունքներն էին խղճի, պատվի, ամոթի, հարգանքի զգացումը, ինքնակրթությունը, ինքնազարգացումը, բարեգործությունը, ինչպես նաև վեց տաբուները, ըստ որոնց՝ բժշկական օգնություն կարելի է չցուցաբերել մի քանի հանգամանքներում՝

- մարդկանց, որոնք ցուցաբերում են ամբարտավանություն և անխոհեմություն (չափից դուրս գոռոզ են),
- մարդկանց, որոնք ավելի շատ գնահատում են հարստությունը, քան կյանքը, հոգին,
- մարդկանց, որոնք չեն տարանջատում մարմինը և հոգին,
- մարդկանց, որոնք տառապում են Ինի և Յանի փոխկապակցության թյուրըմբռնումով,
- մարդկանց, որոնք հավատում են կախարդությանը, ոչ թե բժշկությանը և այլն:

Ենթագլուխ 1.2. Ի՞նչ է բիոէթիկան և դեոնտոլոգիան

«Բիոէթիկա» եզրույթը կիրառության մեջ է մտցրել Ֆրից Յահրը (Fritz Jahr) 1927 թվականին գերմանական Kosmos ամսագրում հրատարակած «Բիոէթիկա. կենդանական և բուսական աշխարհի հետ մարդու էթիկական հարաբերությունների տեսություն» («Bioethics. A Review of Man's Ethical Relations with Animals and Plants») խորագրով հոդվածում:⁴

Այդ և այլ հոդվածներում նա քննարկել է կենդանիների և բույսերի հետ մարդու հարաբերությունների, էկոլոգիայի և հարակից այլ ոլորտների հետ առնչվող էթիկական հարցեր: Նա առաջարկներ է ներկայացրել կենդանի էակների կյանքը հարգելու, ինչպես նաև շրջակա միջավայրի կենսաբազմազանության պաշտպանության վերաբերյալ:

Թեև Յահրը իր ապրած ժամանակներում լայն ճանաչում չունեցավ, սակայն նրա ներդրումը բիոէթիկայի զարգացման գործում անգնահատելի է, իսկ նրա գաղափարներն ու հայեցակարգերը շարունակում են մնալ ոլորտի հետազոտողների հետաքրքրության շրջանակներում:⁵

⁴ JAHR European Journal of Bioethics, Number 26, Volume -13, Issues 2, p.p. 241-442, Desember, 2022, Rijeka, Croatia.

⁵ Amir Muzur, Iva Rincic, Van Renselaer Potter and His Place in the History of Bioethics, Zurich, 2019.

Iva Rincic, Amir Mizur, Fritz Jahr and the Emergence of European Bioethics, Zurich, 2019.

Դրանից հետո (1971 թվականին) «Բիոէթիկա» տերմինն առաջարկել է ամերիկացի ուռուցքաբան Վան Ռենսելաեր Փոթերը:⁶ Նա կոչ արեց միավորել հումանիտար գիտությունների ներկայացուցիչների և բնագետների (կենսաբանների և բժիշկների) ջանքերը՝ մարդկանց համար արժանապատիվ կենսապայմաններ ապահովելու նպատակով:

Ըստ Վան Փոթերի՝ «գոյատևման գիտությունը պետք է լինի ոչ միայն գիտություն, այլև նոր իմաստություն, որը կհամատեղի երկու ամենակարևոր և խիստ անհրաժեշտ տարրերը՝ կենսաբանական գիտելիքները և մարդկային համընդհանուր արժեքները»:⁷ Ելնելով դրանից՝ նա առաջարկել է բիոէթիկա տերմինը: Սակայն շատ շուտով տերմինի իմաստը զգալիորեն ընդլայնվում է:

Բիոէթիկան կյանքի փիլիսոփայություն է, գիտելիքների միջառարկայական ոլորտ, ակադեմիական գիտակարգ, որն առաջացել է ի պատասխան մարդաբանական, բարոյագիտական այն խնդիրների, որոնք առաջ են եկել կենսաբժշկագիտության, տեխնիկայի, տեխնոլոգիայի բուռն, աննախադեպ զարգացումով:

Ամերիկյան մասնագետներ Թ. Բիչամպը և Ջ. Չիլդրեսը իրենց «Կենսաբժշկական էթիկայի սկզբունքները» հանրահայտ գրքում առաջ են քաշում չորս սկզբունք և դրանց հիման վրա մշակված մի շարք կանոններ: Նրանց առաջարկած սկզբունքներն են՝

- հիվանդի ինքնիշխանության (ավտոնոմիայի) հանդեպ հարգանքի սկզբունք, որով հիմնավորվում է, մասնավորապես, տեղեկացված (իրազեկված) համաձայնության հայեցակարգը,
- Հիպոկրատի «մի վնասիր» (լատ.՝ *noli nocere*) սկզբունքը, որը պահանջում է բժշկական միջամտության ժամանակ հնարավորինս նվազեցնել հիվանդին պատճառած վնասը,
- «գործիր բարիք» (լատ.՝ *sac bonum*), որն ընդգծում է հիվանդի վիճակի բարելավման նպատակով դրական քայլեր ձեռնարկելու բժշկի պարտականությունը,
- արդարության սկզբունքը, որը մատնանշում է ինչպես հիվանդի նկատմամբ արդար և հավասար վերաբերմունքի, այնպես էլ առողջապահական համակարգում ռեսուրսների (որոնք համարյա միշտ սահմանափակ են) արդար բաշխման անհրաժեշտությունը:
- Այժմ հաճախ նշվում է հինգերորդ սկզբունքը՝ հավատարմության սկզբունքը: Հավատարմությունն ընդգծում է վստահելի գործելու և վստահություն հաստատելու և պահպանելու անհրաժեշտությունը⁸:

Բիոէթիկայի ընթացակարգային կանոնները նույնպես չորսն են՝

- կամավոր տեղեկացված (իրազեկված) համաձայնություն,
- ճշմարտացիություն, արդարամտություն,
- գաղտնիություն (կոնֆիդենցիալություն),

⁶ Potter V. R. Biorthics, Bridge to the Future, Englwood Cliffs, Prentice-Hall, inc, 1971.

⁷ Сычев Андрей Анатольевич, «Этика выживания и этика успеха», изд. «Теоретический поиск», М. 2016, стр. 77.

⁸ <https://www.atrainceu.com/content/3-principles-healthcare-ethics#:~:text=The%20Principle%20of%20Fidelity,Beauchamp%20%26%20Childress%2C%202013>).

- մասնավոր կյանքի անձեռնմխելիություն:⁹

Միասնաբար դրանք կազմում են էթիկական «կողմնորոշիչները», որոնք նկարագրում են հիվանդի՝ որպես անձի հանդեպ վերաբերմունքը:

Բիոէթիկայի հիմնական խնդիրն է նպաստել բարոյական հարցերի վերաբերյալ տարբեր մոտեցումների բացահայտմանն ու դրանց կիրառմանը:¹⁰ Այն հաճախ մեզ սովորեցնում է խոնարհվել կյանքի զարմանահրաշ երևույթի առջև:

Ակներև է, որ հիմնահարցերի այն փունջը, որ միավորված է «բիոէթիկա» հասկացության մեջ, անհամեմատ ավելի լայն է: Բիոէթիկան իր մեջ ներառում է ոչ միայն կենսաբանության, այլև Բժշկության, իրավագիտության, փիլիսոփայության, աստվածաբանության և հումանիտար այլ գիտությունների հրատապ հարցեր:¹¹

Ավելի քան երբևէ, այսօր մեծ նշանակություն պետք է ձեռք բերի այն, ինչը կոչվում է հոգի, խիղճ, պարտք ու պատասխանատվություն, այն, ինչը միավորվում է նաև հումանիզմ հասկացության մեջ:

Թե՛ բժիշկներն ու կենսաբանները, թե՛ իրավագետները, փիլիսոփաներն ու աստվածաբանները դիմում են իմաստասիրության հին և նոր դասականներին (Կոնֆուցիոս, Նեոու, Նարեկացի, Պլատոն, Կանտ, Հեգել, Շվեյցեր, և ուրիշներ)՝ իրենց էթիկական մոտեցումներն ու սկզբունքները հիմնավորելու, ինչպես նաև բիոէթիկական կրթության և գիտելիքների կարևորությունը շեշտելու համար:

Բժշկական էթիկան իր ծավալով և բովանդակությամբ ավելի լայն է, քան բժշկական դեոնտոլոգիան: Վերջինս՝ բժշկի մասնագիտության, նրա պարտքի, պատասխանատվության և վարվեցողության կանոնների մասին է:

Բիոէթիկան ամենևին չի ժխտում համամարդկային էթիկայի նորմերն ու սկզբունքները, ընդհակառակը, հենվելով բժշկական էթիկայի ու դեոնտոլոգիայի նվաճումների վրա՝ որակապես նոր մակարդակի վրա է բարձրացնում մարդու հիմնարար իրավունքների, այդ թվում՝ համարժեք բժշկական օգնություն ստանալու իրավունքի կարևորագույն խնդիրը:

Բիոէթիկան մեզ սովորեցնում է խոնարհվել կյանքի՝ այդ զարմանահրաշ երևույթի առջև, սուրբ երկյուղածության զգացումով վերաբերվել նրա բոլոր դրսևորումներին: 20-րդ դարի սկզբին հայտնի բժիշկ, երգեհոնահար և փիլիսոփա Ա. Շվեյցերը իր «Մշակույթ և էթիկա» աշխատության մեջ բնությունը դիտել է ոչ թե նրա զուտ օգտապաշտության, այլ բնություն-հասարակություն փոխադարձ օրգանական միասնության մեջ:

Մարդ պետք է գիտակցի, որ ինքը և հասարակությունը բնության մի մասն են: Եվ որ մարդը պատկանում է բնությանը ճիշտ այնպես, ինչպես բնությունը պատկանում է մարդուն: Բնությունը ոչ թե մարդուն թշնամի, կործանարար ուժ է, այլ մարդու դաշնակիցը, նրա

⁹ Beauchamp, Tom L., and James F. Childres. Principles of Biomedical Ethics, 7th edition, New York / Oxford, Oxford University Press, 2013.

¹⁰ Medical Ethics Manual, World Medical Ethics Association, 2005.

¹¹ Դավթյան Ս. Հ., Բիոէթիկայի ներածություն, Երևան, 2012:

կյանքի աղբյուրը: Հետևաբար՝ բնության հանդեպ մարդու վերաբերմունքը ևս մտնում է բարոյական հարաբերությունների ոլորտի մեջ:

Բիոէթիկայի խնդիրներից շատերը սերտորեն կապված են արդի բժշկության տեխնոլոգիական վերազինման, բժշկակլինիկական պրակտիկայում տեղի ունեցող արմատական տեղաշարժերի հետ, որոնք իրենց արտահայտությունը գտել են գենային ինժեներիայի, օրգանների փոխպատվաստման և այլ բնագավառներում հաջողությունների մեջ, որոնք առաջին պլան են մղել էթիկական հիմնահարցերը:

Դրանք ծառայում են ոչ միայն բժիշկների, այլև հիվանդների, նրանց հարազատների, բժշկական անձնակազմի, ողջ հասարակության առջև. արդյոք թույլատրելի՞ է էվթանազիան, էվթանազիան գթասրտություն է, թե՞ մարդասպանություն, ո՞ր պահից պետք է համարել, որ մարդը մահացել է, ո՞ր պահից սաղմը կարելի է համարել կենդանի էակ, արդյոք թույլատրելի՞ են արտոբյուրերը, թե՞ դրանք կենդանի էակների յուրօրինակ սպանություն են, հետազոտական և բուժական նպատակներով թույլատրելի՞ է սաղմնային ցողունային բջիջների օգտագործումը, արդյունավետ կենսապահպանողական տեխնոլոգիաների միջոցով որբա՞ն է հարկավոր պահպանել հիվանդի կյանքը, մասնավորապես՝ եթե նրա գիտակցությունն անդառնալի կորած է և այլն, և այլն: Արանք հարցեր են, որոնք հետաքրքրում են ոչ միայն բժիշկներին, այլև հասարակության ամենատարբեր շերտերին:

1978 թ. հրատարակվում է «Բիոէթիկայի հանրագիտարանը»: Գործում են բիոէթիկայի հետազոտական կենտրոններ, որտեղ բժիշկներն ու կենսաբանները համագործակցում են փիլիսոփաների, աստվածաբանների, սոցիոլոգների, բարոյագետների, իրավաբանների և հումանիտար այլ մասնագետների հետ:

Բիոէթիկան հետևողականորեն պաշտպանում է հիպոկրատյան «մի վնասիր» սկզբունքը, որի կարևորությունը այսօր էլ ակնառու է: Նա պաշտպանում է նաև արդարության և ճշմարտացիության սկզբունքները: Դրա հետ մեկտեղ բիոէթիկան շեշտում է այն միտքը, որ մարդու առողջությունը անմիջականորեն կախված է նաև արտաքին միջավայրից, մեզ շրջապատող աշխարհի որակական ցուցանիշներից:

Արդի բժշկության հնարավորությունները սերտորեն կապված են ոչ միայն բուժման նոր մեթոդների և տեխնոլոգիաների, այլև կյանքի համակարգային կառավարման հրատապ խնդիրների հետ: Ինչ-որ իմաստով դրանք հակասության մեջ են մտնում մեզանում գործող կարծրատիպերի հետ:

Հենց այդ հակասությունը հաղթահարելու պահանջն է կյանքի կոչել բիոէթիկան՝ որպես մարդու կյանքն ու մահը կառավարելու թույլատրելի սահմանների մասին գիտելիքների ամբողջական համակարգ: Դրանք պահանջում են կատարելագործել բարոյաիրավական կարգավորման նոր մեխանիզմները՝ հիմնված նոր օրենսդրության վրա:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության տվյալներով՝ արևմտյան բոլոր երկրների կրթական համակարգերում տեղ է գտել բիոէթիկայի դասընթացը, մշակվել են բիոէթիկական կրթության ժամանակակից չափորոշիչները: ԱՊՀ երկրների մեջ

Ռուսաստանի Դաշնությունն առաջինն էր, որ բժշկական բուիերի ծրագրում ընդգրկեց «Բիոէթիկա» առարկան (1995):

Հայաստանում բիոէթիկայի կայացումն ընթանում է տարբեր ուղղություններով: Նախ և առաջ կարևորվում են կենսաբժշկական հետազոտությունների օրենսդրական կարգավորման հիմնահարցերը: Իրավական հիմնահարցեր են առաջանում նաև փոխպատվաստաբանության (տրանսպլանտոլոգիայի), մահվան պահի որոշման, անհուսալի հիվանդների կենսապահպանման, բուժման և այլ ոլորտներում:

ՀՀ-ում բիոէթիկայի գաղափարները հասարակական գիտակցության մեջ ներարկելու առաջին փորձը իրականացրել է Երևանի պետական բժշկական համալսարանը (ԵՊԲՀ): 1999 թվականին ԵՊԲՀ ռեկտոր, ակադեմիկոս Վ. Պ. Հակոբյանի առաջարկով և հանձնարարությամբ, փիլիսոփայական գիտությունների դոկտոր Ս. Հ. Դավթյանը կազմել է առարկայի դասավանդման պլան և ծրագիր, իսկ 2000 թվականից այն սկսել է դասավանդել բժշկական համալսարանի բոլոր ֆակուլտետների հայալեզու, ռուսալեզու և անգլիալեզու ուսանողներին, օրդինատորներին, ասպիրանտ-հայցորդներին: 2009 թվականին լույս է տեսնում Ս. Հ. Դավթյանի (մայրենի լեզվով՝ առաջին) «Բիոէթիկա» դասագիրքը, որը ՀՀ Կրթության և գիտության նախարարությունը (ԿԳՆ) երաշխավորում է որպես դասագիրք բժշկական բուիերի ուսանողների համար: 2012 թվականին լույս են տեսնում ռուսալեզու և անգլիալեզու ուսանողների համար գրված «Биоэтика» և «Bioethics» ուսումնական ձեռնարկները, ինչպես նաև «Բիոէթիկայի ներածություն» մենագրությունը ինչպես նաև միջազգային պարբերականներում հրատարակված հոդվածներ:¹²

Երկրորդը բիոէթիկայի հարցերին ուշադրություն դարձրեց Գիտությունների ազգային ակադեմիայի (ԳԱԱ) Մոլեկուլյար կենսաբանության ինստիտուտը՝ հրատարակելով «Կենսաէթիկայի ներածություն» աշխատությունը՝ Լյուդմիլա Ներսեսովայի և այլոց հեղինակությամբ:¹³

Երրորդը բիոէթիկայի հիմնահարցերին անդրադարձան Էջմիածնի Գևորգյան ճեմարանի աստվածաբանները:¹⁴

Չորրորդը բիոէթիկայի հարցերին անդրադարձավ Հայ-ռուսական (սլավոնական) համալսարանը՝ պրոֆեսոր Արթուր Ղամբարյանի գլխավորությամբ:¹⁵

Բիոէթիկան ավանդական մասնագիտական բժշկական էթիկայի ժամանակակից ձևն է, որտեղ մարդկային հարաբերությունների կարգավորումը ենթարկվում է մարդկային տեսակի պահպանման գերագույն խնդրին:

*Իմ չլինելուց ես չեմ վախենում, ես չեմ վախենում իմ բաժին մահից,
Սակայն ծնկներս դողում են անվերջ, մեր հոգնահանճար, բայց խեղճ ու անճար,
Այս մոլորակի անվախճանության վախճանի ահից:
Յ. Սահյան*

¹² Ս. Հ. Դավթյան, Բիոէթիկա, դասագիրք, Երևան, 2009: Ս. Ա. Դավթյան, Биоэтика, учебное пособие, Ереван, 2013. Ս. Ա. Davtyan, Bioethics handout, Yerevan, 2013. Ս. Հ. Դավթյան, Բիոէթիկայի ներածություն, Երևան, 2012:

¹³ «Կենսաէթիկայի ներածություն», Երևան, 2012:

¹⁴ Կենսաէթիկայի հիմունքների ուսումնաստանողական ձեռնարկ, Մայր Աթոռ Սբ Էջմիածնի հրատարակչություն, 2015:

¹⁵ Կենսաբժշկության բարոյաիրավական հիմնախնդիրները (ժողովածու, հանրապետական գիտական կոնֆերանսի նյութեր), Երևան, 2017:

Սա ինքնին անմիջական կապ ունի էթիկայի հետ: Նույնիսկ նատուրալիստական մատերիալիզմի ներկայացուցիչները չեն կարողանում դա հերքել: Այսպես, օրինակ, Ջ. Ֆրոյդը պնդում էր, որ մշակույթի բոլոր նվաճումները և այդ շարքում առաջին հերթին բարոյական նորմերն առաջ են եկել, որպեսզի մարդուն պաշտպանեն բնության ճնշող գերազդեցությունից:

Բնությունից մարդը ստացել է հակումներ, ձգտումներ, սեռական ցանկություններ, սպանելու, տիրելու, իշխելու, շահագործելու մղումներ, որոնք սառը, դաժան կերպով կործանում են նրան: Հենց այն պատճառով, որ բնության կողմից մարդուն նման վտանգ է սպառնում, մարդիկ համախմբվել և ստեղծել են մշակույթ, որը պետք է մարդու հասարակական կյանքը դարձնի հնարավոր: Այսինքն՝ բարոյականն ի սկզբանե մարդու համար հանդես է եկել որպես իր տեսակը պաշտպանելու յուրօրինակ սոցիոմշակութային մեխանիզմ, որի գործառնությունն ապահովել է մարդկային քաղաքակրթության առաջընթացը:

Այսօր բարոյականը հարկադրված է դառնալ և դառնում է հակառակ ազդեցությունների պաշտպանը, այսինքն՝ պաշտպանում է մարդու բնական, կենսաբանական հիմքերը մշակույթի գերիզուր ազդեցությունից, իսկ **բիոէթիկա եզրույթը առաջ է եկել այն պահանջից, որ մարդկությունն ուզում է իրեն պաշտպանել գիտության աննախադեպ զարգացման անկանխատեսելի հետևանքներից:**

Վերլուծելով բժշկական էթիկայի բովանդակությունը Հիպոկրատի երդումից մինչև Բժիշկների համաշխարհային ընկերակցության բժշկական էթիկայի սկզբունքները՝ դժվար չէ նկատել, որ բժշկական բարոյագիտություն հասկացության բովանդակությունը ենթարկվել է որոշակի փոփոխությունների:

Առաջին. ընդարձակվել է այն կառույցների կամ անձանց թիվը, որոնց հետ փոխհարաբերությունները բարոյական կարգավորման կարիք ունեն (սպասարկող բուժանձնակազմ, հասարակություն և այլն):

Երկրորդ. որակապես այլ կերպ են սահմանվում և հասկացվում բժշկի պարտականությունները, և դրանք դարերից եկող «Օգնիր և մի վնասիր» բանաձևով դժվար է, եթե ոչ՝ անհնար է արտահայտել:

Երրորդ. ինչպես նախկինում, այնպես էլ այսօր, բժշկի գործունեությունն ամբողջությամբ պետք է ծառայի հիվանդի բարօրության ապահովմանը, ընդ որում՝ այսօր արդարացիորեն նշվում է, որ ոչ միայն բժիշկը, այլև ինքը՝ հիվանդը, իրավունք ունի որոշելու այդ հասկացության իմաստն ու բովանդակությունը:

Այդպիսի հակապատերնալիստական միտումները պայմանավորված են մի շարք տնտեսական, նյութական գործոններով.

ա. Ժամանակակից բժշկությունը, ինչպես տեսական, այնպես էլ պրակտիկ, գործիքային առումով դարձել է ավելի բարդ, քան առաջ: Դա հաժախ հանգեցրել է բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների յուրօրինակ դիմազրկմանը:

Նեղ մասնագիտացումը, ինչպես նաև համապատասխան բժշկական հիմնարկների աննախադեպ մեծացումը (հիվանդանոցներ) ավելի է խորացրել այդ հարաբերությունների դիմագրկման գործընթացը:

բ. Զգալիորեն աճել են յատրոգեն հիվանդությունները. այն հիվանդությունները, որոնց պատճառը բժիշկն է, նրա անուշադիր վերաբերմունքը, անզգույշ արտահայտվելը և այլն: Այսօր մարդկանց մի զգալի մասը երբեմն գերադասում է դիմել ժողովրդական բժիշկների, հեքիմների և ոչ «պրոֆեսիոնալ» բժիշկների:

գ. Ակնհայտ է դարձել այն պարադոքսը, երբ հիվանդն իր իմացության մակարդակով կարող է որոշ դեպքերում մրցել անգամ բժշկի հետ...

Պատերնալիստորեն տրամադրված որոշ բժիշկներ պնդում են, որ պացիենտներից շատերը գերադասում են երջանիկ անտեղյակությունը, չեն ուզում իմանալ ճշմարտությունը, վատ լուրը իրենց հիվանդության մասին, քանի որ այդ տեղեկությունը նրանց պարզապես կտապալի, կառաջացնի հոգեկան ընկճվածություն, հուսահատություն, նույնիսկ կհանգեցնի ինքնասպանության:

Որոշ հետազոտողներ էլ եկել ենք այն համոզման, որ մարդկանց մի որոշակի մասը գերադասում է իմանալ ճշմարտությունը: Իրենց անբուժելի հիվանդության մասին տեղեկացված պացիենտներ կան, որոնք, կամքի մեծ ուժ դրսևորելով, ձգտում են գիտակցությունից դուրս մղել ստացված տեղեկությունը և շարունակել ապրել:

Ընդունելով, որ պացիենտի իրավունքն է իմանալ ճշմարտությունը ճիշտ այնպես, ինչպես բժշկի պարտականությունն է ասել ողջ ճշմարտությունը, այդուհանդերձ, բժիշկն իրավունք ունի որոշ դեպքերում դիմել ստի օգնությանը: Մասնավորապես այն դեպքերում, երբ հայտնի է, որ պացիենտը պարզապես չի ուզում իմանալ ճշմարտությունը, կամ երբ ակնհայտ է, որ այդ ճշմարտությունը պացիենտին կբերի միմիայն լուրջ վնասներ:

Այնպես որ մեխանիկորեն կրկնօրինակել զարգացած երկրներից ներմուծված սկզբունքը (բժշկի պարտականությունն է իրազեկել և պացիենտի իրավունքն է իմանալ ճշմարտությունը) և հաշվի չառնել մարդու (ազգի) հոգեկերտվածքը, սոցիալ-դեմոգրաֆական տվյալները, ֆինանսական- տնտեսական իրադրությունը... մեղմ ասած՝ արդյունազոր չի լինի, կհանգեցնի անուղղելի սխալների:

Ըստ Կանտի՝ մարդ անհատը (տվյալ դեպքում՝ բժիշկը) սուտ խոսելու իրավունք չունի, քանի որ դրանով խախտվում է անձի ամբողջականությունը: Այո, բժիշկը նախ և առաջ հոգեբան պետք է լինի, ունենա նրբազգացություն, հեռատեսություն, որ կարողանա հստակ տեսնել տվյալ հիվանդի հոգեբանական տիպը, վատ լուր ստանալու դեպքում նա կձգտի դեպի կյանք, թե՛ մահ (դեպի Թանատո՞ս, թե՛ Էրոս): Ըստ այդմ՝ բժիշկը կկողմնորոշվի՝ պե՞տք է հիվանդին ասել ողջ ճշմարտությունը, թե՛ ոչ: Պակաս կարևոր չէ նաև ասելու ձևը կամ եղանակը, որը պետք է բարոյապես արդարացված լինի: Հաճախ պրակտիկայում լարվածություն է առաջացնում ոչ այնքան բուն ճշմարտության մատուցումը, որքան դրա իրականացման ձևը, ոճը:

Եթե բժշկական էթիկան քննում է միայն բժշկական պրակտիկայի հետ առնչվող բարոյական խնդիրները, ապա **բիոէթիկան**՝ կենսաբժշկական գիտությունների բուն զարգացման հետևանքների հետ առնչվող բարոյական խնդիրները:

Բժշկության՝ որպես մասնագիտության **առանձնահատկությունն** այն է, որ նրա հիմքում ընկած են բժշկի ու հիվանդի փոխհարաբերությունները, փոխադարձ վստահությունը և այլն: Հենց այս ամենն էլ սկզբնավորել են բժշկի վարվեցողության կանոններն ու նորմերը՝ **բժշկական էթիկան:**

Բժշկության հիմնական արժեքներն են.

- **Կարեկցանք** – մեկ այլ անձի դժվարությունների ըմբռնում և այդ դժվարությունների համար մտահոգություն.

Հիվանդն ավելի մեծ օգուտ է ստանում, երբ զգում է, որ բժիշկն ընկալում, հասկանում է իր մտահոգությունները, բուժում է ոչ միայն մարմինը, այլ նախ և առաջ հոգին:

- **Ինքնուրույնություն** – բժշկության ամենափոփոխվող արժեքն է.

ԶջջԲժիշկները բարձր են գնահատում իրենց ինքնուրույնությունը, սակայն հիվանդը պետք է կայացնի իր կյանքի համար կարևոր որոշումները:

- **Խորագիտություն**

Բժիշկը պարտավոր է լինել իր գործի հմուտ վարպետ, բարձրակարգ մասնագետ: Մասնագիտական խոր գիտելիքների պակասի հետևանքով հիվանդը կարող է մահանալ կամ հաշմանդամ դառնալ (իզուր չէ ասված՝ բժշկի սխալը ծածկում է հողը):

Բժիշկները պարտադիր ստանում են համապատասխան մասնագիտական կրթություն, կարելի է ասել՝ ամենատևականը բոլոր մասնագիտությունների մեջ: Ավելին, ներկայումս բժշկության զարգացման շատ արագ տեմպի պատճառով նրանք նաև ստիպված են մշտապես խորացնել և թարմացնել իրենց գիտելիքները:

Պատահական չէ, որ 1967 թ. Փարիզում միջազգային դեոնտոլոգիական կոնգրեսը Հիպոկրատի երդման տեքստում ընդամենը մեկ լրացում արեց. **«Երդվում եմ ամբողջ կյանքում սովորել»:**

Եվ իրոք, գիտելիքը, եթե պարբերաբար չի՝ լրացվում, չի՝ ճշգրտվում, չի՝ բազմապատկվում, ապա սկսում է հետ մնալ արդի գիտության զարգացման պահանջներից: Բուժաշխատողները պարտավոր են ոչ միայն ունենալ տեսական գիտելիք և պրակտիկ հմտություններ, անընդհատ հարստացնել իրենց գիտելիքները, այլև ունենալ և պատրաստական լինել հարստացնելու նաև իրենց էթիկական գիտելիքները, քանի որ վերջիններս անընդհատ ձևափոխվում են:

Բժշկական էթիկա հասկացության հետ անմիջականորեն կապված է և նրա բաղկացուցիչ մաս է կազմում **բժշկական դեոնտոլոգիան:** Դեոնտոլոգիան ենթադրում է հիմնավորված կանոնների որոնում և բացահայտում, որոնք կարող են ռացիոնալ հիմք ծառայել ճիշտ և սխալ ընտրությունների միջև բարոյական որոշումներ կայացնելու համար: Բժշկական էթիկան ու դեոնտոլոգիան, միասին վերցրած, պետք է դիտել որպես բուժաշխատողների վարվեցողության կանոնների ու սկզբունքների, պարտականությունների մի ամբողջություն, որի ընդհանուր նպատակն է **մարդկանց բուժման** ու

հիվանդությունների կանխարգելման գործում առավել մեծ արդյունավետության ձեռքբերումը:

Բժշկի մասնագիտությունը մարդու առողջության, կյանքի նկատմամբ ունեցած պատասխանատվության չափանիշով անհնար է համեմատել այլ մասնագիտության հետ: Բժշկական պրակտիկայում դեռնատոլոգիական սկզբունքների կենսագործման առաջնակարգ տեղը պատկանում է բժշկին:¹⁶

Հիվանդի հետ հենց առաջին հանդիպումից սկսած՝ բժիշկը պարտավոր է բոլոր ուժերով, գիտելիքներով, մարդկայնությամբ պահպանել հիվանդի հոգեկան ուժերը և էներգիան, դրսևորել զսպվածություն և զգուշություն, որպեսզի չվնասի հիվանդի արժանապատվությունը: Բուժական բարձր արդյունքներ են ստանում նրանք, ովքեր ժամանակը չեն ափսոսում հիվանդի հետ զրուցելու համար, ինչը մասնագիտական կարևոր պահանջ է:¹⁷

Բժշկական էթիկան կիրառական էթիկայի մաս է, որն ուսումնասիրում է բժշկի և գործընկերների, բժշկի և հիվանդների միջև փոխգործակցության կանոններն ու նորմերը: Ենթադրվում է, որ բժշկական էթիկայի հիմունքները ձևակերպել է Հիպոկրատը 2500 տարի առաջ:

Բժշկական դեռնատոլոգիան բուժաշխատողների պատշաճ վարքի մասին ուսմուքն է, որի նպատակն է հիվանդի վերականգնման համար առավել բարենպաստ պայմաններ ստեղծելը:

1944 թվականին վիրաբույժ Ն. Ն. Պետրովը «բժշկական էթիկա» տերմինը փոխարինելու համար ռուսական տերմինների ցանկ ներմուծեց «բժշկական դեռնատոլոգիա» հասկացությունը (հունարեն՝ *δέον*-պատշաճ, *λόγος*-ուսուցում)՝ իր սկզբունքները տարածելով բուժքույրերի գործունեության վրա:

Այսպիսով, դեռնատոլոգիայի հիմքը բժշկական էթիկան է, իսկ դեռնատոլոգիան վերաբերում է բժշկական անձնակազմի գործողություններին, այսինքն՝ բժշկական էթիկայի գործնական կիրառմանը:

Դեռնատոլոգիայի ուսումնասիրման առարկան առավել ծավալուն է, քանի որ այն, բարոյականության ուսումնասիրման հետ մեկտեղ, զբաղվում է բժշկի և վարչակազմի, հիվանդների և նրանց հարազատների, այլ բժիշկների և բուժաշխատողների հետ փոխհարաբերությունների կարգավորմամբ:

Բժշկական դեռնատոլոգիան իր մեջ ներառում է՝

- բժշկական գաղտնիության խնդիրներ,
- հիվանդների կյանքի և առողջության պատասխանատվության միջոցների կիրառում,
- բժշկական հարաբերությունների խնդիրներ,
- խնդիրներ հիվանդների և նրանց հարազատների հետ շփվելիս:

¹⁶ Աստվածատրյան Վ. Ա., Հարությունյան Ա. Մ., Բժշկական էթիկա, Երևան, 1984:

¹⁷ Գրիգորյան Ռ. Ա., Վարդազարյան Ն. Դ., Բժշկական դեռնատոլոգիա, Երևան, 1988:

Ենթագլուխ 1.3. Բիոէթիկայի և բժշկական էթիկայի հիմունքներ

«Մարդկությունը կարիք ունի կենսաբանության և մարդասիրական գիտելիքի միավորման, որից ակնկալվում է կռել գոյատևման մասին գիտություն և դրա օգնությամբ սահմանել գերակայությունների համակարգ»:
Վ. Ռ. Պոթեր

Բիոէթիկայի իրավական պատմությունը սկսվում է 1947 թ.: «Իրազեկված համաձայնության» (Voluntary informed consent) ձևավորման պատմությունը սերտորեն կապված է նացիստական բժիշկների դատապարտման համար ստեղծված միջազգային ռազմական դատարանի (տրիբունալի) հետ, որը հայտնի է որպես Նյուրնբերգյան դատավարություն:

Լսումների ժամանակ անհրաժեշտություն առաջացավ առանձնացնել նացիստական Գերմանիայի բժիշկների գործունեության գնահատման համար հատուկ դատական վարույթ: Դատապարտվածների նստարանին էին 23 բժիշկներ՝ Ադոլֆ Հիտլերի անձնական բժշկի՝ դոկտոր Բրանդտի գլխավորությամբ, որը վերահսկում էր բժշկական այն կենտրոնները, որտեղ բուժանձնակազմը վերապատրաստվում էր մահվան ճամբարներում աշխատելու համար: Դատարանի աշխատանքի արդյունքը Նյուրնբերգյան օրենսգիրքն էր (Nuremberg Code 1947): Թվարկենք օրենսգրքի «իրազեկված համաձայնության» (VIC) սկզբունքները.

- Գիտափորձը պետք է լինի ի շահ մարդկության, իսկ դրա արդյունքները հնարավոր չէ ստանալ այլ մեթոդներով:
- Գիտափորձը պետք է հիմնված լինի կենդանիների վրա կատարված նախորդ ուսումնասիրությունների վրա:
- Պետք է խուսափել հետազոտության մասնակիցներին ֆիզիկական, հոգեկան տառապանքներ և վնասվածքներ պատճառելուց:
- Գիտափորձը չպետք է հանգեցնի մահվան կամ հաշմանդամության:
- Պետք է հստակ հասկանալ ու հասկանալի, պարզ լեզվով բացատրել ռիսկերն ու օգուտները:
- Մարդկանց մասնակցությամբ գիտափորձերը պետք է իրականացվեն միայն գիտական բարձր որակավորում ունեցող անձնակազմի կողմից:
- Գիտափորձի մասնակիցներն իրավունք ունեն դադարեցնել իրենց մասնակցությունը:
- Փորձի ընթացքում դրա անցկացման համար պատասխանատու բժիշկը պետք է պատրաստ լինի դադարեցնել այն ցանկացած փուլում, եթե փորձի շարունակությունը կարող է հանգեցնել վնասվածքի, հաշմանդամության կամ մահվան:¹⁸

Նյուրնբերգի օրենսգիրքը (վարքականոնը, կոդեքսը) իր ազդեցությունն ունեցավ հետագա մի շարք միջազգային փաստաթղթերի ձևավորման վրա (այդ թվում՝ ա. Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագրի՝ ընդունված Միավորված ազգերի

¹⁸ BRITISH MEDICAL JOURNAL No 7070 Volume 313. Page 1448, 7 December, 1996.
https://media.tghn.org/medialibrary/2011/04/BMJ_No_7070_Volume_313_The_Nuremberg_Code.pdf

կազմակերպության (ՄԱԿ) կողմից 1948 թ.¹⁹, թ. 1947 թ. սեպտեմբերի 17-ին ստեղծված Բժիշկների համաշխարհային ընկերակցության (ԲՀԸ) էթիկայի կանոնագրքի վրա (մի փաստաթուղթ, որը ներառում է Նյուրնբերգի օրենսգրքի հիմնական դրույթները) և այլն):

Հարկ է նշել, որ ԲՀԸ-ն ակտիվ գործունեություն է ծավալում էթիկական նորմերի, սկզբունքների մշակման, տարածման գործում: Էթիկական առաջին փաստաթղթերից է Հելսինկյան հռչակագիրը (1964 թ.), Ժնևի կոնվենցիան (1949 թ.)²⁰ և Բժշկական էթիկայի միջազգային օրենսգիրքը (1983 թ.):

Հելսինկյան հռչակագրի հիմնադրույթները.

Բոլոր գիտափորձերը բաժանվում են 2 խմբի՝

- կլինիկական կամ բուժական բնույթի հետազոտություններ, որոնք իրականացվում են ի շահ հիվանդի,
- հետազոտություններ, որոնք իրականացվում են ֆինանսավորող հանրահայտ կամ նշանավոր հիմնադրամների կողմից, որից հետո պարտադիր կերպով կատարվում է գիտական փորձաքննություն՝ մինչև դրամաշնորհի հատկացումը:

Բարոյական պահանջ.

- Փորձարկվողը չպետք է ունենա անձնական կախվածություն փորձարկողից:
- Չպետք է ընտրել կամավորներ զինծառայողներից, ուսանողներից, բանտարկյալներից:
- Բոլոր հետազոտությունները պետք է գիտականորեն հիմնավորված լինեն և հիմնված լինեն կենդանիների վրա նախկինում կատարված փորձերի վրա:
- Գիտափորձերի անցկացման նպատակները և մեթոդները պետք է հաստատված լինեն էթիկայի կոմիտեի կողմից:
- Գիտափորձից հրաժարվելը չպետք է հանգեցնի բժիշկ - պացիենտ հարաբերությունների վատթարացմանը:

Այսօր Հելսինկյան հռչակագիրը, որը ենթարկվել է բազում լրամշակումների, ողջ աշխարհում իրականացվող կենսաբժշկական հետազոտությունների մոնիտորինգի և վերահսկման հիմք է, ուստի մանրամասն քննարկենք դրա հիմնադրույթները:

Ի՞նչ է նշանակում հետազոտության գիտական հիմնավորում: Հետազոտության նախագիծը չի կարող համարվել էթիկական, եթե այն գիտականորեն հիմնավորված չէ: Վատ ծրագրված հետազոտությունը մասնակիցներին ռիսկի է ենթարկում կամ առնվազն նրանց անհարմարություն պատճառում՝ առանց որևէ ակներև օգուտի: Դա նշանակում է, որ յուրաքանչյուր նախագիծ պետք է ենթարկվի գիտական մանրակրկիտ փորձաքննության: Փորձաքննությունը պետք է պարզի՝ առկա՞ է արդյոք հստակ և օգտակար վարկած, որը ենթակա է պարզաբանման: Եթե տվյալ նախագիծը հովանավորվում և ֆինանսավորվում է, օրինակ, դեղագործական ընկերությունների կողմից, ապա պետք է իրականացվի

¹⁹ Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիր՝ ընդունված և հռչակված գլխավոր ասամբլեայի՝ 1948 թ. դեկտեմբերի 10-ի 217 A (III) բանաձևով, <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=1896>

²⁰ Женевская конвенция от 12 августа 1949 года о защите гражданского населения во время войны, https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/geneva_civilian_1.shtml

հետազոտական հայտի գիտական անկախ փորձաքննություն, որը կորոշի՝ արդյոք այդ հետազոտությունը նոր տեղեկություններ կարո՞ղ է տրամադրել, թե՞ ոչ:

Ինչպիսի՞ն պետք է լինի ռիսկի և օգուտի հարաբերությունը գիտական հետազոտությունում:

Ծրագրի գիտական հիմնավորումը գնահատելուց հետո հարկ է որոշել ռիսկի և օգուտի հարաբերակցությունը: Հելսինկյան հռչակագրում հստակ տարանջատվում են բուժական և ոչ բուժական բնույթի հետազոտությունները: Առաջինն ուղղակի կամ անուղղակի կերպով առնչվում է մասնակիցների օգուտի հետ, քանի որ ուղղված է կամ հիվանդության վերաբերյալ գիտելիքների հարստացմանը, որով տառապում է մասնակիցը, կամ էլ բուժման հնարավոր եղանակների կատարելագործմանը: Ակնհայտ է, որ որոշ բուժական հետազոտությունների դեպքում առկա է ռիսկի գործոնը: Օրինակ՝ հակահիպերտենզիվ նոր դեղամիջոցի փորձարկման դեպքում պլացեբո տալու ժամանակաշրջանում մասնակիցները պետք է ձեռնպահ մնան հին դեղամիջոցի ընդունումից: Հետազոտության ծրագրում ամփոփված նմանօրինակ ռիսկը թույլատրելի է, և միայն մասնակիցների առողջական վիճակի հանգամանալի վատթարացման դեպքում պետք է մասնակցին ժամանակին դուրս բերել գիտափորձից: Ոչ բուժական բնույթի հետազոտության դեպքում, երբ մասնակիցները, բացի կենսաբժշկության առաջընթացին նպաստելու բավարարվածության զգացումից, որևէ այլ շահ չեն ակնկալում, առաջնահերթ ուշադրությունը նույնպես պետք է ուղղված լինի մասնակիցների իրավունքների պաշտպանությանը: Բոլոր մասնակիցները պետք է լիարժեք իրազեկված լինեն հետազոտության բնույթի մասին և ոչ մի դեպքում հարկադրաբար չընդգրկվեն հետազոտության մեջ:

Ենթագլուխ 1.4. Խնամքի էթիկա, առաքինության էթիկա

Խնամքի էթիկան (ethics of care կամ EoC) նշում է, որ բարոյական գործողությունը կենտրոնանում է հոգատարության կամ բարեգործության վրա՝ որպես առաքինության: Այն նորմատիվ էթիկայի ուղղություններից է, որը մշակել են որոշ բնապահպաններ (1980-ականներին):

Դեոնտոլոգիական էթիկական տեսությունները շեշտում են ընդհանրական չափանիշներն ու անկողմնակալությունը, ապա խնամքի էթիկան շեշտում է անհատին արձագանքելու կարևորությունը: Ընդհանուրի և անհատի տարբերությունն արտացոլվում է դրանց բարոյական հարցերի տարբերության մեջ. «Ի՞նչն է արդար»-ը ընդդեմ «Ինչպե՞ս արձագանքել»-ի:

Քերոլ Գիլիգանը՝ խնամքի էթիկայի սկզբնավորողը, քննադատել է ընդհանրական չափանիշների կիրառումը որպես «բարոյապես խնդրահարույց, քանի որ դա ծնում է բարոյական կուրություն կամ անտարբերություն»:

Հետագա հետազոտությունները ցույց են տվել, որ խնամքի կամ արդարադատության վրա հիմնված էթիկական մոտեցումների տարբերությունները կարող են պայմանավորված լինել սեռական տարբերություններով:

Խնամքի էթիկան տարբերվում է դեոնտոլոգիական տեսություններից, քանի որ այն ձգտում է ներառել կանացի առաքինություններ և արժեքներ, որոնք, ինչպես պնդում են խնամքի էթիկայի կողմնակիցները, բացակայում են էթիկայի ավանդական մոդելներում:

Հիմք ընդունելով ուտիլիտարիզմի և դեոնտոլոգիայի այս քննադատությունը՝ ամերիկացի փիլիսոփա Ջ. Ջ. Սթորմը **խնամքի էթիկան** դասակարգել է որպես **առաքինության էթիկայի** ձև: Իր 2021 թվականի «Մետամոդեռնիզմ» գրքում Սթորմը նշում է խնամքի էթիկայի և ավանդական էթիկայի (բուդդայական առաքինության) սերտ կապի մասին, հատկապես՝ Շանթիդևայի և մյուսների կողմից կարեկցանքի առաջնահերթության առումով: Ի դեպ, շատ այլ գիտնականներ ևս կապում են խնամքի էթիկան բուդդայական էթիկայի հետ:

Խնամքի վրա կենտրոնացած ֆեմինիզմը, որը այլ կերպ կոչվում է գենդերային ֆեմինիզմ, ֆեմինիստական մտքի ճյուղ է, որը հիմնականում կենտրոնացած է խնամքի էթիկայի վրա, որը մշակել են Գիլիգանը և Նոդինգը: Այս տեսությունը քննադատաբար է վերաբերվում այն բանին, թե ինչպես է հոգատարությունը վերագրվում կանանց և, հետևաբար, արժեզրկվում: «Խնամքի վրա կենտրոնացած մասնագետները կանանց խնամքի կարողությունը համարում են մարդկային ուժ», որը կարելի է ու պետք է սովորեցնել և ակնկալել նաև տղամարդկանցից:

Խնամքի էթիկան մայրական խնամքի վրա կենտրոնացած տեսության հիմքն է: Այս տեսությունն հոգատարությունն ընդունում է որպես էթիկական կարևոր բաղադրիչ: Քննադատելով հոգատար աշխատանքի նկատմամբ հասարակության վերաբերմունքը՝ որոշ տեսաբաններ (Սառա Ռադիկը, Վիրջինիա Հելդը, Եվա Ֆ. Քիթյնը) առաջարկում են մարդկանց նկատմամբ հոգատար լինել, իսկ նրանք, ովքեր խնամում են, պետք է պատշաճ կերպով գնահատվեն ինչպես պետական, այնպես էլ մասնավոր ոլորտներում: Խրախուսվում է այն տեսակետը, որ **հոգատարության էթիկան** և՛ տղամարդկանց, և՛ կանանց սոցիալական **պատասխանատվությունն** է:

Ամերիկացի ժամանակակից հետազոտող Ջոան Տրոնտոն (1952 թ.), շարունակելով Գիլիգանի միտքը, պնդում է, թե «խնամքի էթիկա» սահմանումը երկիմաստ է, և շեշտում է խնամքի և «բնականության» միջև կապը: Խնամքը հիմնականում ընկալվում է որպես կնոջ դեր: Որպես այդպիսին՝ խնամքը կորցնում է բարոյական տեսության մեջ կենտրոնական դեր ստանձնելու ուժը:

Տրոնտոն նշում է, որ կա խնամքի չորս էթիկական որակ.

- Ուշադրություն. ուշադրությունը կարևոր է խնամքի էթիկայի համար, քանի որ խնամքը պահանջում է այլոց կարիքների ճանաչում՝ դրանց արձագանքելու համար: Այստեղ խոսքը անտեղյակության և անուշադրության տարբերության մասին է:
- Պատասխանատվություն. հոգալու համար պետք է հոգսը վերցնել, հետևաբար՝ պատասխանատվություն կրել: Այս երկրորդ էթիկական տարրի հետ կապված

խնդիրը պարտավորությունն է: Պարտավորությունը կապված է հասարակական և մշակութային՝ նախապես հաստատված նորմերի և դերերի հետ: Տրոնտոն ջանքեր է գործադրում տարբերակելու «պատասխանատվություն» և «պարտավորություն» տերմինները՝ կապված խնամքի էթիկայի հետ:

Պատասխանատվությունը երկիմաստ է, մինչդեռ պարտավորությունը վերաբերում է իրավիճակներին, երբ գործողությունը կամ արձագանքը պայմանավորված է, օրինակ, օրինական պայմանագրով: Այս երկիմաստությունը մակընթացություններ և տեղատվություններ է թույլ տալիս դասակարգային կառույցների և գենդերային դերերի մեջ և միջև, ինչպես նաև սոցիալապես կառուցված այլ դերերի միջև, որոնք պատասխանատվությունը կապում են միայն նրանց հետ, ովքեր համապատասխանում են այդ դերերին:

- Կոմպետենտություն կամ հմտություն. խնամք ցուցաբերելը նշանակում է նաև կոմպետենտ կամ հմուտ լինել: Չի կարելի պարզապես ընդունել հոգ տանելու անհրաժեշտությունը, ընդունել պատասխանատվությունը, բայց կատարել ոչ բավարար համապատասխանությամբ, քանի որ նման գործողությունը կհանգեցնի նրան, որ անհարժեշտ խնամքը չի բավարարվի:
- Արձագանքողականություն. սա վերաբերում է «խնամքի նկատմամբ խնամք ստացողի արձագանքելուն»: Տրոնտոն ասում է. «Արձագանքողականությունն ազդարարում է խնամքի մեջ կարևոր բարոյական խնդրի մասին. իր բնույթով խնամքը վերաբերում է խոցելիության և անհավասարության պայմաններին»: Նա այնուհետև պնդում է, որ արձագանքումը հավասար չէ փոխադարձությանը: Ավելի շուտ՝ դա խոցելիությունն ու անհավասարությունը հասկանալու ևս մեկ մեթոդ է՝ պարզելով, թե ինչ է արտահայտում խոցելի դիրքում գտնվողը՝ ի տարբերություն խնամք ցուցաբերողի՝ ինքն իրեն նմանատիպ իրավիճակում պատկերացնելու:

2013 թվականին Տրոնտոն ավելացրեց հինգերորդ էթիկական որակը²¹.

- Բազմակարծություն, հաղորդակցություն, վստահություն և հարգանք, համերաշխություն կամ հոգատարություն. Սրանք բոլորը միասին այն հատկանիշներն են, որոնք անհրաժեշտ են մարդկանց համախմբվելու համար, որպեսզի ստանձնեն կոլեկտիվ պատասխանատվություն, հասկանան իրենց քաղաքացիական դիրքորոշումը:

Առաքինության էթիկա

Որո՞նք են Արիստոտելի առաջարկած և վերլուծված առաքինությունները:

Նրա «Նիկոմաքեոսյան էթիկայի» մեջ թվարկած առաքինություններից են.

²¹ Вольфрам Эйленбергер, «Джоан Тронто. «Да, нам не все равно!», В журнале «Философия», 16 июля, 2012 г. (по состоянию на 7 мая 2017 г.).

քաջություն, ժուժկալություն, ազատականություն, հոյակապություն, մեծահոգություն, համբերություն, ճշմարտություն, խելամտություն, ընկերասիրություն, ամոթ, արդարություն:

Սուրբատեսը մարդու բանականության նկատմամբ անսահման հավատ ուներ և այդ դիրքերից ինչ-որ չափով անտեսում էր մարդկային կրքերը: Այսինքն՝ նրա կարծիքով՝ եթե մարդը հասկացա՛վ, գիտակցե՛ց, ուրեմն ճիշտ էլ կվարվի: Մինչդեռ Արիստոտելը տեղ էր տալիս նաև կրքերին, չէր բացարձակացնում բանականության դերը մարդու կյանքում: Նրա կարծիքով՝ **բարոյականության էության ճանաչմանը միշտ չէ, որ հետևում է բարեպատշաճ արարքների գործելու ցանկությունը:** Դրա համար անհրաժեշտ է բարոյական կայունություն, բարոյական սկզբունքայնություն, այսպես ասած՝ հուզական-կամային համոզվածություն:

Նրա կարծիքով՝ իսկական բարիքը այն բարիքն է, որն իրագործված է մարդու գործողություններում ու արարքներում: Այս տեսակետը հանգեցրեց նրան, որ էթիկայի մեջ սկսեցին տարբերակել բարոյագիտությանը վերաբերող տեսական և գործնական հարցեր: Օրինակ՝ այս կամ այն կոնկրետ իրավիճակում ինչպե՛ս պետք է մարդը վարվի, ի՞նչ քայլեր ու գործողություններ պետք է կատարի:

Անկասկած, գործնական բազմաթիվ խնդիրներ են ծագում նաև հիվանդի բուժման պրակտիկայում, և բժշկի մեծությունը կախված է դրանք առավել արդյունավետ լուծելու ունակությունից: Նշենք, որ ինքը՝ Արիստոտելը, նաև բժիշկ է եղել:

Վերլուծելով էթիկական հասկացությունները՝ Արիստոտելը խոսում է ոսկե միջինի մասին և մասնավորապես նշում, որ, օրինակ, ողջամտությունը զգայական սանձարձակության և անզգայականության միջինն է:

Հավասարակշռվածությունը բարկացկոտության և զգայական բթության միջինն է:

Առատաձեռնությունը շռայլության և գծուծության միջինն է:

Ազնվությունը պարծենկոտության և ստրկամիտ հնազանդության միջինն է:

Արդարություն: Ուրիշների հետ արդար վարվելու առաքինությունը, որն ընկած է եսասիրության և անձնուրացության միջև:

Ընկերասիրություն: Այս առաքինությունը գտնվում է ընդհանրապես ընկերասեր չլինելու և չափազանց շատ մարդկանց հանդեպ չափից դուրս բարյացակամ լինելու մեջ: Արիստոտելը վերլուծում է նաև այնպիսի հատկանիշներ (առաքինություններ), ինչպիսիք են համեստությունը, իմաստնությունը, խելամտությունը, հնարամտությունը, կարգիությունը, հումորի զգացումը և այլն: Հազիվ թե այսօր էլ գտնվի մեկը, ով ժխտի Արիստոտելի վերոհիշյալ վերլուծական գնահատականների կարևորությունը մարդու, նրա բարոյական նկարագրի բացահայտման համար: Լիովին համամիտ ենք Արիստոտելի այն մտքի հետ, որ «թեկուզ բարոյականությունը կախված է գիտելիքներից, այնուամենայնիվ, այն արմատավորված է բարի կամքի մեջ»:

Մի բան է իմանալ, թե «որն է լավը» և «որը վատը», մեկ այլ բան է լավ արարքներ գործելու ձգտումը:

Այս ամենն առանձնահատուկ իմաստ է ստանում բժշկական պրակտիկայում: Բժիշկը, ավելի քան որևէ այլ մասնագիտության տեր մարդ, պետք է լինի մարդասիրության, մեծահոգության և նվիրվածության տիպար: Նա շահեկանորեն պետք է տարբերվի այլ

մասնագիտության տեր մարդկանցից ոչ միայն խոր գիտելիքներով, կրթվածությամբ, այլև խոսքի և լեզվի մշակույթով, արտաքինով, իր բարեկիրթ շարժումով և նրբազգացությամբ: Այսպիսով, Սոկրատեսի, Պլատոնի և Արիստոտելի էթիկական մտքերը ոչ միայն իրենց յուրօրինակությամբ, այլև մարդկությանը մշտապես հուզող իմաստասիրական հարցադրումներով այնպիսի արժեքներ են, որ պահպանել են և այսուհետև ևս կպահպանեն իրենց իմաստն ու նշանակությունը: Դրանք արտահայտում են մարդկության հավերժ կենդանի մտահոգությունն աշխարհի, մարդկային գոյության ու էության մասին:

ԳԼՈՒԽ 2. ՄԱՐԴՈՒ ԱՐԺԱՆԱՊԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԻ ՊԱՇՏՊԱՆՈՒՄ

Ենթագլուխ 2.1. ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի Բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիրը

Մարդու արժանապատվության խնդիրը Բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների մասին համընդհանուր հռչակագրում

Ինչպիսի՞ հաստատություններով և իրավաբանական փաստաթղթերով են կարգորոշվում կենսաբժշկական հետազոտությունները: Կենսաբժշկական հետազոտությունների էթիկական և իրավական կարգավորման հիմնախնդրով զբաղվում է միջազգային կազմակերպությունների մի ամբողջ շարք՝ ՄԱԿ, ՅՈՒՆԵՍԿՕ, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն (ԱՀԿ), Եվրոպայի խորհուրդ, Եվրոպական միություն, ՀԲԸ, Բժշկական գիտությունների միջազգային կազմակերպությունների խորհուրդ (CIOMS) և այլն:

Բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների մասին համընդհանուր հռչակագիրն ընդունվել է ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի Գլխավոր կոնֆերանսում 2005 թ. հոկտեմբերի 19-ին:

Հարց է ծագում. ինչո՞ւ են կապակցվել բիոէթիկան և մարդու իրավունքները:

Արդյոք չկա՞ մարդու իրավունքների մասին համընդհանուր հռչակագիր (ՄԱԿ-ի Գլխավոր ասամբլեա, III նստաշրջան, 10 դեկտեմբերի, 1948 թ.), և այն բավականաչափ չի չի ներկայացնում մարդու իրավունքները, որ պետք է դրանք ներառվեին մարդու իրավունքների մասին Բիոէթիկայի հռչակագրում և նույնիսկ ներառվեին Հռչակագրի վերնագրում: Թե՞ հենց «բիոէթիկա» բառը ներառում է նաև մարդու իրավունքները:

Թեև այս հարցերում որոշակի ճշմարտություն կա, դրանք, ըստ էության, արդարացված չեն: Չնայած բիոէթիկան վերլուծում է կենսաբանության և բժշկության, գիտական և տեխնոլոգիական նվաճումների էթիկական խնդիրները, այդ նվաճումների կիրառման պրակտիկան, այն վերաբերում է նաև մարդու իրավունքների ու արժանապատվության տարբեր ասպեկտներին:

Բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիրը համընդհանուր նորմատիվ փաստաթուղթ է, որի մեջ ներառված են թե՛ կենսաբժշկական հետազոտությունները, թե՛ էթիկայի սկզբունքները:

Հռչակագրի հիմնադրույթներն օգտագործվել են կենսաբժշկական հետազոտություններում և պրակտիկայում անձի իրավունքները և արժանապատվությունը հստակ ձևակերպելու համար:

Հռչակագրում ամփոփված է վերջին 30-40 տարիների հետազոտությունների և զարգացումների, ինչպես նաև Նյուրնբերգյան հայտնի օրենսգրքով (1947թ.) սկսված աշխատանքի փորձը:

Նյուրնբերգյան օրենսգիրքը ձևավորվել է նացիստական Գերմանիայում բժիշկների Նյուրնբերգյան դատավարության՝ այսպես կոչված՝ Նյուրնբերգյան Փոքր դատավարություններից մեկի ժամանակ (1946-1947 թթ.):

Հիմք են հանդիսացել 6 սկզբունքները, որոնք մշակել է դոկտոր Լեո Ալեքսանդերը: Այնուհետև դատարանը ավելացրել է ևս 4 սկզբունք.

Դրանց թվում են՝

- փորձերին մասնակցելու փորձարկվողների կամավոր համաձայնության սկզբունքը,
- ճնշման չկիրառման սկզբունքը,
- փորձերի գիտական և մարդասիրական հիմնավորվածության սկզբունքը,
- ուսումնասիրությանը մասնակցելու ռիսկի և դրա իրականացման հնարավոր օգուտների միջև համաչափության սկզբունքը,
- սուբյեկտների առողջության, բարեկեցության և մարդկային արժանապատվության պաշտպանության սկզբունքը և այլն:

Համընդհանուր հռչակագիրը ներառում է 15 սկզբունք՝

1. մարդու արժանապատվությունը և մարդու իրավունքները,
2. օգուտ և վնաս,
3. ինքնավարություն և անհատական պատասխանատվություն,
4. համաձայնություն,
5. համաձայնություն տալու իրավունակություն չունեցող անձինք,
6. անձի խոցելիության ճանաչում և անհատականության ամբողջականության հարգանք,
7. անձնական կյանքի անձեռնմխելիությունը և գաղտնիությունը,
8. հավասարություն, արդարություն և իրավահավասարություն,
9. խտրականության և խարանի կանխարգելում,
10. հարգանք մշակույթների բազմազանության և բազմակարծության նկատմամբ,
11. համերաշխություն և համագործակցություն,
12. սոցիալական պատասխանատվություն և առողջություն,
13. բարիքների միասնական օգտագործում,
14. ապագա սերունդների պաշտպանություն,
15. շրջակա միջավայրի, կենսոլորտի և կենսաբազմազանության պաշտպանություն:

Առաջին անգամ ներառված է այնպիսի բաժին, ինչպիսին է **բնապահպանական էթիկան**:

Արդյունավետ կլինի լուսաբանել գիտական հետազոտությունների անցկացման էթիկական սկզբունքները, որոնք մշակվել են ԱՄՆ-ում և հայտնի են որպես Բելմոնտի զեկույց (Belmont report, 1974):

- Հարգանք մարդու հանդեպ
- Գթասրտություն
- Արդարություն

21-րդ դարի վիրուսային նոր իրադարձությունները սուր հարցեր առաջացրին ժամանակակից հասարակության էթիկայի վերաբերյալ: Այս առումով ժամանակին է արված

«Guide to Informed Consent Compliance» (2020 թ.) թողարկումը, որը պահանջում է համապարփակ քննարկում «իրազեկված համաձայնության» հասկացության վերաբերյալ:²²

Մեկ անգամ ևս ընդգծվեց, որ բժշկի և բժշկական անձնակազմի ողջ գործունեությունը պետք է ստորադասվի պացիենտի շահերին՝ իրականացնելով «իրազեկված համաձայնության» սկզբունքը, որի 2 կարևոր բաղկացուցիչներն են՝

- պացիենտի կամավոր համաձայնությունը,
- պացիենտի ինքնավար գործելու սկզբունքը:

«Կամավոր»-ը ենթադրում է անհատի ինքնավարություն և անհատական պատասխանատվություն: Բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների հոշակագրի թիվ 5 հոդվածը քննարկում է ինքնավարության և պատասխանատվության հասկացությունները:

Ինքնավարությունը ենթադրում է ռացիոնալ սկզբունքների և կանոնների հիման վրա գործելու ունակություն՝ համաձայն այն բանի, թե ինչպես է տվյալ անձը հասկանում իր բարիքը, անձնական արժանապատվությունն ու երջանկությունը: Կանտյան մոտեցման համաձայն՝ ինքնավարությունը կամքի կարողությունն է՝ ինքնուրույն հաստատել իր գործողությունների շրջանակը:

5-րդ կետի երկրորդ մասը վերաբերում է պատասխանատվությանը. Պատասխանատվությունը անձի գիտակցումն է որոշումներ կայացնելու, որոշակի պարտավորությունների հիման վրա պատշաճ գործելու պարտավորության մասին:

Էթիկայի մեջ ինքնավարություն և պատասխանատվություն հասկացությունները փոխկապակցված են, և առանց պատասխանատվության՝ ինքնավարություն չկա: Եթե չկա պատասխանատվություն, ինքնավարությունը վերածվում է կամայականության, երբ մարդ որոշումներ կայացնելիս հաշվի չի առնում ուրիշների շահերը:

Իրազեկված համաձայնության հիմնական բաղկացուցիչը այն մասն է, որն անդրադառնում է հետազոտության նպատակին, ուսումնասիրության տևողությանը և հետազոտական բոլոր ընթացակարգերի հստակ նկարագրությանը: Կարևոր բաժին է նաև հնարավոր անբարենպաստ հետևանքների նկարագրությունը: Որոշ ուսումնասիրություններում անհրաժեշտ է հաշվի առնել բուժման կամ գործիքային հետազոտության անբարենպաստ հետևանքները: Փաստաթղթի այս մասը պետք է ուշադիր վերլուծվի փորձագետների կողմից և բացատրվի պացիենտին պարզ և մատչելի ձևով:

Իրազեկված համաձայնության փաստաթղթի ձևավորման համեմատաբար նոր պայման է վկայի մասնակցությունը: Իրազեկված համաձայնության ընթացակարգի վկան պետք է համոզված լինի, որ բժիշկը հասկանալի ձևով բացատրել է անբարենպաստ հետևանքների հավանականությունը, և հիվանդը հասկացել է դրանք:²³

²² Parth Shah, Imani Thornton, Danielle Turrin, John E. Hipskind.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430827/#:~:text=Valid%20informed%20consent%20for%20research,study%20and%20its%20potential%20risks>

²³ А. Г. Чучалин, Согласие. Современная трактовка: «Добровольное информированное согласие», журнал «Пульмонология», 2021 г. стр. 643, <https://omnidocor.ru/upload/iblock/e40/e40d5cef2fef13bb4da15dc641aaf98b.pdf>

Հետազոտական նախագիծը քննարկելիս բժիշկը պետք է հիվանդի հետ քննարկի նաև այն օգուտները, որոնք նա ստանում է այս հետազոտությանը մասնակցելով կամ բուժման և հետազոտության որոշակի մեթոդներ իրականացնելով:

Առանձնահատուկ տեղ է գրավում անձի ֆինանսական շահի բաժինը: Առաջարկվող ուսումնասիրությանը մասնակցելիս նա պետք է ստանա հստակ և ճշգրիտ տեղեկություն իր մասնակցության ֆինանսական փոխհատուցման վերաբերյալ: Ծրագրի բոլոր փուլերում հիվանդը պահպանում է դրանից հրաժարվելու իրավունքը:

Նյութերգրի օրենսգրքի գաղափարները մշակվել են նաև Ժնևի հոշակագրում, որն ընդունվել է Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի գլխավոր ասամբլեայի կողմից (1948 թ.), որը հոշակել է Հիպոկրատի երդման արդիականացված տարբերակը:

Այն, որպես բժիշկների գործունեության կարևորագույն սկզբունք, հոշակեց հետևյալը.

- ծառայություն մարդկությանը,
- պարտաճանաչություն մասնագիտության մեջ,
- հարգանք մարդկանց արժանապատվության նկատմամբ,
- մասնագիտական գործունեության անկախությունը կրոնական, ազգային, ռասայական կամ քաղաքական, կուսակցական նկատառումներից:

Մարդու մասնակցությամբ կատարվող հետազոտությունների էթիկական սկզբունքները, որոնք սահմանված են Ժնևի հոշակագրով, զարգացում են ստացել նաև Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի Հելսինկիի հոշակագրում, որն ընդունվել է 1964 թվականին և դրանից հետո մի քանի անգամ վերանայվել է (վերջին տարբերակն ընդունվել է 2008 թվականին):

Մարդկային արժանապատվության սկզբունքն առանցքային դեր ունի Բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների մասին համընդհանուր հոշակագրում: Մարդկային արժանապատվության հանդեպ հարգանքը ուղղակիորեն հոշակվում է որպես բժիշկների գործունեության և հետազոտությունների հիմնական սկզբունք: Ըստ հոշակագրի 3-րդ հոդվածի՝ «Մարդու արժանապատվության, մարդու իրավունքների և հիմնարար ազատությունների լիակատար հարգանքը պետք է ապահովվի: Անհատի շահերն ու բարեկեցությունը պետք է գերակայեն գիտության կամ բուն հասարակության շահերից»:

Այս սկզբունքը հստակեցված և զարգացված է Հոշակագրի այլ հոդվածներում, մասնավորապես՝ 4-ից 15 հոդվածներում:

Նոր ժամանակների փիլիսոփայության և քաղաքական մտքի մեջ արժանապատվության սկզբունքը սերտորեն կապված է մարդու իրավունքների հետ:

Ժամանակակից աշխարհում արժանապատվությունը սկսեց մեկնաբանվել ոչ այնքան մարդուն որպես Աստծո ստեղծագործություն ընկալելու միջոցով, որքան ընտրության ազատության, ինքնորոշման և, ամենակարևորը, անձնական ինքնավարության առումով:

Մարդու՝ որպես անհատի արժանապատվության ճանաչումը ենթադրում է հարգանք նրա իրավունքների, նրա անձնական կյանքի և ինքնության նկատմամբ:

Իսկ Հոչակագիրը հոչակում է մարդու արժանապատվությունն ու իրավունքները մեկ հողվածում:

Ուշադրություն դարձրեք, թե ինչպես է արտահայտվում այս կապը.

- Պետք է ապահովվի մարդու արժանապատվության, մարդու իրավունքների և հիմնարար ազատությունների նկատմամբ լիակատար հարգանք:
- Անհատի շահերն ու բարեկեցությունը պետք է գերակայեն գիտության կամ բուն հասարակության շահերից:
- Բոլոր մարդիկ ծնվում են ազատ ու հավասար են արժանապատվության և իրավունքների մեջ: Նրանք օժտված են բանականությամբ ու խղճով և պետք է միմյանց հանդեպ վարվեն եղբայրական ոգով:

Եվրոպայի խորհրդի **Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին կոնվենցիա (1997 թ.)**. «Սույն Կոնվենցիայի Կողմերը պաշտպանում են անձի արժանապատվությունն ու անհատական ամբողջականությունը և երաշխավորում են բոլորին, առանց բացառության, անձի անձեռնմխելիության հարգումը և կենսաբանության ու բժշկության ոլորտում առաջընթացի կիրառման հետ կապված այլ իրավունքներն ու հիմնարար ազատությունները»:

Մարդկային արժանապատվության հանդեպ մոտեցումը հստակեցված է նաև կենսաբժշկական գործունեության մեջ.

- Բոլոր մարդիկ ունեն հավասար արժանապատվություն՝ անկախ սեռից, տարիքից, սոցիալական կարգավիճակից կամ ազգությունից:
- Անձի արժանապատվության ճանաչումը ենթադրում է անկեղծ հարգանք նրա իրավունքների նկատմամբ, և մտահոգություն՝ նրա անձնական կյանքի անձեռնմխելիության նկատմամբ, պաշտպանություն չհիմնավորված (օրինական) ներգործություններից, և հարգանք՝ նրա հանրայնության նկատմամբ:

Գաղտնիության խնդիրը հատուկ բացվում է Զ-րդ հողվածում՝ «Պետք է հարգել շահագրգիռ անձանց գաղտնիության իրավունքը և նրանց անձնական տեղեկատվության գաղտնիությունը: Նման տեղեկատվությունը հնարավորինս չպետք է օգտագործվի կամ բացահայտվի՝ բացառությամբ այն նպատակների, որոնց համար այն հավաքվել է կամ տրվել է համաձայնություն՝ համաձայն միջազգային իրավունքի, մասնավորապես՝ մարդու իրավունքների միջազգային չափանիշների»:

- Անհատի շահերը, որպես այդպիսին, պետք է վեր ճանաչվեն գիտությունից և հասարակությունից: Նշանակում է, որ մարդիկ չպետք է զոհաբերվեն գիտությանը (ինչպես զանգվածաբար տեղի ունեցավ տարբեր երկրներում Երկրորդ համաշխարհային պատերազմի ժամանակ):

Բացառություն են կազմում համայնքի համար անմիջական զանգվածային սպառնալիքները (զանգվածային համաճարակները և այլն):

Սա շատ լուրջ խնդիր է և պետք է օրենքով ամրագրվի.

- ո՞վ իրավունք ունի որոշումներ կայացնել մարդկանց վնաս պատճառելու մասին՝ հանուն այլ մարդկանց և հասարակության փրկության,
- այդ որոշումների կայացման ընթացակարգերը,
- վերահսկողություն որոշումների կայացման վրա:

Ավելի լայն էթիկական-նորմատիվ իմաստով՝ սա այլ անձին որպես միջոցի վերաբերվելու խնդիր է:

Մարդն անընդհատ հայտնվում է այլ մարդկանց, խմբերի, կազմակերպությունների և այլոց հետ այնպիսի հարաբերությունների մեջ, որոնցում նա կարող է ընկալվել ուրիշների կողմից որպես միջոց, ինչպես նաև կարող է վերաբերվել ուրիշներին որպես միջոցի:

Խնդիրն այն է, թե որո՞նք են մարդուն որպես միջոցի վերաբերվելու թույլատրելիության սահմանները:

- Մարդկային արժանապատվության հայեցակարգը հիմնարար է, և ոչ տեսականորեն, ոչ էլ նորմատիվորեն ընդունելի չէ այն իջեցնել մարդու ֆունկցիոնալ հատկանիշներին, օրինակ՝ որոշումներ կայացնելու կամ ինքնուրույն գործելու կարողությանը:

Եվ սա մասնավորապես ասված է Հռչակագրի մեկ այլ հոդվածում, այն է՝ հոդված 3.

«Պետք է ապահովվի անհատների անկախությունը որոշումների կայացման հարցում՝ համապատասխան պատասխանատվությամբ այդ որոշումների համար, և հարգելով ուրիշների անկախությունը:

Անկախ գործողություններ կատարելու ունակություն չունեցող անձանց նկատմամբ պետք է հատուկ միջոցներ ձեռնարկվեն նրանց իրավունքների և շահերի պաշտպանության համար»:

Բժշկական պրակտիկայի առումով կարևոր է մարդու արժանապատվությունը ճանաչել նույնիսկ նրա մահից հետո:

- Իհարկե, տարբեր մշակույթներում և տարբեր կրոններում արժանապատվությունը կարող է տարբեր կերպ մեկնաբանվել:

Տարբեր տիպի հասարակություններում (ավանդական կամ ժամանակակից, տոտալիտար կամ ժողովրդավարական) այն տարբեր կերպ է մեկնաբանվում:

Ե՛վ Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիրը, և՛ Բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիրը մարդու արժանապատվությանը վերաբերվում են որպես գերակա արժեքի:

Հռչակագրի հոդված 12. «Պետք է պատշաճ ուշադրություն դարձնել մշակութային բազմազանության և բազմակարծության կարևորությանը: Այնուամենայնիվ, այս նկատառումները չպետք է օգտագործվեն որպես պատրվակ՝ խարխուլելու մարդու արժանապատվությունը, մարդու իրավունքները և հիմնարար ազատությունները կամ օգտագործվեն ի վնաս սույն Հռչակագրում ամրագրված սկզբունքների, և չպետք է սահմանափակեն այդ սկզբունքների կիրառման շրջանակը»:

- Անձի արժանապատվությունը հարգելը յուրաքանչյուրի պարտականությունն է, այսինքն՝ յուրաքանչյուրն ունի արժանապատվության իրավունք:
- Ավանդաբար բժիշկ - պացիենտ հարաբերությունները դիտվել և կիրառվել են որպես անհավասար հարաբերություններ, ինչը պայմանավորված է հետևյալ հանգամանքներով՝
 - գիտելիքների և հմտությունների տարբեր մակարդակ,
 - տարբեր հաղորդակցական և համագործակցային կարգավիճակ. ակտիվ – պասիվ:
- Այստեղից էլ զալիս է հիվանդի հետ բժշկի հարաբերությունների պատերնալիստական մոդելը:
- Այս ամենը սրվում է այն դեպքում, երբ հիվանդները հաշմանդամություն ունեցող երեխաներ կամ մեծահասակներ են, կամ տարեցներ՝ իրենց տարիքային սահմանափակումներով:

Դա պարզապես ավանդական հարաբերություն չէ, դա բնական է:

Բժիշկը իսկապես ակտիվ է, բանիմաց: Իսկ հիվանդը, անվստահ, թույլ (հոգով թույլ, թույլ սրտով), ցանկանում է «փակել աչքերը» և փոխել որոշումների կայացման պատասխանատվությունը:

Իմ ընկեր Ա.-ն չի ուզում իմանալ, թե կոնկրետ ինչ է պատահել իր սրտին և սովորաբար չի փորձում մանրամասներ պարզել:

Քանի որ դա այդպես է, բժիշկը, իհարկե, չպետք է ծանրացնի հիվանդի բեռը՝ նրա վրա դնելով պատասխանատվություն, որից նա փախչում է:

Բայց բժշկի բարոյական պարտքն է անել ամեն ինչ՝

- չզրկել հիվանդին անկախությունից,
- չզրկել ամբողջ տեղեկատվությունն ունենալու իրավունքից,
- չզրկել որոշումներ կայացնելու իրավունքից,
- չզրկել պատասխանատվությունից, երբ հիվանդը պատրաստ է կրել այն,
- չդնել նրան կախվածության մեջ:

Բիոէթիկայի մեջ կա տեղեկացված համաձայնության խնդիր:

Դա ուղղակիորեն կապված է այն խնդրի հետ, որը մենք այստեղ ուսումնասիրում ենք:

Արժանապատվության և ինքնավարության նկատմամբ հարգանքը դրսևորվում է իրավունքների ճանաչման մեջ, օրինակ՝ հիվանդի կամ փորձարկման մասնակցի՝ առաջարկվող բուժման վերաբերյալ լիարժեք իմացությունը:

Հռչակագրի 6-րդ հոդվածում ասվում է.

- «Կանխարգելիչ, ախտորոշիչ կամ բուժական նպատակներով ցանկացած բժշկական միջամտություն պետք է իրականացվի միայն համապատասխան անձի նախնական, ազատ և տեղեկացված համաձայնությամբ՝ հիմնված համապատասխան տեղեկատվության վրա:

Համաձայնությունը անհրաժեշտության դեպքում պետք է արտահայտվի և կարող է հետ կանչվել շահագրգիռ անձի կողմից ցանկացած ժամանակ և ցանկացած պատճառով՝ առանց բացասական հետևանքների կամ նախապաշարումների:

- Գիտական հետազոտությունը պետք է իրականացվի միայն շահագրգիռ անձի նախնական, ազատ, հստակ և տեղեկացված համաձայնությամբ:

Տեղեկատվությունը պետք է լինի համարժեք, տրամադրված լինի հասկանալի ձևով և ներառի համաձայնությունը հետ կանչելու եղանակը:

Համաձայնությունը շահագրգիռ անձի կողմից կարող է հետ կանչվել ցանկացած ժամանակ և ցանկացած պատճառով՝ առանց բացասական հետևանքների կամ վնասների: Այս սկզբունքից բացառություններ պետք է արվեն միայն պետությունների կողմից ընդունված էթիկական և իրավական չափանիշներին համապատասխան՝ համաձայն սույն Հոչակագրում ամրագրված սկզբունքների և դրույթների... և մարդու իրավունքների միջազգային չափանիշների:

- Համապատասխան դեպքերում մարդկանց խմբի կամ համայնքի վերաբերյալ հետազոտություններ կատարելիս կարող է լրացուցիչ պայմանագիր կնքվել այս խմբի կամ համայնքի օրինական ներկայացուցիչների հետ: Անհատի տեղեկացված համաձայնությունը ոչ մի դեպքում չպետք է փոխարինվի կոլեկտիվ համայնքային պայմանագրով կամ համայնքի ղեկավարի կամ այլ հեղինակավոր գործչի համաձայնությամբ»:

Առանձին-առանձին կա փոխըմբռնման և համագործակցության հաստատման գործնական խնդիր:

Բժշկական միջամտության բոլոր փուլերում պետք է ստացվի տեղեկացված (իրազեկված) համաձայնություն՝

- ախտորոշում,
- բուժում,
- կանխարգելում,
- վերականգնողական բուժում,
- պալիատիվ բուժում:

Համաձայնությունը պետք է տեղեկացված լինի՝

- ախտորոշում,
- կանխատեսում,
- բուժում,
- այլընտրանքային մեթոդներ և մարտավարություն,
- ռիսկեր և շահույթներ:

Տեղեկացված համաձայնություն ստանալը. մասնակից հիվանդի ինքնավարության կարողությունների ստեղծումը և հարկադրանքի կանխումը նույնպես խնդիրներ են թե՛ բժշկի, թե՛ հետազոտողի համար, քանի որ դա պահանջում է նրանցից քննադատաբար գնահատել իրենց որոշումները և պատրաստ լինել ընդունելու, որ լավագույն որոշումը

մասնագիտական տեսանկյունից: դիտումը կարող է անընդունելի լինել հիվանդի համար: Առանձին խնդիր են այն հիվանդները, որոնք չեն կարողանում համաձայնություն տալ: Դրան է նվիրված **7-րդ հոդվածը**:

Ենթագլուխ 2.2. Օվիեդոյի կոնվենցիա

Բիոէթիկայի ոլորտում միջազգային փաստաթղթերից առանցքային նշանակություն ունի Կենսաբանության և բժշկության նվաճումների կիրառման առնչությամբ մարդու իրավունքների և արժանապատվության պաշտպանության մասին կոնվենցիան. Օվիեդո, 4 ապրիլի, 1997 թ.:

Ի տարբերություն բժշկական հարցերին վերաբերող միջազգային այլ փաստաթղթերի (մասնավորապես՝ Հելսինկյան հռչակագրի և այլ), որոնք պարունակում են առավելապես դիսպոզիտիվ (իրավաբանական նորմի մաս, ինչը բովանդակում է որոշակի կարգադրություն: Դրանում նշվում է թե ինչպիսին կարող է լինել, պետք է լինի, կամ չպետք է լինի վարքագիծը:) նորմեր, Կենսաբանության և բժշկության նվաճումների կիրառման առնչությամբ մարդու իրավունքների և արժանապատվության պաշտպանության մասին կոնվենցիան պարունակում է **պարտավորեցնող** նորմեր:

Սույն կոնվենցիան ստորագրող Եվրոպայի խորհրդի անդամ պետությունները, այլ պետությունները և Եվրոպական համայնքը՝

- նկատի առնելով 1948 թվականի դեկտեմբերի 10-ին հռչակված Միավորված ազգերի կազմակերպության գլխավոր ասամբլեայի ընդունած Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիրը,
- նկատի առնելով 1950 թվականի նոյեմբերի 4-ի Մարդու իրավունքների և հիմնարար ազատությունների պաշտպանության մասին կոնվենցիան,
- վճռական լինելով ձեռնարկել կենսաբանության և բժշկության կիրառման առնչությամբ մարդու արժանապատվությունը և անհատի հիմնարար իրավունքներն ու ազատությունները պաշտպանելու համար անհրաժեշտ բոլոր միջոցները,

համաձայնեցին հետևյալի վերաբերյալ.

Սույն Կոնվենցիայի Կողմերը պաշտպանում են մարդու արժանապատվությունը և ինքնությունը, առանց խտրականության երաշխավորում յուրաքանչյուրի անձնական անձեռնմխելիության և այլ իրավունքների ու հիմնարար ազատությունների պաշտպանությունը կենսաբանության և բժշկության նվաճումների կիրառման ոլորտում:

Յուրաքանչյուր Կողմ՝ իր ներպետական օրենսդրությամբ նախատեսում է սույն Կոնվենցիայի դրույթներն իրականացնելու համար անհրաժեշտ միջոցներ:

Մարդու շահերն ու բարեկեցությունը գերակա են հասարակության կամ գիտության շահերից: Առողջապահական ծառայությունների հավասար մատչելիություն:

Բժշկական բոլոր միջամտությունները, այդ թվում՝ հետազոտությունը, պետք է իրականացվեն վերաբերելի մասնագիտական պարտավորություններին և չափանիշներին համապատասխան:

Բժշկական ցանկացած միջամտություն հնարավոր է միայն շահագրգիռ անձի ազատ և գիտակցված համաձայնությամբ: Անձը նախապես ստանում է պատշաճ տեղեկատվություն միջամտության նպատակի և բնույթի, ինչպես նաև հետևանքների և վտանգների մասին: Շահագրգիռ անձը կարող է ցանկացած պահի հրաժարվել իր համաձայնությունից: Հաշվի առնելով 17-րդ և 20-րդ հոդվածները՝ համաձայնություն տալու կարողություն չունեցող անձի դեպքում միջամտությունը հնարավոր է՝ բացառապես նրա անմիջական շահից ելնելով: Երբ անչափահաս անձը չունի միջամտությանը համաձայնություն տալու կարողություն, այդ միջամտությունը կարող է կատարվել միայն նրա ներկայացուցչի կամ օրենքով նախատեսված անձի կամ մարմնի թույլտվությամբ: Անչափահասի կարծիքը հաշվի է առնվում որպես որոշիչ գործոն, որի կշիռն ավելանում է՝ նրա տարիքից և հասունության աստիճանից ելնելով:

Երբ օրենքի համաձայն անգործունակ ճանաչված չափահաս անձը հոգեկան առողջության, հիվանդության կամ նման այլ պատճառներով չի կարող իր համաձայնությունը տալ միջամտությանը՝ այդ միջամտությունը կարող է կատարվել միայն նրա ներկայացուցչի կամ օրենքով նախատեսված անձի կամ մարմնի թույլտվությամբ: Շահագրգիռ անձը հնարավորության սահմաններում մասնակցում է թույլտվություն տալու ընթացակարգին:

Կոնվենցիայի հիմքում ընկած է այն գաղափարը, որ մարդու շահը գերակա է հասարակության և գիտության շահից: Կոնվենցիան արգելում է գենոտիպի հիման վրա ցանկացած խտրականություն: Գենետիկ ինժեներիան թույլատրվում է կանխարգելիչ, ախտորոշիչ և թերապևտիկ նպատակներով և միայն այն դեպքում, եթե դրա արդյունքում չի փոխվի անհատի, սերնդի գենոտիպը:

ԳԼՈՒԽ 3. ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՄՇԱԿՈՒՅԹ²⁴

Այս բաժինը բաղկացած է վեց կարևոր թեմաներից, որոնք բարձրացնում են մի շարք մտահոգիչ խնդիրներ, որոնց առնչվում են բժիշկներն իրենց ամենօրյա պրակտիկայում: Այս հարցերը ներառում են հարգանքի և հավասար վերաբերմունքի, հաղորդակցության և համաձայնության, անկախ հիվանդների համար որոշումների կայացում, գաղտնիություն, կյանքի վաղ և վերջնական փուլերում ծագող հարցեր:

Ենթագլուխ 3.1. Բժիշկը և պացիենտը

Ի՞նչն է հատուկ բժիշկ - պացիենտ հարաբերություններին: Բժիշկ - պացիենտ հարաբերությունը բժշկական պրակտիկայի և, հետևաբար, բժշկական էթիկայի հիմնաքարն է: Ժնևի հռչակագիրը բժշկից պահանջում է հետևյալը. «Իմ հիվանդի առողջությունը կլինի իմ առաջնահերթությունը», իսկ Միջազգային բժշկական էթիկայի կանոնագրքում նշվում է. «Բժիշկը պարտավոր է ձեռք բերել իր պացիենտների լիակատար վստահությունը և իր համար հասանելի դարձնել գիտական բոլոր ռեսուրսները»: Ինչպես քննարկվեց առաջին գլխում, վերջին տարիներին բժիշկ - պացիենտ հարաբերությունների դասական մեկնաբանությունը, որը բնորոշվում է որպես միակողմանի, երբ բժիշկը որոշումներ կայացնողն է, իսկ պացիենտը՝ հնազանդ իրականացնողը, լայնորեն քննադատվել է ինչպես էթիկայի, այնպես էլ օրենքի շրջանակներում: Այնուամենայնիվ, քանի որ շատ պացիենտներ չեն կարողանում կամ չեն ցանկանում որոշումներ կայացնել բժշկական աջակցության վերաբերյալ, հիվանդի ինքնուրույն որոշում կայացնելու ազատությունը հաճախ դառնում է շատ խնդրահարույց: Նույնքան խնդրահարույց են հարաբերությունների նաև այլ կողմեր, ինչպես, օրինակ, բժշկի պարտականությունն է պահպանել հիվանդի գաղտնիությունը համակարգչային բժշկական գրառումների դարաշրջանում և բժշկական ապահովագրություն իրականացնելիս, կամ կյանքը պահպանելու պարտականությունը այն դեպքում, երբ իրեն խնդրում են մահն արագացնել:

ՀԱՐԳԱՆՔ ԵՎ ՀԱՎԱՍԱՐ ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔ

Համոզմունքը, որ բոլոր մարդիկ արժանի են հարգանքի և հավասար վերաբերմունքի, համեմատաբար վերջերս է հաստատվել: Հասարակությունների մեծ մասում անհատների և խմբերի նկատմամբ անհարգալից և անհավասար վերաբերմունքը համարվում էր նորմալ և բնական: Ստրկությունն այս ամենի օրինակներից մեկն էր, որը եվրոպական գաղութներում և ԱՄՆ-ում մինչև 19-րդ դարը պահպանվում էր և այժմ էլ դեռ գոյություն ունի աշխարհի որոշ հատվածներում: Շատ երկրներում կանայք դեռևս արժանանում են անհարգալից և անհավասար վերաբերմունքի: Տարիքի,

²⁴ World Medical Association, Medical Ethics Manual, 3rd edition, 2015.

Բժշկական համաշխարհային ասոցիացիա, Բժշկական էթիկայի ձեռնարկ, 3-րդ հրատարակություն, 2015 թ.: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf

հաշմանդամության կամ սեռական կողմնորոշման հետ կապված խտրականությունը լայնորեն տարածված է: Ակնհայտ է, որ դեռևս հակասական վերաբերմունք կա այն պնդման դեմ, թե բոլոր մարդկանց պետք է վերաբերվել հավասարապես:

Մարդկանց հավասարության վերաբերյալ համոզմունքը սկսել է ձևավորվել աստիճանաբար, 17-18-րդ դարերում եվրոպայում ու Հյուսիսային Ամերիկայում և դեռևս շարունակվում է զարգանալ: Այն առաջնորդվում էր երկու հակադիր գաղափարախոսություններով՝ քրիստոնեական հավատքի նոր մեկնաբանությամբ և հակաքրիստոնեական ռացիոնալիզմով: Առաջինը ոգեշնչեց ամերիկյան հեղափոխությունը և իրավունքների օրինագիծը, երկրորդը՝ ֆրանսիական հեղափոխությունը և հարակից քաղաքական զարգացումները: Այս երկու ազդեցությունների ներքո աստիճանաբար ծագեց ժողովրդավարությունը և սկսեց տարածվել աշխարհով մեկ: Այն հիմնված էր այն համոզմունքի վրա, թե բոլոր տղամարդիկ (և շատ ավելի ուշ նաև կանայք) իրավահավասար են, հետևաբար ունեն իրավունք՝ ասելու, թե ով պետք է կառավարի իրենց:

20-րդ դարում տեղի ունեցավ, իրավունքների տեսանկյունից, մարդու իրավահավասարության գաղափարի զգալի առաջխաղացում: Նորաստեղծ Միավորված ազգերի կազմակերպության առաջին գործողություններից մեկը Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագրի ընդունումն է (1948 թ.), որի 1-ին հոդվածում նշվում է. «Բոլոր մարդիկ ծնվում են ազատ և հավասար արժանապատվությամբ ու իրավունքներով»: Շատ այլ միջազգային և ազգային մարմիններ ստեղծել են իրավունքների հռչակագրեր կա՛մ համայն մարդկության համար, կա՛մ որոշակի երկրում բոլոր քաղաքացիների համար, կամ էլ անհատների որոշակի խմբերի համար («երեխաների իրավունքներ», «հիվանդների իրավունքներ», «սպառողների իրավունքներ» և այլն): Բազմաթիվ կազմակերպություններ են ստեղծվել այս հռչակագրերն ի կատար ածելու համար: Սակայն, ցավոք, շատ երկրներում մարդու իրավունքները դեռևս անտեսվում են:

Բժշկության ասպարեզում տարիների ընթացքում ձևավորվել են հիվանդների հավասարության և իրավունքների վերաբերյալ տեսակետներ, որոնք ինչ-որ չափով հակասական են: Մի կողմից՝ բժիշկները պարտավոր են՝ «Հիվանդի նկատմամբ պարտականություններ կատարելիս թույլ չտալ, որ տարիքի, հիվանդության կամ հաշմանդամության, դավանանքի, էթնիկ ծագման, սեռի, ազգային պատկանելության, քաղաքական հայացքների, ռասայական, սեռական կողմնորոշման, սոցիալական դիրքի կամ որևէ այլ գործոն որևէ ազդեցություն ունենա» (Ժնևի հռչակագիր): Մյուս կողմից՝ բժիշկները պնդում են, թե ունեն իրավունք հրաժարվելու պացիենտին ընդունելուց՝ բացառությամբ արտակարգ իրավիճակների: Թեև նման մերժման իրավական հիմքում լիարժեք պրակտիկա, մասնագիտացում և կրթական որակավորումներ են ընկած, կամ էլ վերջիններիս բացակայություն, այնուամենայնիվ, եթե բժիշկները պարտավոր չեն տալ որևէ պատճառաբանություն պացիենտին մերժելու համար, ապա նրանք կարող են հեշտությամբ կիրառել խտրականություն՝ առանց պատասխանատվության ենթարկվելու: Այս առումով մարդու իրավունքների չարաշահումները կանխելու միակ միջոցը կարող է լինել բժշկի բարեխղճությունը, այլ ոչ թե օրենքը կամ կարգապահական մարմինները:

Նույնիսկ եթե բժիշկները պացիենտների միջև ընտրություն կատարելիս չեն անարգում հարգանքն ու մարդկային հավասարությունը, նրանք ամեն դեպքում դա կարող են անել պացիենտների նկատմամբ ցուցաբերած իրենց վերաբերմունքով և իրականացրած բուժումով: Կարեկցանքը բժշկության հիմնական արժեքներից մեկն է և բժիշկ-պացիենտ հարաբերությունների կարևոր տարրը: Կարեկցանքը հիմնված է պացիենտի արժանապատվության և արժեքների նկատմամբ հարգանքի վրա, բայց այն ավելի խորն է ընկալվում՝ ընդունելով և արձագանքելով պացիենտի խոցելիությանը հիվանդության և/կամ հաշմանդամության դեպքում: Եթե պացիենտները զգան բժշկի կարեկցանքը, ավելի հավանական է, որ նրանք կվստահեն բժշկին՝ իրենց լավագույն շահերից ելնելով, և այդ վստահությունը կարող է նպաստել բուժման գործընթացին:

Պացիենտների նկատմամբ հարգանքը պահանջում է, որ բժիշկները բուժման ընթացքում խուսափեն նրանց վնաս պատճառելու ռիսկերից: Վերջին տարիներին պացիենտների անվտանգությունը դարձել է առողջապահության ոլորտի մասնագետների և հաստատությունների հիմնական մտահոգությունը: Ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ շատ պացիենտներ տուժում են և նույնիսկ մահանում վարակի վերահսկման ոչ պատշաճ ընթացակարգերի (այդ թվում՝ ձեռքերի հիգիենայի), ոչ ճշգրիտ գրառումների պահպանման, դեղերի հասկանալի պիտակների և անվտանգ դեղերի, ներարկումների և վիրաբուժական միջամտությունների հետևանքով: Պացիենտների անվտանգության վերաբերյալ Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի հռչակագիրը կոչ է անում բժիշկներին «դուրս գալ առողջապահության մասնագիտական սահմաններից և համագործակցել բոլոր համապատասխան կողմերի, այդ թվում՝ պացիենտների հետ՝ ապահովելու համար հիվանդների անվտանգությանն ուղղված պրոակտիվ համակարգային մոտեցում»:

Վստահությունը, որն էական նշանակություն ունի բժիշկ - պացիենտ հարաբերություններում, ընդհանուր առմամբ մեկնաբանվել է այնպես, որ բժիշկները չպետք է լքեն այն հիվանդներին, որոնց խնամքը ստանձնել են: Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի Բժշկական էթիկայի միջազգային օրենսգիրքը սահմանում է բժիշկ - պացիենտ հարաբերությունները դադարեցնելու միայն մեկ պատճառ. եթե հիվանդը պահանջում է մեկ այլ հմտություններով օժտված բժիշկի: «Բժիշկը պարտավոր է ձեռք բերել իր պացիենտների լիակատար վստահությունը և իր համար հասանելի դարձնել գիտական բոլոր ռեսուրսները: Երբ որևէ հետազոտություն կամ բուժում վեր է բժշկի կարողություններից, ապա նա պետք է խորհրդակցի կամ դիմի մեկ այլ մասնագետի, որն ունի անհրաժեշտ գիտելիքներ»: Այնուամենայնիվ, կան շատ այլ պատճառներ, որոնցից դրդված՝ բժիշկը ցանկանում է ընդհատել պացիենտի հետ իր հարաբերությունները. օրինակ՝ բժիշկը հետաձգում կամ դադարեցնում է կուրսը, պացիենտը հրաժարվում է կամ ի վիճակի չի լինում ֆինանսապես իրեն թույլ տալ օգտվել բժշկի ծառայություններից, պացիենտ և բժիշկ փոխհարաբերություններում երկկողմանի հակակրանքը, պացիենտը հրաժարվում է բժշկի տված ցուցումներից և այլն: Պատճառները կարող են լիովին տրամաբանական լինել կամ կարող են լինել ոչ էթիկական: Նման գործողությունը դիտարկելիս բժիշկները պետք է աչքի անցկացնեն էթիկայի կանոնագիրքը և այլ համապատասխան ուղեցույց փաստաթղթերը և ուշադիր ուսումնասիրեն իրենց դրդապատճառները: Նրանք պետք է պատրաստ լինեն արդարացնել իրենց որոշումը նախ

իրենք իրենց առաջ, ապա պացիենտի և, անհրաժեշտության դեպքում, նույնիսկ երրորդ կողմի մոտ: Եթե շարժառիթը տրամաբանական է, ապա բժիշկը պետք է օգնի պացիենտին գտնել մեկ այլ համապատասխան մասնագետ, կամ եթե սա հնարավոր չէ, պետք է պացիենտին համապատասխան ծանուցում տա ծառայություններից հրաժարվելու մասին, որպեսզի պացիենտը կարողանա այլընտրանքային բժշկական աջակցություն գտնել: Եթե շարժառիթը տրամաբանված չէ, օրինակ՝ ռասայական նախապաշարմունքն է հիմքում, ապա բժիշկը պետք է քայլեր ձեռնարկի այս խոչընդոտի դեմ պայքարելու համար:

Շատ բժիշկներ, հատկապես պետական համակարգում աշխատող, հաճախ չունեն ընտրության հնարավորություն այն պացիենտների շրջանակում, որոնց բուժում են: Որոշ պացիենտներ ագրեսիվ են և կարող են սպառնալիք դառնալ բժշկի անվտանգության համար: Մյուսները կարող են բնութագրվել որպես անտանելի իրենց հակասոցիալական վերաբերմունքի և վարքի պատճառով: Չցուցաբերե՞լ արդյոք այսպիսի հիվանդներին հարգանք և հավասար վերաբերմունք, քանի որ նրանք հրաժարվել են իրենց այդ իրավունքից, թե՛ ակնկալվում է, որ բժիշկները, ամեն դեպքում, պետք է լրացուցիչ, գուցե նույնիսկ հերոսական ջանքեր գործադրեն նման հիվանդների հետ թերապևտիկ հարաբերությունների հաստատման և պահպանման համար: Նման պացիենտների հետ բժիշկները պետք է կարողանան բալանսավորել իրենց իսկ և իրենց անձնակազմի անվտանգության ու բարեկեցության պահպանման պատասխանատվությունը առողջապահական համատեքստում պացիենտների բարեկեցությունն ապահովելու պարտականության հետ: Նրանք պետք է փորձեն գտնել այս երկու պարտավորությունների ոսկե միջինը: Եթե դա հնարավոր չէ, նրանք պետք է փորձեն այլընտրանքային միջոցներ ձեռնարկել պացիենտների խնամքի համար:

Հարգանքի և հավասար վերաբերմունքի սկզբունքի ցուցաբերման մեկ այլ մարտահրավեր է առաջանում վարակիչ հիվանդություններ ունեցող հիվանդներին խնամելիս: Սա հատկապես ուժգնանում է ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի դեպքում ոչ միայն այն պատճառով, որ դա կյանքին սպառնացող հիվանդություն է, այլ նաև այն պատճառով, որ այն հաճախ կապված է սոցիալական որոշակի նախապաշարմունքների հետ: Չնայած կան շատ այլ լուրջ վարակներ, որոնք ավելի հեշտությամբ են փոխանցվում բուժաշխատողներին, քան ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ը: Որոշ բժիշկներ վարանում են ինվազիվ պրոցեդուրաներ կատարել նման պացիենտներին վերջիններից վարակվելու հավանականության պատճառով: Այնուամենայնիվ, բժշկական էթիկայի կանոնները թույլ չեն տալիս բացառության դիմել վարակիչ հիվանդություն ունեցող պացիենտների շրջանակում, քանի որ բժիշկը պարտավոր է բոլոր պացիենտներին հավասարապես վերաբերվել: Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի հայտարարությունը ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի և բժշկական մասնագիտության վերաբերյալ ունի հետևյալ ձևակերպումը.

ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ ունեցող պացիենտների նկատմամբ բժիշկների անարդար խտրականությունը ամբողջությամբ պետք է դուրս գա բժշկության պրակտիկայից:

Բոլոր այն անձինք, որոնք վարակված կամ տուժած են ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ից, իրավունք ունեն ստանալ համապատասխան սրտացավ և մարդկային արժանապատվությանը հարգի կանխարգելման միջոցներ, աջակցություն, բուժում և խնամք:

Բժիշկը, որն ի վիճակի չէ իրականացնել այն խնամքը և ծառայությունները, որոնք պահանջվում են ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ ունեցող պացիենտների դեպքում, այդ պացիենտներին պետք է ուղղորդի դեպի այն համապատասխան բժիշկները կամ հաստատությունները, որոնք ի վիճակի են նման ծառայություններ մատուցելու: Մինչև ուղղորդման գործընթացի ամբողջական իրականացումը, բժիշկը պարտավոր է իր կարողությունների սահմաններում լավագույնս հոգալ պացիենտի մասին:

Բժիշկ - պացիենտ հարաբերությունների սերտ բնույթը կարող է առաջացնել սեռական գրավչություն: Դասական բժշկական էթիկայի հիմնարար կանոնն այն է, որ նման գրավչությանը պետք է դիմակայել: Հիպոկրատի երդումը ներառում է հետևյալ խոստումը. «Ինչ տներ էլ ես այցելեմ, ես կգամ միայն հոգուտ պացիենտների՝ զերծ մնալով բոլոր դիտավորյալ անարդարություններից, բոլոր չարաճճիություններից և հատկապես սեռական հարաբերություններից ինչպես իգական, այնպես էլ արական սեռի ներկայացուցիչների հետ...»: Վերջին տարիներին բազմաթիվ բժշկական ասոցիացիաներ վերահաստատել են բժիշկների և նրանց պացիենտների միջև սեռական հարաբերությունների այս արգելքը: Պատճառները նույնքան տեղին են այսօր, որքան Հիպոկրատի ժամանակ՝ 2500 տարի առաջ: Պացիենտները խոցելի են և վստահում են բժիշկներին, որ վերջիններս լավ վերաբերվեն իրենց: Հնարավոր է, որ պացիենտները չդիմադրեն բժիշկների սեռական ցանկություններին՝ վախենալով, որ իրենց բուժումը կվտանգվի: Ավելին, պացիենտի հետ էմոցիոնալ կապը կարող է բացասաբար ազդել բժշկի կլինիկական դատողության վրա:

Վերջին պատճառը վերաբերում է նաև իրենց ընտանիքի անդամներին բուժող բժիշկներին, ինչը բժշկական էթիկայի բազմաթիվ օրենսգրքերում ընդհանրապես չի խրախուսվում: Այնուամենայնիվ, ինչպես էթիկայի կանոնների որոշ այլ հայտարարությունների դեպքում, հանգամանքներից ելնելով, այս կանոնի կիրառումը կարող է տարբերվել: Օրինակ՝ հեռավոր վայրերում աշխատող միայնակ պրակտիկանտները, հնարավոր է, ստիպված լինեն ապահովել բժշկական օգնություն իրենց ընտանիքի անդամներին, հատկապես արտակարգ իրավիճակներում:

ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ

Իրազեկված համաձայնությունը ներկայիս բժշկական էթիկայի հիմնական հասկացություններից մեկն է: Պացիենտների՝ իրենց առողջության պահպանման վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու իրավունքն ամրագրված է ամբողջ աշխարհում իրավական և էթիկական հայտարարություններում: Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի Պացիենտի իրավունքների հռչակագրում ասվում է.

Պացիենտն ունի ինքնորոշման, իր վերաբերյալ ազատ որոշումներ կայացնելու իրավունք: Բժիշկը պացիենտին կտեղեկացնի իր որոշումների հետևանքների մասին: Գիտակից չափահաս պացիենտն իրավունք ունի համաձայնություն տալ կամ հրաժարվել ցանկացած ավստորոշիչ ընթացակարգից կամ բուժումից: Պացիենտն ունի իր որոշումներ կայացնելու համար անհրաժեշտ տեղեկատվություն ստանալու իրավունք: Պացիենտը պետք է հստակ հասկանա, թե որն է ցանկացած քննության կամ բուժման նպատակը,

արդյունքները ինչի կհանգեցնեն, և որոնք կարող են լինել համաձայնությունից հրաժարվելու հետևանքները:

Իրազեկված համաձայնության համար անհրաժեշտ պայմանը բժշկի և պացիենտի միջև լավ հաղորդակցությունն է: Երբ բժշկության միակողմանի լինելը նորմալ էր, հաղորդակցությունը համեմատաբար պարզ էր, այն բաղկացած էր միայն բժշկի՝ պացիենտին ուղղված այսինչ կամ այնինչ բուժմանը հետևելու հրահանգներից: Մեր օրերում հաղորդակցությունը շատ ավելին է պահանջում բժիշկներից: Նրանք պետք է պացիենտներին տրամադրեն ողջ տեղեկատվությունը, որը նրանց անհրաժեշտ է որոշումներ կայացնելու համար: Այս ամենը ներառում է բժշկական բարդ ախտորոշումների, կանխատեսումների և բուժման սխեմաների պարզ ու մատչելի լեզվով բացատրությունը, վստահ լինելը, որ պացիենտները հասկանում են բուժման եղանակները՝ ընդհուպ մինչև վերջիններիցս յուրաքանչյուրի առավելություններն ու թերությունները, պացիենտների մոտ ծագած ցանկացած հարցին պատասխանելը, ինչպես նաև հասկանալը, թե ինչ որոշում է կայացրել պացիենտը և, հնարավորության դեպքում, նաև դրա պատճառները: Լավ հաղորդակցման հմտությունները շատ մարդկանց բնականորեն և հեշտությամբ չեն տրվում, դրանք պետք է ձեռք բերվեն և պահպանվեն գիտակցված ջանքերով և պարբերական վերանայմամբ:

Բժիշկ - պացիենտ լավ հաղորդակցության երկու հիմնական խոչընդոտները լեզվի և մշակույթի տարբերություններն են: Եթե բժիշկը և պացիենտը չեն խոսում նույն լեզվով, ապա անհրաժեշտ է, որ թարգմանիչ լինի: Ցավոք, շատ իրավիճակներում չկան որակավորում ունեցող թարգմանիչներ, և բժիշկը ստիպված է փնտրել մեկին, ով հնարավորինս լավ կկատարի այդ առաջադրանքը: Մշակույթը, որը ներառում է նաև լեզուն, բայց շատ ավելի լայն է, առաջ է բերում հաղորդակցման հավելյալ խնդիրներ: Հիվանդության բնույթի և պատճառների մշակութային տարբեր պատկերացումների պատճառով պացիենտները կարող են չհասկանալ իրենց բժշկի կողմից տրված ախտորոշման և բուժման եղանակները: Նման հանգամանքներում բժիշկները պետք է գործադրեն բոլոր խելամիտ ջանքերը՝ ուսումնասիրելու և հասկանալու իրենց պացիենտների՝ առողջության և ապաքինման մասին պատկերացումները և հնարավորինս լավ փոխանցեն իրենց առաջարկությունները պացիենտներին:

Եթե բժիշկը հաջողությամբ է փոխանցել պացիենտին այն ամբողջ տեղեկատվությունը, որն անհրաժեշտ է նրան, և որը նա ցանկանում է իմանալ իր ախտորոշման, կանխատեսման և բուժման եղանակների մասին, ապա պացիենտն այդ պարագայում ի վիճակի կլինի իրազեկված որոշում կայացնել, թե ինչպես վարվել: Թեև «համաձայնություն» տերմինը ենթադրում է բուժման ընդունում, իրազեկված համաձայնության գաղափարը հավասարապես նշանակում է նաև բուժումից հրաժարվել կամ բուժման այլընտրանքային եղանակ ընտրել: Իրավասու պացիենտներն իրավունք ունեն հրաժարվել բուժումից նույնիսկ այն դեպքում, երբ մերժումը կհանգեցնի հաշմանդամության կամ մահվան:

Համաձայնությունը կարող է լինել բացահայտ կամ անուղղակի (ենթադրյալ): Բացահայտ համաձայնությունը տրվում է բանավոր կամ գրավոր: Համաձայնությունը անուղղակի է (ենթադրյալ), երբ պացիենտն իր վարքով ցույց է տալիս որոշակի

ընթացակարգ կամ բուժում անցնելու պատրաստակամություն: Այն բուժումների համար, որոնք իրենցից ներկայացնում են ռիսկեր կամ ներառում են ավելին, քան փոքր անհանգստություն, նախընտրելի է ստանալ բացահայտ, այլ ոչ թե ենթադրյալ համաձայնություն:

Իրավասու պացիենտների կողմից իրազեկված համաձայնության տալու երկու բացառություն կա.

- Իրավիճակներ, երբ պացիենտները կամավոր հանձնում են իրենց որոշում կայացնելու լիազորությունը բժշկին կամ երրորդ կողմին: Խնդրի բարդության պատճառով կամ այն պատճառով, որ պացիենտը լիովին վստահում է բժշկի դատողությանը, պացիենտը կարող է բժշկին ասել. «Արեք այն, ինչը, Ձեր կարծիքով, լավագույնն է»: Բժիշկները չպետք է անմիջապես ցանկություն ցուցաբերեն այս խնդրանքը կատարելու, այլ պետք է պացիենտին տրամադրեն բուժման եղանակների մասին հիմնական տեղեկատվությունը և խորհուրդներ, որպեսզի նա ինքնուրույն որոշումներ կայացնի: Այնուամենայնիվ, եթե նման խորհուրդումից հետո պացիենտը դեռ ցանկանում է, որ բժիշկը որոշի, ապա բժիշկը պետք է դա անի՝ ելնելով պացիենտի լավագույն շահերից:
- Դեպքեր, երբ տեղեկատվության բացահայտումը կարող է վնաս պատճառել պացիենտին: Նման դեպքերում կիրառվում է «թերապևտիկ արտոնություն» ավանդական հասկացողությունը. այն թույլ է տալիս բժիշկներին թաքցնել բժշկական տեղեկատվությունը, եթե կա հավանականություն, որ վերջինիս բացահայտումը կարող է լուրջ ֆիզիկական, հոգեբանական կամ էմոցիոնալ վնաս հասցնել պացիենտին, օրինակ՝ եթե հավանական է, որ պացիենտը կարող է ինքնասպան լինել, երբ ավտոորոշումը անբուժելի հիվանդությունն է: Այս արտոնությունը թույլատրելի է միայն լուրջ ցուցումների դեպքում, և բժիշկները պետք է օգտվեն դրանից միայն ծայրահեղ հանգամանքներում: Նրանք սկզբում պետք է ակնկալեն, որ բոլոր պացիենտները ի վիճակի են արդյունավետ կերպով վարվել փաստերի հետ, և գաղտնիությունը պահեն միայն այն դեպքերի համար, երբ համոզված են, որ ճշմարտությունն ասելն ավելի շատ վնաս կհասցնի, քան չասելը: Նաև, Հայաստանում թույլատրելի է տեղեկացված համաձայնություն չստանալ արտակարգ իրավիճակներում, երբ հիվանդն անգիտակից վիճակում է և/կամ եթե ժամանակին միջամտությունն էական է:

Որոշ մշակույթներում լայնորեն ընդունված է, որ պացիենտին տեղեկատվություն տրամադրելու բժշկի պարտավորությունը կիրառելի չէ, երբ ավտոորոշումը անբուժելի հիվանդություն է: Ենթադրվում է, որ նման տեղեկությունը պացիենտի մեջ ավելի շուտ հուսահատություն կառաջացնի, և կյանքի մնացած օրերը նա շատ ավելի դժբախտ կանցկացնի, քան եթե ունենա ապաքինման հույս: Ողջ աշխարհում քիչ չեն այն դեպքերը, երբ պացիենտների ընտանիքի անդամները խնդրում են բժիշկներին՝ չասել հիվանդներին, որ նրանք մահանում են: Բժիշկները պարտավոր են հաշվի առնել մշակութային, ինչպես նաև անձնական գործոնները վատ լուրեր, հատկապես մոտալուտ մահվան մասին լուր հաղորդելիս: Այնուամենայնիվ, պացիենտի իրազեկված համաձայնության իրավունքը դառնում է ավելի ու ավելի լայնորեն ընդունված, և բժիշկը առաջնային պարտականություն ունի օգնել պացիենտներին իրացնել այս իրավունքը:

Առողջապահությունը՝ որպես սպառողական ծառայություն, և պացիենտներին որպես սպառող դիտարկելու՝ աճող միտումի համաձայն՝ պացիենտները և նրանց ընտանիքի անդամները հաճախ են պահանջում օգտվել այնպիսի բժշկական ծառայություններից, որոնք, ըստ բժիշկների, տեղին չեն: Նման ծառայությունների օրինակները տատանվում են վիրուսային պայմանների համար հակաբիոտիկների ընդունումից մինչև գլխուղեղի մահ ունեցող հիվանդների ինտենսիվ խնամք, խոստումնալից, բայց չապացուցված արդյունավետությամբ դեղամիջոցներ կամ վիրաբուժական միջամտություններ: Որոշ հիվանդներ պնդում են, որ ունեն «իրավունք» օգտվելու բժշկական որևէ ծառայությունից, որը, իրենց կարծիքով, կարող է օգտակար լինել իրենց համար, և հաճախ բժիշկները, չափազանց պատրաստակամ լինելով գոհացնելու, ստիպված են լինում համաձայնել, նույնիսկ երբ համոզված են, որ ծառայությունը չի կարող որևէ բժշկական օգուտ տալ պացիենտի: Այս խնդիրը հատկապես լուրջ է այն իրավիճակներում, երբ ռեսուրսները սահմանափակ են, և որոշ հիվանդների համար «անօգուտ» կամ «ոչ արդյունավետ» բուժում տրամադրելը նշանակում է, որ մյուս հիվանդները չեն բուժվում:

Անօգուտ և ոչ արդյունավետ բուժումը կարելի է հասկանալ հետևյալ կերպ. որոշ իրավիճակներում բժիշկը կարող է որոշել, որ բուժումը «բժշկական առումով» ապարդյուն է կամ ոչ արդյունավետ, քանի որ այն առողջացման կամ բարելավման խելամիտ հույս չի ներշնչում, կամ որովհետև պացիենտը ընդմիջտ չի կարողանալու որևէ արդյունավետություն զգալ: Այլ դեպքերում բուժման օգտակարությունն ու արդյունավետությունը կարող են որոշվել՝ հենվելով միայն պացիենտի ընդհանուր ինքնազգացողության վերաբերյալ իր սուբյեկտիվ դատողությունների վրա: Որպես ընդհանուր կանոն՝ պացիենտը պետք է ներգրավված լինի իր պարագայում բուժման անարդյունավետ լինելու որոշման կայացման մեջ: Բացառիկ հանգամանքներում նման քննարկումները կարող են չբխել հիվանդի լավագույն շահերից: Բժիշկը պարտավորություն չունի հիվանդին անօգուտ կամ ոչ արդյունավետ բուժում առաջարկելու:

Իրազեկված համաձայնության սկզբունքը ներառում է հիվանդի իրավունքը՝ ընտրելու բժշկի կողմից ներկայացված տարբերակներից: Թե որքանով հիվանդներն ու իրենց ընտանիքի անդամները իրավունք ունեն պահանջելու ծառայություններ, որոնք խորհուրդ չեն տվել բժիշկները, էթիկայի, օրենքի և հանրային քաղաքականության մեջ դառնում է հակասությունների հիմնական թեմա: Մինչ այս հարցը կորոշեն կառավարությունները, բժշկական ապահովագրության մատակարարները և/կամ մասնագիտական կազմակերպությունները, բժիշկներն անհատապես իրենք պետք է որոշեն, թե արդյոք պե՞տք է կատարեն ոչ պատշաճ բուժման խնդրանքները: Նրանք պետք է մերժեն նման խնդրանքները, եթե համոզված են, որ բուժումն ավելի շատ վնաս կպատճառի, քան օգուտ: Նրանք նաև պետք է ազատորեն կարողանան հրաժարվել, երբ հավանական է, որ բուժումն արդյունավետ չէ, նույնիսկ եթե այն վնասակար էլ չէ, թեև պլացեբոյի էֆեկտի հնարավորությունը չպետք է հաշվի չառնել:

ՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱՅԱՑՈՒՄ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ, ՈՐՈՆՔ Ի ՎԻՃԱԿԻ ՉԵՆ ԴԱ ԱՆԵԼ ԻՆՔՆՈՒՐՈՒՅՆ

Շատ պացիենտներ ի վիճակի չեն ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու: Օրինակներից են փոքր երեխաները, հոգեբուժական կամ նյարդաբանական որոշակի խնդիրներ ունեցող մարդիկ և նրանք, ովքեր ժամանակավորապես անգիտակից կամ կոմատոզ վիճակում են: Այս հիվանդները իրենց փոխարեն որոշումներ կայացնողի կարիք ունեն, որը կարող է լինել կա՛մ բժիշկը, կա՛մ մեկ այլ անձ: Էթիկական խնդիրներ են առաջանում որոշում կայացնող համապատասխան փոխարինողին որոշելիս և որոշումների համար չափանիշներ ընտրելիս այն հիվանդների փոխարեն, որոնք ի վիճակի չեն դա անել ինքնուրույն:

Երբ բժշկության միակողմանի լինելը գերակշռում էր, բժիշկը համարվում էր համապատասխան որոշում կայացնողը այն պացիենտների համար, որոնք ունակ չէին դա անել ինքնուրույն: Հնարավոր է, որ բժիշկները խորհրդակցեին ընտանիքի անդամների հետ բուժման եղանակների վերաբերյալ, սակայն վերջնական որոշումներն իրենք էին կայացնում: Շատ երկրներում բժիշկները աստիճանաբար կորցնում են այս իրավասությունը, քանի որ պացիենտներին հնարավորություն է տրվում ընտրել իրենց փոխարեն որոշում կայացնողների, որոնք կգործեն իրենց փոխարեն, երբ իրենք ունակ չլինեն դա անելու: Բացի դրանից՝ որոշ պետություններ որոշում կայացնող համապատասխան փոխարինողներին ընտրում են տարիքի նվազման կարգով (օրինակ՝ ամուսին կամ կին, չափահաս երեխաներ, եղբայրներ և քույրեր և այլն): Նման դեպքերում բժիշկները պացիենտների համար որոշումներ են կայացնում միայն այն դեպքում, երբ նշանակված փոխարինողին չի հաջողվում գտնել, ինչպես հաճախ է պատահում արտակարգ իրավիճակներում: Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի՝ Պացիենտի իրավունքների մասին հռչակագիրը բժշկի պարտականությունն այս հարցում սահմանում է հետևյալ կերպ.

Եթե պացիենտն անգիտակից վիճակում է կամ, այլ կերպ ասած, չի կարողանում արտահայտել իր կամքը, հնարավորության դեպքում պետք է իրազեկված համաձայնություն ստանալ օրինական իրավասու ներկայացուցչից: Եթե օրինական իրավասու ներկայացուցչին չի հաջողվում գտնել, բայց շտապ անհրաժեշտ է բժշկական միջամտություն, կարելի է ենթադրել, որ պացիենտը համաձայնել է՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ պացիենտի՝ նախկինում հնչեցրած հաստատական արտահայտության կամ համոզմունքի հիման վրա ակնհայտ և որևէ կասկածից վեր է, որ նա այդ իրավիճակում կիրառարվեր համաձայնություն տալ միջամտությանը:

Խնդիրներ են առաջանում, երբ նրանք, ովքեր նշանակված են լինելու որոշումներ կայացնողի համապատասխան փոխարինողները, օրինակ՝ ընտանիքի տարբեր անդամները, համաձայն չեն միմյանց հետ, կամ երբ նրանք համաձայն են, սակայն, բժշկի կարծիքով, նրանց որոշումը չի բխում հիվանդի լավագույն շահերից: Առաջին դեպքում բժիշկը կարող է կատարել միջնորդի գործառույթ, բայց եթե տարաձայնությունը շարունակվում է, այն կարող է լուծվել այլ եղանակներով, օրինակ՝ թույլ տալով ընտանիքի ավագ անդամին որոշել կամ որոշել քվեարկելով: Որոշում կայացնող փոխարինողի և բժշկի միջև լուրջ անհամաձայնության դեպքում Պացիենտի իրավունքների մասին հռչակագիրը տալիս է հետևյալ խորհուրդը. «Եթե պացիենտի օրինական իրավասու ներկայացուցիչը կամ պացիենտի կողմից լիազորված անձը արգելում է բուժումը, որը, բժշկի կարծիքով, բխում է հիվանդի լավագույն շահերից, բժիշկը պետք է վիճարկի այս որոշումը համապատասխան իրավական կամ այլ հաստատությունում»:

Իրազեկված համաձայնության սկզբունքներն ու ընթացակարգերը, որոնք քննարկվել են նախորդ բաժնում, նույնքան կիրառելի են որոշումներ կայացնող փոխարինողների համար, որքան սեփական որոշումները կայացնող պացիենտների համար: Բժիշկները այս դեպքում ևս պարտավորվում են տրամադրել այն ամբողջ տեղեկատվությունը, որն անհրաժեշտ է որոշում կայացնող փոխարինողներին իրենց որոշումները կայացնելու համար: Այս ամենը ներառում է բժշկական բարդ ախտորոշումների, կանխատեսումների և բուժման սխեմաների պարզ ու մատչելի լեզվով բացատրությունը, վստահ լինելը, որ որոշում կայացնողները հասկանում են բուժման եղանակները՝ ընդհուպ մինչև վերջիններիցս յուրաքանչյուրի առավելություններն ու թերությունները, որոշում կայացնողների մոտ ծագած ցանկացած հարցի պատասխանելը, ինչպես նաև հասկանալը, թե ինչ որոշում են կայացրել նրանք և, հնարավորության դեպքում, նաև դրա պատճառները:

Սեփական որոշում չկայացնող պացիենտի բուժման որոշումների համար օգտագործվող հիմնական չափանիշները նրա նախապատվություններն են, եթե դրանք հայտնի են: Նախապատվությունները կարող են ի հայտ գալ բժշկական կտակում կամ կարող են տրամադրված լինել որոշում կայացնող նշանակված փոխարինողին, բժշկին կամ առողջապահական թիմի այլ անդամներին: Եթե պացիենտի, որն ի վիճակի չէ որոշումներ կայացնել, նախապատվությունները հայտնի չեն, բուժման որոշումները պետք է հիմնված լինեն պացիենտի լավագույն շահերի վրա՝ հաշվի առնելով. ա) պացիենտի ախտորոշումը և կանխատեսումը, բ) պացիենտի հայտնի արժեքները, գ) տեղեկատվությունը, որը ձեռք է բերվել նրանցից, ովքեր կարևոր դեր են խաղում պացիենտի կյանքում, և ովքեր կարող են օգնել պացիենտի լավագույն շահերը որոշելիս, և դ) պացիենտի մշակութային և կրոնական տեսակետները, որոնք բուժման որոշման վրա ազդեցություն կարող են ունենալ: Այս մոտեցումը ավելի քիչ է որոշակի, քան եթե հիվանդը թողած լիներ բուժման վերաբերյալ հստակ ցուցումներ, սակայն այն հնարավորություն է տալիս որոշում կայացնող փոխարինողին ենթադրել, թե ինչ որոշում կկայացնեն հիվանդը ներկա իրավիճակում՝ հաշվի առնելով վերջինիս կատարած այլ ընտրությունները և առհասարակ կյանքի հանդեպ նրա մոտեցումը:

Բժշկական որոշումներ կայացնելը կարող է բարդ լինել, հատկապես երիտասարդների և այն մարդկանց մոտ, որոնց տրամաբանելու կարողությունը վատթարացել է սուր կամ քրոնիկ հիվանդության պատճառով: Մարդը կարող է հեշտությամբ որոշումներ կայացնել կյանքի որոշ ասպեկտների վերաբերյալ, բայց ոչ բոլորի, ինչպես նաև որոշում կայացնելու կարողությունը կարող է ընդհատվող լինել՝ մարդը կարող է հստակ և կողմնորոշված լինել օրվա որոշակի ժամերին, բայց ոչ օրվա մնացած պահերին: Թեև նման հիվանդները օրինականորեն կարող են իրավասու չլինել որոշումներ կայացնելու, նրանց նախապատվությունները, այնուամենայնիվ, պետք է հաշվի առնվեն, երբ նրանց փոխարեն որոշումներ են կայացվում: Պացիենտի իրավունքների մասին հոչակագրում հարցը հետևյալ կերպ է շոշափվում. «Եթե պացիենտն անչափահաս է կամ իրավասու չէ, որոշ հանգամանքներում պահանջվում է օրինական իրավասություն ունեցող ներկայացուցչի համաձայնությունը: Այնուամենայնիվ, պացիենտը պետք է ներգրավված լինի որոշումների կայացման գործընթացի մեջ իր կարողությունների ներածին չափով»:

Երբեմն պացիենտները չեն կարողանում բուժման տարբեր եղանակների վերաբերյալ հիմնավորված, լավ մտածված որոշում կայացնել իրենց հիվանդությունից առաջացած

անհարմարության և ցրվածության պատճառով: Այնուամենայնիվ, նրանք դեռ կարող են հրաժարվել որոշակի միջամտությունից: Նման դեպքերում պետք է շատ լուրջ կերպով հաշվի նստել անհամաձայնության այս արտահայտությունների հետ, թեև դրանք պետք է դիտարկվեն՝ հաշվի առնելով նրանց բուժման ծրագրի ընդհանուր նպատակները:

Հոգեբուժական կամ նյարդաբանական խանգարումներով տառապող պացիենտները, որոնք, ենթադրվում է, որ վտանգ են ներկայացնում իրենք իրենց կամ ուրիշների համար, առաջացնում են խիստ բարդ էթիկական խնդիրներ: Կարևոր է առավելագույնս հարգել նրանց մարդկային իրավունքները, հատկապես ազատության իրավունքը: Այնուամենայնիվ, նրանց կարող են հարկադրաբար սահմանափակել հոգեբուժարանում կամ վարվել իրենց կամքին հակառակ՝ իրենց կամ ուրիշներին վնաս պատճառելուց խուսափելու համար: Կարելի է տարբերակում մտցնել հարկադիր կերպով հոգեբուժարանում պահելու և հարկադիր բուժման միջև: Որոշ պացիենտների պաշտպաններ պնդում են, որ այդ անձինք ունեն բուժումից հրաժարվելու իրավունք, նույնիսկ եթե արդյունքում նրանք ստիպված լինեն հարկադրաբար պահվել հոգեբուժարանում: Բուժումից հրաժարվելու օրինական պատճառ կարող է լինել անցյալում բուժման հետ կապված ցավոտ փորձը, օրինակ՝ հոգեմետ դեղամիջոցների ծանր կողմնակի ազդեցությունները: Հանդես գալով որպես որոշումներ կայացնողի փոխարինող նման պացիենտների համար՝ բժիշկները պետք է վստահ լինեն, որ պացիենտներն իսկապես վտանգ են ներկայացնում և ոչ թե պարզապես անհանգստություն պատճառում ուրիշներին կամ իրենք իրենց: Նրանք պետք է փորձեն պարզել բուժման վերաբերյալ պացիենտների նախապատվությունները և այդ նախապատվությունների պատճառները, նույնիսկ եթե վերջում դրանք չկատարվեն:

ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅՈՒՆ

Պացիենտի մասին տեղեկությունը գաղտնի պահելու բժշկի պարտականությունը, դեռևս Հիպոկրատի ժամանակներից սկսած, եղել է բժշկական էթիկայի հիմնաքարը: Հիպոկրատի երդման մեջ ասվում է. «Մարդկանց կյանքին վերաբերող այն ամենը, ինչը ես կարող եմ տեսնել կամ լսել բուժման ընթացքում կամ նույնիսկ բուժման շրջանակներից դուրս, որը ոչ մի պարագայում չպետք է տարածվի, ես կպահեմ իմ մեջ՝ համարելով, որ նման բաների մասին խոսելը պարզապես ամոթալի է»: Երդումը և մի շարք ավելի ուշ ստեղծված տարբերակներ գաղտնիության այս պարտականության ցանկացած բացառություն անթույլատրելի են համարում: Սակայն այլ օրենսգրքեր մերժում են գաղտնիության նկատմամբ այս բացարձակ մոտեցումը: Օրինակ՝ Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի Բժշկական էթիկայի միջազգային օրենսգրքում ասվում է. «Գաղտնի տեղեկատվությունը հրապարակելը չի հակասում էթիկայի կանոններին, երբ պացիենտը դրան տալիս է իր համաձայնությունը, կամ երբ առկա է պացիենտին կամ ուրիշներին վնասի պատճառման իրական և մոտալուտ սպառնալիք, և այդ սպառնալիքը կարող է կանխվել միայն գաղտնիության խախտմամբ»: Այն փաստը, որ գաղտնիության այդ խախտումները երբեմն արդարացված են, պահանջում է պարզաբանել հենց գաղտնիության գաղափարը:

Գաղտնիության բարձր արժեքի հիմքում ընկած են ինքնավարությունը, հարգանքը մյուսների նկատմամբ և վստահությունը: Ինքնավարությունն առնչվում է գաղտնիությանը նրանով, որ որևէ մեկին վերաբերող անձնական տեղեկատվությունը պատկանում է նրան և, առանց նրա համաձայնության, չպետք է հայտնի դառնա մյուսներին: Երբ որևէ մեկը իր անձնական տվյալները մեկ ուրիշի համար հայտնի է դարձնում, օրինակ՝ բժշկի կամ բուժքրոջ, կամ երբ տեղեկությունը բացահայտվում է բժշկական քննության միջոցով, ապա այն մարդիկ, որոնք տեղյակ են, պարտավոր են դրանք գաղտնի պահել, եթե տվյալ անձի կողմից լիազորված չեն դրանք հրապարակելու:

Գաղտնիությունը նաև կարևոր է, քանի որ մարդ արարածները արժանի են հարգանքի: Նրանց հանդեպ հարգանք դրսևորելու կարևոր ձևերից մեկը նրանց գաղտնիության պահպանումն է: Բժշկական միջավայրում գաղտնիությունը հաճախ մեծապես վտանգված է, բայց սա առավել մեծ պատճառ է՝ կանխելու մարդու անձնական կյանք անհարգի ներխուժումները: Քանի որ մարդիկ տարբերվում են գաղտնիության մասին իրենց ցանկության հարցում, մենք չենք կարող ենթադրել, թե բոլորն ուզում են, որ իրենց հետ վարվեն այնպես, ինչպես մենք կցանկանայինք: Պետք է ուշադրություն դարձնել՝ որոշելու համար, թե որ անձնական տվյալներն է հիվանդը ցանկանում գաղտնի պահել և որոնք է պատրաստ հայտնել ուրիշներին:

Վստահությունը բժիշկ - պացիենտ հարաբերությունների էական մաս է կազմում: Բժշկական աջակցություն ստանալու նպատակով պացիենտները ստիպված են անձնական տեղեկություններ հայտնել բժիշկներին և մարդկանց, որոնք կարող են նրանց համար բոլորովին անծանոթ լինել, այնպիսի տեղեկատվություն, որը նրանք չէին ցանկանա, որ մեկ ուրիշը իմանար: Նրանք պետք է լավ հիմքեր ունենան՝ վստահելու իրենց մասին հոգ տանողներին, և համոզում, որ վերջիններս այդ տեղեկատվությունը չեն հրապարակի: Այս վստահության հիմքը գաղտնիության էթիկական և իրավական չափանիշներն են, որոնք առողջապահության ոլորտի մասնագետները ակնկալվում է, որ պետք է պահպանեն: Առանց գիտակցելու, որ իրենց բացահայտումները գաղտնի են պահվելու, պացիենտները հնարավոր է՝ խուսափեն անձնական տվյալներ հաղորդելուց: Սա կարող է խանգարել բժիշկներին արդյունավետ միջամտություններ ապահովելու կամ հանրային առողջության որոշակի նպատակների հասնելու ջանքերում:

Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի «Պացիենտի իրավունքների մասին» հռչակագիրը ամփոփում է պացիենտի գաղտնիության իրավունքը հետևյալ կերպ.

- Պացիենտի առողջական կարգավիճակի, բժշկական վիճակի, ախտորոշման, կանխատեսման և բուժման ու անձնական բնույթի այլ տվյալների վերաբերյալ բոլոր նույնական տեղեկությունները պետք է գաղտնի պահվեն նույնիսկ մահից հետո: Բացառիկ դեպքերում ժառանգները կարող են ունենալ տեղեկատվության հասանելիության իրավունք, որը կտեղեկացնի նրանց առողջական վտանգների մասին:
- Գաղտնի տեղեկատվությունը կարող է բացահայտվել միայն այն դեպքում, երբ պացիենտը տալիս է հստակ համաձայնություն, կամ եթե դա ուղղակիորեն նախատեսված է օրենքով: Եթե պացիենտը տվել է հստակ համաձայնություն,

տեղեկատվությունը կարող է բացահայտվել առողջապահական ծառայություններ մատուցող այլ անձանց միայն այն դեպքում, երբ խիստ անհրաժեշտ է, որ իմանան:

- Պացիենտի բոլոր տվյալները պետք է պաշտպանված լինեն: Տվյալների պաշտպանությունը պետք է համապատասխանի դրանց պահպանման եղանակին: Մարդկային կենսաբանական այն նյութերը, որոնցից կարող են ստացվել ճանաչելի տվյալներ, նույնպես պետք է պաշտպանված լինեն:

Ինչպես ասվում է Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի այս Հոչակագրում, գաղտնիության պահպանման պահանջում կան բացառություններ: Դրանցից մի քանիսը համեմատաբար ոչ խնդրահարույց են, մյուսները բժիշկների համար շատ բարդ էթիկական խնդիրներ են առաջացնում:

Առողջապահական հաստատությունների մեծ մասում հաճախակի են լինում գաղտնիության կանոնավոր խախտումներ: Շատ անհատներ՝ բժիշկները, բուժքույրերը, լաբորատոր տեխնիկները, ուսանողները և այլն, պետք է հասանելիություն ունենան պացիենտի առողջական տվյալներին, որպեսզի կարողանան այդ անձին համապատասխան խնամք ապահովել, իսկ ուսանողների դեպքում՝ որպեսզի սովորեն, թե ինչպես զբաղվել բժշկությամբ: Եթե պացիենտները և իրենց մասին հոգ տանողները խոսում են տարբեր լեզուներով, ապա հաղորդակցությունը հեշտացնելու նպատակով կա թարգմանիչների կարիք: Այն դեպքում, երբ պացիենտներն ի վիճակի չեն ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու, նրանց վերաբերյալ այլ անձանց պետք է տեղեկատվություն տրվի նրանց անունից որոշումներ կայացնելու և նրանց մասին հոգ տանելու համար: Բժիշկները մշտապես տեղեկացնում են մահացածի ընտանիքի անդամներին մահվան պատճառի մասին: Գաղտնիության այս խախտումները սովորաբար արդարացված են, սակայն դրանք պետք է նվազագույնի հասցվեն, և նրանք, ովքեր տիրապետում են գաղտնի տեղեկատվությանը, պետք է տեղեկացված լինեն այն ավելի չտարածելու անհրաժեշտության մասին, քան դա անհրաժեշտ է պացիենտի կամ ժառանգների շահերի տեսանկյունից: Հնարավորության դեպքում պացիենտներին պետք է տեղյակ պահել, որ նման խախտումներ են տեղի ունենում:

Գաղտնիությունը խախտելու մեկ այլ ընդհանուր ընդունված պատճառ է իրավական պահանջներին համապատասխանելը: Օրինակ՝ շատ դատական մշակույթներ ունեն օրենքներ, որոնք պարտադրում են զեկուցելու այն պացիենտների մասին, որոնք տառապում են որոշակի հիվանդություններով, որոնք իրավասու չեն մեքենա վարելու, կամ որոնք կասկածվում են երեխաների նկատմամբ բռնության մեջ: Բժիշկները պետք է տեղյակ լինեն պացիենտի մասին տեղեկատվության բացահայտման իրավական պահանջներից, որտեղ նրանք աշխատում են: Այնուամենայնիվ, իրավական պահանջները կարող են հակասել մարդու իրավունքները հարգելուն, որն ընկած է բժշկական էթիկայի հիմքում: Հետևաբար, բժիշկները պետք է վերլուծական աչքով դիտարկեն գաղտնիությունը խախտելու ցանկացած օրենսդրական պահանջ և նախքան դրան հետևելը վստահ լինեն, որ այն արդարացված է:

Եթե բժիշկները ստիպված են կատարել իրենց պացիենտների բժշկական տեղեկատվությունը հրապարակելու իրավական պահանջները, ցանկալի է, որ նրանք պացիենտների հետ քննարկեն ցանկացած բացահայտման անհրաժեշտությունը, նախքան դա տեղի կունենա, և ապահովեն նրանց հետ համագործակցությունը: Օրինակ՝

նախընտրելի է, որ երեխայի նկատմամբ բռնության մեջ կասկածվող պացիենտը բժշկի ներկայությամբ զանգահարի երեխայի պաշտպանության մարմիններին՝ ինքն իր մասին զեկուցելու համար, կամ որ բժիշկը ստանա նրա համաձայնությունը՝ նախքան իշխանություններին ծանուցելը: Այս մոտեցումը ճանապարհ կհարթի հետագա միջամտությունների համար: Եթե նման համագործակցություն չի սպասվում, և բժիշկը հիմքեր ունի ենթադրելու, որ ծանուցման ցանկացած ուշացում կարող է երեխային լուրջ վնաս պատճառել, ապա բժիշկը պետք է անհապաղ տեղեկացնի երեխաների պաշտպանության մարմիններին և հետո տեղեկացնի պացիենտին, որ դա արվել է:

Գաղտնիության այն խախտումներից բացի, որոնք պահանջվում են օրենքով, բժիշկները կարող են էթիկական պարտավորություն ունենալ գաղտնի տեղեկատվություն տրամադրել ուրիշներին, որոնք կարող են վտանգի ենթարկվել հիվանդի կողմից: Երկու իրավիճակ, երբ դա կարող է տեղի ունենալ. այն է, որ հիվանդը հոգեբույժին ասում է, որ մտադիր է վնասել մեկ այլ անձի, և երբ բժիշկը համոզված է, որ ՄԻԱՎ-ով վարակված հիվանդը շարունակում է ազատ սեռական հարաբերություն ունենալ իր ամուսնական զուգընկերոջ կամ այլ կողակցի հետ:

Գաղտնիությունը խախտելու դեպքերը, որոնք չեն պահանջվում օրենքով, լինում են այն պարագաներում, երբ հավատացած են, որ ակնկալվող վնասը մոտալուտ է, լուրջ (և անդառնալի), անխուսափելի և չլիազորված բացահայտումից բացի, ոչինչ չի մնում անել, քանի որ սպասվող վտանգը ավելի մեծ վնաս կբերի, քան բացահայտումից առաջացած վնասը: Այս համապատասխան վնասների համաչափությունը որոշելիս բժիշկը պետք է գնահատի և համեմատի վնասների լրջությունը և դրանց պատահելու հավանականությունը: Կասկածների դեպքում խելամիտ կլինի, որ բժիշկը դիմի մասնագետի խորհրդատվությանը:

Երբ բժիշկը որոշել է, որ նախազգուշացման պարտականությունը արդարացնում է չարտոնված բացահայտումը, ևս երկու այլ որոշում պետք է կայացվի: Ո՞ւմ պետք է ասի բժիշկը: Որքա՞ն է պետք ասել: Ընդհանուր առմամբ, բացահայտումը պետք է պարունակի միայն այն տեղեկատվությունը, որն անհրաժեշտ է կանխատեսվող վնասը կանխելու համար և պետք է ուղղված լինի միայն նրանց, ում այդ տեղեկատվությունը պետք է վնասը կանխելու համար: Խելամիտ քայլեր պետք է ձեռնարկվեն՝ նվազագույնի հասցնելու պացիենտի վնասն ու վիրավորանքը, որը կարող է առաջանալ բացահայտումից: Խորհուրդ է տրվում, որ բժիշկը տեղեկացնի պացիենտին, որ գաղտնիությունը կարող է խախտվել իր իսկ և ցանկացած հավանական զոհի պաշտպանության համար: Հնարավորության դեպքում պետք է համագործակցել պացիենտի հետ:

ՄԻԱՎ-ով վարակված հիվանդի դեպքում տեղեկատվությունը ամուսնական կամ ներկայիս սեռական զուգընկերոջը հայտնելը չի կարող էթիկական լինել, սակայն այն իսկապես կարող է արդարացված լինել, երբ պացիենտը չի ցանկանում տեղեկացնել դիսկի ենթարկված անձին (անձանց): Այսպիսի բացահայտման դեպքում հարկավոր է, որ բոլոր հետևյալ պայմանները պահպանվեն՝ զուգընկերը գտնվում է ՄԻԱՎ-ով վարակվելու վտանգի առաջ և դրա մասին իմանալու որևէ միջոց չունի, պացիենտը հրաժարվել է տեղեկացնել իր սեռական զուգընկերոջը, պացիենտը մերժել է բժշկի առաջարկը՝ անել դա իր փոխարեն, և բժիշկը պացիենտին հայտնել է զուգընկերոջը տեղեկությունը հայտնելու իր մտադրության մասին:

Կասկածյալների և դատապարտված հանցագործների բժշկական աջակցությունը առանձնահատուկ դժվարություններ է ստեղծում գաղտնիության առումով: Թեև կալանքի տակ գտնվողների մասին հոգ տանող բժիշկները սահմանափակ անկախություն ունեն, նրանք պետք է ամեն ինչ անեն՝ այս պացիենտներին վերաբերվելու այնպես, ինչպես կվերաբերվեին մյուսներին: Մասնավորապես, նրանք պետք է պահպանեն գաղտնիությունը՝ չհայտնելով պացիենտի առողջական վիճակի մանրամասները բանտի ղեկավարությանը՝ առանց նախապես պացիենտի համաձայնությունը ստանալու:

ԿՅԱՆՔԻ ՍԿԶԲԻ ԽՆԴԻՐՆԵՐ

Բժշկական էթիկայի ամենակարևոր հարցերից շատերն առնչվում են մարդու կյանքի սկզբնական փուլին: Սույն ձեռնարկի սահմանափակ շրջանակը նշանակում է, որ այս խնդիրներին հնարավոր չէ մանրամասնորեն անդրադառնալ այստեղ, սակայն արժե դրանք թվարկել, որպեսզի ընկալվեն որպես էթիկական բնույթ ունեցող, և դրանց վերաբերվեն որպես հենց այդպիսին: Դրանցից յուրաքանչյուրը բժշկական ասոցիացիաների, էթիկայի մասնագետների և կառավարական խորհրդատվական մարմինների կողմից լայնածավալ վերլուծության առարկա է դարձել, և շատ երկրներում կան դրանց հետ կապված օրենքներ, կանոնակարգեր և քաղաքականություն:

- **ԲԵՂՄՆԱԿԱՆԽՈՒՄ** – Չնայած նրան, որ կնոջ՝ իր պտղաբերությունը վերահսկելու, այդ թվում և անցանկալի հղիությունը կանխելու իրավունքի միջազգային ճանաչումն ավելանում է, բժիշկները դեռ պետք է զբաղվեն բարդ խնդիրներով, ինչպիսիք են անչափահասներից բեղմնականխման խնդրանքներ ստանալը և բեղմնականխման տարբեր մեթոդների ռիսկերի բացատրումը:
- **ՕԺԱՆԴԱԿ ՎԵՐԱՐՏԱԴՐՈՒՄ** – Այն զույգերի (և անհատների) համար, որոնք չեն կարող բեղմնավորվել բնական ճանապարհով, կան տարբեր օժանդակ վերարտադրողական մեթոդներ, ինչպիսիք են արհեստական բեղմնավորումը և արտամարմնային բեղմնավորումն ու սաղմի տեղափոխումը, որոնք լայնորեն հասանելի են խոշոր բժշկական կենտրոններում: Փոխնակ կամ գեստացիոնալ սուրոգատությունը ևս մեկ այլընտրանք է: Այս մեթոդներից և ոչ մեկը զերծ չէ խնդիրներից՝ ոչ առանձին դեպքերում, ոչ էլ հանրային քաղաքականության համար: 2006-ի Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների վերաբերյալ հայտարարությունը նշում է, որ «թեև որոշ հարցերի շուրջ կարելի է համաձայնության գալ, կան կարծիքների սկզբունքային տարբերություններ, որոնք հնարավոր չէ ընդհանուր եզրահանգման բերել»:
Հայտարարությունը նշում է համաձայնության եզրերը, ինչպես նաև ընդգծում է այն հարցերը, որոնց շուրջ համաձայնության հասնել հնարավոր չէ»:
- **ՆԱԽԱԾՆՆԴԱՅԻՆ ԳԵՆԵՏԻԿ ՍԿՐԻՆԻՆԳ** – Այժմ հասանելի են գենետիկական թեստեր՝ որոշելու համար՝ արդյոք սաղմը կամ պտուղը ունի՞ որոշակի գենետիկական անոմալիաներ, ինչպես նաև, արդյոք սեռը արական է, թե՞ իգական: Կախված արդյունքներից՝ կարող է որոշում կայացվել՝ շարունակել՞ հղիությունը, թե՞ ոչ:

Բժիշկները պետք է որոշեն, թե երբ առաջարկեն նման թեստեր և ինչպես բացատրեն արդյունքները պացիենտներին:

- **ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՇԵՍՏԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՏՈՒՄ** – Սա երկար ժամանակ եղել է բժշկական էթիկայի ամենապառակտիչ հարցերից մեկը ինչպես բժիշկների, այնպես էլ պետական իշխանությունների համար: Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի հայտարարությունը հղիության արհեստական ընդհատման վերաբերյալ ընդունում է կարծիքների և համոզմունքների այս բազմազանությունը և եզրակացնում, որ «սա անհատական համոզմունքի և խղճի խնդիր է, որը պետք է հարգել»:
- **ԽԻՍՏ ՎՏԱՆԳՎԱԾ ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐ** – Վաղաժամ ծնվելու կամ բնածին ծայրահեղ անոմալիաների պատճառով որոշ նորածիններ չեն գոյատևում: Հաճախ պետք է բարդ որոշումներ կայացվեն՝ փորձել երկարացնել նրանց կյանքը, թե՞ թույլ տալ նրանց մահանալ:
- **ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐ** – Դրանք ներառում են նոր սաղմերի արտադրությունը կամ «պահեստային» սաղմերի օգտագործումը (այն սաղմերի, որոնք վերարտադրողական նպատակներով չեն կիրառվում) ցողունային բջիջներ ձեռք բերելու համար, որոնք հարկավոր են հնարավոր բուժական կիրառությունների, օժանդակ ռեպրոդուկցիայի նոր մեթոդների փորձարկման և պտղի վրա փորձեր անելու համար:

ԿՅԱՆՔԻ ԱՎԱՐՏԻ ԽՆԴԻՐՆԵՐ

Կյանքի վերջի հետ կապված խնդիրները ձգվում են մահացող հիվանդների կյանքը երկարաձգելու փորձերից՝ բարձր փորձարարական տեխնոլոգիաների միջոցով, ինչպիսիք են կենդանիների օրգանների իմպլանտացիան, մինչև կյանքը վաղաժամկետ դադարեցնելու ջանքերը՝ էվթանազիայի և բժշկական աջակցությամբ ինքնասպանության միջոցով: Այս ծայրահեղությունների միջև ընկած են բազմաթիվ հարցեր՝ կապված կյանքը երկարաձգող պոտենցիալ բուժումների նախաձեռնման կամ դրանցից հրաժարվելու, անբուժելի հիվանդների խնամքի և բժշկական կտակների նպատակահարմարության և օգտագործման հետ:

Առանձնահատուկ ուշադրության է արժանի երկու հարց՝ էվթանազիան և ընթերակայված (օժանդակված) ինքնասպանությունը.

- **ԷՎԹԱՆԱԶԻԱ** նշանակում է գիտակցաբար և միտումնավոր կատարել այնպիսի գործողություն, որն ակնհայտորեն նպատակ ունի վերջ դնել մեկ այլ անձի կյանքին, և որը ներառում է հետևյալ տարրերը՝ *սուբյեկտը* անբուժելի հիվանդությամբ տառապող, իրավասու, իրազեկված անձնավորություն է, որը կամավոր խնդրել է դադարեցնել իր կյանքը, *միջնորդը*, որը գիտի մարդու վիճակի և մահանալու ցանկության մասին և կատարում է այդ արարքը՝ այդ անձի կյանքին վերջ տալու

հիմնական մտադրությամբ, և *արարքը*, որը ձեռնարկվում է կարեկցությամբ և առանց անձնական շահի:

- **ՕԺԱՆԴԱԿՎԱԾ ԻՆՔՆԱՍՊԱՆՈՒԹՅՈՒՆ** նշանակում է գիտակցաբար և միտումնավոր անձին տրամադրել գիտելիք կամ միջոցներ, կամ երկուսն էլ միաժամանակ, որոնք անհրաժեշտ են ինքնասպանություն գործելու համար: Սա ներառում է դեղերի մահացու չափաբաժինների վերաբերյալ խորհրդատվությունը, այդպիսի մահացու չափաբաժինների նշանակումը կամ դեղերի տրամադրումը:

Մահվան մոտեցումը բազմաթիվ այլ էթիկական մարտահրավերներ է ստեղծում հիվանդների, որոշում կայացնող փոխարինողների և բժիշկների համար: Դեղամիջոցների, ռեանիմատիվ միջամտությունների, ռադիոլոգիական պրոցեդուրաների և ինտենսիվ խնամքի միջոցով կյանքը երկարացնելու հնարավորությունը պահանջում է որոշումներ, թե երբ ձեռնարկել այդ բուժումները և երբ դադարեցնել, եթե դրանք արդյունավետ չեն:

Ինչպես խոսվեց վերևում հաղորդակցության և համաձայնության հետ կապված, իրավասու պացիենտներն իրավունք ունեն հրաժարվել ցանկացած բժշկական միջամտությունից, նույնիսկ եթե մերժումը հանգեցնում է նրանց մահվան: Մարդիկ մեծապես տարբերվում են մահանալու նկատմամբ իրենց վերաբերմունքով՝ ոմանք ամեն ինչ կանեն իրենց կյանքը երկարացնելու համար՝ անկախ նրանից, թե որքան ցավ և տառապանք է դա ներառում, մինչդեռ մյուսներն այնքան անհամբեր սպասում են մահանալուն, որ հրաժարվում են նույնիսկ պարզ միջոցներից, որոնք, ամենայն հավանականությամբ, կպահպանեն իրենց կյանքը, օրինակ՝ բակտերիալ թոքաբորբի համար հակաբիոտիկների օգտագործումը: Երբ բժիշկներն ամեն ջանք գործադրել են պացիենտներին տեղեկատվություն տրամադրելու առկա բուժման եղանակների և դրանց հաջողության հավանականության մասին, նրանք պետք է հարգեն պացիենտների որոշումները ցանկացած բուժում սկսելու կամ շարունակելու վերաբերյալ:

Կյանքի ավարտի որոշում կայացնելը այն պացիենտների համար, որոնք ունակ չեն անել դա ինքնուրույն, ավելի մեծ դժվարություններ է առաջացնում: Եթե պացիենտները նախապես հստակ արտահայտել են իրենց ցանկությունները, օրինակ՝ բժշկական կտակում, որոշումն ավելի հեշտ կլինի, թեև նման հրահանգները հաճախ շատ անորոշ են և պետք է մեկնաբանվեն՝ հաշվի առնելով պացիենտի իրական վիճակը: Եթե պացիենտները պատշաճ կերպով չեն արտահայտել իրենց ցանկությունները, համապատասխան որոշում կայացնող փոխարինողը պետք է օգտագործի բուժման որոշումների մեկ այլ չափանիշ, որը կբխի պացիենտի լավագույն շահերից:

Ենթագլուխ 3.2. Բժիշկը և գործընկերները

ՄԱՐՏԱՀՐԱՎԵՐՆԵՐ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԻՇԽԱՆՈՒԹՅԱՆԸ

Այս գլուխը կքննարկի էթիկական խնդիրները, որոնք ծագում են ինչպես ներքին, այնպես էլ արտաքին հիերարխիայում: Որոշ խնդիրներ ընդհանուր են երկուսի համար, մյուսները հանդիպում են միայն մեկում կամ մյուսում: Այս խնդիրներից շատերը

համեմատաբար նոր են, քանի որ դրանք բխում են բժշկության և առողջապահության ոլորտում վերջին փոփոխություններից: Այս փոփոխությունների համառոտ նկարագրությունն անհրաժեշտ է, քանի որ դրանք լուրջ մարտահրավերներ են ներկայացնում բժշկական լիազորությունների ավանդական իրականացման մեջ:

Գիտական գիտելիքների և դրանց կլինիկական կիրառությունների արագ աճին զուգընթաց՝ բժշկությունն ավելի ու ավելի է բարդանում: Հնարավոր է, որ առանձին բժիշկները չկարողանան լինել իրենց բոլոր պացիենտների հիվանդությունների և հնարավոր բուժումների մասնագետները, և այլ մասնագետ բժիշկների ու հմուտ բուժաշխատողների օգնության կարիքն ունենան, ինչպիսիք են բուժքույրերը, դեղագործները, ֆիզիոթերապևտները, լաբորատոր տեխնիկները, սոցիալական աշխատողները և շատ ուրիշներ: Բժիշկները պետք է գիտակցեն, թե ինչպես ձեռք բերել համապատասխան հմտություններ, որոնց կարիքն ունեն իրենց հիվանդները, և որոնք իրենց մոտ թերի են:

Ինչպես քննարկվեց գլուխ 2-ում, բժշկության միակողմանի մոդելը աստիճանաբար անհետանում է պացիենտների՝ բժշկական սեփական որոշումներ կայացնելու իրավունքի աճող ճանաչման շնորհիվ: Արդյունքում, որոշումների կայացման համագործակցային մոդելը փոխարինեց բացարձակ մոդելին, որը բնորոշ էր բժշկության միակողմանի լինելու դասական տեսակին: Նույնը տեղի է ունենում բժիշկների և առողջապահության այլ մասնագետների միջև: Վերջիններս գնալով չեն ցանկանում ուղղակի հետևել բժիշկների հրահանգներին՝ առանց իմանալու այդ հրահանգների հիմքում ընկած պատճառները: Նրանք համարում են, որ իրենք մասնագետներ են, որոնք պացիենտների նկատմամբ ունեն էթիկական հատուկ պարտականություններ. երբ այս պարտականությունների վերաբերյալ իրենց ընկալումը հակասում է բժշկի հրահանգներին, նրանք կարծում են, որ պետք է կասկածի տակ դնեն կամ նույնիսկ վիճարկեն հրահանգները: Համագործակցային մոդելը կարող է բանավեճեր առաջացնել պացիենտների համապատասխան խնամքի վերաբերյալ:

Նման զարգացումները բժիշկների և բժիշկ գործընկերների ու առողջապահական այլ մասնագետների հետ ունեցած փոխհարաբերություններում փոխում են «խաղի կանոնները»:

ԲԺԻՇԿ ԳՈՐԾԸՆԿԵՐՆԵՐԻ, ՈՒՍՈՒՑԻՉՆԵՐԻ ԵՎ ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐԻ ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Որպես բժշկական համայնքի անդամներ, ավանդաբար ակնկալվում էր, որ բժիշկները պետք է միմյանց վերաբերվեն ավելի շատ որպես ընտանիքի անդամների, քան որպես օտարների կամ նույնիսկ որպես ընկերներ: Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի Ժնևի հռչակագիրը ներառում է հետևյալ խոստումը. «Իմ գործընկերները կլինեն իմ քույրերն ու եղբայրները»:

Բացի գործընկերների նկատմամբ հարգալից վերաբերմունք ցուցաբերելու և պացիենտների խնամքը առավելագույնի հասցնելու նպատակով համագործակցելու դրական պահանջներից՝ Բժշկական համաշխարհային ասոցիացիայի Բժշկական էթիկայի միջազգային օրենսգիրքը պարունակում է երկու սահմանափակում բժիշկների միմյանց հետ հարաբերություններում. առաջինը միայն պացիենտի ուղեգիրը ձեռք բերելու նպատակով

որևէ վարձատրության կամ այլ հատուցման համար վճարումն է, կամ այդ նպատակով որևէ վարձատրություն կամ այլ հատուցում ստանալն է, իսկ երկրորդը գործընկերներից պացիենտներին խլելն է, և երրորդ պարտավորությունը, այն է՝ գործընկերների ոչ էթիկական կամ ոչ պատշաճ վարքագծի մասին զեկուցումը:

Բժշկական էթիկայի Հիպոկրատի ավանդույթի համաձայն՝ բժիշկները հատուկ հարգանք են տաժում իրենց ուսուցիչների նկատմամբ: Ժնևի հռչակագրում դա ասվում է այսպես. «Ես իմ ուսուցիչների հանդեպ կցուցաբերեմ այն հարգանքն ու երախտագիտությունը, որին նրանք արժանի են»: Թեև ժամանակակից բժշկական կրթությունը ներառում է ուսանող-ուսուցիչ բազմաթիվ փոխհարաբերություններ, ի տարբերություն նախկին ժամանակների, երբ այդ հարաբերությունները ստեղծվում էին մեկ բժիշկ և մեկ ուսանող հարաբերակցությամբ, այն դեռևս կախված է գործող բժիշկների բարի կամքից և նվիրվածությունից, որոնք հաճախ վարձատրություն չեն ստանում դասավանդելու իրենց գործունեության համար: Բժշկականի ուսանողները և բժշկական ոլորտում այլ վերապատրաստվողները երախտագիտության պարտք ունեն իրենց ուսուցիչների նկատմամբ, առանց որոնց՝ բժշկական կրթությունը կվերածվեր ինքնուսուցման:

Իրենց հերթին, ուսուցիչները պարտավոր են հարգանքով վերաբերվել իրենց ուսանողներին և լավ օրինակ ծառայել նրանց համար պացիենտների հետ վարվելիս: Բժշկական կրթության, այսպես կոչված, «թաքնված ուսումնական ծրագիրը», այսինքն՝ գործող բժիշկների կողմից դրսևորվող վարքագծի չափանիշները, հաճախ ազդեցիկ են, քան բժշկական էթիկայի բացահայտ ուսումնական ծրագրերը, և եթե կա հակասություն էթիկայի պահանջների և իրենց ուսուցիչների վարքագծի և վերաբերմունքի միջև, ապա ուսանողները, ավելի հավանական է, որ կհետևեն իրենց ուսուցիչների օրինակին:

Դասախոսները հատուկ պարտավորություն ունեն չպահանջել ուսանողներից զբաղվելու ոչ էթիկական գործունեությամբ: Բժշկական ամսագրերում զեկուցված նման պրակտիկաների օրինակները ներառում են ուսանողների՝ բուժօգնության համար պացիենտի համաձայնության ձեռքբերումը այն իրավիճակներում, երբ դա պետք է անի որակավորված մասնագետը: Հաշվի առնելով ուսանողների և ուսուցիչների միջև ուժերի անհավասարությունը և, հետևաբար, ուսանողների դժկամությունը՝ կասկածի տակ առնելու կամ մերժելու նման հրահանգները՝ ուսուցիչները չպետք է պահանջեն ուսանողներից ոչ էթիկական վարվելաձև: Բազմաթիվ բժշկական դպրոցներում կան խմբի ներկայացուցիչներ կամ բժշկական ուսանողական ասոցիացիաներ, որոնք, ի թիվս իրենց այլ դերերի, կարող են բժշկական կրթության էթիկական խնդիրների վերաբերյալ բարձրաձայնել մտահոգություններ: Այն ուսանողները, որոնք մտահոգված են իրենց կրթության էթիկական ասպեկտներով, պետք է հասանելիություն ունենան այնպիսի մեխանիզմների, որտեղ նրանք կարող են իրենց մտահոգությունները բարձրաձայնել՝ առանց ընկալվելու որպես ըմբոստներ, ինչպես նաև կարողանան ստանալ համապատասխան աջակցություն, եթե անհրաժեշտ լինի հարցին տալ ավելի պաշտոնական ընթացք:

Իրենց հերթին, բժշկական կրթական համակարգի ուսանողներից ակնկալվում է, որ վերջիններս կցուցաբերեն էթիկական վարքագծի այնպիսի չափանիշներ, ինչպես վայել է ապագա բժիշկներին: Նրանք պետք է այլ ուսանողներին վերաբերվեն որպես գործընկերների և պատրաստ լինեն, անհրաժեշտության դեպքում, օգնություն առաջարկել,

այդ թվում՝ տալ ուղղորդող խորհուրդներ ոչ պրոֆեսիոնալ վարքագծի վերաբերյալ: Նրանք նաև պետք է մեծ ներդրում ունենան ընդհանուր նախագծերում և այնպիսի պարտականություններում, ինչպիսիք են ուսումնական առաջադրանքների իրականացումը և հերթապահ ծառայությունը:

ՈՉ ԷԹԻԿԱԿԱՆ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ԶԵԿՈՒՑՈՒՄ

Ավանդաբար բժշկության՝ որպես ինքնակարգավորվող մասնագիտության դիրքը հպարտորեն է ընկալվում: Հասարակության կողմից այս մասնագիտական համայնքին շնորհված արտոնությունների և նրա անդամների հանդեպ պացիենտների ցուցաբերած վստահության դիմաց բժշկական համայնքը իր անդամների համար սահմանել է վարքագծի բարձր չափանիշներ և կարգապահական ընթացակարգեր՝ հետաքննելու համար վատ վարքագծի մասին մեղադրանքները և, անհրաժեշտության դեպքում, պատժելու այն իրականացնողներին: Ինքնակարգավորման այս համակարգը հաճախ ձախողվել է, և վերջին տարիներին քայլեր են ձեռնարկվել մասնագիտությունն ավելի պատասխանատու դարձնելու ուղղությամբ, օրինակ՝ կարգավորող մարմիններում նշանակելով անդամների, որոնք հանդես են գալիս որպես հանրային շահերի պաշտպան: Ինքնակարգավորման հիմնական պահանջը, ամեն դեպքում, բժիշկների ցուցաբերած աջակցությունն է հանուն այդ կարգավորման սկզբունքների և պատրաստակամությունը ոչ ապահով և ոչ էթիկական պրակտիկաները ճանաչելու և դրանց հետ գործ ունենալու հարցում:

Գործընկերների անգործունակության, անօրինական վարքագծի մասին զեկուցելու այս պարտավորությունն ընդգծված է բժշկական էթիկայի կանոններում: Օրինակ՝ Բժշկական համաշխարհային ասոցիացիայի Բժշկական էթիկայի միջազգային օրենսգիրքը նշում է. «Բժիշկը պետք է ... զեկուցի համապատասխան մարմիններին այն բժիշկների մասին, որոնք իրականացնում են ոչ էթիկական կամ ոչ հմուտ գործունեություն, կամ որոնք զբաղվում են խարդախությամբ ու խաբեությամբ»: Սակայն այս սկզբունքը հազվադեպ իրավիճակներում է կիրառվում: Մի կողմից՝ բժիշկը կարող է առիթից օգտվել և փորձել նսեմացնել գործընկերոջ համբավը՝ ելնելով անձնական անազնիվ դրոպապատճառներից, ինչպիսիք են նախանձը կամ գործընկերոջից ստացած վիրավորանքը: Մյուս կողմից՝ բժիշկը կարող է նաև չցանկանալ զեկուցել գործընկերոջ ոչ պատշաճ պահվածքի մասին՝ հաշվի առնելով իրենց ընկերությունը կամ նրա հանդեպ իր համակրանքը: Այսպիսի զեկուցման հետևանքները կարող են շատ վնասակար լինել զեկուցողի համար. նա կարող է գրեթե որոշակի թշնամանք զգալ մեղադրվողի և, հնարավոր է, նաև այլ գործընկերների կողմից:

Չնայած ոչ պատշաճ արարքների վերաբերյալ զեկուցման այս թերություններին, դա բժիշկների մասնագիտական պարտականությունն է: Նրանք ոչ միայն պատասխանատու են մասնագիտության բարի համբավը պահպանելու համար, այլև հաճախ միակն են, որ ճանաչում են անկարողությունը, թերացումները կամ սխալ վարքագիծը: Այնուամենայնիվ, կարգապահական մարմինն գործընկերների վերաբերյալ զեկուցելը, որպես կանոն, պետք է լինի վերջին միջոցն այն բանից հետո, երբ այլընտրանքային տարբերակները փորձարկվել և ապարդյուն են եղել: Առաջին քայլը կարող է լինել գործընկերոջը մոտենալն ու ասելը, որ նրա վարքագիծը համարում եք ոչ անվտանգ կամ ոչ բարոյական: Եթե հարցը հնարավոր

լինի լուծել այդ մակարդակում, ավելի հեռու գնալու կարիք չկա: Եթե ոչ, ապա հաջորդ քայլը կարող է լինել հարցը քննարկելը ոչ պատշաճ արարքն իրականացնողի վերադասի հետ և հետագա գործողությունների վերաբերյալ որոշումը թողնել այդ անձի վրա: Եթե այս մարտավարությունը չի գործում կամ չի հաջողվում, ապա կարող է անհրաժեշտ լինի կարգապահական մարմին զեկուցելու վերջնական քայլը:

ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԱՅԼ ՄԱՍՆԱԳԵՏՆԵՐԻ ՀԵՏ

Պացիենտների հետ հարաբերությունների մասին գլուխ 2-ը սկսվեց բժիշկ - պացիենտ հարաբերություններում հարգանքի և հավասար վերաբերմունքի կարևորության մասին քննարկմամբ: Այդ քննարկման մեջ արտահայտված սկզբունքները հավասարապես տեղին են գործընկերների հետ հարաբերություններում: Մասնավորապես, «տարիքի, հիվանդության կամ հաշմանդամության, դավանանքի, էթնիկ ծագման, սեռի, ազգության, քաղաքական պատկանելության, ռասայական, սեռական կողմնորոշման, սոցիալական դիրքի կամ որևէ այլ գործոնի» հիմքով պայմանավորված խտրականության արգելքը (Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի Ժնևի հռչակագիր) կիրառելի է բոլոր նրանց հետ հարաբերություններում, որոնց հետ բժիշկները շփվում են պացիենտների խնամքը և այլ մասնագիտական գործունեություն իրականացնելու ժամանակ:

Առողջապահական ծառայություններ մատուցող անձանց՝ լինեն բժիշկներ, բուժքույրեր, օժանդակ բուժաշխատողներ և այլն, հարգանքը ենթադրում է նրանց հմտությունների և փորձի գնահատում այնքանով, որքանով դրանք կարող են նպաստել պացիենտների խնամքին: Առողջապահական ծառայություն իրականացնող բոլոր անձինք հավասար չեն իրենց կրթության և ուսուցման առումով, բայց նրանք հավասարապես կրում են մասնագիտական պատասխանատվություն:

ՀԱՄԱԳՈՐԾԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ

Բժշկությունը միաժամանակ խիստ անհատական և խիստ համագործակցային մասնագիտություն է: Մի կողմից՝ բժիշկները սեփականատիրական նկրտումներ են զգում «իրենց» պացիենտների նկատմամբ: Կա հստակ հիմնավորված պնդում, որ բժիշկ - պացիենտ անհատական հարաբերությունը լավագույն միջոցն է պացիենտի և խնամքի ընթացքի վերաբերյալ գիտելիքների ձեռքբերման համար, որոնք նպաստում են հիվանդության կանխարգելմանն ու բուժմանը: Պացիենտներ ունենալը շահավետ է նաև բժիշկների համար, առնվազն՝ ֆինանսական տեսանկյունից: Միևնույն ժամանակ, ինչպես նկարագրված է վերևում, բժշկությունը չափազանց բարդ է ու մասնագիտացված և պահանջում է տարբեր, բայց փոխլրացնող գիտելիքներ ու հմտություններ ունեցող պրակտիկանտների հետ սերտ համագործակցություն: Անհատականության և համագործակցության միջև այս լարվածությունը բժշկական էթիկայի հաճախակի կրկնվող թեմա է:

Բժշկության՝ միակողմանի լինելու բնույթի թուլացմանը զուգընթաց, վերացել է այն համոզմունքը, թե բժիշկները իրենց պացիենտների սեփականատերն են: Պացիենտների՝

երկրորդ կարծիք հարցնելու դասական իրավունքն ընդլայնվել է՝ ներառելով հասանելիությունը առողջապահական ծառայությունների մատուցող այլ անձանց, որոնք կարող են ավելի լավ պատկերացնել պացիենտի կարիքները: Համաձայն Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի Պացիենտի իրավունքների մասին հռչակագրի՝ «Բժիշկը պարտավոր է բժշկական ցուցված խնամքի համակարգման հարցում համագործակցել պացիենտին բուժող, առողջապահական ծառայություններ մատուցող այլ անձանց հետ»: Այնուամենայնիվ, ինչպես նշվեց վերևում, բժիշկները չպետք է օգուտ քաղեն այս համագործակցությունից՝ փոխհատուցումը միմյանց մեջ բաշխելով:

Բժշկի կողմից պացիենտների նկատմամբ «սեփականատիրության» այս սահմանափակումները պետք է հակակշռվեն այլ միջոցներով, որոնք նպատակադրված են պահպանելու պացիենտ - բժիշկ հարաբերությունների առաջնահերթությունը: Օրինակ՝ պացիենտը, որը բուժում է ստանում մեկից ավելի բժիշկների մոտ, ինչը սովորաբար լինում է բազմապրոֆիլ հիվանդանոցում, պետք է, հնարավորության դեպքում, ունենա մեկ բժիշկ, որը կհամակարգի պացիենտի խնամքը, ինչպես նաև կտեղեկացնի պացիենտի ընդհանուր առաջընթացի մասին և կօգնի պացիենտին որոշումներ կայացնելու հարցում:

Մինչ բժիշկների միջև հարաբերությունները կարգավորվում են ընդհանուր առմամբ լավ ձևակերպված և հասկանալի կանոններով, բժիշկների և առողջապահական այլ մասնագետների միջև փոխհարաբերությունները փոփոխական վիճակում են, և զգալի տարածայնություններ կան նրանց համապատասխան դերերի վերաբերյալ: Նրանք հակված են պացիենտների խնամքի թիմային մոտեցմանը, որտեղ բոլոր խնամողների տեսակետները հավասարապես հաշվի են առնվում, և նրանք իրենց հաշվետու են համարում պացիենտի, ոչ թե բժշկի առաջ: Շատ բժիշկներ, ընդհակառակը, կարծում են, որ նույնիսկ եթե թիմային մոտեցումը ընդունվի, պետք է լինի մեկ պատասխանատու մարդ, և բժիշկներն են լավագույնս համապատասխանում այդ դերին՝ հաշվի առնելով նրանց կրթությունն ու փորձը:

Թեև որոշ բժիշկներ կարող են դիմակայել մարտահրավերներին, որոնք ծառայած են իրենց դասական, գրեթե բացարձակ լիազորությունների առաջ, հստակ է, որ նրանց դերը կփոխվի՝ ի պատասխան և՛ պացիենտների, և՛ առողջապահական ծառայություններ մատուցող այլ անձանց պահանջների՝ բժշկական որոշումների կայացման գործընթացում ավելի մեծ մասնակցություն ունենալու: Բժիշկները պետք է կարողանան մյուսների մոտ հիմնավորել իրենց առաջարկությունները և համոզել նրանց ընդունել դրանք: Ի լրումն հաղորդակցման այս հմտությունների, բժիշկները պետք է կարողանան հարթել տարածայնությունները, որոնք ծագում են պացիենտի խնամքին մասնակցող տարբեր մասնագետների միջև:

Համագործակցությանն ուղղված որոշակի մարտահրավեր է առաջանում, երբ պացիենտները դիմում են ավանդական կամ առողջապահական այլընտրանքային ծառայություններ մատուցողների («բուժողներ»): Այս մարդկանց խորհրդատվությանն է դիմում բնակչության մեծ մասը Աֆրիկայում և Ասիայում, գնալով ավելի շատ՝ նաև Եվրոպայում և Ամերիկա աշխարհամասում: Թեև ոմանք այս երկու մոտեցումները կհամարեն փոխլրացնող, սակայն շատ իրավիճակներում դրանք կարող են հակասության մեջ լինել: Քանի որ ավանդական և այլընտրանքային միջամտություններից առնվազն մի

քանիսը ունեն թերապևտիկ ազդեցություն և պահանջվում են պացիենտների կողմից, բժիշկները պետք է ուսումնասիրեն իրենց պրակտիկանտների հետ համագործակցության ուղիները:

ՏԱՐԱԶԱՅՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄ

Թեև բժիշկները այլ բժիշկների և բուժաշխատողների հետ կարող են տարբեր տեսակի տարածայնություններ ունենալ, օրինակ՝ գրասենյակային ընթացակարգերի կամ վարձատրման շուրջ, այստեղ շեշտը կդրվի պացիենտների խնամքի հետ կապված վեճերի վրա: Առողջապահական որոշումները պետք է արտացոլեն պացիենտի, բժիշկների և պացիենտի խնամքում մյուս բոլոր ներգրավվածների միջև ձեռք բերված համաձայնությունը: Այնուամենայնիվ, անորոշությունը և բազմազան տեսակետները կարող են տարածայնություններ առաջացնել խնամքի նպատակների կամ այդ նպատակներին հասնելու միջոցների վերաբերյալ: Առողջապահության սահմանափակ ռեսուրսները և կազմակերպչական քաղաքականությունը նույնպես կարող են դժվարացնել համաձայնության հասնելը:

Առողջապահական ծառայություններ մատուցող անձանց միջև խնամքի և բուժման նպատակների կամ այդ նպատակներին հասնելու միջոցների վերաբերյալ տարածայնությունները պետք է պարզաբանեն և լուծեն առողջապահական թիմի անդամները, որպեսզի ընդհարումներ չլինեն պացիենտի հետ հարաբերություններում: Առողջապահական ծառայություններ մատուցող անձանց և վարչական աշխատողների միջև ռեսուրսների բաշխման հետ կապված տարածայնությունները պետք է լուծվեն հաստատության կամ գործակալության ներսում և չքննարկվեն պացիենտի ներկայությամբ: Քանի որ երկու տեսակի տարածայնությունները կրում են էթիկական բնույթ, դրանց լուծումը կարող է տրվել կլինիկական էթիկայի հանձնաժողովի կամ էթիկայի խորհրդատուի կողմից, եթե այդպիսի ռեսուրսներ կան:

Հետևյալ ուղեցույցները կարող են օգտակար լինել նման տարածայնությունները լուծելու համար.

- Տարածայնությունները պետք է լուծվեն հնարավորինս ոչ պաշտոնական եղանակով, օրինակ՝ անհամաձայնություն ունեցող անձանց միջև ուղիղ բանակցությունների միջոցով: Ավելի պաշտոնական ընթացակարգերին անցումը պետք է լինի միայն այն դեպքում, երբ ոչ պաշտոնական եղանակները անհաջող են եղել:
- Բոլոր անմիջականորեն ներգրավված անձանց կարծիքները պետք է առաջ բերվեն և հաշվի առնվեն հարգալից կերպով:
- Բուժման վերաբերյալ տարածայնությունների լուծման ժամանակ պացիենտի կամ որոշում կայացնողի լիազորված փոխարինողի իրազեկված ընտրությունը պետք է լինի առաջնային ուշադրության կենտրոնում:
- Եթե տարածայնությունը վերաբերում է այն բանին, թե որ տարբերակները պետք է առաջարկվեն պացիենտին, ապա սովորաբար նախընտրելի է տարբերակների ավելի լայն, այլ ոչ թե ավելի նեղ շրջանակ առաջարկելը: Եթե ռեսուրսների

սահմանափակ լինելու պատճառով նախընտրելի բուժումը հասանելի չէ, պացիենտը, որպես կանոն, պետք է տեղեկացվի այդ մասին:

- Եթե խելամիտ ջանքերից հետո երկխոսության միջոցով հնարավոր չէ հասնել համաձայնության կամ փոխզիջման, ապա պետք է ընդունվի որոշում կայացնելու իրավունք կամ պատասխանատվություն ունեցող անձի որոշումը: Եթե պարզ չէ կամ վիճելի է, թե ով ունի որոշում կայացնելու իրավունք կամ պատասխանատվություն, պետք է միջնորդություն ներկայացվի դատավճռի կամ արբիտրաժի հասնելու համար:

Եթե բուժաշխատողները, մասնագիտական դատողությունից կամ անձնական բարոյական արժեհամակարգից ելնելով, համաձայն չեն այն որոշման հետ, որն ընդունվում է, ապա նրանց պետք է թույլատրվի հրաժարվել որոշումն իրականացնելուն մասնակցելուց՝ իհարկե վստահ լինելուց հետո, որ խնամք ստացող անձը չի ենթարկվում վնասվելու կամ լքվելու վտանգի:

Ենթագլուխ 3.3. Բժիշկը և հասարակությունը

Առողջությունը կարևորագույն հասկացություններից է: Ի՞նչ կարելի է ասել այն մասնագետների մասին, որոնք մեզ առողջ են պահում և փրկում մեր կյանքը: Նրանք իրենց կյանքի տարիները ծախսում են՝ ուսումնասիրելով և զբաղվելով բժշկությամբ՝ նվիրվելով իրենց հիվանդների առողջության բարելավմանը:

Բժիշկների դերը հասարակության մեջ աներևակայելի կարևոր է: Նրանք պատասխանատու են տարբեր հիվանդությունների և վնասվածքների ախտորոշման և բուժման համար՝ մրսաճությունից մինչև կյանքին սպառնացող իրավիճակներ: Նրանք անխոնջ աշխատում են, որպեսզի օգնեն իրենց հիվանդներին ապաքինվել՝ հաճախ երկար ժամեր անցկացնելով և անձնական զոհողություններ անելով՝ ապահովելու համար նրանց հնարավոր լավագույն խնամքը:

Բժիշկների կարևորությունը վեր է միայն առանձին հիվանդների բուժելու մակարդակից: Նրանք նաև կարևոր դերակատարներ են հանրային առողջության ոլորտում, աշխատում են վարակիչ հիվանդությունների տարածումը կանխելու ուղղությամբ, պաշտպանում են առողջ ապրելակերպ և վարքագիծ: Նրանք դա անում են՝ հիմնվելով մարդու մարմնի և նրա հիվանդությունների մասին իրենց խոր գիտելիքների և ըմբռնման վրա:

Ավելին, բժիշկները հաճախ բժշկական գիտական հետազոտությունների առաջատարն են: Նրանք են մշակում նոր բուժական մեթոդներ, հասկանալ մարդկային մարմնի բարդ մեխանիզմները:

Չնայած մեր առողջության հարցում բժիշկների կարևոր դերին, նրանց աշխատանքը երբեմն թերագնահատվում է: Մենք ընդունում ենք, որ մեզ հասանելի է որակյալ առողջապահություն, և հաճախ չենք մտածում այն քրտնաջան աշխատանքի և նվիրվածության մասին, որն անհրաժեշտ է դրա տրամադրման համար: Ահա թե ինչու շատ

կարևոր է իմաստավորել և գնահատել բժիշկների դերը հասարակության մեջ և աջակցել նրանց աշխատանքին:

Ո՞րն է բժշկի դերը հասարակության մեջ

Բժիշկների դերը հասարակության մեջ բազմակողմանի է և կարևոր: Բժիշկները մասնագետներ են, որոնք պատասխանատու են տարբեր հիվանդությունների և վնասվածքների ախտորոշման և բուժման համար: Նրանք անխոնջ աշխատում են, որ ապահովեն իրենց հիվանդների համար հնարավոր լավագույն խնամքը և օգնեն նրանց բուժվել ու ապաքինվել իրենց հիվանդություններից:

Բժիշկները նաև պատասխանատու են իրենց ոլորտում էթիկական և պատասխանատու գործելակերպը խթանելու համար: Նրանք պետք է պահպանեն արհեստավարժության և բժշկական էթիկայի խիստ չափանիշները և զարգացնել իրենց գիտելիքներն ու հմտությունները շարունակական վերապատրաստման և կրթության միջոցով:

Ո՞րն է բժշկի առաջնային դերը

Բժշկի առաջնային դերը հիվանդներին բժշկական օգնություն ցուցաբերելն է: Սա ներառում է հիվանդությունների, վնասվածքների և այլ բժշկական խնդիրների ախտորոշումը և բուժումը, ինչպես նաև հիվանդներին իրենց առողջության և բարեկեցության վերաբերյալ ուղղորդում և խորհրդատվություն տրամադրելը:

Բժիշկները պատասխանատու են հիվանդների բժշկական պատմությունների գնահատման, ֆիզիկական հետազոտությունների անցկացման և ախտորոշիչ թեստերի պատվիրման ու մեկնաբանման համար: Նրանք օգտագործում են այս տեղեկատվությունը ճշգրիտ ախտորոշելու և յուրաքանչյուր հիվանդի կարիքներին և հանգամանքներին հարմարեցված բուժման պլաններ մշակելու համար:

Բացի բժշկական օգնություն տրամադրելուց՝ բժիշկները նաև կարևոր դեր են խաղում հիվանդությունների կանխարգելման և առողջության խթանման գործում: Նրանք հիվանդներին կրթում են առողջ ապրելակերպի ընտրության հարցում, ինչպիսիք են դիետան և վարժությունները, և աշխատում են նրանց հետ՝ մշակելու համար քրոնիկ հիվանդությունների կանխարգելման կամ կառավարման ռազմավարություններ:

Ի վերջո, բժշկի առաջնային դերն է օգնել հիվանդներին հասնել ավելի լավ առողջական արդյունքների և բարելավել իրենց կյանքի որակը:

Բժիշկների դերը հասարակության մեջ վճռորոշ է տարբեր պատճառներով: Ահա մի քանի հիմնական պատճառ, թե ինչու են բժիշկներն այդքան կարևոր մեր առողջության և բարեկեցության համար.

Հիվանդությունների ախտորոշում և բուժում. Բժիշկները պատասխանատու են հիվանդությունների և վնասվածքների լայն շրջանակի ախտորոշման և բուժման համար՝ սովորական մրսաձուրթից մինչև կյանքին սպառնացող վիճակներ:

Վարակիչ հիվանդությունների տարածման կանխարգելում. Բժիշկները կարևոր դեր են խաղում հանրային առողջության գործում՝ գործելով վարակիչ հիվանդությունների տարածումը կանխելու ուղղությամբ: Նրանք աշխատում են հանրային առողջապահության պաշտոնյաների հետ՝ մշակելու և իրականացնելու պատվաստման ծրագրեր, հետևելու և վերահսկելու վարակիչ հիվանդությունների բռնկումները և հանրությանը կրթելու, թե ինչպես պահպանել առողջությունը և խուսափել հիվանդանալուց:

Պացիենտների առողջության պաշտպանություն. Բժիշկները պաշտպանում են իրենց հիվանդներին՝ ապահովելով, որ նրանք ստանան անհրաժեշտ խնամքը: Նրանք համագործակցում են առողջապահական համակարգի այլ մասնագետների հետ, ինչպիսիք են բուժքույրերը, դեղագործները և այլն՝ ապահովելու համար համապարփակ և համակարգված օգնություն:

Բժշկական հետազոտությունների առաջընթաց. Բժիշկները նաև նպաստում են բժշկական հետազոտություններին՝ մշակելով նոր բուժական մոտեցումներ և զարգացնելով մեր պատկերացումները մարդու մարմնի և տարբեր հիվանդությունների մեխանիզմների մասին:

Մասնագիտական չափանիշների պահպանում. Ընթացիկ վերապատրաստման և կրթության միջոցով նրանք պետք է շարունակաբար զարգացնեն իրենց գիտելիքներն ու հմտությունները և պահպանեն վարքագծի խիստ կանոնները, էթիկական ուղեցույցները: Սա ապահովում է, որ նրանք իրենց հիվանդներին տրամադրեն անհրաժեշտ որակի խնամք և պահպանեն հանրային վստահությունը բժշկի մասնագիտության նկատմամբ:

Ընդհանուր առմամբ, բժիշկների կարևորությունը հասարակության մեջ չի կարելի գերազանահատել: Նրանց մասնագիտական գործունեությունը կարևոր է մեր առողջության և բարեկեցության համար, և նրանց աշխատանքը խորապես ազդում է անձնապես մեր և հանրության կյանքի վրա:

Բժշկի դերը առողջապահական համակարգում

Բժիշկները կենսական դեր են խաղում առողջապահական համակարգում՝ լինելով բժշկական օգնություն փնտրող հիվանդների հիմնական սուբյեկտը: Նրանք պատասխանատու են հիվանդությունների, վնասվածքների և այլ բժշկակա-առողջապահական վիճակների խիստորոշման և բուժման համար, ինչպես նաև հիվանդներին իրենց առողջության և բարեկեցության վերաբերյալ ուղղորդում և խորհրդատվություն տրամադրելու համար:

Բժիշկների ամենակարևոր դերերից մեկը հիվանդների հետ հարաբերություններ հաստատելն ու պահպանելն է: Լավ բժիշկը լսում է իր հիվանդներին, ժամանակ է հատկացնում նրանց մտահոգությունները և կարիքները հասկանալու համար և աշխատում է նրանց հետ՝ մշակելու բուժման ծրագիր՝ հարմարեցված նրանց հնարավորություններին: Վստահություն և հարաբերություններ հաստատելով իրենց հիվանդների հետ՝ բժիշկները կարող են ավելի լավ օգնություն ցուցաբերել և հասնել ավելի լավ արդյունքների:

Բժիշկները նաև կարևոր դեր են խաղում քրոնիկ հիվանդությունների կանխարգելման և կառավարման գործում, ինչպիսիք են շաքարախտը, սիրտանոթային

հիվանդությունները և քաղցկեղը, և այլն: Նրանք օգնում են հիվանդներին հասկանալ տվյալ հիվանդությունների ռիսկի գործոնները և աշխատում են նրանց հետ՝ մշակելու համար դրանք կանխարգելելու կամ կառավարելու ռազմավարություններ: Կանոնավոր ստուգումներ և գնումներ տրամադրելով՝ բժիշկները կարող են վաղաժամ ախտորոշել հիվանդությունները, երբ դրանք առավել ենթակա են բուժման:

Բժիշկները ծառայում են որպես իրենց հիվանդների պաշտպաններ: Նրանք աշխատում են, որ իրենց հիվանդները ստանան անհրաժեշտ խնամքն ու աջակցությունը ինչպես առողջապահական համակարգի ներսում, այնպես էլ դրանից դուրս: Նրանք խոսում են իրենց հիվանդների անունից, երբ նրանք հանդիպում են խնամքի հետ կապված խոչընդոտների, և աշխատում են լուծել համակարգային խնդիրները, որոնք ազդում են ողջ բնակչության առողջության և բարեկեցության վրա:

Ամփոփելով՝ նշենք, որ բժիշկների դերը առողջապահության ոլորտում բազմակողմանի է և բարդ՝ ընդգրկելով պարտականությունների և գործունեության լայն շրջանակ: Բժիշկներն օգնում են անհատներին և համայնքներին հասնել ավելի լավ առողջապահական արդյունքների և բարելավել կյանքի որակը իրենց փորձառության, կարեկցանքի և նվիրվածության շնորհիվ:

Բժշկի դերը հիվանդանոցում

Բժիշկները վճռորոշ դեր են խաղում հիվանդանոցում՝ վերահսկելով հիվանդների խնամքը և ապահովելով, որ հիվանդները ստանան հնարավոր լավագույն բուժումը: Ահա մի քանի լրացուցիչ դերեր, որոնք բժիշկները խաղում են հիվանդանոցում.

Խնամքի համակարգող. Հիվանդանոցի բժիշկները պատասխանատու են բուժաշխատողների, ներառյալ բուժքույրերի, դեղագործների և այլ բժիշկների միջև խնամքը համակարգելու համար: Նրանք կառավարում են առողջապահական թիմի բոլոր անդամների աշխատանքը՝ ապահովելու համար հիվանդների ամբողջական արդյունավետ խնամքը:

Բժշկական արտակարգ իրավիճակների կառավարում. Հիվանդանոցի բժիշկները վերապատրաստված են բժշկական արտակարգ իրավիճակների կառավարման համար, ինչպիսիք են սրտի կաթվածները, ինսուլտները և կյանքին սպառնացող այլ վտանգները: Նրանք արագորեն աշխատում են հիվանդի վիճակը կայունացնելու և կյանքը փրկող բուժում ապահովելու համար:

Բժշկական հետազոտությունների անցկացում. Հիվանդանոցի բժիշկները նշանակալից դեր են խաղում բժշկական հետազոտություններում՝ աշխատելով տարբեր հիվանդությունների բուժման նոր մեթոդներ մշակելու ուղղությամբ: Նրանք մասնակցում են կլինիկական փորձարկումներին և այլ հետազոտությունների՝ օգնելով զարգացնել հիվանդությունների մասին մեր ըմբռնումները և բարելավել բուժումը:

Աջակցություն հիվանդների ընտանիքներին. Բացի իրենց հիվանդներին բժշկական օգնություն տրամադրելուց՝ հիվանդանոցի բժիշկները նաև աջակցություն են առաջարկում իրենց հիվանդների ընտանիքներին: Նրանք ընտանիքի անդամներին

բացատրում են բժշկական ընթացակարգերն ու բուժումները, պատասխանում են հարցերին և տրամադրում էմոցիոնալ աջակցություն սթրեսային և դժվարին ժամանակներում:

Այսպիսով, հավատարիմ մնալով մասնագիտական չափանիշներին՝ հիվանդանոցի բժիշկները պետք է պահպանեն բարձր պրոֆեսիոնալիզմի և բժշկական էթիկայի չափանիշները: Ընթացիկ վերապատրաստման և կրթության միջոցով նրանք պետք է շարունակաբար զարգացնեն իրենց գիտելիքներն ու հմտությունները՝ պահպանելով վարքագծի խիստ կանոններն ու էթիկական ուղեցույցները: Դա ապահովում է, որ նրանք իրենց հիվանդներին տրամադրեն ամենաբարձր որակի խնամք և պահպանեն հանրային վստահությունը բժշկի մասնագիտության նկատմամբ:

ԳԼՈՒԽ 4. ՓՈՐՁԱՐԿՈՒՄՆԵՐԻ ԷԹԻԿԱԿԱՆ ԱՍՊԵԿՏՆԵՐԸ, ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՓՈՐՁԱՐԿՈՒՄՆԵՐԸ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ՄԵՋ

Բժշկության մեջ փորձի հայեցակարգը

Փորձը (լատիներեն՝ Experimentum՝ թեստ, փորձ) համակարգված դիտարկում է, համակարգված մեկուսացում, պայմանների համադրություն և փոփոխություն՝ դրանցից կախված երևույթներն ուսումնասիրելու համար:²⁵

Փորձի ժամանակ մարդը ստեղծում է դիտարկումների հնարավորություն, որոնց հիման վրա ձևավորվում է գիտելիք դիտարկվող երևույթի օրինաչափությունների մասին:

Բժշկության մեջ փորձերի հայտնվելը սովորաբար կապված է հին հռոմեացի մեծ բժիշկ Գալենի անվան հետ (մ.թ. 131-201 թթ.): Նա զբաղվել է ոչ միայն բժշկական գործունեությամբ, այլև կատարել է բազմաթիվ հետազոտություններ և դրանով իսկ զգալիորեն ընդլայնել ու խորացրել է իր գիտելիքները անատոմիայի և ֆիզիոլոգիայի բնագավառում:

Գալենի պատմական նշանակությունն այն է, որ նա առաջինը փորձարկումներ մտցրեց ֆիզիոլոգիայի մեջ: Սա ցնցող փորձ էր կենդանիների վրա: Նման փորձերի ժամանակ Գալենի ուսումնասիրության հիմնական միջոցը խոզերն էին: Այս փորձերի ընթացքում նա նախաձեռնել է մարմնի տարբեր համակարգերի, հիմնականում մկանների կծկման, շնչառության և նյարդային համակարգի ֆիզիոլոգիայի ուսումնասիրությունը: Նրա փորձերն ուղեկցվել են ցուցադրություններով:²⁶

15-րդ դարի ֆրանսիացի մեծ ֆիզիոլոգ Կլոդ Բեռնարը դրեց հիմքը և ձևակերպեց փորձարարական բժշկության խնդիրները: Կ. Բեռնարը հաստատեց փորձի և էմպիրիզմի միջև կապը՝ հիմնվելով այն դիրքորոշման վրա, որ բժշկությունը նախ դիտողական գիտություն է: Նա պնդում էր, որ գիտական կամ փորձարարական բժշկությունը չի բացառում ո՛չ էմպիրիզմը, ո՛չ էլ ծանոթությունը այն միջոցների հետ, որոնք պրակտիկ բժշկությունը դարեր շարունակ օգտագործել է: Դիտողական բժշկությունը, նրա կարծիքով, հիմնականում սպասողական է: Փորձարարական բժշկությունը, ընդհակառակը, ակտիվ կլինի և կլուծի հիվանդի վրա արդյունավետ ազդելու խնդիրը: Այն ներառում է փորձարարական ֆիզիոլոգիա, փորձարարական պաթոլոգիա և փորձարարական թերապիա: Կ. Բեռնարը պնդեց փորձը բժշկության՝ որպես կենսաբանական գիտության մեջ օգտագործելու հնարավորությունը: Նա ակտիվորեն պայքարում էր այն գիտնականների հետ, որոնք պնդում էին, որ կյանքը երբեք չի ենթարկվի փորձարարական դետերմինիզմին: Պաշտպանելով փորձը՝ Կ. Բեռնարը մերժեց բազմաթիվ գիտնականների առարկությունները, որոնք կարծում էին, որ կենդանիների վրա փորձարկումների արդյունքում ստացված տվյալները չեն կարող վերաբերել մարդկանց, քանի որ հիվանդը կարող է ունենալ յուրահատկություններ, որոնք հնարավոր չէ ստանալ փորձի միջոցով:

²⁵ Юдин Б. Г., Горький юбилей// Биоэтика: принципы, правила, проблемы. - М., 1998.

²⁶ Менье Л., История медицины. - М. Л., 1926.

Հիմնվելով իր բազմաթիվ փորձերի արդյունքների վրա՝ Կ. Բեռնարը պնդում էր, որ ինչպես կենսական տարրերը նույնն են բոլոր կենդանի էակների համար, այնպես էլ նրանց հատկությունները ենթակա են նույն օրենքներին: Կ. Բեռնարը ճանապարհ բացեց օրգանիզմի բնականոն ֆունկցիաների ուսումնասիրման և դրանց խախտումների պատճառները պարզելու համար:

Կ. Բեռնարը կարծում էր, որ բժիշկներին անհրաժեշտ է լաբորատորիա ճիշտ այնպես, ինչպես քիմիկոսներին կամ ֆիզիկոսներին:

«Բժշկությունը փորձարարական գիտություն է,- ասել է Կ. Բեռնարը,- և բժիշկը հիվանդանոցից դուրս գալուց հետո պետք է իջնի իր լաբորատորիա ու փորձի միջոցով պարզի իրեն հանդիպած պաթոլոգիայի հարցերը...

Իրական բժշկական խնդիրը հիվանդի և հիվանդության մեջ է. սա առաջին բանն է, որ պետք է իմանալ: Հետևաբար, կլինիկական դիտարկումը նախորդում է փորձարարական հետազոտություններին»:

Կ. Բեռնարըն ասել է, որ «փորձարար բժիշկը ապագայի բժիշկն է»:²⁷

Բժիշկների փորձերը մարդկանց վրա

Երկար ժամանակ Խորհրդային միությունում իրականացվում էր ամենադաժան «սոցիալական փորձը»: Այդ փորձերի պատճառով միլիոնավոր մարդիկ տուժեցին:

Ռուսաստանի գիտությունների ակադեմիայի մարդու ինստիտուտի գիտական աշխատությունների ժողովածուում հրապարակվել է Վ. Յա. Բիրշտեյի «Փորձեր մարդկանց վրա, ոչ միայն նացիստական Գերմանիայում» հոդվածը:²⁸ Այդտեղ հեղինակը հայտնում է, որ դեռևս 1926 թվականին Անվտանգության ժողովրդական կոմիսար Վ. Ռ. Մեժինսկու հանձնարարությամբ ստեղծվել է թույների և թմրանյութերի օգտագործման հատուկ լաբորատորիա:

Լաբորատորիայի հիմնական նպատակը թույների որոնումն էր: Նախ՝ Մայրանովսկին փորձեց մանանեխի գազի ածանցյալները: Նա հավանաբար սկսել է փորձարկել այդ նյութերը նույնիսկ ավելի վաղ, քան նացիստական Գերմանիայի իր գործընկերները, որտեղ մանանեխի գազով առաջին փորձերը բանտարկյալների վրա իրականացվել են 1939 թվականին Չաքսենհաուզենում:

Մայրանովսկուց ավելի քան մեկ տարի պահանջվեց ռիցինի հետ «աշխատելու» համար՝ բուսական սպիտակուց, որը պարունակվում է գերչակի սերմերում:

²⁷ Медицина и права человека. - 1992.

²⁸ Бирштейн В. Я., Эксперименты на людях - не только в нацистской Германии // Биоэтика: принципы, правила, проблемы, 1998.

Քանի որ օգտագործվել են ռիցինի տարբեր չափաբաժիններ, յուրաքանչյուր ոք կարող է կռահել, թե քանի մահ է եղել այս փորձերի ընթացքում: 10 «հարցումների» վրա փորձարկվել է այդ և մյուս թույների՝ դիջիտոմին, թալիում, կոլխիցինի ազդեցությունը:

1942 թվականին Մայրանովսկին հայտնաբերեց, որ ռիցինի որոշակի չափաբաժինների ազդեցության տակ «փորձարկվողը» սկսեց խոսել չափազանց անկեղծ: Նա НКВД-НКГБ-ի (Народный комиссариат внутренних дел - Народный комиссариат государства безопасности) ղեկավարությունից հավանություն է ստացել աշխատելու նոր թեմայի վրա՝ «Անկեղծության խնդիրը» հարցաքննությունների ժամանակ»: Այս բոլոր բացահայտ դաժան փորձերը մեր երկրում իրականացվել են իշխանությունների գիտությամբ և նրանց ֆինանսական աջակցությամբ:

«Բիոէթիկա՝ սկզբունքներ, կանոններ, խնդիրներ» ժողովածուում Գ. Յուդինը նկարագրում է 50 տարի առաջ տեղի ունեցած իրադարձությունները՝ Նյուրնբերգի «մարդասպան» բժիշկների դատավարությունը:²⁹ Դատավարությանը մասնակցող դատախազներն ու դատավորները ցնցված էին համակարգված և սառնասրտորեն կատարված դաժանությունից, որով բժիշկ-գիտնականները բժշկական փորձարկումներ էին անում մարդկանց վրա: Հիպոթերմիայի հետևանքները ուսումնասիրելու համար փորձարկվողներին մերկ են պահել մինչև -29°C ջերմաստիճանում 9-14 ժամ, կամ սառցաջրի մեջ մի քանի ժամ... Համակենտրոնացման ճամբարի բանտարկյալները վարակվել են վարակիչ և մակաբուծական հիվանդություններով: Ձաքսենհաուզենում, Նացվեյլերում և այլ ճամբարներում իպրիտով (մանանեխի գազ) փորձեր են իրականացվել: Որոշ առարկաներ դիտավորյալ վարակել են իպրիտով, իսկ հետո դրանցով վարակել վերքերը, մյուսներին ստիպել են ներշնչել այդ գազը կամ ըմպել այն հեղուկ վիճակում: «Մարդասպան» բժիշկների հանցագործությունների այս ցուցակը կարդացվել է մի քանի օր: Տրիբունալի դատավճռով 23 մեղադրյալներից 15-ը մեղավոր են ճանաչվել, 7-ը դատապարտվել են կախաղանի միջոցով մահապատժի, 5-ը՝ ցմահ ազատազրկման (սակայն ազատ են արձակվել 10, 15, 20 տարի անց): Հաղորդվում էր, որ Հիտլերի անձնական բժիշկ և առողջապահության կոմիսարիատի ղեկավար Բրանդտը, փորձելով խուսափել կախաղանից, առաջարկել է իր մարմնի վրա կատարել նույն փորձերը, որոնք ինքն է արել:

Բժիշկների փորձերն իրենց վրա

Ցավոք, «մարդասպան» բժիշկների մասին շատ ավելին է գրվել, քան հումանիստ բժիշկների մասին, որոնք չեն խնայել իրենց կյանքն ու առողջությունը հանուն բժշկագիտության առաջընթացի:

Ավստրիացի բժշկական պատմաբան Հյուգո Գլեյզերը հրաշալի գիրք է գրել՝ «Դրամատիկ բժշկություն. բժիշկների փորձերն իրենց վրա», որում նկարագրվում է բազմաթիվ փորձեր, որ կատարել են իրենց վրա տարբեր մասնագիտության բժիշկներ:³⁰

²⁹ Юдин Б. Г., Горький юбилей// Биоэтика: принципы, правила, проблемы. - М., 1998.

³⁰ Глязер Г., драматическая медицина. - М., 1965.

Ըստ Գլեյզերի՝ ժանտախտի վարակելիությունը ապացուցելու առաջին փորձն իրականացվել է 1798 թվականին Ալեքսանդրիայում. բժիշկ Ուայթը միտումնավոր իրեն վարակել է ժանտախտով: Ուայթի հիվանդների թվում կար բուբոնային ժանտախտով հիվանդ մի կին: Նա թարախը հանեց նրա գեղծից և քսեց ձախ ազդրին:

Հաջորդ օրը նա կրկնեց փորձը՝ աջ նախաբազկի վրա փոքր կտրվածք անելով և վերքի մեջ փոքր քանակությամբ թարախ տեղադրելով: Այս փորձը սարսափելի հետևանքներ ունեցավ՝ որոշ ժամանակ անց Ուայթը հիվանդացավ ժանտախտով և մահացավ:

Գ. Գլեյզերը գրում է, որ նախքան գիտնականները սկսել են վարակիչ հիվանդությունները ճշգրիտ գիտական մեթոդներով ուսումնասիրել, 19-րդ դարի 70-ականներին Օդեսայում ռուս բժիշկ Ի. Մոչուտկովսկին իր վրա տիֆով վարակվելու փորձ է արել: Հինգ անգամ նա իրեն հիվանդի արյուն է ներարկել, և ամբողջը՝ ապարդյուն: Սակայն գիտնականը չիրաժարվեց իր ենթադրությունից և շարունակեց իր փորձերը: Վեցերորդ անգամ փորձը հաջողվեց: Մի քանի շաբաթ Ի. Մոչուտկովսկին կյանքի ու մահվան շեմին էր, բայց հիվանդության նշանները աստիճանաբար սկսեցին մարել, և վերջապես նա ապաքինվեց:

Գ. Գլեյզերը չի մոռացել նաև տիֆի հետազոտության մեջ Գ. Մինխի և Ի. Մեչնիկովի ունեցած ներդրումների մասին, որոնք նույնպես իրենց վրա վտանգավոր փորձեր են կատարել:

Կրկնվող տիֆի խնդրով զբաղվել է առաջին ռուս կին բժիշկ-գիտնականներից մեկը՝ Ն. Բեշչևա-Ստրունինան, որն այդ նպատակով բազմաթիվ փորձեր է կատարել իր վրա: Նա դիտավորյալ ենթարկվել է տիֆի խայթոցների (ընդհանուր առմամբ՝ նա ստացել է հսկայական քանակությամբ խայթոցներ՝ 60 հազար, և երեք անգամ տառապել է կրկնվող տիֆով): Ն. Բեշչևա-Ստրունինայի հետազոտության մասին վկայում է այն փաստը, որ նա անցկացրել է 8797 դիտարկում և հետազոտել տիֆի մոտ 62 հազար ոջիլ:

Հազարավոր տարիներ բորը (լեպտա) վախ է առաջացրել ոչ միայն հասարակ մարդկանց, այլև բժիշկների մոտ: Բժիշկների ցանկությունը՝ փորձել պարզել այս սարսափելի հիվանդության էությունը, միանգամայն հասկանալի է: Առաջինն այդ հիվանդության ուսումնասիրությամբ զբաղվել է նորվեգացի բժիշկ Դանիել Կոռնելիուս Դանիելսենը, որը բորով վարակվածների համար ստեղծված հաստատության գլխավոր բժիշկն էր: Այնտեղ 15 տարի (1844-1858 թթ.) նա մեծ թվով փորձեր է անցկացրել իր վրա՝ տեսնելու, թե արդյոք բորը իսկապե՞ս նույնքան վարակիչ է, որքան ենթադրվում էր, և արդյոք պե՞տք է խուսափել բորով վարակվածներից, ինչպես դա արվում էր դարեր շարունակ:

Վիեննացի մանկաբույժ Կլեմենս Պիրկեն, որը գիտության մեջ հսկայական ներդրումներ ունի, իր վրա մի շարք փորձեր է կատարել: Նա առաջարկել է տուբերկուլինային թեստը, որի միջոցով կարելի է պարզել՝ երեխան ունի՞ տուբերկուլյոզ, թե՞ ոչ: Կ. Պիրկեին են պատկանում նաև շճաբանության վերաբերյալ այլ աշխատություններ:

Շիճուկային հիվանդության էությունն ուսումնասիրելիս նա անհրաժեշտ համարեց փորձեր կատարել իր վրա: Այս ուսումնասիրությունները ստիպեցին Կ. Պիրկեին հաստատել «ալերգիա» հասկացությունը:

Իր վրա կատարված փորձերի քանակով իրական ռեկորդակիրը չեխ ֆիզիոլոգ Յան Էվանգելիստա Պուրկինեն է, որը ծնվել է 1787 թվականին և մինչ իր բժշկական կարիերան սկսելը եղել է հոգևորական: Նրա փորձերի շնորհիվ հաստատվեցին կամֆորայի, էմետինի և մատնոցուկի հատկությունները: Նա նաև ուսումնասիրել է իր վրա ցրտահարության և սովի ախտանիշները:

Անշուշտ, հերոսական էր 1928 թվականին գերմանացի բժիշկ Վերներ Ֆորսմանի կատարած փորձը: Առաջին անգամ նա իր երակով բարակ խողովակ՝ կաթետեր անցկացրեց դեպի սիրտ, հասավ աջ նախասիրտ, իսկ հետո աջ փորոք՝ այնտեղից արյուն հանելու կամ սրտի խոռոչներում այլ ուսումնասիրություններ կատարելու համար: Անհնար էր կանխատեսել, թե ինչպես կավարտվի նման փորձը: Չնայած իր գործընկերների անհամաձայնություններին, Ֆորսմանը շարունակեց իր փորձը: Գրեթե 30 տարի անց նա արժանացավ Նոբելյան մրցանակի:

Բժշկական փորձերի էթիկա

Կ. Բեռնարդը առաջիններից էր, որը բարձրաձայնեց մարդկանց վրա գիտաբժշկական հետազոտությունների էթիկական սահմանների հարցը: 1869 թվականին իր հայտնի «Դասախոսություններ փորձարարական պաթոլոգիայի մասին» գրքում նա գրել է. «Մեր ժամանակներում էթիկան իրավացիորեն ամենավճռական կերպով կդատապարտի մարդու վրա կատարված ցանկացած փորձ, որը կարող է վնասել կամ չի ունենա հստակ և անմիջական օգուտ: Մենք չենք կարող փորձեր անել մեզ վստահաժ բուժառուների վրա, քանի որ բուժելու փոխարեն կարող ենք վտանգել նրանց կյանքը... Գիտությունը նախ և առաջ պետք է հարգի մարդկային կյանքը»:³¹

Ճշմարտությունն ամեն գնով ամենաարագը իմանալու իրենց ցանկության մեջ, փառքի անհագ ծարավով, գիտական որոնումներով զբաղվող բժիշկները սկսեցին դրսևորել ոչ հումանիստական հատկություններ:³² Գերմանացի հայտնի թերապևտ Ա. Մոլին իր «Բժշկական էթիկա, բժշկի պարտականություններն իր գործունեության բոլոր դրսևորումներում» գրքում այս առիթով նշում է. «Բոլոր տեսակի հետազոտություններով՝ անկախ նրանից՝ դրանք կձառայեն գործնական նպատակների, թե ոչ, մենք միշտ պետք է ուշադրություն դարձնենք՝ արդյոք դրանք էթիկակա՞ն են, արդյոք դրանք չե՞ն հակասում բարձրագույն պարտականություններին»: Վերջերս ուշադրություն է դարձվում բժշկական փորձերին, որոնք կատարվում են մարդկանց վրա, հատկապես հիվանդանոցներում: Նա գրել է. «Անձամբ ես անընդհատ աճող զարմանքով սկսեցի նկատել, որ առանձին բժիշկներ, տարված հետազոտական մոլուցքով, իրականում չափազանց վտանգավոր չափով անցնում

³¹ Медицина и права человека. - 1992.

³² Яровинский М. Я., Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): Учебное пособие. - М.: Медицина, 2000. - 256 стр.

են օրենքի և բարոյականության սահմանները: Նրանց համար հետազոտության ազատությունն այնքան հեռու է գնում, որ ոչնչացնում է մնացած ամեն ինչի մասին մտքերը:

Նրանց համար կենդանու և մարդու միջև սահմանը ջնջված է... Բժիշկն իրավունք ունի թերապևտիկ կամ կանխարգելիչ նպատակով փորձարկումներ կատարել նոր նյութերով կամ նոր մեթոդով: Այնուամենայնիվ, բժիշկը պետք է հիմքեր ունենա կարծելու, որ իր նոր դեղամիջոցը կարող է հաջողության ավելի մեծ հնարավորություն ունենալ, քան բոլոր արդեն հայտնի միջոցները, ավելին, պետք է նկատի ունենալ նաև վտանգավորության աստիճանը:

Տպագրված հոդվածներում հաճախ նշվում է, որ բուժառուն տվել է իր համաձայնությունը այս կամ այն փորձին... Կասկածում եմ, որ այդ համաձայնությունը միշտ եղել է կամավոր: Դուք պետք է իմանաք, թե ինչպես են բուժառուները վերաբերվում հիվանդանոցի բժիշկներին և հատկապես գլխավոր բժշկին, որից հետո հեշտ է պատկերացնել, որ երբեմն նրանք տալիս են իրենց համաձայնությունը պարզապես վախից ելնելով, որ հակառակ դեպքում իրենց հետ բարյացակամորեն չեն վերաբերվի և կվերաբերվեն ավելի վատ, համենայն դեպս, այս մտավախությունն անհիմն էր»:³³

Երկրորդ համաշխարհային պատերազմից հետո Նյուրնբերգում գլխավոր ֆաշիստ հանցագործների դատավարությունից հետո տեղի ունեցավ «մարդասպան» բժիշկների դատավարությունը: Նյուրնբերգի տրիբունալը չի սահմանափակվել հանցագործներին պատժելով: Դատավճռում ներառված էր «Ընդունելի բժշկական փորձեր» վերնագրով բաժինը: Այնուհետև այն հայտնի դարձավ որպես «Նյուրնբերգի օրենսգիրք» և ձեռք բերեց անկախ նշանակություն՝ դառնալով պատմության մեջ առաջին միջազգային փաստաթուղթը, որը կարգավորում է մարդկանց վրա բժշկական փորձարկումների անցկացումը:

Այս փաստաթուղթը ներառում է տասը սկզբունք, որոնցից առաջինը շատ կարևոր է՝ «Բացարձակ անհրաժեշտ պայմանը մարդու կամավոր համաձայնությունն է»: Սա նշանակում է, որ փորձին ներգրավված անձը պետք է իրավասու լինի համաձայնություն տալու: Իրավիճակը, որում նա հայտնվում է, պետք է թույլ տա նրան իրականացնել ազատ ընտրություն՝ առանց բռնության, խաբեության, խարդախության, խորամանկության կամ ճնշման և հարկադրանքի այլ թաքնված ձևերի: Անձը պետք է ունենա բավարար գիտելիքներ և հասկացողություն՝ հասկանալու համար փորձարարական ընթացակարգի մանրամասները, և տեղեկացված՝ որոշում կայացնելու համար:

Նյուրնբերգի օրենսգիրքն առաջ է քաշում անհատի հետաքրքրությունների և շահերի գերակայության գաղափարը և՛ գիտության, և՛ հասարակության շահերի նկատմամբ: Այս միտքը բավական հստակ արտահայտել է դարասկզբին բժիշկ Ա. Մուլը իր «Բժշկական էթիկա» գրքում: Հետագա տարիներին ընդունվեցին բազմաթիվ այլ փաստաթղթեր, որոնք կարգավորում էին կենսաբժշկական փորձերի պրակտիկան ավելի մանրամասն և խստորեն (մասնավորապես, այժմ իրավական և էթիկական կանոնակարգերում ընդունված է խոսել ոչ թե կամավոր, այլ տեղեկացված համաձայնության մասին, որն ավելի խիստ է), սակայն Նյուրնբերգի օրենսգիրքը դեռ պահպանում է իր գործառույթը՝ որպես հիմնարար մոդել: Դա

³³ Молль А., Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности / Пер. с нем. - СПб., 1903. - 414 стр.

հաստատվում է Նյուրնբերգի օրենսգրքի և Հելսինկյան հռչակագրի համեմատությամբ, որը Համաշխարհային բժշկական ասամբլեան ընդունել է Հելսինկիում 1964 թվականին:³⁴

Այս Հռչակագիրը պարունակում է առաջարկություններ այն բժիշկների համար, որոնք ներգրավված են մարդկանց վերաբերյալ կենսաբժշկական հետազոտություններում: Հելսինկիի հռչակագիրը փոփոխվել է Համաշխարհային բժշկական ասամբլեայի ժամանակ 1975, 1983 և 1989 թվականներին:

Ըստ Հռչակագրի. «...Մարդկանց վրա բժշկական և կենսաբանական հետազոտության նպատակները պետք է լինեն ախտորոշիչ, բուժական կամ կանխարգելիչ միջոցառումների կատարելագործումը և հիվանդությունների էթիոլոգիայի և պաթոգենեզի վերաբերյալ գիտելիքների խորացումը...»:

Ժամանակակից բժշկությունը չի բացառում ախտորոշիչ, բուժական և կանխարգելիչ ընթացակարգերի ռիսկը, հատկապես կենսաբժշկական հետազոտությունների (ԿԲՀ) ընթացքում: Բժշկության առաջընթացն անհնար է առանց ԿԲՀ-ների, որոնք մասամբ ներառում են մարդկանց վրա փորձեր: Անհրաժեշտ է տարբերակել բժշկական հետազոտությունները, որոնք հետապնդում են ախտորոշիչ և բուժական նպատակներ՝ ի շահ բուժառուի, և ԿԲՀ-ները, որոնք հետապնդում են հիմնականում զուտ գիտական նպատակներ և չունեն ուղղակի ախտորոշիչ կամ բուժական նշանակություն փորձարկվողի համար: Հատկապես պետք է զգույշ լինել շրջակա միջավայրի համար վնասակար հետազոտություններ կատարելիս, ինչպես նաև պետք է հոգ տանել փորձարարական կենդանիների նկատմամբ:³⁵

1996 թվականին Եվրոպայի խորհուրդն ընդունել է Կենսաբժշկության մեջ մարդու իրավունքների կոնվենցիան: Սույն Կոնվենցիան սահմանում է էթիկական և իրավական չափանիշներ, որոնք պետք է պահպանվեն ցանկացած բժշկական միջամտության ժամանակ: Դրա հատուկ բաժինը նվիրված է մարդկանց վրա հետազոտություններ կատարելու չափանիշներին:

Կոնվենցիայի հիմնարար դրույթն այն է, որ մարդկանց վերաբերյալ ցանկացած հետազոտություն կարող է իրականացվել միայն այն պայմանով, որ դրա նախագիծը հաստատված լինի միջդիսցիպլինար հիմունքներով ստեղծված իրավասու մարմնի կողմից, որն իրականացնում է դրա գիտական վավերականության անկախ փորձաքննությունը, ինչպես նաև էթիկական տեսանկյունից դրա ընդունելիության գնահատումը:

Այդպիսի մարմին են էթիկայի հանձնաժողովները: Կան էթիկայի հանձնաժողովներ, որոնք վերահսկում են հենց գիտական հետազոտությունների անցկացումը, և հիվանդանոցներում աշխատող հանձնաժողովներ, այսպես կոչված՝ հիվանդանոցային էթիկայի հանձնաժողովներ, որոնց գործունեությունը բացառապես խորհրդատվական բնույթ է կրում:

³⁴ Юдин Б. Г., Горький юбилей// Биоэтика: принципы, правила, проблемы. - М., 1998.

³⁵ Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных материалов. - М., 1996.

70-ականներին, երբ հնարավոր դարձավ հաջող երիկամի փոխպատվաստում իրականացնել, ամերիկյան կլինիկաներից մեկի բժիշկները հրաժարվեցին պատասխանատվություն ստանձնել այն հիվանդների ընտրության հարցում, որոնց պետք էր առաջնահերթ կատարվեր փոխպատվաստում, և նախաձեռնեցին հանրային ներկայացուցիչներին ներգրավել այս խնդրի լուծման հարցում: Հենց այդ ժամանակ էլ առաջին անգամ հայտնվեցին հիվանդանոցների էթիկայի հանձնաժողովները, որոնք սկսեցին աշխատել:

1992 թվականին Մադրիդում տեղի ունեցավ եվրոպական երկրների էթիկայի հանձնաժողովների ներկայացուցիչների առաջին հանդիպումը: Հանդիպման մասնակիցները նշել են եվրոպական տարբեր երկրներում էթիկայի հանձնաժողովների կազմակերպման, գործունեության և նպատակների ձևակերպման համակարգի տարբերությունը, էթիկայի հանձնաժողովների կազմակերպման և գործունեության երկու մակարդակների առկայությունը՝ ազգային և տարածաշրջանային: Էթիկայի ազգային հանձնաժողովը զբաղվում է ընդհանուր էթիկական սկզբունքների և այլնի մշակմամբ, իսկ տարածաշրջանային (տեղական) հանձնաժողովը ուղղակիորեն անցկացնում է մարդկանց վերաբերյալ ԿԲՀ-ի արձանագրությունների էթիկական քննություն:³⁶

Կլինիկական փորձարկումներ բժշկության մեջ

Յուրաքանչյուր նոր դեղամիջոց մինչև կլինիկական փորձարկումները ենթարկվում է կենդանիների վրա երկարաժամկետ փորձարարական ուսումնասիրության:

Մարդկանց վրա նոր դեղաբանական նյութի կլինիկական փորձարկման ժամանակ գնահատվում է դրա հատուկ ազդեցությունը, կլինիկական արժեքը և կողմնակի էֆեկտների հավանականությունը:

Կլինիկական հետազոտությունների անցկացման էթիկական սկզբունքները պաշտպանում են մարդու իրավունքները և ապահովում տվյալների հավաստիությունն ու ամբողջականությունը: Դրանք ընդունված են դեղամիջոցներ արտադրող եվրոպական բոլոր երկրների կողմից և ձևակերպված են կլինիկական լավագույն պրակտիկայի (Good Clinical Practice - GCP). ուղեցույցներում:³⁷

Առանց էթիկայի հանձնաժողովի հաստատման՝ չպետք է իրականացվեն նոր դեղամիջոցների փորձարկումներ մարդկանց վրա:

Էթիկայի հանձնաժողովը վերանայում է ուսումնասիրության հետևյալ ասպեկտները՝

- պատասխանատու հետազոտողի որակավորումը և փորձարկման հաստատության համապատասխանությունը,
- ուսումնասիրության արձանագրություն՝ ռիսկ-օգուտ հնարավոր հարաբերակցության հիմնավորմամբ,

³⁶ Введение в биоэтику. - М., 1998.

³⁷ Биомедицинская этика / Под ред. В. И. Покровского. - М., 1997.

- բուժառուներին հետազոտության մեջ ընդգրկելու սկզբունքներն ու չափանիշները, տեղեկացված համաձայնություն ստանալու եղանակը,
- վնասի դեպքում բոլոր փորձարկվողների համար ապահովագրության վկայականի առկայություն:

Հիվանդները ընդգրկվում են հետազոտության մեջ միայն նրանց գրավոր համաձայնությունը ստանալուց հետո: Հետազոտողը պարտավոր է հիվանդին տեղեկացնել՝

- հետազոտության նպատակների և բնույթի մասին,
- ուսումնասիրության հետ կապված ընթացակարգերի մասին,
- հնարավոր ռիսկերի մասին,
- սպասվող դրական ազդեցության մասին,
- բուժման այլընտրանքային մեթոդների մասին,
- հնարավոր վնասի փոխհատուցման մասին:

Հետազոտվողներին տեղեկացվում է, որ իրենց մասնակցությունը հետազոտությանը կամավոր է, և որ նրանք կարող են դադարեցնել այն ցանկացած ժամանակ:

Հետազոտության կոնկրետ մասնակցի հետ կապված բոլոր տվյալների գաղտնիությունը նույնպես երաշխավորված է:

Անգիտակից վիճակում գտնվող, ծանր հոգեկան հիվանդների և անչափահասների վերաբերյալ հետազոտություններ անցկացնելու դեպքում, էթիկայի հանձնաժողովի հետ համաձայնեցնելուց հետո, պետք է համաձայնություն ստանալ նրանց օրինական խնամակալներից:

Տեղեկացված համաձայնություն տվող անձը իրավունք ունի հետազոտողին տալ հետազոտության վերաբերյալ ցանկացած հարց և ունի բավարար ժամանակ՝ որոշելու՝ արդյոք մասնակցի՞ դրան: Ստացված տեղեկատվությունը դիտարկելուց հետո բուժառու կամ կամավորը թեստերին մասնակցելու բանավոր կամ գրավոր համաձայնություն է տալիս: Գրավոր համաձայնությունը պահանջվում է այն դեպքերում, երբ դրա կարիքը կա հետազոտության արձանագրությամբ՝ առողջ կամավորների մասնակցությամբ ուսումնասիրություն, դեղերի կենսահասանելիության կամ կենսահամարժեքության ուսումնասիրություն:³⁸

Կենդանիների օգտագործումը կենսաբժշկական հետազոտությունների նպատակով

Կենսաբժշկական հետազոտություններում կենդանիների օգտագործման էթիկական ասպեկտներին սկսեցին ուշադրություն դարձնել միայն 20-րդ դարի սկզբին:

Ա. Մոլը «Բժշկական էթիկա» գրքում գրել է. «...գիտական նպատակն արդարացնում է կենդանիների տառապանքը: Սակայն, իմ կարծիքով, դա թույլատրելի է միայն այն դեպքում, եթե այդ կերպ հնարավոր է՝ լուծվեն գիտության էական խնդիրները: Եթե փորձը ինչ-որ չափով կատարվում է միայն հետաքրքրությունից դրդված՝ տեսնելու այս կամ այն

³⁸ Биомедицинская этика / Под ред. В. И. Покровского. - М., 1997.

բանը, որտեղ, հետևաբար, փորձը և՛ միջոց է, և՛ նպատակ, ապա ինձ թվում է, որ դա պետք է մերժվի բարոյական տեսանկյունից»:³⁹

Հետազոտող գիտնականների վրա հարձակումներն իրականացվել են անընդհատ և բոլոր կողմերից: Դրանք հատկապես շատ էին Նոբելյան մրցանակի դափնեկիր, հայտնի ռուս ֆիզիոլոգ Ի. Պ. Պավլովի հանդեպ: Շների վրա նրա փորձերը բողոք են առաջացրել կենդանիների պաշտպանների շրջանում:

Ի. Պավլովի յուրօրինակ արձագանքը այդ շարժմանը եղավ 1935-ին Փորձարարական բժշկության ինստիտուտի բակում «Շան հուշարձանի» բացումը: Այդ հուշարձանի վրա գրված էր. «Թող շունը՝ մարդու օգնականն ու ընկերը նախապատմական ժամանակներից, զոհաբերվի գիտությանը, բայց մեր արժանապատվությունը պարտավորեցնում է մեզ ապահովել, որ դա տեղի ունենա անխափան և միշտ առանց ավելորդ տանջանքների»:

Միջազգային բժշկական և գիտական կազմակերպությունները պետք է հզոր և արդյունավետ արշավ իրականացնեն կենդանիների իրավունքների պաշտպանների կողմից բխող հանրային առողջության աճող սպառնալիքի դեմ: Նման քարոզարշավը պահանջում է համակարգում և միասնական ղեկավարություն:

Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիան (ՀԲԱ) առաջ է քաշում հետևյալ սկզբունքները.

1. ՀԲԱ-ն կենդանիների վրա փորձերը անհրաժեշտ է համարում բժշկության հետագա առաջընթացի համար:
2. ՀԲԱ-ի Հելսինկիի հռչակագիրը պահանջում է, որ նախքան մարդկանց վրա փորձարկումներ կատարելը, անհրաժեշտ է կատարել փորձեր կենդանիների վրա և, միևնույն ժամանակ, պնդում են վերջիններիս նկատմամբ մարդասիրական և զգույշ վերաբերմունք:
3. Ըստ ՀԲԱ-ի՝ օգտագործվող կենդանիներին պետք է մարդկայնորեն վերաբերվել:
4. Բոլոր գիտահետազոտական կենտրոնները պետք է պահպանեն կենդանիների նկատմամբ մարդասիրական վերաբերմունքի կանոնները:
5. Բժշկական հանրությունը պետք է դիմակայի կենդանիների օգտագործումն արգելելու ցանկացած փորձի, քանի որ դա կհանգեցնի մարդկանց բժշկական օգնության որակի նվազմանը:
6. Թեև խոսքի ազատությունը երբեք չպետք է սահմանափակվի, սակայն, այսպես կոչված, կենդանիների ակտիվիստների անարխիստական գործողություններին պետք է դիմակայել:
7. Գիտնականների և նրանց ընտանիքների անդամների նկատմամբ սպառնալիքների, դաժանության և բռնության կիրառումը պետք է ճնշվի միջազգային մասշտաբով:

³⁹ Молль А., Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности / Пер. с нем. - СПб., 1903. - 414 стр.

8. Անհրաժեշտ է առավելագույնս համակարգել միջազգային մարմինների ջանքերը՝ պաշտպանելով հետազոտական կենտրոնները և դրանց աշխատակիցներին ահաբեկչական գործողություններից:⁴⁰

⁴⁰ Моль А., Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности / Пер. с нем. - СПб., 1903. - 414 стр.

ԳԼՈՒԽ 5. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԷԹԻԿԱՅԻ ՀԱՐՑԵՐԻ ԻՐԱՎԻՃԱԿԱՅԻՆ ԴԵՊՔԵՐԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆ

Բժշկության զարգացման ժամանակակից փուլի ամենակարևոր առանձնահատկությունը նրա սերտ կապն է բնագիտության այլ ճյուղերի հետ: Դրանք ներառում են կենսաբանություն, ֆիզիոլոգիա, կենսաքիմիա, գենետիկա, ֆիզիկա, կիրառական տեխնիկա, ճառագայթաբանություն և այլն: Բժշկության վերջին տարիների հաջողությունները կարելի է վստահորեն մեծ համարել. դրանց շնորհիվ բազմաթիվ մարդիկ խուսափում են վաղաժամ մահից և մեծ տառապանքներից: Չնայած դրան՝ շատ խնդիրներ դեռ չեն լուծվել:

Պարադոքսալ է թվում, որ ժամանակակից բժշկության առաջընթացի հետ մեկտեղ ավելանում են բժիշկների դժգոհությունն իրենց հնարավորություններից, ինչպես նաև բուժառուների դժգոհությունը բժիշկների հնարավորություններից: Փաստն այն է, որ ձեռքբերումների թվի ավելացմանը զուգահեռ ավելանում է նաև լուծում պահանջող խնդիրների թիվը: Այս խնդիրները ոչ միայն տնտեսական են (նոր տեխնոլոգիաների մեծ մասը պահանջում են ավելի մեծ ծախսեր, որոնք մատչելի չեն սովորական բուժառուների համար), այլ նաև գիտական (հատկապես էթիկական): 20-րդ դարի 70-ականներից ավանդական բժշկական էթիկան մտել է իր զարգացման բիոէթիկական փուլը (Potter V. R., 1970)՝ դրանով իսկ ընդգծելով մարդու հետ պատահած ամեն ինչի սերտ կապը բնության բոլոր երևույթների հետ: Կենսաբանությունն ու բժշկությունը միշտ անբաժան են եղել, բայց այժմ անբաժան է դարձել բոլոր կենդանի էակների, այդ թվում՝ մարդու նկատմամբ վերաբերմունքի էթիկան՝ նրա բեղմնավորման պահից սկսած:

Ա. Մարդու գենոմ

Վերջին տասնամյակների ընթացքում բազմաթիվ էթիկական խնդիրներ են առաջացել բուժառուների և բուժաշխատողների միջև, մասնավորապես բժշկական և գենետիկական հետազոտությունների հետ կապված: 20-րդ դարի բժշկությունը հեղափոխական վերելքներ է ապրում: Դա պայմանավորված է առաջին հերթին մարդու կենսաբանության հիմնական ասպեկտների՝ կյանքի գենետիկական հիմքերի ուսումնասիրությամբ: Դա հնարավորություն են տալիս փոխել որոշակի գենների գործառույթները՝ նպատակ ունենալով կանխել կամ բուժել բազմաթիվ հիվանդություններ և խանգարումներ, որոնք, բեղմնավորման պահից սկսած, մեր քեզին տան են: Սակայն նման տեխնոլոգիան, որը կարող է արմատական փոփոխություններ մտցնել մարդկության ճակատագրի մեջ, չի կարելի չարաշահել: Պետք է պահպանել մարդկային արժեքներն ու մարդկային արժանապատվությունը: Հասարակությունը պետք է հետևի, որպեսզի չխախտվեն այս նոր, հզոր հնարավորությունների էթիկական կիրառման փխրուն սահմանները:

1988 թվականի ապրիլին Հռոմում տեղի ունեցավ բիոէթիկայի հինգերորդ գագաթնաժողովը, որը նվիրված էր մարդու գենոմի սպիտակուցներում ամինաթթուների մնացորդների հաջորդականության որոշմանը՝ կապված էթիկայի հետ:

1992 թվականի սեպտեմբերին ՀԲԱ-ն ընդունեց հռչակագիր «Մարդու գենոմի նախագծի մասին»: Այնտեղ նշվում է. «Մարդու գենոմի նախագիծը հիմնված է այն ենթադրության վրա, որ մարդու գենոմում պարունակվող տեղեկատվության իմացությունը թույլ կտա ավտորոշել բազմաթիվ գենետիկական հիվանդություններ մինչև բեղմնավորման պահը և, համապատասխանաբար, կօգնի մարդկանց ճիշտ ընտրություն կատարել: Գենետիկ հիվանդությունները հասկանալու բանալին մուտացիայից հետո գեների նույնականացումն ու որոշումն է: Ըստ այդմ, կարելի է ասել, որ մարդու կենսաբանական էության ըմբռնումը կապված է մարդու քրոմոսոմներում պարունակվող 50000-100000 գեների նույնականացման հետ»:

«Մարդու գենոմի» նախագիծը կարող է օգնել բացահայտել և որոշել գեների բնութագրերը, որոնք կապված են հիմնական գենետիկական հիվանդությունների, օրինակ՝ շաքարային դիաբետի, շիզոֆրենիայի և Ալցհեյմերի հիվանդության հետ: Գեները որոշում են այդ հիվանդությունների նախատրամադրվածությունը: Նման հիվանդությունների նկատմամբ նախատրամադրվածության բացահայտումը կօգնի կանխարգելել դրանք՝ փոխելով կենսակերպը, սննդակարգը և պարբերաբար անցնելով հետազոտություններ: 20-րդ դարի երկրորդ կեսին տեղի ունեցավ «Հայեցակարգային հեղափոխություն», այն է՝ հիվանդությունները սկսեցին դիտարկել կենսաքիմիայի տեսանկյունից: Այսօր մենք ականատես ենք նոր հեղափոխության, որը նույնացնում է գենը մարմնի բջիջների բոլոր կենսաքիմիական գործընթացների հետ:

Էթիկական տեսանկյունից կարևոր է հնարավորինս արագ տեղեկատվություն ստանալ գենոմի մասին, քանի որ դա օգնում է ավելի լավ հասկանալ բազմաթիվ հիվանդությունների էթիոլոգիան և պաթոգենեզը: Միևնույն ժամանակ, այս տեղեկատվությունը կարող է անօգուտ լինել, քանի դեռ հասարակությունն ու անհատը տեղեկացված չեն այդ տեղեկատվության օգտագործման լավագույն ուղին ընտրելու հնարավորությունների մասին:

Մեկ այլ խնդիր է պարզելը, թե որքանով են գործադրված ջանքերը համեմատելի նպատակներին հասնելու ուղիների հետ: Արդյոք առաջարկվող նախագիծը պետք է ուղղված լինի նոր մեթոդների ուսումնասիրմանը, թե՞ նախընտրելի է քայլ առ քայլ գնալ դեպի նախատեսված նպատակը:

Այս նախագծի իրականացման խոչընդոտ է «Գաղտնիության նորմերի և գիտական համագործակցության անհրաժեշտության միջև հակասությունը հակամարտությունը»: Այն պետք է անանուն լինի, սակայն ստացված տեղեկատվությունը տեղին է յուրաքանչյուր անհատի համար՝ անկախ ռասայից կամ անհատական տարբերություններից: Այս տեղեկատվությունը պետք է լինի ընդհանուր սեփականություն և չի կարող օգտագործվել բիզնեսի նպատակներով: Հետևաբար, ոչ մի բուժառու չպետք է տուժի «Մարդու գենոմի նախագծի համար»:

Հակասություն կա նոր տեխնոլոգիաների աճող ներուժի միջև, գենետիկ տարասեռությունը բացահայտելու և անհատներին առողջության ապահովագրություն ու աշխատանք տրամադրելու չափանիշների միջև: Չնայած գենետիկական տարբերություններին՝ նպատակահարմար է թվում համաձայնության միջոցով ընդունել խտրականության արգելքը աշխատանքի ընդունվելիս կամ անհատական ապահովագրության պայմանագիր կնքելիս՝ որոշակի ռասայի պատկանելության պատճառով: «Մարդու գենոմի նախագիծն» իրականացնելիս կարող է լինել գենետիկական տեղեկատվության ոչ բժշկական նպատակներով օգտագործման վտանգ: Այդ հայեցակարգը հիմնված է այն ենթադրության վրա, որ գեները կարևոր նշանակություն ունեն մարդու ձևավորման գործընթացում և, հետևաբար, դրանց բաշխումը բնակչության մեջ վճռորոշ է վերարտադրողականության փոփոխության համար: Համաձայն այս հայեցակարգի՝ հանրային բարօրության նկատառումները արդարացնում են անհատի ազատության սահմանափակումը: Տեղեկատվության տիրապետումը բարձրացնում է դրա օգտագործման խնդիրը: Դեռևս կառավարության կողմից մտահոգություններ կան ոչ բժշկական նպատակներով բժշկական տեխնոլոգիաների օգտագործման վերաբերյալ: Այս առումով ՀԲԱ-ն ներկայացնում է հետևյալ առաջարկությունները.

1. «Մարդու գենոմի նախագիծ» իրականացման հետ կապված էթիկական խնդիրները պայմանավորված են ոչ այնքան դրա իրականացման տեխնոլոգիայով, որքան ճիշտ կիրառմամբ: Այս առումով, նախքան նախագծի վրա աշխատանքը սկսելը, անհրաժեշտ է ուշադիր վերլուծել նոր տեխնոլոգիաների կիրառման հետ կապված բոլոր էթիկական, իրավական և սոցիալական խնդիրները:
2. Կա որոշ մտավախություն, որ նախագծում ներգրավված հետազոտողը կարող է ստանձնել «Աստծո» դեր կամ փորձել միջամտել բնության օրենքներին: Միայն «Մարդու գենոմի նախագիծ» նկատմամբ կողմնակալությունից ազատվելով՝ մենք կարող ենք ճիշտ գնահատել դրա իրականացման հետ կապված էթիկական խնդիրները, ինչպես դա տեղի է ունենում ավստրոշվանի և բուժման նոր մեթոդների գնահատման դեպքում: Այսինքն՝ ինչպես և այս դեպքերում, նախագծի գնահատման հիմնական չափորոշիչներն են անձի նկատմամբ հարգանքը, նրա ինքնավարությունը և անձնական կյանքին չմիջամտելու նորմերը, ինչպես նաև ռիսկերի և օգուտների համեմատական գնահատումը:

Անհրաժեշտ է սահմանել առավել էթիկական և իրավական սկզբունքները, որոնց պետք է հետևել՝ գենետիկական հատկանիշների հիման վրա մարդկանց նկատմամբ խտրականությունը կանխելու համար: Դրանք են.

- Սոցիալական լարվածության աճից խուսափելու համար անհրաժեշտ է ապահովել գենետիկական խորհրդատվության հասանելիությունը բոլորի համար:
- Անհրաժեշտ է նաև ապահովել ձեռք բերված գիտելիքների, տեղեկատվության և տեխնոլոգիաների փոխանակման հնարավորությունը աշխարհի բոլոր երկրների միջև:
- Անհրաժեշտ է խստորեն պահպանել գենետիկ գնման ենթարկված անձանց կամքը հարգելու սկզբունքը և նրանց իրավունքը՝ որոշելու այս ընթացակարգին մասնակցելու և դրա արդյունքում ստացված տեղեկատվության օգտագործման հետ կապված հարցերը:

- Անհրաժեշտ է ապահովել, որ բուժառուին կամ նրա օրինական խնամակալը լիարժեք տեղեկացված լինեն ծրագրի իրականացման հետ կապված բոլոր ընթացակարգերի մասին:
- Անհրաժեշտ է նաև ապահովել բժշկական գաղտնիքի պահպանման և ստացված տեղեկատվության չբացահայտման նորմը՝ առանց բուժառուի համաձայնության՝ այն երրորդ անձանց փոխանցելու միջոցով:

Այս նորմը պետք է պահպանվի նույնիսկ այն դեպքերում, երբ ստացված տեղեկատվությունը թույլ կտա եզրակացնել, որ հիվանդի ընտանիքի անդամները վտանգված են:

Միակ բացառությունն այն դեպքն է, երբ խոսքը վերաբերում է լուրջ հիվանդությանը, որը հնարավոր է կանխել ստացված տեղեկատվության բացահայտման միջոցով: Տեղեկատվության գաղտնիության նորմը կարող է խախտվել միայն այն դեպքում, երբ բուժառուին համոզվելու բոլոր փորձերը՝ թե անհրաժեշտ է բացահայտել իր գենետիկական տեղեկատվության գաղտնիքը, անհաջող են, սակայն այս դեպքում էլ ոչ բոլոր տեղեկություններն են ենթակա բացահայտման, այլ միայն դրա անհրաժեշտ մասը: Հիվանդի գենետիկական տեղեկատվության բացահայտումը կամ երրորդ անձանց դրան հասանելիությունը կարող է թույլատրվել միայն բուժառուի կամավոր համաձայնության կամ տեղեկացվածության դեպքում:⁴¹

Բ. Մարդու կլոնավորում

1997 թվականի փետրվարին ամբողջ աշխարհին իմացավ կլոնավորման հաջող փորձի մասին, որի արդյունքում ստեղծվեց Դուլի ոչխարը: Այդ պահից սկսած՝ քաղաքական գործիչների, գիտնականների, փիլիսոփաների և հասարակ մարդկանց միջև բուռն քննարկում սկսվեց նման փորձերի թույլատրելիության և մարդկանց կլոնավորման հնարավորության շուրջ: 1997 թվականի փետրվարի 24-ին ԱՄՆ նախագահ Բիլ Բլինթոնը խնդրեց Ազգային կենսաէթիկայի խորհրդատվական հանձնաժողովին (NBAC) զեկույց ներկայացնել մարդկանց կլոնավորման խնդրի վերաբերյալ: Հանձնաժողովը եզրակացրեց, որ անհրաժեշտ է որոշակի ժամանակահատված, որի ընթացքում սոմատիկ բջիջների կլոնավորման միջոցով ստանալու փորձեր չպետք է արվեն, և ձևակերպեց հետևյալ եզրակացություններն ու առաջարկությունները.

1. Հանձնաժողովը եզրակացնում է, որ ներկայումս սոմատիկ բջիջների փոխպատվաստման միջոցով, կլոնավորմամբ սերունդ ստեղծելու ցանկացած փորձ (պետական կամ մասնավոր կլինիկաներում, հետազոտական լաբորատորիաներում) բարոյապես անընդունելի է: Մենք համաձայնության ենք եկել այս կետի շուրջ, քանի որ այս հարցի վերաբերյալ այսօր գոյություն ունեցող գիտական տեղեկատվությունը վկայում է այն մասին, որ այժմ այդ տեխնիկայի օգտագործումը մարդկանց նկատմամբ անվտանգ չէ: Մենք համոզված ենք, որ այս տեխնոլոգիայի կիրառմամբ երեխա ստեղծելու փորձերը, անշուշտ, խախտում են հետազոտողի կամ կլինիկայի

⁴¹ Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных материалов. – М., 1996.

կարևոր բարոյական պարտավորությունները, քանի որ դրանք անընդունելի ռիսկեր են պարունակում պտղի և/կամ չճնված երեխայի համար: Ավելին, ի լրումն անվտանգության մտահոգությունների, հայտնաբերվել են բազմաթիվ այլ լուրջ էթիկական խնդիրներ, որոնք կապված են այս տեխնոլոգիայի օգտագործման հետ, որոնք պահանջում են ավելի լայն և մանրակրկիտ նախնական հանրային քննարկումներ:

2. Հանձնաժողովն այնուհետև առաջարկում է ընդունել դաշնային օրենսդրություն, որն արգելում է ցանկացած փորձ հետազոտական լաբորատորիաներում կամ կլինիկաներում՝ ստեղծելու երեխա կլոնավորման միջոցով՝ օգտագործելով սոմատիկ բջիջների փոխպատվաստման մեթոդը: Այնուամենայնիվ, կարևոր է, որ օրենքը ներառի սահմանափակող դրույթ՝ ապահովելով, որ որոշակի ժամանակահատվածից հետո (3-5 տարի) Կոնգրեսը նորից կքննարկի հարցը և կորոշի երկարաձգել արգելքը:

Եթե նահանգներից որևէ մեկն ընդունի նման օրենք, այն պետք է պարունակի նաև նման սահմանափակող դրույթ:

3. Հանձնաժողովը հանգել է նաև հետևյալ եզրակացություններին.

- կլոնավորումն արգելող ցանկացած կանոնակարգ կամ օրենսդրություն պետք է ձևակերպվի հատուկ խնամքով, որպեսզի չխանգարի գիտական հետազոտությունների այլ կարևոր ոլորտներին,
- կենդանիների կլոնավորման հետազոտությունները չեն առաջացնում խնդիրներ, որոնք առաջանում են մարդկանց կլոնավորման համար այս մեթոդի կիրառման փորձի ժամանակ, և հետևաբար, նման հետազոտությունների շարունակությունը պետք է համապատասխանի միայն կենդանիների նկատմամբ մարդասիրական վերաբերմունք պահանջող կարգավորող փաստաթղթերին և ենթարկվի էթիկայի հանձնաժողովների հետ հետազոտական նախագծի նախնական քննության:

4. Հանձնաժողովը նաև եզրակացրեց, որ կան տարբեր էթիկական և կրոնական տեսակետներ և ավանդույթներ՝ կապված շատ կարևոր բարոյական խնդիրների հետ, որոնք կապված են սերունդ ստեղծելու համար սոմատիկ բջիջներ օգտագործելու փորձի հետ:

Որոշ եվրոպական երկրներ ընդունել են օրենքներ, որոնք արգելում են մարդկանց կլոնավորումը:⁴²

Կլոնավորման հակառակորդներին զուգահեռ՝ կան նաև դրա կողմնակիցներ: Այսպիսով, Կլոնավորման և գիտական հետազոտությունների ամբողջականության պաշտպանության մասին հոչակագիրը ստորագրել են ավելի քան 30 աշխարհահոչակ գիտնականներ, Նոբելյան մրցանակի դափնեկիրներ և Հումանիզմի միջազգային ակադեմիան:

⁴² Клонирование человеческих существ. Рекомендации Национальной консультативной комиссии по биоэтике, США // Биоэтика: принципы, правила, проблемы. - 1998.

Գ. Գենային թերապիա

Գենային թերապիան բժշկության զարգացման նորագույն ուղղություններից է: Մեթոդը հիմնված է վիրուսային կամ ֆագային վեկտորների (կրիչների) միջոցով գենետիկական նյութի փոխանցման վրա՝ կա՛մ անմիջապես հիվանդի արյան և հյուսվածքների մեջ, կա՛մ նախ բուժառուի լաբորատոր մեկուսացված բջիջներում, այնուհետև դրանք փոխապատվաստելով իրեն:

Ամենահեռանկարայինը գենային թերապիայի օգտագործումն է մոնոգեն ժառանգական հիվանդությունների բուժման համար. ենթադրվում է, որ նորմալ գործող գեն պարունակող գենետիկ նյութի՝ օրգանիզմ ներմուծումը տալիս է ընդգծված թերապևտիկ ազդեցություն: Շատ գենետիկների կարծիքով՝ չարորակ ուռուցքների գենային թերապիայի մեթոդների մշակումը հեռանկարային է: Զգալի հույսեր են դրվում ԶԻԱՀ-ի գենային թերապիայի արդյունավետ մեթոդների մշակման վրա:

Ներկայումս գոյություն ունեցող գենային թերապիայի մեթոդներից և ոչ մեկը չի կարող բավարար չափով հուսալի համարվել: Հաջողված դեպքերը, որոնք առաջացրել են հանրային ոգևորություն, փոխվել են ողբերգական ճախողումների, որոնց հաջորդել են այս վտանգավոր փորձերը դադարեցնելու համառ կոչերը, քանի որ զգալի անորոշություն է պահպանվում հիվանդի օրգանիզմ գենետիկ նյութի տեղափոխման հնարավոր բացասական հետևանքների, ինչպես նաև գենային թերապիայի արդյունավետության գնահատման վերաբերյալ:

Ըստ երևույթին, մոտ ապագայում գենային թերապիան կլինի «փորձարկման գոտում»: Հետևաբար, անհրաժեշտ է կիրառել գենային ինժեներիայի վերաբերյալ գոյություն ունեցող իրավական և էթիկական չափանիշները:

Ենթագլուխ 5.1. Փոխապատվաստում

Փոխապատվաստման պատմությունը

Միայն 20-րդ դարում փոխապատվաստումը դարձավ բժշկագիտության և բժշկական պրակտիկայի ամենահեռանկարային ոլորտներից մեկը: Դա ժամանակակից վիրաբուժության, վերակենդանացման, անեսթեզիոլոգիայի, իմունոլոգիայի, դեղաբանության և կենսաբժշկական այլ գիտությունների սերտ փոխգործակցության արդյունք էր:

Փոխապատվաստման զարգացման սկիզբը ավանդաբար համարվում է 1954 թվականը, երբ ամերիկացի վիրաբույժները կատարեցին երիկամի առաջին հաջող փոխապատվաստումը:

30-ականների սկզբից հայտնի ակնաբույժ Վ. Պ. Ֆիլատովը փոխապատվաստման համար հաջողությամբ օգտագործել է դիակից վերցված եղջերաթաղանթները:

Համաշխարհային հանրության առանձնահատուկ հետաքրքրությունը տրանսպլանտոլոգիայի խնդիրների նկատմամբ առաջացավ 1967 թվականի դեկտեմբերի 3-ից հետո, երբ հարավաֆրիկացի վիրաբույժ Քրիստիան Բարնարդը կատարեց մահացած մարդու սրտի առաջին փոխպատվաստումը մահվան շեմին գտնվող հիվանդին: Սրտի առաջին փոխպատվաստումը ծայրաստիճան հակասական արձագանքներ է առաջացրել: Հասարակության լայն շերտերը դա ողջունեցին որպես «հերոսական արարք», մինչդեռ մասնագետները դատապարտեցին այն՝ որպես ոչ ժամանակին և ոչ բավարար պատրաստվածություն: Սրտի կաթետերի գյուտարար, բժշկության ոլորտում Նոբելյան մրցանակակիր Վ. Ֆորսմանը հայտարարել է, որ այսուհետև փոխպատվաստման բժշկությունը «...զերծ չի մնա փառասիրությունից և կամայականությունից, բնավորության թուլությունից և ունայնությունից: Երբ սատանան խառնում է բարոյական հասկացությունները, առաջընթացի գինը չափազանց բարձր է դառնում»:

Աշխարհի տարբեր երկրներում սրտի փոխպատվաստում ստացած առաջին 166 մարդկանցից միայն 23-ն են ողջ մնացել վիրահատությունից 2 տարի անց: Ինչպես խոստովանել է վիրաբույժներից մեկը, որը բազմիցս «փորձել է իր բախտը» փոխպատվաստումներում, այսօր իրեն զգում է որպես «մարդկության դեմ հանցագործ»:

Չնայած սկզբնական շրջանի «ծախսերին»՝ փոխպատվաստումը վերջերս արագ թռիչք է կատարել: Կատարելագործվել է փոխպատվաստման վիրաբուժական տեխնիկան: Այժմ սրտի փոխպատվաստումն ընկալվում էր ոչ թե որպես ինչ-որ հրաշք, այլ որպես սովորական վիրահատություն, որը փորձառու վիրաբույժների թիմը կատարում է 27 րոպեում: Ներկայումս մանրակրկիտ մշակվել է երիկամի փոխպատվաստումը, յուրացվում է լյարդի փոխպատվաստման տեխնիկան: Կան ուղեղի փոխպատվաստման նախագծեր: Աճում է «կլաստերային» վիրահատությունների թիվը, որոնց ընթացքում փոխպատվաստվում է միանգամից մի քանի օրգան:

Չնայած տրանսպլանտոլոգիայի հաջողություններին, փոխպատվաստումների ժամանակին, իրագործելիության և էթիկայի մասին քննարկումները չեն մարում:

Իսնդրի բարդությունը նաև նման գործողությունների բարձր արժեքն է: Ըստ 2020 թվականի հունվարի Milliman Research Report-ի, ԱՄՆ-ում սրտի փոխպատվաստման գնահատված արժեքը մինչև ապահովագրությունը կազմում է 1,664,800\$, ցողունային բջջիջների ալլոգեն փոխպատվաստումը 1,071,700\$, լյարդի, երիկամի և ենթասմոքսային գեղձի փոխպատվաստումները համապատասխանաբար 878,400\$, 442,500\$, 408,800\$:

Միևնույն ժամանակ, փոխպատվաստումների արդյունքները շատ դրական են, և դրանց կիրառման մասշտաբները սահմանափակ են դոնորական օրգանների սղության պատճառով: Ամեն դեպքում, նույնիսկ ամենանպաստավոր օրգանների փոխպատվաստումը փրկություն է քչերի համար:

Այս իրավիճակում առավել նպատակահարմար և ավելի էթիկական է մշակել սրտի, լյարդի և երիկամների հիվանդությունների բուժման և կանխարգելման մեթոդներ, որոնք կարող են ավելի լայնորեն կիրառվել:

Դոնոր-ռեցիպիենտ համատեղելիության սկզբունքով փոխապատվաստման համար հիվանդների ընտրությունը «բնական վիճակախաղ է»: Այս դեպքում օրգանը ստանում է պոտենցիալ ռեցիպիենտներից մեկը, որի համար ավելի հարմար են պոտենցիալ դոնորի հյուսվածքները, իսկ փոխապատվաստման մերժման ռիսկը՝ ավելի քիչ:⁴³

Աշխարհի շատ երկրներում հիվանդների ընտրությունը նույնպես իրականացվում է՝ հաշվի առնելով ստացողների տարիքային սահմանափակումները, ինչպես նաև նրանց առողջական վիճակը: Վատ սովորությունների պատճառով առողջությունը կորցրածների համար օրգանների փոխապատվաստման սահմանափակումները (թմրամոլներ, հարբեցողներ և այլն) համարվում են բարոյապես արդարացված: Սակայն ոչ վիճակախաղի սկզբունքը, ոչ էլ հերթագրման սկզբունքը չի կարելի իդեալական համարել:

Փոխապատվաստման էթիկական խնդիրները զգալիորեն տարբերվում են՝ կախված նրանից՝ խոսքը կենդանի մարդուց փոխապատվաստման համար օրգանների ձեռքբերման մասին է, թե՞ դիակից:

Կենդանի մարդուց օրգանների փոխապատվաստման էթիկան

Կենդանի դոնորից օրգանների փոխապատվաստումը մեծ ռիսկ է պարունակում վերջինիս համար: Դոնորից օրգան կամ դրա մի մաս վերցնելն ակնհայտորեն շեղում է բժշկության հիմնարար էթիկական սկզբունքներից մեկից՝ չվնասելուց: Հանգամանք, որն արդարացնում է այս սկզբունքի խախտումը էթիկական տեսանկյունից, պոտենցիալ դոնորի իրավունքն է նվիրաբերել օրգաններից մեկը կամ օրգանի մի մասը՝ հիվանդի կյանքը փրկելու համար՝ առաջնորդվելով կարեկցանքի և մերձավորի հանդեպ սիրո զգացումով:

Այնուամենայնիվ, ամեն զոհողության պետք չէ գնալ: Օրենքն արգելում է օրգանների փոխապատվաստումը, եթե ապրիորի հայտնի է, որ արդյունքը կարող է անդառնալի վնաս հասցնել դոնորի առողջությանը:

Այսպիսով, մայրը կամ հայրը իրավունք չունեն զոհաբերել իրենց կյանքը՝ տալով իրենց երեխային կենտ կենսական օրգան:⁴⁴

Մերձավորին օգնելը նորմալ մարդու համար բարոյական պարտականություն է: Սակայն եթե երեխայի կյանքին վտանգ է սպառնում, և ծնողը հրաժարվում է որպես դոնոր հանդես գալ, ապա օրենքը նրան չի պարտավորեցնում կատարել իր բարոյական պարտքը, և երրորդ անձանց իրավունք չի տալիս հարկադրել այդ հարցում:

Էթիկական տեսանկյունից դոնորությունը պետք է լինի կամավոր, գիտակցաբար կատարվի անշահախնդիր (ալտրոփստ): Տուժողի տեղեկացվածությունը պետք է հիմնված լինի բժշկի կողմից տրված հետևյալ տեղեկատվության ամբողջականության վրա՝

- պոտենցիալ դոնորի առողջության և սոցիալական բարեկեցության (աշխատելու ունակության) հետ կապված հնարավոր ռիսկի մասին,

⁴³ Яровицкий М. Я., Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика): Учебное пособие. - М.: Медицина, 2000 - 256 стр.

⁴⁴ Амосов Н. М., Мысли и сердце. - М., 1998.

- նախատեսված ռեցիպիենտի համար հաջողության հասնելու հնարավորությունների մասին:

Այս առումով դոնոր չեն կարող հանդիսանալ անգործունակ քաղաքացիները, որոնք տարիքի կամ մտավոր կարողությունների պատճառով չեն կարողանում գիտակից որոշում կայացնել: Հասարակությունը չի կարող ճանաչել ծանր հոգեկան խանգարում ունեցող երեխայի կամ բուժառուի իրավունքը՝ զոհաբերություն անել հոգուտ իր սիրելիի:

Մեր օրերում աշխարհի բոլոր երկրները ընդունել են կենդանի դոնորից օրգաններ և հյուսվածքներ փոխպատվաստելու պրակտիկան՝ միայն նրա հետ սերտ ազգակցական կապ ունեցող անձանց պարագայում: Չնայած դրան, քննարկվում է ոչ ազգականների համար նման փոխպատվաստումներ թույլ տալու հնարավորությունը, սակայն էթիկայի հանձնաժողովների (լիազորված անկախ մարմինների) հսկողության ներքո:

Մերձավոր ազգականներին օրգաններ փոխպատվաստելիս, տեղեկացված համաձայնության փոխարեն, սովորաբար օգտագործվում է որոշակիորեն նման, բայց էպես տարբեր ընթացակարգ՝ դոնորից գրավոր թույլտվություն ստանալը:

Այս փաստաթուղթը չի պարունակում մանրամասն տեղեկատվություն անբարենպաստ հետևանքների ռիսկի մասին՝ ինչպես բժշկական, այնպես էլ սոցիալական (օրինակ՝ աշխատանքի սահմանափակման կամ նույնիսկ հաշմանդամության հնարավորությունը), ինչպես նաև կոնկրետ ռեցիպիենտի համար բարենպաստ արդյունքի հավանականության մասին:⁴⁵ Նման իրավիճակում բժիշկը կարող է շահարկել տեղեկատվությունը, որպեսզի համոզի մարդկանց նվիրաբերել՝ ելնելով ֆինանսական շահերից, գիտական հետաքրքրություններից՝ կապված նոր վիրաբուժական տեխնիկայի կամ դեղամիջոցների փորձարկման հետ: Այդ նպատակով բժիշկները կարող են տեղեկատվություն տրամադրել պոտենցիալ դոնորին՝ միաժամանակ լռելով նախորդ անհաջող փոխպատվաստումների մասին, որոնք հանգեցրել են մահվան կամ հաշմանդամության, բուժման այլընտրանքային մեթոդների առկայության և ստացողի հաջողության ցածր շանսերի մասին:

Դոնորին տեղեկացնելու խնդրին զուգընթաց կա նաև փոխպատվաստմանը նրա համաձայնության կամավորության խնդիրը: Փաստն այն է, որ ներկայիս առողջապահության մեջ հիվանդների մասին բժշկական տեղեկատվությունը ավանդաբար փոխանցվում է ընտանիքի անդամներին, ուստի հնարավոր է ընտանիքի անդամների կողմից պոտենցիալ դոնորի վրա ուղղակի ճնշում գործադրել և նույնիսկ հարկադրել: Նման պարտադրանքը կարող է ունենալ նաև անուղղակի, քողարկված հոգեբանական կամ բարոյական ազդեցության բնույթ: Այս առումով, այն փոխպատվաստման կենտրոնների պրակտիկան, որտեղ պոտենցիալ դոնորի (կամ ռեցիպիենտի) մասին ցանկացած բժշկական տեղեկատվություն փոխանցվում է նույնիսկ հարազատներին միայն նրա անմիջական համաձայնությամբ, կարելի է արդարացված համարել: Այսինքն՝ ապահովվում է գաղտնիության չափանիշների պահպանումը:⁴⁵

⁴⁵ Биоэтика: принципы, правила, проблемы. Под ред. Б. Г. Юдина. - М., 1998.

Դիակից օրգան փոխապատվաստելու էթիկան

Դիակի օրգանների փոխապատվաստումը առաջացնում է մի շարք բարդ բարոյական խնդիրներ: Դա պայմանավորված է առաջին հերթին նրանով, որ բոլոր կրոններն արգելում են մահացած մարդու մարմինը վնասելը և պահանջում են զգույշ և հարգալից վերաբերմունք դրա նկատմամբ:

Աշխարհիկ տեսակետից մարդու մահը չի խլում այն իրավունքները, որ նրան են պատկանում: Ընդունված է նաև, որ հանգուցյալի մարմինը պղծելու ցանկացած գործողություն դատապարտելի արարք է, որը վիրավորում է նրա հիշատակը: Այսինքն՝ թե՛ կրոնական, թե՛ աշխարհիկ գիտակցության համար մահացած մարմինը հատուկ բարոյական կարգավիճակ ունի: Դրա հետ կապված պետք է նախատեսվեն որոշակի նորմեր, որոնք կարգավորում են մահացածի մարմնի հանդեպ վարվելաձևը:⁴⁵

Մի շարք երկրներում օրգանների և հյուսվածքների հավաքումն իրականացվում է միայն տեղեկացված համաձայնության հիման վրա: Օրինակ՝ ԱՄՆ-ում մահից հետո օրգանները հեռացնելու համաձայնությունը գրանցվում է վարորդական իրավունքի վկայականում, որը փոխարինում է ամերիկացիների անձնագրին: Այս սկզբունքը երբեմն կոչվում է «Չհամաձայնության կանխավարկած», քանի որ այն ենթադրում է, որ բացահայտ համաձայնության բացակայությունը հավասարազոր է մերժմանը: Պոտենցիալ դոնորը կենդանի կարգադրություն է կատարում (տալիս է իր համաձայնությունը կամ հրաժարվում): Եթե այն չկա, ապա մահից հետո անհրաժեշտ է ընտանիքի անդամների համաձայնությունը դիակը դոնորության նպատակով օգտագործելու համար:

Բնակչությունը պետք է տեղեկացված լինի հրաժարվելու իր իրավունքի մասին, հասկանա այս իրավունքի բովանդակությունը և իմանա, թե ինչպես կարելի է այն օգտագործել:

Փոխապատվաստման առևտրայնացման մասին

Փոխապատվաստման համար անհրաժեշտ օրգանների հսկայական պակասը անխուսափելիորեն հանգեցրեց փոխապատվաստման առևտրայնացմանը: Մարդու օրգանները դարձան առք ու վաճառքի առարկա: Չինաստանում օրգաններ են առգրավվել դատարանի որոշմամբ մահապատժի ենթարկված անձանցից (տարեկան ավելի քան 4 հազար մարդուց): Մահապատժի դատապարտված բանտարկյալների օրգաններն օգտագործելու գաղափարին հավանություն է տվել ամերիկացի բժիշկ Գևորգյանը, որը հայտնի էր «Բժիշկ Մահ» մականունով՝ իր հիվանդների նկատմամբ ակտիվորեն էվթանազիայի կիրառելու համար: 1998-ին Ղազախստանի վիրաբուժության գիտական կենտրոնի տնօրեն, ակադեմիկոս Միխայիլ Ալիևը առաջարկեց օրգաններ նվիրաբերել մահապատժի դատապարտվածներից:

ԱՄՆ-ում օրենքը, որը մարդու ներքին օրգանների վաճառքը՝ փոխապատվաստման նպատակով, քրեական հանցագործություն է համարել, ընդունվել է միայն 1997 թվականին: Այս օրենքի ուշ ընդունումը պայմանավորված է փոխապատվաստման համար անհրաժեշտ օրգանների մեծ պակասով: Այսօր ԱՄՆ-ում 38 հազար հիվանդ հերթ է կանգնել երիկամի փոխապատվաստման համար, իսկ 9800 մարդ լյարդի փոխապատվաստման հույս ունի:

Համաշխարհային բժշկական ասամբլեան մի քանի հոչակագրեր է ընդունել փոխպատվաստման էթիկական խնդիրների վերաբերյալ: 1985 թվականի հոկտեմբերին 37-րդ Համաշխարհային բժշկական ասամբլեան (Բրյուսել, Բելգիա) ընդունեց «Կենդանի օրգանների թրաֆիքինգի մասին» հայտարարությունը: Դրանում ասվում է. «Հաշվի առնելով Եվրոպայում և Միացյալ Նահանգներում թերզարգացած երկրներից կենդանի դոնորների երիկամների վաճառքի փաստերը՝ Եվրոպայում և Միացյալ Նահանգներում փոխպատվաստման նպատակով, Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիան դատապարտում է մարդու օրգանների առք ու վաճառքը: Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիան կոչ է անում բոլոր կառավարություններին արդյունավետ միջոցներ ձեռնարկել՝ կանխելու համար մարդու օրգանների օգտագործումը առևտրային նպատակներով»:⁴⁶

39-րդ Համաշխարհային բժշկական ասամբլեան (Մադրիդ, Իսպանիա) 1987 թվականի հոկտեմբերին ընդունել է «Հոչակագիր մարդու օրգանների փոխպատվաստման մասին», համաձայն որի՝ մարդու օրգանների առք ու վաճառքը խստորեն դատապարտվում է:

1994 թվականի սեպտեմբերին 46-րդ Համաշխարհային բժշկական ասամբլեան (Ստոկհոլմ, Շվեդիա) ընդունեց «Մարդու օրգանների փոխպատվաստման ժամանակ բժիշկների դիրքորոշման մասին» բանաձևը: Դրանում ՀԲԱ-ն կոչ է անում բոլոր ազգային բժշկական ասոցիացիաներին ենթարկվել դրանց, իսկ խախտման դեպքում խստորեն պատժել նման խախտումների մեջ ներգրավված բժիշկներին:

Ենթագլուխ 5.2. Հոգեմետ թերապիայի խնդիրները

20-րդ դարում հոգեմետ դեղերը իսկական հեղափոխություն արեցին: Շատ հոգեկան հիվանդությունների բուժումը հնարավոր է դարձել ամբուլատոր պայմաններում: Բայց հոգեֆարմակոթերապիայի ձեռքբերումները դարձել են պետության կողմից չարաշահումների առարկա: Օրինակ՝ ԽՍՀՄ-ում դրանք օգտագործվում էին «այլախոհների» դեմ պայքարելու համար:

Այս կապակցությամբ 1975 թվականին Համաշխարհային բժշկական ասամբլեան Տոկիոյում ընդունեց «Հոգեմետ դեղերի օգտագործման և չարաշահման մասին» հոչակագիրը:

1983 թվականին Վենետիկի վեհաժողովում այս Հոչակագիրը լրացվեց որոշ նոր դրույթներով.

1. Հոգեմետ դեղերի օգտագործումը բարդ սոցիալական երևույթ է և միայն բժշկական խնդիր չէ:
2. Հասարակության ներսում անհրաժեշտ է ինտենսիվ կրթական աշխատանք՝ հիմնված հոգեմետ դեղերի օգտագործման իրական այլընտրանքների մշակման և

⁴⁶ Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных материалов. – М., 1996.

տեսողական ցուցադրման վրա՝ զուրկ բարոյականացման և պատժի տարրերից: Բժիշկները՝ որպես մտահոգ քաղաքացիներ և գիտելիք կրողներ, պետք է մասնակցեն նման ծրագրերին:

3. Բժիշկները պետք է ավելի լայն բուժման առաջարկություններ անեն, որոնք կապված չեն դեղամիջոցների օգտագործման հետ, և ավելի զգույշ օգտագործեն դեղամիջոցները՝ նշանակելով հոգեմետ դեղերը շատ զուսպ, միայն լիովին վստահ լինելով, որ դեղատոմսը խստորեն համապատասխանում է ճշգրիտ փստորոշմանը՝ չմոռանալով հոգեմետ դեղերի ոչ պատշաճ օգտագործման կամ դրանց չարաշահման հնարավոր վտանգի մասին:

Բժիշկները պետք է ձեռնարկեն տեղեկատվության հավաքագրում և տրամադրում ոչ բժշկական նպատակներով հոգեմետ դեղերի ու նաև ակլիոլի՝ մարդու առողջության վրա վնասակար ազդեցության ապացույցների մասին:

Բժիշկները պետք է համագործակցեն ցանկացած կազմակերպության հետ՝ լայնորեն տարածելով տեղեկատվությունը հոգեմետ դեղերի անվերահսկելի օգտագործման վտանգների մասին, հատկապես այն տարիքային խմբերում, որոնք հակված են թմրամիջոցների փորձարկումներին: Նման տեղեկատվությունը պետք է օգնի հակազդել այն գործոններին, որոնք նպաստում են թմրամիջոցների անվերահսկելի օգտագործմանը, և իրագործել յուրաքանչյուր անձի իրավունքը՝ տեղեկացված անձնական ընտրության ազատության համար:⁴⁷

Ենթագլուխ 5.3. Շուրջծննդյան բժշկական էթիկայի հիմունքներ

Ա. Մանկաբարձական էթիկա

«Բժշկությունը կոչում է, այլ ոչ թե մասնագիտություն: Միայն հոգևոր արժեքների և սիրո վրա հիմնված էթիկան կարող է մեր հասարակությանը կայուն խաղաղություն և ներդաշնակություն պարգևել»: 48

Կյանքում կնոջ ամենակարևոր առաքելությունը, որը շնորհվել է ի վերուստ, մայրությունն է: Այս առաքելությունն իրականացնելու համար անհրաժեշտ է պահպանել, վերականգնել, նույնիսկ «ստեղծել» վերարտադրողական ֆունկցիա, որպեսզի հնարավորություն ընձեռվի յուրաքանչյուր կնոջ զգալ մայրության բերկրանքը: Իրենց ողջ զինանոցով, ենթամասնագիտություններով և տեխնոլոգիաներով կանանց կողքին են մանկաբարձ - գինեկոլոգները:

Հաշվի առնելով, որ Հայաստանը կանգնած է դեմոգրաֆիկ կտրուկ անկման վտանգի առաջ, մանկաբարձ-գինեկոլոգները պետք է առավելագույն ջանքեր գործադրեն, որպեսզի կինն ունենա ծննդաբերության դրական փորձ (positive childbirth experience):⁴⁹ Կարևոր է

⁴⁷ Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных материалов. – М., 1996.

⁴⁸ Ethics in obstetrics and gynecology Laurence B. McCullough, Frank A. Chervenak New York: Oxford University Press 1994 278 pages. ISBN: 0195060059. Ethical Issues at the outset of life William B. Weil Jr, Martin Benjamin Boston: Blackwell Scientific Publications Boston 1987 271 pages ISBN: 0865420467

⁴⁹ WHO 2018: Intrapartum care childbirth experience <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?for=positive>.

գիտակցել, որ ծննդոգնության հարցերը առանցքային խնդիրներ են ազգային անվտանգության համար և սկսած այն բանից, թե բժշկն ինչպիսի մոտեցում կցուցաբերի հղիին սկսած կանանց կոնսուլտացիա առաջին այցից, մինչև ուշ հետծննդյան շրջան (6-8 շաբ. ծննդաբերությունից հետո), դրանից է կախված նրա մայրանալու ցանկությունը:

Մանկաբարձությունը և գինեկոլոգիան եզակի մասնագիտություն է մի քանի պատճառներով.

Առաջին՝ պացիենտները միայն իգական սեռի ներկայացուցիչներն են՝ մանկական տարիքից մինչև հետդաշտանադար (մանկական և դեռահասների գինեկոլոգիա, հերիարթրիկ գինեկոլոգիա);

Երկրորդ՝ վերարտադրողական տարիքի կանանց ամենակարևոր և պատասխանատու ժամանակահատվածում՝ հղիության ընթացքում, մանկաբարձ-գինեկոլոգները միաժամանակ գործ ունեն երկու պացիենտի հետ՝ մայր և պտուղ (ռուտին նախածննդյան ախտորոշում, մոր և պտղի բժշկություն). Chervenak F.A. et al. հրապարակել են «Պտուղը, որպես պացիենտ, մոր և պտղի բժշկության կարևորագույն էթիկական հայեցակարգն է» հոդվածը, որի նպատակն է կատարել մոր և պտղի հայեցակարգի էթիկական վերլուծություն, որոշել դրա կլինիկական հետևանքները: Բարեպաշտության և ինքնավարության հարգելու սկզբունքները կիրառվում են կենսունակ պտղի համար: Հեղինակները գտնում են, որ կենսունակ պտուղը հանդիսանում է պացիենտ: 50

Երրորդ՝ ընտանիքի պլանավորման բարդ և պատասխանատու գործն ընկած է մանկաբարձ-գինեկոլոգների ուսերին (բեղմնականխման խորհրդատվություն, հղիության արհեստական ընդհատում՝ բժշկական, սոցիալական ցուցումներով, կամ կնոջ ցանկությամբ);

Չորրորդ՝ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների զարգացման հետ միաժամանակ հնարավորություն է ընձեռվում նախկինում անհնարինը դարձնել իրականություն (օժանդակ վերարտադրողական տեխնոլոգիաներ, վերարտադրողական վիրաբուժություն, փոխնակ մայրեր և այլն): Ցանկը կարելի է շարունակել:

Այս ամենի հետ մեկտեղ մանկաբարձ-գինեկոլոգները առերեսվում են բազմաթիվ հոգեբանական, սոցիալական, իրավաբանական, միջանձնային խնդիրների հետ և երբեմն պարտավոր են կայացնել բարդ որոշումներ:

Յուրաքանչյուր կլինիկական մասնագիտություն ունի իր դեոնտոլոգիական առանձնահատկությունները: Դեոնտոլոգիական եղանակներն ու կանոնները, որոնցից օգտվում են և պետք է պահպանեն մանկաբարձ-գինեկոլոգները, ունեն որոշակի յուրահատկություն և բնորոշ են միայն տվյալ մասնագիտությանը: Մանկաբարձ-գինեկոլոգներն առնչվում են մի շարք խնդիրների, այդ թվում նաև հոգեբանական, որոնք վերաբերում են հղիությանը, դաշտանային ցիկլին, սեռական գործունեությանը, իսկ երբեմն էլ սեռական կյանքին, ամուսնությանը, ծնելիության կարգավորմանը:

Բիոէթիկայի չորս հիմնական կանոնները^{51, 52, 53} հարգանք բուժառուի ինքնավարության նկատմամբ, բարեպաշտություն, մի՛վնասիր, արդարություն, իհարկե, կիրառվում են նաև մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի մեջ, սակայն, ինչպես վերը նշվել է,

⁵⁰ Chervenak FA, McCullough LB. The fetus as a patient: an essential ethical concept for maternal-fetal medicine. J Matern Fetal Med. 1996 May-Jun;5(3):115-9. doi: 10.1002/(SICI)1520-6661(199605/06)5:3<115::AID-MFM3>3.0.CO;2-P. PMID: 8796779.

⁵¹ Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th ed. New York (NY): Oxford University Press; 2001.

⁵² Childress JF. Methods in bioethics. In: Steinbock B, editor. The Oxford handbook of bioethics. New York (NY): Oxford University Press; 2007. p. 15-45.

⁵³ Pellegrino ED. The metamorphosis of medical ethics. A 30-year retrospective. JAMA 1993; 269:1158-62.

հաշվի առնելով մասնագիտության առանձնահատկությունները, մոտեցումը պետք է լինի ավելի համապարփակ: Այնուամենայնիվ, քննադատները հաստատում են, որ սկզբունքների վրա հիմնված մոտեցումները չեն կարող համարժեքորեն լուծել, կամ նույնիսկ օգնել գնահատելու բազմաթիվ կլինիկական խնդիրներ: Արդյունքում մի քանի այլ տեսակետներ են առաջացել. բարեպաշտության վրա հիմնված էթիկա, խնամքի էթիկա, ֆեմինիստական էթիկա, կոմունիտար էթիկա և կոնկրետ դեպքերի վրա հիմնված դատողություններ, որոնցից յուրաքանչյուրն ունի իր առավելությունները և թերությունները: ^{54, 55, 56, 57}

Այն ամենը, ինչ անում են մանկաբարձ-գինեկոլոգներն իրենց մասնագիտական գործունեության ընթացքում, քիչ թե շատ կապված է մեկ կամ մի քանի էթիկական սկզբունքների և անձնական բարեպաշտության հետ: Այնուամենայնիվ, մի քանի ոլորտներում՝ կամավոր և գիտակցված համաձայնություն (informed consent), գաղտնիություն (confidentiality) և շահերի բախում (conflict of Interest), մանկաբարձ-գինեկոլոգի դերը առանձնահատուկ է:

Իրազեկված համաձայնությունը՝ բուժառուի կողմից բժշկական միջամտությանը կամավոր, ազատ և գիտակցված համաձայնությունն է: Այն տրվում է բուժաշխատողի կողմից բուժառուին ներկայացված օբյեկտիվ տեղեկատվության հիման վրա՝ ներառելով պլանավորված միջամտության, դրա հետևանքների, ռիսկերի կամ այլընտրանքների բնույթի և հնարավոր հետևանքների մասին անհրաժեշտ տվյալները (Օվիեդոյի կոնվենցիայի 5-րդ հոդված):

Ոչ լիարժեք տեղեկատվության տրամադրումը ևս համարվում է էթիկական նորմերի խախտում: Օրինակ՝ առաջարկել կնոջը բեղմնականխման նպատակով օգտագործել համակցված օրալ հակաբեղմնավորիչներ, բայց չտեղեկացնել տվյալ եղանակի կողմնակի ազդեցությունների կամ այլ բեղմնականխման եղանակների մասին:

Որոշ կանայք տեղեկատվության բացակայությունից, հոգեբանական անպատրաստվածությունից, «մոդայից» ելնելով, դիմում են բժշկին՝ պահանջելով ծննդալուծումը կատարել կեսարյան հատումով: Նման պարագայում, բժիշկը պարտավոր է իրազեկել կեսարյան հատման ցուցումների, հակացուցումների, ռիսկերի, մորը և պտղին սպառնացող հնարավոր բարդությունների մասին:

Շատ դեպքերում՝ ծննդաբերական ցավը կնոջը պարտադրում է դիմել ծննդաբերության ցավազրկմանը: Այս պարագայում՝ բժիշկը պարտավոր է բացատրել ցավի պատճառը, առաջարկել ոչ դեղորայքային ցավազրկման միջոցներ և տրամադրել լիարժեք տեղեկատվություն դեղորայքային ցավազրկողների և նրանց ռիսկերի մասին: Երբեմն ցավը թույլ չի տալիս լիարժեք յուրացնել տրամադրված տեղեկատվությունը: Այս դեպքում աջակից անձի ⁵⁸ (labour companion) ներկայությունը (ամուսին, զուգընկեր, դուստր) կարող է օգտակար լինել: Ըստ Առողջապահական Համաշխարհային Կազմակերպության (ԱՀԿ)-ի՝ ծննդաբերության ժամանակ աջակից անձի ներկայությունը քաջալերվում և խրախուսվում է: ⁵⁹

Էթիկայի կանոնների բացարձակ հակադրում է մանկաբարձական բռնությունը (obstetrics violence): Համաձայն ԱՀԿ-ի՝ մանկաբարձական բռնությունը կարող է դրսևորվել

54 Steinbock B, Arras JD, London AJ, editors. Ethical issues in modern medicine. 6th ed. Boston (MA): McGraw-Hill; 2003.

55 Beauchamp TL, Walters L, editors. Contemporary issues in bioethics. 6th ed. Belmont (CA): Thomson Wadsworth; 2003.

56 Mappes TA, DeGrazia D, editors. Biomedical ethics. 6th ed. Boston (MA): McGraw-Hill; 2006.

57 McCullough LB, Chervenak FA. Ethics in obstetrics and gynecology. New York (NY): Oxford University Press; 1994.

58 WHO Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care. Evidence-to-action brief, 2020

59 WHO Every woman's right to a companion of choice during childbirth, September 2020

հետևյալ կերպ. «...ֆիզիկական բռնություն, նվաստացում, վերբալ բռնություն, հարկադրական կամ կնոջ հետ չհամաձայնեցված բժշկական ընթացակարգեր (ներառյալ ամլացումը), գաղտնիության բացակայություն, կնոջ լիովին չտեղեկացվածության հետևանքով ընդունած որոշման հիման վրա միջամտություններ, մեկուսի լինելու կոպիտ խախտումներ, հրաժարվել հիվանդանոց ընդունել կամ բուժօգնություն ցուցաբերել՝ վճարել չկարողանալու պատճառով, անհրաժեշտության դեպքում չցավազրկել»: Մանկաբարձական բռնությունը կարելի է դասել 3 հիմնական խմբերի՝ ֆիզիկական, հոգեբանական և ֆինանսական: Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոնի վերջերս կատարած (ապրիլ 2023թ.) հետազոտությունը ցույց է տվել, որ յուրաքանչյուր հինգերորդ կին հայտնում է ծննդաբերության ժամանակ վատ վերաբերմունքի մասին: Առավել հաճախ հանդիպող կոպիտ վերաբերմունքի դեպքերը ներառում են բուժաշխատողների կողմից օգնության խնդրանքների անտեսումը, մերժումը, գոռոցով հղիին սաստելը, հիվանդի ֆիզիկական անձեռնմխելիության խախտումը և բուժում ընդունելու պարտադրանքը:⁶⁰

Գաղտնիության կանոնները բժշկական էթիկայի ամենահին և տարածված բաղադրիչներից են: Գաղտնիությունը հիմնված է հիվանդի ինքնավարության հարգման սկզբունքի վրա, որը ներառում է անձնական կյանքի անձեռնմխելիության իրավունքը և հիմնված է բժշկի բարեխղճության վրա: Գաղտնիությունը կիրառվում է այն դեպքում, երբ անձը, ում տրամադրվում է տեղեկատվությունը, պարտավոր է չհայտնել այն երրորդ անձի: Գաղտնիությունը ապահովագրում է բուժառուներին տրամադրել լիարժեք տեղեկատվություն, որը կարող է ունենալ կարևոր նշանակություն ճշգրիտ ախտորոշման և համապատասխան բուժում պլանավորելու գործում:

Անհրաժեշտ է տարբերել շահերի բախումը պարտավորությունների բախումից: Պարտավորությունների բախում առկա է, երբ մանկաբարձ-գինեկոլոգը երկու և ավելի պարտավորություններ ունի, որոնք երբեմն հակադրվում են միմյանց, օրինակ, պարտավորություն բուժառուի և բուժհաստատության միջև: Օրինակ՝ ծննդօգնությունը մեր երկրում գտնվում է պետության հովանու ներքո, սակայն առողջապահության նախարարության կողմից հաստատված չափորոշիչներով ներառված է ֆունկցիոնալ և կլինիկո-լաբորատոր հետազոտությունների որոշակի ծավալ: Երբ բժշկին անհրաժեշտ է նշանակել հաստատված ծավալից դուրս որևէ հետազոտություն, բուժհաստատությունը հրաժարվում է անվճար իրականացնել տվյալ հետազոտությունը: Նման պարագայում ակնառու է պարտավորությունների բախում՝ բժիշկը ստիպված է լինում արդարանալ, պարզաբանել, համոզել հղիին և այլն:

Ընդհակառակը, շահերի բախում գոյություն ունի, երբ հիմնական շահը (բուժառուի բարեկեցությունը) բախվում է բժշկի երկրորդային շահերին (օրինակ, նրա ֆինանսական շահերին): Շահերի բախումը պարտադիր չէ, որ լինի սխալ, սակայն կարող է առիթ և գայթակղություն հանդիսանալ բժշկի համար, խախտել իր հիմնական պարտավորությունները բուժառուի նկատմամբ:

Մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի մեջ շահերի բախման բազմաթիվ տեսակներ կարող են լինել, մի քանիսը ակնառու, մյուսները քողարկված: Շահերի բախման օրինակներ

⁶⁰ Frank A.Chervenak, MD,MMM; Renee McLeod-Sordjan, DNP,aprn, HEC-C; Susan L. Pollet, Juris Doctor Obstetric violence is a misnomer Published: October 05,2023; DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.003>

են, երբ բժիշկը բուժառուին նշանակում է դեղամիջոցներ,⁶¹ ուղղորդում է հետազոտությունների կամ միջամտությունների այն կազմակերպություններ, որոնցից նա դրամական շահ է ակնկալում կամ ունի նախապես ձեռքբերված պայմանավորվածություն:⁶²

Բժշկները պետք է ուշադիր լինեն առկա և նույնիսկ ենթադրյալ շահերի բախման լայն սպեկտրի նկատմամբ, որոնք կարող են սպառնալ բուժառուի և հասարակության վստահությանը:

Գործնական բժշկությունը մինչ օրս պահպանում է արվեստի որոշ տարրեր: Այն ոչ միայն վիրաբուժական գործողությունների արվեստ է, այլև բուժառուի նկատմամբ բժշկի հոգատար շփման: Այլ խոսքով, բուժառուին օգնելու և հաջողության հասնելու համար պետք է ձեռք բերել նրա վստահությունը: Մանկաբարձ-գինեկոլոգի համար կարևոր է բուժառուի հետ ստեղծել կենդանի շփում և ջերմ հարաբերություններ: Կհաջողվի՞ արդյոք հասնել դրան, շատ բանով կախված է բժշկի և բուժառուի հետ առաջին զրույցից: Հարկ է հիշել, որ վերջինիս աչքից չեն վրիպում բժշկի արտասանած բառերը, խոսելու եղանակը, դեմքի արտահայտությունը: «Ձենելով հիվանդին, հիշիր, որ այդ ընթացքում նա էլ է զննում քեզ»:⁶³

Հաճախ գինեկոլոգիական հիվանդների բուժման ընթացքում առաջանում են բազմաթիվ ինտիմ-սեքսուալ, հոգեբանական և էթիկական բնույթի խնդիրներ, ինչը բավականին դժվարեցնում է բուժաշխատողի գործունեությունը: Գինեկոլոգիական զննման ժամանակ, բնական է կանանց ամոթխածությունը: Այդ հոգեբանական երևույթին պետք է հարգալից վերաբերվել: Անշուշտ, զննման սենյակում չպետք է գտնվեն օտար մարդիկ, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ հիվանդն այցելում է բժշկին ուղեկցողի հետ (մայրը ուղեկցում է անչափահաս աղջկան և հակառակը, երբ աղջիկը ուղեկցում է տարեց մորը), այն էլ բուժառուի թույլտվությամբ:

Կնոջ կյանքի ընթացքում ամենակարևոր հոգեբանական խնդիրներից են հղիությունը և ծննդաբերությունը: Բժշկի կարևոր և պատասխանատու գործն է հասկանալ հղի կնոջը և օգնել հաղթահարել մտավախությունները մայրության հասնելու դժվար ճանապարհին : Վախերը ուղեկցում են կնոջը հղիության առաջին իսկ օրերից մինչև ծննդաբերությունը (մտահոգություն ապագա բալիկի առողջության մասին, իսկ ծննդաբերության ժամանակ ծննդաբերական ցավեր, պատռվածքներ, մահ): Թե որքանով այդ վախերը կարտահայտվեն և կխորանան անդրադառնալով կնոջ հոգեվիճակի վրա, կախված է յուրաքանչյուր կնոջ անձնային որակներից, ընտանիքից, կրթությունից և այլն: Բժիշկը պարտավոր է գնահատել կնոջ հոգեհուզական վիճակը, փորձել փարատել վախերը՝ ներգրավելով ընտանիքի անդամներին, առաջին հերթին՝ ամուսնուն, խուսափելու համար հետագայում հետծննդյան ամենատարածված բարդությունից՝ հետծննդաբերական դեպրեսիայից:

Մանկաբարձ-գինեկոլոգների մասնագիտական խախտումների շարքին են դասվում բուժառուին բուժօգնություն ցուցաբերելու մերժումը, հղիության անօրինական ընդհատումը, անփութությունը պարտականությունների նկատմամբ, կաշառակերությունը և այլն: Ծնարանում հաճախ գրանցվում են մի շարք էթիկական խախտումներ: Կինը ծնարանում երբեմն մենակ է մնում՝ լքված բուժանձնակազմի կողմից, արգելվում է աջակից անձանց ներկայությունը, սահմանափակվում է նրա ազատ տեղաշարժը և ցանկությունը ծննդաբերել

⁶¹ Commercial enterprises in medical practice. ACOG Committee Opinion No. 359. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2007;109: 243–5.

⁶² American College of Obstetricians and Gynecologists. Relationships with industry. In: *Ethics in obstetrics and gynecology*. 2nd ed. Washington, DC: ACOG; 2004. p. 107–10.

⁶³ Alastair V. Campbell, Grant Gillett, David Gareth Jones OUP Australia & New Zealand, June 2005

ցանկալի դիրքում, արգելվում է սնվել, կատարվում է չհիմնավորված ծննդադրում (ընդհատակյա միզարյուստով, Համիլթոնի հնարք, պտղապարկի հատում), շեքահատում, մանկաբարձական արքանադրում, վակուում էքստրակցիա, չհիմնավորված կեսարյան հատում, հետծննդյան արյունահոսությունների ոչ ադեկվատ բուժում (հիստերէկտոմիա՝ բալունային տամպոնադայի, ճնշող կարերի կամ անոթների կապման փոխարեն) և այլն: Կանայք հաճախ զրկված են ինքնուրույն որոշումներ կայացնելուց, իսկ ոմանք ենթարկվում են կոպիտ վերաբերմունքի: Վերոնշյալի հիմքում ոչ թե անբավարար մասնագիտական որակավորումներն են, այլ մասնագիտական անազնվությունը, որը հաճախ կապված է բուժաշխատողի բարոյական ցածր մակարդակի, ինչպես նաև բժշկական էթիկայի կանոնների կոպիտ խախտումների հետ:

Մանկաբարձ-գինեկոլոգները միայնակ չեն իրենց առաքելության մեջ: Վերջնարդյունքում տեսնել առողջ բալիկ երջանիկ մոր կրծքին: Դրա համար անհրաժեշտ է անցնել երկար ճանապարհի մեծ և պատրաստված թիմով, որի անբաժան մասն են կազմում նեոնատոլոգները, ֆունկցիոնալ ախտորոշման մասնագետները, անեսթեզիոլոգները, մանկաբարձուհիները, բուժքույրերը և, իհարկը, ընտանիքի անդամները:

Բ. Նեոնատալ էթիկա

Նեոնատալ ծառայությունները դրամատիկ զարգացում են ապրել վերջին 30 տարիների ընթացքում: Ամեն ինչ սկսվեց 1960-70-ական թվականներից, երբ առաջին նորածնային արհեստական շնչառության ապարատները երևան եկան, որոնք թույլ տվեցին կենդանի պահել այնպիսի երեխաների, որոնք նախկինում գոյատևելու հույս անգամ չունեին: Միլիոնավոր վաղաժամ ծնված երեխաներ կարողացան կենդանի մնալ շնորհիվ շնչառական աջակցության, սուրֆակտանտի, անտիբիոտիկների և շատ ու շատ այլ նորարարությունների: Սակայն սա իր հերթին բերեց նոր մարտահրավերներ, ինչպիսիք են բուժման արդյունքի կամ արդյունավետության նվազ կանխատեսելիություն, ռիսկերի և բարդությունների ավելացում, կյանքի որակի գնահատման անհրաժեշտություն և այլն: Տվյալ ժամանակաշրջանը ստացավ իր բնորոշումը, որը կարելի է ձևակերպել հետևյալ կերպ. «ցանկացած բուժում ավելի լավ է, քան չբուժելն ընդհանրապես»: Եվ դա խթան հանդիսացավ նոր տեխնոլոգիաների զարգացման և գործնական կյանքում դրանց ներդրման համար: Սակայն նեոնատալ ծառայությունների փիլիսոփայությունը ժամանակի ընթացքում փոփոխություններ կրեց: Ավելի մեծ ուշադրություն սկսվեց դարձվել բարդությունների կանխարգելմանը և կյանքի որակի և նրա կանխատեսման գաղափարին: Բուժման արդյունավետության միակ և թերևս ամենաարդարացի չափանիշը դարձավ կյանքի որակ հասկացողությունը, որը սկսեց որոշակիորեն հեռու պահել մեզ «ցանկացած բուժում ավելի լավ է, քան չբուժելն ընդհանրապես» մտքից: Սա ամենևին չի նշանակում, որ մենք ազատված ենք էթիկական երկրնտրանքներից, ոչ իհարկե: Բազմաթիվ են խնդիրները, որոնք առնչվում են բուժման օգուտների և ռիսկերի, երկարաժամկետ հաշմանդամության, բուժման արժեքի հետ: Բյուզամփը և Չայլդրեսը⁶⁴ նկարագրել են բիոէթիկայի 4 գերակա սկզբունքները, որոնք անհրաժեշտ է նկատի ունենալ էթիկական որոշումներ կայացնելիս. Դրանք են.

1. Բարեպաշտություն

⁶⁴ Tom L. Beauchamp, James F. Childress. Principles of Biomedical Ethics. 8th Edition

2. Չարամտության բացառում
3. Ինքնավարության հարգանք
4. Արդարություն

Բարեպաշտություն նշանակում է, որ բուժումը կարճաժամկետ կամ երկարաժամկետ առումով միանշանակ բարերար ազդեցություն պետք է թողնի հիվանդի վրա, այսինքն այն պետք է արդյունավետ լինի: Չարամտության բացառում կնշանակի, որ բուժումը ոչ միայն չպետք է դիտավորյալ վնաս պատճառի հիվանդին, այլ նաև պետք է հստակ գնահատված լինի բարդությունների և անցանկալի արդյունքների տեսանկյունից: Ինքնավարության հարգանքը վերաբերում է նրան, որ բժիշկը մշտապես պետք է հարգի հիվանդի ցանկությունները և իր իսկ ճակատագիրը տնօրինելու կամքը: Երբ խոսքը վերաբերում է երեխաներին, հատկապես նորածնային շրջանում, ապա այստեղ երևան է գալիս մի հասկացողություն, որը կոչվում է «երեխայի լավագույն շահ»: Վերջինիս շահառուն հանդիսանում են երեխայի օրինական ծնողները, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ ծնողների անգործության կամ գործունեության պատճառով անխուսափելի է դառնում երեխայի առողջությանը վնաս հասցնելու սպառնալիքը: Եվ վերջապես արդարությունը դա սոցիալական և իրավական պարտավորությունների ամբողջականությունն է, որը մենք հաշվի ենք առնում որոշումներ կայացնելիս կամ բուժման ընթացքում: Այն որոշիչ է տվյալ հասարակության համար արդարության և անարդարության սահմանները գծելիս:

Նորածնի և մոր միջև կապվածությունը սկիզբ է առնում դեռևս նախածննդյան շրջանից: Այդ ժամակահատվածում մոր կողմից ցանկացած չարաշահում, ինչպիսիք են ակոհոլը, թմրանյութերը, ծխելը, կարող են կործանարար ազդեցություն ունենալ ապագա երեխայի ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ հոգեկան առողջության վրա: Ծնվելուց հետո առաջին իսկ վայրկյաններից շատ կարևորվում է մոր և նորածնի միջև անմիջական մաշկը մաշկին շփման ապահովումը, որի դրական դերը ինչպես մոր, այնպես էլ նորածնի համար գերազնահատելի պարզապես անհնարին է: Սակայն երբեմն՝ իսկ ավել ճիշտ մոտ 5% դեպքերում, այդ կապը հնարավոր չի լինում ապահովել երեխայի առողջական խնդիրների, և դրանով պայմանավորված նրան մորից առանձնացման և ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք տեղափոխման պատճառով: Ընդհանրապես մայրերի համար իրենց նորածնի ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում գտնվելու փաստը հանդիսանում է վախի և տարակուսանքի աղբյուր. անձանոթ միջավայր, անհասկանալի սարքավորումներ, ինչ որ տեղ շտապող բուժաշխատողներ, անորոշություն, տեղեկատվության բացակայություն կամ սղություն: Ըստ Ֆիլիպսի և Թուլինի (2005) այս զգացմունքները կարող են պայմանավորված լինել ֆիզիկական խոչընդոտներով, ինչպիսիք են ինկուբատորը և սարքավորումները, շփման սահմանավակվածությամբ, ինչպես նաև ծնողների կողմից նորածնային ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում երեխայի գտնվելու պատճառի վերաբերյալ ըմբռնման բացակայությամբ: Դա հոգեբանական տեսանկյունից բավականին տրավմատիկ փորձառություն է մոր համար, երբ նրա պատկերացումները երեխայի վերաբերյալ մինչ նրա ծնվելը և ծնվելուց հետո տրամազծորեն հակադարձվում են և գործնականում անհնար է դառնում մոր և իր փոքրիկի միջև շփման այն ձևը, որն ամիսներ շարունակ իր երազանքներում փայփայել էր մայրիկը: Ընդունեք, որ այս ամենը սարսափելի է նորաթուխ մայրիկի համար: Միակ և ողջամիտ լուծումը դա մայրիկի հնարավորինս արագ ներգրավումն է իր հիվանդ նորածնի խնամքի հարցերում: Պետք է թույլ տալ, որ մայրիկն արտահայտի իր

հույզերը, հնարավորություն ունենա ավելի երկար ժամանակ անցկացնել իր փոքրիկի հետ, ստանա տեղեկություններ երեխայի առողջական խնդիրների, դրանց հանգուցալուծման ժամկետների և կանխատեսումների վերաբերյալ: Ծնողները պետք է ունենան ամբողջական և անաչառ պատկերացում իրենց երեխայի հիվանդության, դրա կարճաժամկետ և երկարաժամկետ հետևանքների և հնարավոր բարդությունների վերաբերյալ: Այդ տեղեկատվությունը պետք է պարբերաբար թարմացվի, գոնե ամենօրյա ռեժիմով: Ցանկացած քիչ թե շատ բարդ միջամտության, բուժման մարտավարության փոփոխության դեպքում պետք է տեղյակ պահել առնվազն ծնողներից մեկին և ստանալ նրանց գրավոր համաձայնությունը: Բացառություն կարող են հանդիսանալ միայն իրապես անհետաձգելի և կյանքի համար սպառալից իրավիճակները, օրինակ՝ ինտուբացիա, լարված պնևմոթորաքսով պայմանավորված պլևրալ խոռոչի դրենավորում և այլն: Ընդ որում բացատրության ընթացքում հարկավոր է համոզվել, որ ծնողները ձեզ ճիշտ են հասկանում, խոսել իրենց համար հասկանալի լեզվով և նույնչափ էլ ընկալելի բառապաշարով: Այս ամենն առօրյա բժշկության մեջ ստացել է «իրազեկված համաձայնություն» եզրույթը (informed consent), որն ուղղված է ինչպես նորածնի ծնողների տեղեկացվածության մակարդակը բարձրացնելուն, սեփական երեխայի բուժմանը մասնակից դարձնելուն, այնպես էլ բուժաշխատողների իրավական պաշտպանվածությանը նոր որակ հաղորդելուն: Շատ կարևոր է բժշկի համար հասկանալ, արդյոք ծնողը կամ ծնողները իրապես գիտակցում են, թե որն է իրենց երեխայի համար հանդիսանում «լավագույն շահ» հասկացողությունը (best interest standard): Բոլոր այն դեպքերում, երբ բուժառուն ի գործու է ինքնուրույն որոշումներ կայացնել (պայմանավորված տարիքով կամ մտավոր զարգացվածությամբ), ապա նրա փոխարեն դա պետք է անի օրենքով սահմանված կարգով մեկ այլ անձ, անձինք կամ կազմակերպություն: Նորածնի պարագայում այդ անձինք հանդիսանում են նրա օրինական ծնողները, ովքեր կոչված են պաշտպանելու լավագույն շահը իրենց երեխայի համար: Սակայն երբեմն երեխայի լավագույն շահ և ծնողական իրավունքներ եզրույթները կարող են ուղիղ հակասության մեջ մտնել միմյանց հետ: Օրինակ, ինչպես վարվել, եթե կրոնական կամ այլ դրդապատճառներից ելնելով ծնողներն արգելում են երեխային կատարել արյան կամ արյան բաղադրիչների տրանսֆուզիա, որի անհրաժեշտությունը ծագել է կենսական ցուցումներով: Կամ, եթե ծնողներն անչափահաս են, կամ ցածր սոցիալական պատասխանատվություն են ցուցաբերում, կամ պարզապես թմրամոլ են: Նման իրավիճակներում մոտեցումները տարբեր են. զրույց ծնողների հետ ադմինիստրատիվ և սոցիալական աշխատակիցների ներգրավմամբ, որոշումների կայացման գործում տատիկների և պապիկների ներգրավում, ինչպես նաև դատարանի որոշմամբ ծնողական իրավունքներից ժամանակավոր կամ մշտական զրկում և երեխայի խնամակալության փոխանցում պետական մարմիններին:

Եթե նորածինն այս կամ այն պատճառով հայտնվել է նորածնային ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում, ապա անհրաժեշտ է հնարավորինս արագ ներգրավվել մայրիկին իր երեխայի խնամքի հարցերին: Նրա գործնական ներգրավվածությունը կարելի է սկսել իր փոքրիկի համար կաթնախեժի կթումից և տրամադրումից, կերակրման պրոցեսին կամ երեխայի լոգանքին նրա մասնակցության խրախուսումից, և պարզապես փոքրիկի հետ ֆիզիկական և վերբալ շփման հնարավորություն ընձեռելով: Պետք է քաջալերել մայրերին, թույլ տալ նրանց հարցեր տալ, հարցերին պատասխանել սիրալիր և հարգալից: Այդ տեսանկյունից նորածնային բաժանմունքի բուժքույրերի դերն անգնահատելի է, քանի որ նրանց շփումը մայրերի հետ առավել տևական է, իսկ մայրերն էլ իրենց հերթին ավելի դյուրին

կերպով են կոնտակտի մեջ մտնում բուժքույրերի հետ և վստահում նրանց: Անհրաժեշտ է խրախուսել նաև հայրիկի (զուգընկերոջ) ներգրավվածությունը և մասնակցությունը խնամքի պրոցեսին, քանի որ մորը ցուցաբերվող ֆիզիկական և հոգեբանական աջակցության տրամադրման տեսանկյունից նրա դերակատարումը անգնահատելի է: Ժամանակակից աշխարհում արագ տարածում է ստանում մի երևույթ, որի հայերեն անվանումը դեռևս չի ստեղծվել: Խոսքը վերաբերվում է "chest feeding" հասկացողությանը, երբ կյանքի առաջին ժամերին (ոսկյա ժամ) մոր հետ մաշկը մաշկին շփման և կրծքով սնուցման (breast feeding) անհնարինության պարագայում այդ ֆունկցիան ստանձնում է հայրիկը (բացառելով կրծքով սնուցումը), իր կրծքավանդակի վրա ջերմացնելով փոքրիկին: Ժամանակակից նեոնատալ տերմինաբանության մեջ արդարացիորեն հայտնվել է երեխային ծնունդ տված ծնողներ (birthing parents) եզրույթը, որտեղ հավասարապես արժեվորվում է ինչպես մոր, այնպես էլ հոր դերակատարումը և պատասխանատվությունը: Այս ամենը տեղավորվում է մեկ, ավելի մեծ կոնցեպտի մեջ, որը ժամանակակից բժշկությունն անվանում է ընտանիքակենտրոն խնամք (family centered care), որտեղ ընտանիքի բոլոր անդամները ցանկության դեպքում կարող են մասնակցի լինել ընտանիքի նոր անդամի խնամքի և բուժման հարցերին: Եվ որ պակաս կարևոր հանգամանք չես համարի, այդ ամենը խրախուսվում և քաջալերվում է բուժհաստատության և բուժաշխատողների կողմից: Ուստի, այսօր կենսական անհրաժեշտություն է բուժանձնակազմի կրթության հարցը, որպեսզի նրանք իրենց վերաբերմունքի մեջ զերծ մնան դատապարտող, քննադատող կամ անտարբերության էլեմենտներից: Միայն նման իրավիճակում մայրը ի գորու կլինի բաց և ազնիվ խոսել իր բոլոր անհանգստությունների, տարակուսանքների և վախերի մասին⁶⁵: Արդյոք ընտանիքակենտրոն կարելի՞ է համարել այսօրվա նեոնատալ ծառայությունները մեր երկրում: Կարծում եմ՝ ոչ: Բացառությամբ մի քանի բուժհաստատությունների հայրիկների մուտքը նորածնային ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքներ իսպառ արգելված է: Եվ ինչու՞ միայն հայրիկների: Կան ծննդատներ և մանկական հիվանդանոցներ, որտեղ նույնիսկ մայրիկների մուտքն է սահմանափակ և իրականացվում է միմիայն բժիշկների և բուժհաստատության համար գերհարմար ժամանակահատվածներում: Երբեմն հայրիկը, ով մի քանի միլիտոր կթված մայրական կաթ է բերել նորածնային ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում գտնվող իր փոքրիկի համար, ստիպված է թանկարժեք բոլորներ անցկացնել դռների առաջ, որպեսզի իրենից վերցնեն այդ կաթը: Հաճախ բժիշկները և բուժքույրերը բողոքում են, որ մայրերը այցելում են ամենաանհարմար պահերին, երբ երեխայի հետ կապված միջամտություններ են անհրաժեշտ իրականացնել: Բայց, մայրիկը չէր կարող կանխատեսել այդ ամենը, և, միզուցե դա ձեր ձախողումն է, որ ստեղծվել է ոչ ստանդարտ իրավիճակ: Պետք է հիշել, որ մայրիկն իրավունք ունի ներկա գտնվելու իրականացվող ցանկացած միջամտության, եթե իհարկե ցանկանում է: Խնդրի լուծումը բարդ է, այն պահանջում է ջանքեր և՛ ադմինիստրացիայի, և՛ բուժաշխատողների կողմից: Անհրաժեշտ է փոխել կարծրատիպերը, անհրաժեշտ է, որ մայրիկները և նորածինները դադարեն դիտարկվել «հաճախորդի» տեսանկյունից, այլ լինեն բուժառուներ, ովքեր ունեն արդյունավետ բուժման, հարգալից վերաբերմունքի և կարեկցանքի կարիք:

Մյուս կարևոր խնդիրը բուժանձնակազմի, հատկապես բուժքույրական կորպուսի, անբավարարությունն է: Նորածնային ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում

⁶⁵ Paschal Sheeran, Peter M Gollwitzer, John A Bargh, Nonconscious processes and health, Health Psychol. 2013 May.

հիվանդ/բուժքույր հարաբերակցությունը պետք է կազմի 1:1 կամ 2:1, իսկ ֆիզիոլոգիական բաժանմունքում 5:1 կամ 6:1⁶⁶: Պահպանվում է արդյոք այս հարաբերակցությունը մեր երկրում: Պատասխանը միանշանակ՝ ոչ: Բուժքույրական խնդրին պետք է անդրադառնալ այլ տեսնկյունից ևս՝ ժամերի քանակը մեկ հերթափոխի ընթացքում: Հարկ է նշել նաև, որ 12 ժամ աշխատելուց հետո բուժքույրերի կողմից սխալի թույլ տրման հավանականությունը մոտ 3 անգամ ավելի բարձրանում է ⁶⁷:

Ընդհանուր առմամբ կյանքի առաջին ժամը համարվում է ոսկյա, որովհետև այդ մեկ ժամվա ընթացքում է դրվում երեխայի և մոր համար շատ կարևոր հոգեհուզական և ֆիզիկական առողջության անկյունաքարերը: Ծնվելուց հետո, եթե երեխան չունի վերակենդանացման կարիք, ապա նրան պետք է դնել մոր որովայնին կամ կրծքավանդակին, չորացնել սրբիչով և ծածկել նախապես տաքացված տակաշորով: Դրանից հետո անհրաժեշտ է կապել և կտրել պորտալարը: Ե՞րբ է պետք անել դա, ծնվելուց քանի՞ վայրկյան կամ րոպե անց: Վերջին տարիներին իրականացված հետազոտությունները միանշանակ վկայում են, որ դա չի կարելի անել մեկ րոպեից շուտ, իսկ գերադասելի է պորտալարի պոլսացիան ավարտվելուց հետո, որը մոտավորապես համընկնում է կյանքի երրորդ րոպեին ⁶⁸: Դա զգալի առավելություններ է տալիս նորածնին՝ առաջին հերթին սակավարյունության կանխարգելման տեսանկյունից: Շատ կենտրոններում պորտալարի ուշ կտրելու պրակտիկան (delayed cord clamping) չի կիրառվում, հատկապես կեսարյան հատմամբ ծնված երեխաների պարագայում: Նման երեխաները զրկված են նաև վաղ մաշկը մաշկին շփման և կրծքին վաղ մոտեցման հնարավորությունից, որը խզում է մոր և մանկան միջև բնական կապը և հանգեցնում մի շարք արատավոր չարաշահումների: Դժբախտաբար այս առումով չարաշահումները մեր երկրում բավականին շատ են: Նորածնների գրեթե կեսի դեպքում չի իրականացվում մաշկը մաշկին անմիջական շփում և վաղ կրծքով կերակրում, որը պայմանավորված է ինչպես ծննդաբերությունների մեջ կեսարյան հատումների անընդհատ աճող մասնաբաժնով, այնպես էլ մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների կողմից խնդրին պատշաճ ուշադրություն չդարձնելու հանգամանքով: Հաճախ են դեպքերը, երբ մանկաբարձ-գինեկոլոգների «խնդրանքով» երեխան վերցվում է մոր վրայից կշռվելու պատրվագով, կամ անհրաժեշտություն է ծագում իրականացվել ծննդաբերական ուղիների զննում, կամ նեոնատոլոգն է «շտապում» որևէ տեղ, կամ անձնակազմի սակավության պատճառով չկա մեկը, ով կլիներ մայրիկի և նորածնի կողքին և կաջակցեր նրանց: Սրանք միանշանակ նորածնային ծառայության ակնհայտ չարաշահումներ են և դրանց լուծման եղանակներից մեկը կարող է դիտարկվել դուլաների ներգրավվածությունը ծննդաբերության պրոցեսին: Ավելորդ չէ նշել, որ դուլաների մասնակցությամբ ծննդաբերություններն ավելի հաճախ են ավարտվում բնական ծննդաբերական ուղիներով ծննդալուծմամբ, ավելի քիչ են տեղ գտնում անհարկի միջամտություններ (ցավազրկում, ծննդաբերության խթանում), ավելի հաճախ և ավելի երկար են մայրիկները կերակրում կրծքով:

⁶⁶ Poets CF, Helder O, Tissières P, Mader S, Härtel C, Rossi R. Nurse staffing in neonatal intensive care

⁶⁷ Michael S. Leonard, M.D., M.S.; Guidance for Structuring a Pediatric Intermediate Care Unit.

⁶⁸ McDonald SJ, Middleton P . Effect of timing of umbilical cord clamping of term infantson maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews; Lelia Duley. Jon Dorling. Randomised trial of cord clamping and initial stabilisation at very preterm birth

Մի փոքր անդրադարձ արհեստական կաթնախառնուրդներին: Օրենսդրական առումով այստեղ ամեն ինչ կարգին է, դրանց գովազդն արգելվում է, կաթնախառնուրդ արտադրող կազմակերպությունների ազատ մուտքը բուժհաստատություններ ևս: Սակայն իրական կյանքում ամեն ինչ այլ է: Ինչ վերաբերվում է կաթնախառնուրդ արտադրող կազմակերպություններին, ապա ամեն ինչ ավելի քան պարզ է. արտադրել են կաթնախառնուրդ, պետք է ամեն գնով վաճառեն: Սակայն ի՞նչ բացատրություն ունի այն փաստը, երբ կաթնախառնուրդի բացահայտ կամ քողարկված գովազդով զբաղվում են հենց իրենք՝ բուժաշխատողները, հատկապես նեոնատոլոգներն ու մանկական բուժքույրերը:

Պատկերացրեք առաջնածին մայրիկ, ով մի քանի ժամ առաջ է մայրացել: Բուժքրոջ կամ բժշկի մի անհետեթ խոսքը «դու կաթ չունես» կարող է պատճառ դառնալ մայրիկի ուղղորդման դեպի արհեստական կաթնախառնուրդ: Իսկ ո՞վ ասաց, որ մի քանի ժամական մայրիկը պետք է կաթ ունենար:

Շատ հաճախ բուժաշխատողները կեղծ կարեկցանք են դրսևորում մայրիկների նկատմամբ և հատկապես գիշերային ժամերին առաջարկում երեխային տանել, որպեսզի մայրիկը մի փոքր քնի և հանգստանա: Այստեղ մեկ այլ չարաշահում է տեղի ունենում՝ համատեղ կեցության խաթարում և մոր ու փոքրիկի առնանձնացում: Դա շատ արատավոր երևույթ է, հատկապես եթե այն կատարվում է «վճարովի հիմունքներով»: Արդեն մի քանի ժամ քնելուց և երեխային չկերակրելուց հետո մոր մոտ չի բացառվում լակտոստագի առաջացումը, իսկ փոքրիկին յուրաքանչյուր լացի պահին առաջարկվելու է ծծակ և արհեստական կաթնախառնուրդ: Նույնիսկ չկասկածե՛ք: Հավատացած եղեք, որ հաջորդ օրը տվյալ նորածինն արդեն կուրծք ծծելու որևէ ցանկություն չի ունենա: Կամ, քննարկենք մի իրավիճակ, երբ մայրը ծննդալուծվել է կեսարյան հատմամբ և իր փոքրիկին առանց իր իմացության արդեն իսկ կերակրել են արհեստական կաթնախառնուրդով: Կարելի՞ էր անել դա: Իհարկե ո՛չ: Նման նորածինները չափազանց դժվար կհամաձայնվեն վերադառնալ դեպի կրծքով սնուցում, հատկապես եթե մի քանի կերակրում նա արդեն կերել է ծծակից: Քիչ չեն դեպքերը, երբ մանկաբարձ-գինեկոլոգներն են կանգնած արհեստական կաթնախառնուրդ նշանակելու ակունքներում: Վերջին տասնամյակների ընթացքում մեր երկրում մայրիկների մոտ մի թույր պատկերացում է ձևավորվել, որ առանց անհատական մանկաբարձ-գինեկոլոգի հնարավոր չէ ծննդաբերել: Ուստի մայրիկներն իրենց և իրենց ապագա փոքրիկի առողջությունն ամբողջությամբ պատգամում են մեկ մարդու, ում բարեպաշտությունից է այլևս կախված լինելու ամեն ինչ: Ցավոք այդ բարեպաշտությունը ոչ միշտ է անհրաժեշտ բարձրության վրա գտնվում: Քիչ չեն դեպքերը, երբ հղիները ժամանում են ծննդատուն արդեն իսկ իրենց հետ ունենալով կաթնախառնուրդ, շիշ և ծծակ, կամ ծծնդաբերելուց հետո հենց առաջին ժամերից գրավոր հրաժարվում են կրծքով սնուցումից: Պատճառները բազմաթիվ են և բազմապիսի, սկսած մարմնակառուցվածքի վրա կրծքով սնուցման բացասական հետևանքներից (նման պնդումները միանշանակ պետք է որակվեն կեղծ), մինչև ծննդաբերելուց հետո արագ վերադարձ դեպի աշխատանք: Այս ամենը ցավալիորեն տեղ ունեն մեր իրականության մեջ և ամենավտանգավոր չարաշումներից են հանդիսանում: Ինդրի լուծումը հետևյալումն է. պետության, բուժհաստատությունների և բուժաշխատողների համատեղ պայքար, մայրիկների կրթում, կրծքով սնուցման լայն պրոպագանդա:

Նեոնատալ ծառայությանը հատուկ բիոէթիկական խնդիրներ

Ծնարանում նորածնի վերակենդանացումը պահանջում է արագ գնահատում, ճշգրիտ որոշումների կայացում և իրականացում: Երբեմն նեոնատոլոգը ստիպված է վայրկյանների ընթացքում կայացնել որոշումներ, հատկապես երբ խոսքը վերաբերում է ծայրահեղ անհասկանալի ծանր զարգացման բնածին արատներ ունեցող նորածիններին: Պետք է գնահատել նորածնի կենսակայունության աստիճանը, ինչպես նաև երեխայի կենդանի մնալու դեպքում նրա կյանքի որակը: Դրանից հետո միայն կտրվի այն հարցի պատասխանը՝ պետք է վերակենդանացնել երեխային, թե ոչ: Սովորաբար նման կարգի հարցերը հնարավոր է քննարկել ծնողների հետ մինչ երեխայի ծնվելը (**ծնողական խորհրդակցություն**): Ընդհանուր առմամբ բոլոր բարձր ռիսկային ծննդաբերություններից առաջ անհրաժեշտ է կազմակերպել նման խորհրդատվություն ծնողների, մանկաբարձ-գինեկոլոգների և նեոնատոլոգների մասնակցությամբ: Եթե մայրը կամ ծնողները չեն կողմնորոշվել, տատանվում են իրենց ցանկություններում, ապա խորհուրդ է տրվում «սխալվել կյանքի կողմը», որը կնշանակի վերակենդանացնել: Եթե այս ճգնաժամային որոշումը կայացնելուց և իրականացնելուց հետո երեխայի ելքերը խիստ անկանխատեսելի են մնում, իսկ ծնողներն այդուհանդերձ որոշում են ետ կանգնել երեխայի բուժումը շարունակելուց, ապա անհրաժեշտ է անցնել **պալիատիվ խնամքի**: Վերջինս իրենից ներկայացնում է երեխայի կոմֆորտն ապահովող մի շարք միջոցառումների, սակայն ոչ բուժական միջամտությունների իրականացում: Դրանք են.

- Կերակրելը
- Տակդիրների փոխում
- Մաքրության ապահովում
- Զերմություն
- Ցավազրկում

Վերակենդանացումից ձեռնպահ մնալը չափազանց բարդ խնդիր է: Մեր երկիրը, նախատիպ վերցնելով Մանկաբույժների ամերիկյան ակադեմիայի ուղեցույցերը, սահմանել է այն իրավիճակները, երբ վերակենդանացումից հրաժարվելը համարվում է արդարացված ⁶⁹: Դրանք են.

1. Գեստացիոն տարիքը <23 շաբաթ
2. Ծննդյան քաշը <400 գրամ
3. Անէնցեֆալիա
4. Հաստատված 13-րդ և 18-րդ զույգ քրոմոսոմների տրիսոմիա

Ինչպես տեսնում ենք, գեստացիոն տարիքը որոշիչ է հանդիսանում վերակենդանացումից հրաժարման համար: Սակայն քիչ չեն դեպքերը, երբ զանազան օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ պատճառներով ճշգրիտ գեստացիոն տարիքը հնարավոր չէ որոշել: Այդ խնդրին անդրադարձել է Թայսոնը 2008 թվականին իր «Գեստացիոն տարիքից անդին» աշխատության մեջ⁷⁰: Նա փորձել է հայտնաբերել բացի գեստացիոն տարիքից նորածնային մահացության և նյարդաբանական անբարենպաստ ելքերի մի շարք այլ լրացուցիչ գործոններ: Նման գործոններ են հանդիսացել պտղի ներարգանդային աճի դանդաղումը,

⁶⁹ Առողջ նորածինների խնամք և հիվանդ նորածինների վարում, Կլինիկական ուղեցույցներ, 2016

⁷⁰ Tyson JE, Parikh NA, Langer J, et al: National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Intensive care for extreme prematurity: moving beyond gestational age, *N Engl J Med* 358:1672-1681, 2008.

նախաձեռնողյան ստերոիդներով անտենատալ դիստրես կանխարգելման ծախսողումը և արական սեռը:

Ըստ ՀՀ օրենքների, վերակենդանացում չպետք է իրականացվի, եթե երեխան ծնվել է մեռելածին⁷¹, այսինքն չունի կենդանածնության չորս նշաններից և ոչ մեկը. սրտի զարկեր, շնչառություն, ակամա շարժումներ, պորտալարի պուլսացիա: Այս հաստատումը հակասության մեջ է մտնում առաջադեմ երկրների ուղեցույցերի հետ, քանի որ բացառված չէ, որ երեխայի կենսագործունեությունը դադարել է ծնվելուց տակավին վայրկյաններ առաջ և որ դեռ հնարավոր է փրկել երեխայի կյանքը⁷²: Կամ, նեոնատոլոգը ի զորու չէ ֆիքսել երեխայի սրտի զարկերը աղմուկի, իրարանցման և միջավայրի այլ օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ խոչընդոտների պատճառով: Ուստի, արժե վերանայել մեռելածիններին չվերակենդանացնելու հայեցակարգը՝ ներգրավելով ինչպես նեոնատոլոգների լայն շրջանակներ, միջազգային փորձագետներ, այնպես էլ մանկաբարձ-գինեկոլոգներ, պաթանատոմներ և այլն: 2002 թվականին ԱՀԿ-ն հրապարակեց «Կենդանի ծնված երեխաների պաշտպանության մասին» օրենքը: Այս օրենքը նրա մասին է, որ ցանկացած կենդանի ծնված երեխա ունի իրավունքներ: Դրանցից առաջին հերթին պետք է հիշատակել կենդանածնության հստակ արձանագրումը, վերակենդանացման իրականացումը, բուժման սկսումը և շարունակումը, կամ առնվազն պալիատիվ խնամքը: Քիչ չեն դեպքերը, երբ կենդանի ծնված, սակայն ծայրահեղ ծանր խորն անհաս երեխան գրանցվում է որպես մեռելածին: Պատճառը տվյալ երեխային օգնություն ցուցաբերելու անկարողությունն է կամ բուժհաստատության տեսանկյունից նպատակահարմարությունը: Դրա մասին է վկայում մեր երկրում մեռելածնություն/վաղ նորածնային մահացություն հարաբերակցությունը, որը նորմայում սովորաբար չի գերազանցում 2:1-ը, իսկ մեր երկրում, օրինակ 2021 թվականին, այն կազմել է գրեթե 5:1, 524 մեռելածնին բաժին է ընկել 106 վաղ նորածնային մահ⁷³: Սաչափազանց լուրջ խնդիր է, որը մի կողմից քողարկում է մեր երկրում համեմատաբար բարձր նորածնային մահացությունը, մյուս կողմից խախտում է «Կենդանի ծնված երեխաների պաշտպանության մասին» օրենքի բոլոր դրույթները: Հարցը բազմիցս բարձրաձայնվել և քննարկվել է, հրապարակվել են մի շարք աշխատություններ, սակայն սայլը տեղից չի շարժվել^{74, 75}:

Սկսված վերակենդանացումը դադարեցնելը ևս բժշկական էթիկական տեսանկյունից բավականին բարդ և պատասխանատու խնդիր է: Միջազգային և հայաստանյան ուղեցույցերն այդ առումով հստակ դիրքորոշում ունեն. եթե ադեկվատ վերակենդանացման արդյունքում առաջիկա 10-15 րոպեների ընթացքում հնարավոր չի եղել վերականգնել երեխայի ինքնուրույն սրտի աշխատանքը և արյան շրջանառությունը, ապա հարկավոր է դադարեցնել այն⁷⁶: Սույն հաստատումը ապացուցվում է բավականաչափ հստակ և ստույգ տվյալներով, որոնք վկայում են, որ 10 րոպեից երկար ասիստոլիայի դեպքում կենդանի մնալու կամ առանց ծանր հաշմանդամության ապրելու հավանականությունը գրեթե զրոյական է:

⁷¹ Առողջ նորածինների խնամք և հիվանդ նորածինների վարում, Կլինիկական ուղեցույցներ, 2016

⁷² Jun Shibasaki, Takeo Mukai. Outcomes related to 10-min Apgar scores of zero in Japan

⁷³ Մոր ու մանկան առողջություն, Վիճակագրական տարեգիրք, 2022

⁷⁴ Institutional consultancy on Assessing Neonatal Care Services at Maternity and Primary Healthcare Levels in Armenia, American University of Armenia, 2017;

⁷⁵ Նորածինների մահացության և մեռելածնության արդի խնդիրների վերլուծություն, UNICEF, 2018

⁷⁶ Առողջ նորածինների խնամք և հիվանդ նորածինների վարում, Կլինիկական ուղեցույցներ, 2016

Չնայած հանուն արդարության պետք է նշել, որ նմանատիպ ուղեցույցերի մշակումը չպետք է լոկ հիմնված լինի միջազգային ուղեցույցերի վրա: Առհասարակ պետք է հաշվի առնել տվյալ երկրի լոկալ ռեսուրսները, դրանց հասանելիությունը, ինչպես նաև ելքերի վիճակագրությունը: Բոլոր կրիտիկական իրավիճակներում ինչպես բուժման շարունակումը, այնպես էլ այն դադարեցնելը պետք է քննարկել ծնողների և բուժանձնակազմի, այդ թվում նաև բուժքույրերի հետ: Այստեղ ևս լուրջ բացթողում ունի մեր երկիրը: Խոսքը վերաբերում է «մի վերակենդանացրու» (DNR-do not resuscitate) եզրույթին, որի ինստիտուցիոնալ հիմքերը բացակայում են մեր իրականության մեջ: DNR-ի էությունը կայանում է նրանում, որ համապատասխան իրավական հիմքերի պարագայում (առնվազն երկու կոնսուլտանտի եզրակացություն) երեխային այլևս չի ցուցաբերվում անհետաձգելի բուժօգնություն, նույնն է թե վերակենդանացում, քանի որ երեխայի բուժման շարունակումը համարվում է անիմաստ, իսկ ապաքինման հավանականությունը գնահատվում է զրոյական: Այս ինստիտուտի որդեգրումը կարող է սահմանափակ ռեսուրսների պայմաններում և կրիտիկական իրավիճակներում կյանքեր փրկելու հնարավորություն ընձեռել:

Ենթագլուխ 5.4. Վերարտադրողական բժշկության էթիկական խնդիրները

Ա. Պրոկրեացիան՝ որպես խնդիր

Պրոկրեացիայի խնդիրը (լատիներեն՝ procreacio - ծնունդ, սերունդների վերարտադրություն, բազմացում) կապված է մարդու սեռական հարաբերությունների կարգավորման հետ: Մարդկային քաղաքակրթության սկզբում այս գործընթացը իրականացվել է սեռական տաբուների (արգելքների) օգնությամբ:

Հաջորդ փուլը կրոնական և քաղաքացիական օրենքների ստեղծումն էր: Պրոկրեացիայի հարցը ներառում է մի շարք հատուկ խնդիրներ, որոնց մեջ են մտնում՝

- միասեռական հարաբերությունները,
- ընտանիքի պլանավորումը և հակաբեղմնավորումը,
- արհեստական բեղմնավորումը և փոխնակ մայրությունը,
- գենետիկական խորհրդատվությունը,
- հղիության արհեստական ընդհատումը,
- սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունը և պրոկրեացիան:

Հատուկ օրինակով կարելի է դիտարկել այս խնդրի օրինական, իրավական, բարոյաէթիկական կողմերը:

Մուսուլման ծնողները իրենց դստերը տանում են բժշկի մոտ հետազոտության, որպեսզի համոզվեն, որ նա կույս է: Աղջիկը հրաժարվում է գննումից:

1. **Միջազգային իրավունք.** Ծնողների նման պահվածքը պետք է արգելվի բարձրագույն ազգային օրենսդրական մարմնի կողմից ինչպես արևմտյան երկրներում, այնպես էլ մահմեդական կրոն դավանող երկրներում:
2. **Էթիկա.** Համաձայն բժշկական էթիկայի միջազգային օրենսգրքի (VMA, Լոնդոն, 1949)՝ բժիշկը պետք է իրականացնի իր գործունեությունը՝ հարգելով մարդկային

արժանապատվությունը, բուժառուների իրավունքները և գաղտնի պահելով իր բուժառուների մասին տեղեկությունը:

3. Կրոնական բարոյականություն.

- **Կաթոլիկ.** Կաթոլիկ բարոյականության տեսանկյունից՝ ծնողների պահանջն այս դեպքում լիովին անօրինական է, քանի որ ազդում է անձի ազատության և նրա բարոյական զգացմունքների վրա: Միայն դատարանը կարող է պահանջել նման քննություն՝ ելնելով ընդհանուր բարիքի նկատառումներից կամ համոզվելու համար, որ տեղի է ունեցել հնարավոր հանցագործություն:
- **Բողոքական.** Առաջին հերթին պետք է հարգանք ցուցաբերել աղջկա արժանապատվության և ազատության նկատմամբ:
- **Մահմեդական.** Ծնողներն իրավունք չունեն աղջկան ստիպել զննություն անցնել կուսության պահպանումն ստուգելու նպատակով: Տվյալ դեպքում մենք գործ ունենք մարդկային արժանապատվության դեմ ոտնձգության հետ: Բռնաբարության դեպքում միայն դատական մարմինները կարող են ստիպված լինել դիմել նման զննության:
- **Բուդդայական.** Ունի նմանատիպ տեսակետ:

Յուրաքանչյուր կրոն ունի ծեսեր և սովորույթներ, որոնք արտացոլում են դրա էությունը: Ծննդյան և մահվան ծեսերն արտահայտում են ամենախոր հավատալիքները, որոնք կազմում են համաշխարհային բոլոր կրոնների առանցքը: Դրանցից գլխավորը երեխաներ ունենալու կարևորության, մարդկային կյանքի սրբության, մարդկային կարծիքների անսխալականության և, միևնույն ժամանակ, Աստծո պատվիրաններին համապատասխան ապրելու անհրաժեշտության հավատն է:

Խոսելով բժշկական էթիկայի և սեռական կյանքի խնդիրների առնչության մասին՝ կարելի է կանգ առնել Ա. Մոլի «Բժշկական էթիկա» հայտնի ձեռնարկի վրա:

20-րդ դարասկզբի բժիշկների համար ամենահակասական հարցերից մեկը բուժառուներին արտաամուսնական սեռական հարաբերություններ առաջարկելու հարցն էր:

Ա. Մոլը գրում է. «Բժիշկը, որը, բուժառուին խորհուրդ տալով արտաամուսնական սեռական հարաբերություն, համառորեն ուշադրություն չի դարձնի վարակվելու վտանգի վրա, կխախտի իր առաջին պարտականությունը: Բժիշկը չպետք է խորհուրդ տա արտաամուսնական սեռական հարաբերություններ»:

20-րդ դարի ձեռքբերումներից կարելի է համարել «սեռական առողջություն» հասկացությունը, որը, ի թիվս այլ պարամետրերի, ներառում է «ազատություն վախից, ամոթի և մեղքի զգացումից, կեղծ համոզմունքներից և այլ հոգեբանական գործոններից, որոնք ճնշում են սեռական ֆունկցիան և խաթարում սեռական հարաբերությունները»:

Ըստ պրոֆեսոր Մ. Յա. Յարովինսկու՝ վերջին տասնամյակները բնութագրվում են մարդկանց սեռական վարքի վերաբերյալ բժիշկների գիտակցության նկատելի տեղաշարժերով: Որոշակի բարոյական նեգատիվիզմ կարելի էր զգալ, օրինակ, ICD-9-ում (International Classification of Diseases կոնֆերանս, 1975 թ.), որտեղ դրանք միավորվեցին մեկ հասկացության մեջ՝ «սեռական այլասերվածություններ»՝ համասեռամոլություն, տրանսսեքսուալիզմ: ICD-ի 10-րդ վերանայման մեջ (1993 թ.) «այլասերվածություն»

հասկացությունը փոխարինվել է «նախապատվություն», «սեռական կողմնորոշում» բառերով:

Ժամանակակից բժշկական էթիկան չի կարող անտարբեր լինել, թե ինչպես է ժամանակակից հասարակության սեռական վարքագիծն ազդում այս հասարակության անդամների առողջության վրա և, հետևաբար, նոր մարտահրավերներ է ստեղծում բուժաշխատողների համար:

Այս ամենը վկայում է ոչ գրագետ սեռական դաստիարակության, ռեսուրսների և աջակցության պակասի մասին: Ուղղափառ եկեղեցու և Պետդումայի որոշ պատգամավորների պնդմամբ՝ արգելվել են դպրոցականների սեռական դաստիարակության ծրագրերն ու ձեռնարկները՝ հոչակելով դրանք որպես անբարոյականություն:

Բացի վաղ հղիությունից, ժամանակակից սեռական վարքագիծը բնութագրվում է նաև «սիրո տարիքի» նկատելի աճով: 1998 թվականին Նոբելյան մրցանակը շնորհվել է ազոտի օքսիդի հետազոտողներին: Բանն այն է, որ Viagra հաբերի ստեղծումը հեղափոխություն է կատարել իմպոտենցիայի բուժման գործում: Այս հայտնագործության բացասական կողմը տարեց մարդկանց մահվան զգալի թիվն էր:

Բ. Միասեռական հարաբերություններ

Համաշխարհային բոլոր կրոնները մեծ նշանակություն են տալիս ամուսնությանը: Այս բարձր վարկանիշը պայմանավորված է նրանով, որ ամուսնությունը մարդուն ապահովում է էմոցիոնալ և հոգևոր լիարժեքություն՝ կողակցի աջակցությամբ և ընկերակցությամբ:

Հասկանալով միասեռ ամուսնությունների անիմաստությունը՝ շատ ազգերի կրոնական օրենքներ դրանք մեղք են համարում:

- Կաթոլիկ բարոյականությունը «բացարձակապես դատապարտում է համասեռամոլությունը՝ որպես անբարոյականություն», քանի որ այն ներառում է բեղմնավորում դոնորի օգնությամբ, որը ամուսնության մասնակից չէ:
- Ուղղափառությունը մինչ օրս պահպանել է կտրուկ բացասական վերաբերմունք միասեռականության նկատմամբ:
- Միասեռական հարաբերությունները դատապարտված են հուդայականության կողմից:
- Հայ Առաքելական եկեղեցին դատապարտում է միասեռական հարաբերությունները:

Մշակույթի և պետականության զարգացման հետ մեկտեղ՝ կրոնական օրենքները սկսեցին համակցվել կամ փոխարինվել օրենսդրական ակտերով: Եթե, օրինակ, Իրանի Իսլամական Հանրապետությունում, շարիաթի օրենքներով, ձեզ կարող են սպանել համասեռամոլության համար, ապա արևմտյան աշխարհի որոշ աշխարհիկ երկրներում սկսել են գրանցել միասեռականների կամ լեսբուհիների ամուսնությունները՝ չնայած եկեղեցու արգելքներին:

Արհեստական բեղմնավորման ժամանակակից բժշկական տեխնոլոգիաները՝ in vivo և in vitro, թույլ են տալիս նույնիսկ համասեռամուլ զույգերին երեխա ունենալ: Այս առումով անհրաժեշտ էր մշակել միջազգային իրավունքի և բժշկական էթիկայի համապատասխան ուղեցույցներ (հանձնարարականներ):

Բրյուսելի հռչակագիրը ճանաչում է արհեստական բեղմնավորման օրինականությունը, քանի որ այն «թույլ է տալիս զույգերին (ներառյալ համասեռամուլներին), որոնք զրկված են երեխաներ ունենալու հնարավորությունից, երեխաներ ունենալ»:

Գ. Ընտանիքի պլանավորում և հակաբեղմնավորում

Ինչպես ցույց է տալիս պրակտիկան, շատ երիտասարդ և շատ մեծ տարիքում կանայք հղիանում են հակաբեղմնավորիչ միջոցների բացակայության կամ ոչ պատշաճ օգտագործման պատճառով:

Կանանց հակաբեղմնավորման խնդիրը գոյություն ունի հազարամյակներ շարունակ: Հակաբեղմնավորիչներ գոյություն են ունեցել Եգիպտոսի, Հնդկաստանի և Չինաստանի հնագույն ժողովուրդների մոտ: 20-րդ դարում հակաբեղմնավորման խնդիրը հատկապես սրվեց՝ ազդելով մի կողմից ժողովրդագրական խնդիրների, մյուս կողմից՝ կանանց առողջության վրա:

1967 թվականին Մադրիդի Համաշխարհային բժշկական ասամբլեայում (ՀԲԱ) ընդունվել է Հռչակագիր ընտանիքի պլանավորման վերաբերյալ: Հաշվի առնելով խնդրի կարևորությունը, ՀԲԱ-ն հաստատեց իր հիմնական դրույթները 1969 թվականին համագումարի ժամանակ և լրացրեց այն 1983 թվականին:

Համաձայն Հռչակագրի՝ «...Ընտանիքի պլանավորման նպատակը ոչ թե սահմանափակումներ դնելն է, այլ մարդկային կյանքը բարելավելն ու հարստացնելը, ընտանիքի պլանավորումը յուրաքանչյուր մարդու համար բացում է ինքնաիրացման մեծ հնարավորություններ: Մարդու հիմնական իրավունքներից լիարժեք օգտվելու համար ծնողները պետք է ունենան գիտելիքներ և տիրապետեն ընտանիքի պլանավորման մեթոդներին, գիտակցաբար և ինքնուրույն որոշեն երեխաների թիվը և նրանց տարիքային տարբերությունը...»:

Ընտանիքի պլանավորման հայեցակարգում ներկառուցված «Ազատ և պատասխանատու ընտանիք» գաղափարը 20 տարուց ավելի տարածվեց խորհրդային հասարակության մեջ և պաշտոնապես ճանաչվեց միայն 90-ականներին: Արևմուտքից փոխառված վերարտադրողական ազատության գաղափարը կարող էր իրականացվել միայն հետխորհրդային հասարակության մեջ և միայն այլ նմանատիպ գաղափարների հետ միաժամանակ՝ անհատականություն, անհատական ընտրություն, խղճի ազատություն, խոսքի ազատություն:

Երիտասարդ ընտանիքներին աջակցելու իրական ծրագրերի բացակայությունը և խորհրդային պետությունում ընտանիքի պլանավորման հնարավորությունը չէին կարող չբերել հետևյալ հետևանքներին.

- անցանկալի երեխաների ծնունդ և դրա հետ կապված ծնողական դաժանություն,
- երեխաների լքվածություն,
- մանկասպանություն,
- ծնողական պարտականությունների անտեսում:

Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիան, լիովին հասկանալով ընտանիքի պլանավորման և ժամանակակից հակաբեղմնավորիչների օգտագործման խնդիրների սերտ կապը և հաշվի առնելով, որ 20-րդ դարի 80-90-ականներին ստեղծվեցին բազմաթիվ հակաբեղմնավորիչներ, որոնք բավական հասանելի էին բնակչությանը, անհրաժեշտ է համարել ամբողջ աշխարհի բժիշկների ուշադրությունը գրավել՝ անկախ նրանց պրոֆիլից, կրոնական կամ քաղաքական համոզմունքներից, հակաբեղմնավորիչները ակտիվորեն տարածելու վրա:

Այս խնդրի բարոյական և էթիկական ասպեկտները շարադրված են «Հակաբեղմնավորիչներ օգտագործելու կնոջ իրավունքի մասին» ՀԲԱ հռչակագրում, որն ընդունվել է 1994 թվականի սեպտեմբերին Ստոկհոլմում 46-րդ Համաշխարհային բժշկական ասամբլեայի կողմից:

Այս փաստաթղթում ասվում է. «Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիան պնդում է, որ բոլոր կանանց պետք է թույլ տրվի վերահսկել իրենց պտղաբերությունը գիտակցված ընտրության, այլ ոչ թե պատահական հսկողության միջոցով: ՀԲԱ-ն նաև պնդում է, որ հակաբեղմնավորիչ միջոցների օգտագործման վերաբերյալ անհատական ընտրությունը կանանց իրավունքն է՝ անկախ նրանց ազգությունից, սոցիալական կարգավիճակից կամ կրոնից: Կանանց պետք է հասանելի լինեն բոլոր առողջապահական և սոցիալական խորհուրդները, որոնք անհրաժեշտ են ընտանիքի պլանավորումից առավելագույն օգուտ քաղելու համար»:

Բուժաշխատողների պարտականությունն է տարածել ընտանիքի գիտակցված պլանավորման գաղափարը և անցանկալի հղիությունից խուսափելու միջոցները: Կնոջ առողջության մասին հոգալու նպատակով տղամարդը նույնպես պետք է օգտագործի այդպիսի միջոցներ:

Որոշ երկրներում տղամարդկանց ստերիլիզացումը լայնորեն կիրառվում է ծնելիության մակարդակը վերահսկելու համար: Կաթոլիկությունը, հուդայականությունը և իսլամը խստորեն դատապարտում են կամավոր ստերիլիզացումը: Միջազգային իրավունքը թույլատրում է՝ եթե անձի հոգեվիճակը թույլ է տալիս հասկանալ նման վիրահատության հետևանքները: Այս հարցի վերաբերյալ դեռևս չկա հատուկ միջազգային դեոնտոլոգիական փաստաթուղթ:

Դ. Արհեստական բեղմնավորում և փոխնակ մայրություն

Արհեստական բեղմնավորում

Շատ ընտանիքներ տառապում են «ավելորդ» երեխաներից՝ չգիտեն, թե ինչով կերակրել կամ ինչպես մեծացնել նրանց: Ինդրի մյուս կողմը անպտղություն ունեցող զույգերն են: Բժշկությունը վաղուց է փորձում նրանց օգնության հասնել:

Արհեստական բեղմնավորման առաջին փորձը 1780 թվականին շների վրա իրականացրել է վանահայր Սպալանզանին: 1844 թվականից ի վեր արհեստական բեղմնավորման մեթոդը կիրառվում է ձիերի և կովերի բեղմնավորման համար:

Ռուսաստանում, 1899 թվականից սկսած, տարբեր կենդանիների տեսակների արհեստական բեղմնավորման գործընթացը իրականացրել է հայտնի անասնաբույժ Ի. Ի. Իվանովան: 1917 թվականին Ռուսաստանում դոկտոր Ֆ. Իլինը զեկուցեց, որ գիտությունը նկարագրել է տղամարդու սերմնահեղուկի միջոցով արհեստականորեն բեղմնավորման 69 հաջողված դեպք:

1925 թվականին Թուրքմենստանում առաջին կին մանկաբարձ-գինեկոլոգ Ա. Ա. Շորոխովան Տաշքենդում կայացած Գինեկոլոգների և մանկաբարձների համամիութենական ընկերության VI համագումարում իր զեկույցում նշել է, որ արհեստական բեղմնավորումը դիտարկում է ոչ միայն որպես անպտղության հաղթահարման մեթոդ, այլ նաև որպես «տղամարդու հետ հարաբերություններ հաստատելու կանանց դժկամություն», կամ որպես «ոչ սեռական ճանապարհով երեխա ունենալու իրավունք»:

1944 թվականին իրականացվել է ձվաբջջի արտամարմնային բեղմնավորման (IVF) առաջին հաջող մշակումը, որը հանգեցրել է երկբջջային սաղմի զարգացմանը:

1968 թվականին «Բոն Հոլ» կլինիկայում (Քեմբրիջ, Անգլիա) բժիշկ Ռ. Էդվարդսին և սաղմնաբան Ն. Ստերոյին հաջողվել է անպտղությամբ տառապող կնոջ արգանդի խոռոչում տեղադրել «փորձանոթային» սաղմ, որի արդյունքում ինը ամիս անց ծնվեց աշխարհում առաջին «փորձանոթային» երեխան՝ Լուիզ Բրաունը: Սկսվեց անպտղության բուժման նոր դարաշրջան:

Այսօր նման ճանապարհով (in vitro) ծնված երեխաների թիվը հարյուր հազարավոր է: Մի շարք երկրում այս մեթոդը ճանաչվում է որպես էթիկապես ընդունելի և կիրառվում է լայնամասշտաբ: Որոշ տեղեկությունների համաձայն՝ ԱՄՆ-ում մոտ 1,5 միլիոն կին տառապում է անպտղությամբ, բազմաթիվ կլինիկաներում արհեստական բեղմնավորման վիրահատություններ են կատարվում, և դրանց համար հերթերը չեն նվազում:

Խորհրդային միությունում արտամարմնային բեղմնավորման և արգանդի խոռոչում սաղմի տեղադրման մեթոդը (IVF-ET: In Vitro Fertilization & Embryo Transfer) ի հայտ եկավ ավելի ուշ: Ենթադրվում է, որ աշխարհում ավելի քան 10 միլիոն երեխա է ծնվել վերարտադրողական օժանդակ տեխնոլոգիաների հետևանքով:⁷⁷ ԽՍՀՄ առողջապահության նախարարության մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի համամիութենական գիտահետազոտական ինստիտուտը պրոֆեսոր Բ. Վ. Լեոնովը 1973 թվականին վերածել է փորձարարական սաղմնաբանության լաբորատորիայի: Այս

⁷⁷ ESHRE ART fact sheet (2022). Available at: <https://www.eshre.eu/Europe/Factsheets-and-infographics> (Accessed 1st September 2022)

լաբորատորիայում առաջին անգամ կիրառվել է մարդու ձվաբջջների արտամարմնային բեղմնավորման մեթոդը:

1980-ականների սկզբին կլինիկական պրակտիկայում ներդրվեց արհեստական բեղմնավորման մեթոդը, ստեղծվեց սերմնահեղուկի բանկ: Մինչև 1985 թվականը լաբորատորիան ամբողջությամբ վերազինվեց, վերակողմնորոշվեց IVF (In Vitro Fertilization) մեթոդով:

1986 թվականից մինչև 1998 թվականը Ռուսաստանի բժշկական գիտությունների ակադեմիայի մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի կենտրոնում ծնվել է ավելի քան 1500 այդպիսի երեխա: Մանկաբույժ Վ. Օ. Բախտիյարովան և նրա գործընկերները, վերլուծելով նոր տեխնոլոգիաների շնորհիվ ծնված երեխաների հետծննդյան զարգացման առանձնահատկությունները, եկել են այն եզրակացության, որ նրանց 92%-ը առողջ է, նրանց ֆիզիկական և նյարդահոգեբանական զարգացումը համապատասխանում է տարիքային չափանիշներին:

Սա թույլ է տվել նրանց պնդել, որ անպտղության բուժման ժամանակ արտամարմնային բեղմնավորումը և արհեստական բեղմնավորումը հիմնավորված են և տեղին, իսկ որոշակի պայմանների առկայության դեպքում երեխաների առողջությունը անհանգստություն չի առաջացնում: Մինչույն ժամանակ, արհեստական բեղմնավորման մեթոդներից յուրաքանչյուրը, անշուշտ, մեծացնում է պերինատալ պաթոլոգիայի և նյարդաբանական խանգարումների ռիսկը, սակայն ռիսկի աստիճանը, դրա պատճառները և նվազեցման հնարավորությունները տարբեր են և կախված են անպտղության շտկման մեթոդներից:

Այստեղ առաջացած բարոյաէթիկական խնդիրները հատուկ ուշադրության են արժանի: Հայտնի է, որ որքան քիչ է կնոջ մայրանալու հնարավորությունը, այնքան ավելի շատ է նա ձգտում դրան: Դրան նպաստում են այնպիսի հզոր գործոններ, ինչպիսիք են ինքնահաստատման, ընտանիքը փրկելու, մայրության երջանկությունը զգալու ցանկությունները և այլն:

Անպտղության երկարատև և անհաջող բուժումը սովորաբար ուղեկցվում է վերարտադրության համար առավել բարենպաստ ժամանակի կորստով: Բժիշկը, իմանալով հիվանդ երեխա ունենալու մեծ հավանականությունը, նպատակահարմար չի համարում արհեստական բեղմնավորումը, մինչդեռ բուժառույժ պատրաստ է ցանկացած հետազոտության:

Փորձերի արդյունքները ցույց են տալիս, որ նույնիսկ շատ բարդ իրավիճակներում, երբ ռիսկի աստիճանը բարձր է, ծնված երեխան կարող է առողջական էական շեղումներ չունենալ: Հետևաբար, գոյություն ունի այն հազվագյուտ հնարավորությունը, որի վրա հույսը դնում է անպտղությամբ տառապող կինը, հնարավոր է նրան զրկել այդ հնարավորությունից:

Ըստ երևույթին, նման իրավիճակներում նպատակահարմար է հետևել այն առաջարկություններին, որոնք Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության փորձագետները տալիս են այն զույգերին, որոնք ունեն ծանր ժառանգական

հիվանդությունների ընտանեկան պատմություն: Բժիշկը նրանց տեղեկացնում է իրավիճակի մասին, իսկ ծնողներն իրենք են որոշում կայացնում:

Փոխնակ մայրություն

Անպտղությունից ազատվելու մեկ այլ հնարավորություն է «Փոխնակ մայրությունը»։ Կինը, որը ինչ-ինչ պատճառներով չի կարողանում հղիանալ, այդ նպատակով օգտագործում է մեկ այլ առողջ կնոջ, որի արգանդում բեղմնավորված ծվաբջիջ է տեղադրվում:

Փոխնակ մայրության վերաբերյալ կան հակասական կարծիքներ: Ոմանք կարծում են, որ դա կարող է օրհնություն լինել, մյուսները կարծում են, որ կնոջ՝ երեխաներ ունենալու կարողությունը չպետք է վերածվի առք ու վաճառքի առարկայի:

Բարդ էթիկական խնդիրներ առաջանում են հետևյալ դեպքերում՝

- զարգացման արատներով երեխայի կամ երկվորյակների ծնունդ,
- հաճախ ընտանիքը համաձայնում է ճանաչել միայն «լավ» երեխային»,
- այս ընթացակարգին մասնակցող երկու կանայք էլ պատասխանատվություն չեն կրում որևէ պաթոլոգիայով ծնված երեխայի հետագա ճակատագրի համար,
- որդեգրող մոր և նրա ամուսնու՝ կենսաբանական հոր հարաբերություններում կա անհամաչափություն:

Այս կապակցությամբ 39-րդ Համաշխարհային բժշկական ասամբլեան (Մադրիդ, 1987) ընդունեց «In vitro բեղմնավորման և օրգանների փոխպատվաստման մասին հռչակագիրը»:

Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիան կոչ է անում բոլոր բժիշկներին պահպանել բժշկական էթիկայի չափանիշները և հոգ տանել ապագա մոր և սաղմի առողջության մասին նրա կյանքի առաջին իսկ օրերից:

Էթիկական և գիտական տեսանկյունից արդարացված է անպտղության բուժօգնությունը, որը ենթակա չէ բժշկական և վիրաբուժական բուժման, հատկապես հետևյալ դեպքերում.

ա) իմունաբանական անհամատեղելիություն,

բ) արական և իգական սեռական հատկանիշների միաձուլման անհաղթահարելի խոչընդոտներ,

գ) անպտղություն անհայտ պատճառներով:

Վերոնշյալ բոլոր դեպքերում բժիշկը կարող է գործել միայն դոնորի և ռեցիպիենտի կամավոր, տեղեկացված և գիտակցված համաձայնությամբ: Բժիշկը միշտ պետք է գործի ի շահ ապագա երեխայի:

Բժշկի պարտականությունն է բուժառուներին տրամադրել ամբողջական տեղեկատվություն վիրահատության նպատակի, մեթոդի, ռիսկի, անհարմարության և հնարավոր ձախողման մասին, ինչպես նաև ստանալ նրանց համաձայնությունը:

Միայն այն բժիշկը, որն անցել է համապատասխան հատուկ վերապատրաստում, կարող է պատասխանատվություն կրել վիրահատության կատարման համար:

Բուժառուներն ունեն գաղտնիության պահպանման և անձնական կյանքին չմիջամտելու նույն իրավունքը, ինչպես ցանկացած այլ բուժման դեպքում: Ըստ հայտարարագրի՝ արգանդ չունեցող մեծահասակ կնոջը օգնություն ցույց տալու համար կարող է օգտագործվել, այսպես կոչված՝ «Փոխնակ մայրություն» պրոցեդուրան: Դրանով հիմնականում մերժվում է ցանկացած առևտրային (կոմերցիոն) մոտեցում, որի դեպքում ձվաբջիջները, սերմնահեղուկը և/կամ սաղմը դառնում են առք ու վաճառքի առարկա:

Գենետիկական խորհրդատվություն

Ժառանգականության ազդեցությունը պերինատալ (ծննդաբերության հետ կապված) հիվանդացության և մահացության վրա չափազանց բարձր է և հասնում է 30%-ի: Օրինակ՝ սպոնտան աբորտների դեպքում, որոնք կազմում են բոլոր հղիությունների արդյունքների մոտ 15%-ը, քրոմոսոմային անոմալիաների հաճախականությունը հասնում է 95-98%-ի: Նորածինների բնածին ժառանգական հիվանդությունները կազմում են 4-6%:

Գենետիկական խնդիրները նվազեցնելու համար անհրաժեշտ է ապագա ծնողների առողջական վիճակի հետազոտություն և գնահատում գենետիկ հիվանդությունների հայտնաբերման համար: Ժամանակակից բժշկությունը զգալի հնարավորություններ ունի նաև պտղի ժառանգական հիվանդությունների, զարգացման տարբեր արատների ներարգանդային ախտորոշման համար:

Կլինիկական գենետիկայի նորարարական մեթոդների կիրառումը գործնական բժշկության մեջ կարող է զգալիորեն նվազեցնել հաշմանդամություն ունեցող երեխաների թիվը: Այդ նպատակով պետք է ստեղծվեն լայնածավալ և հագեցած բժշկագենետիկական ծառայություններ:

39-րդ Համաշխարհային բժշկական ասամբլեայում (Մադրիդ, 1987) ՀԲԱ-ն ընդունեց այս հարցի վերաբերյալ ամենակարևոր բժշկաէթիկական փաստաթուղթը՝ «Գենետիկական խորհրդատվության և գենային ինժեներիայի մասին հռչակագիրը»: Դրա նպատակն է օգնել բժիշկներին լուծել էթիկական և մասնագիտական խնդիրները, որոնք առաջանում են գենետիկայի ոլորտում գիտական առաջընթացի հետ կապված:

Գենետիկական ախտորոշման երկու մոտեցում կա.

1. նախածննդյան զննում կամ ապագա ծնողների գնահատում գենետիկական հիվանդությունների հայտնաբերման և երեխայի գենետիկորեն դիսֆունկցիոնալ ծնվելու հավանականությունը կանխատեսելու համար,
2. բեղմնավորումից հետո ներարգանդային հետազոտություններ՝ ուլտրաձայնային, ամնիոցենտեզ և ֆետոսկոպիա՝ պտղի վիճակը գնահատելու համար:

Գենետիկական խորհրդատվություն անցկացնող բժիշկը պարտավոր է ապագա ծնողներին մատչելի ձևով տրամադրել տեղեկատվություն, որը բավարար է երեխայի ծնվելու հնարավորության վերաբերյալ տեղեկացված որոշում կայացնելու համար:

Պտղի գենետիկական անոմալիաների հայտնաբերման դեպքում ապագա ծնողները կարող են որոշել դադարեցնել հղիությունը: Բժիշկը, որն իրավունք ունի անձնական վերաբերմունք ունենալ (աջակցության կամ մերժման) հակաբեղմնավորման, ստերիլիզացման կամ հղիության արհեստական ընդհատման խնդիրների նկատմամբ, չի կարող իր բարոյական արժեքները պարտադրել պոտենցիալ ծնողներին, սակայն նա նաև պարտավոր չէ փոխել իր համոզմունքները՝ հոգուտ նրանց որոշման:

Բժիշկները, որոնք կարծում են, թե հակաբեղմնավորումը, ստերիլիզացումը և աբորտը հակասում են իրենց սկզբունքներին և համոզմունքներին, կարող են հրաժարվել գենետիկական խորհրդատվությունից: Սակայն բոլոր դեպքերում բժիշկը պարտավոր է ապագա ծնողներին զգուշացնել գենետիկական խնդիրների հնարավորության մասին և խորհուրդ տալ գենետիկական խորհրդատվության անցնել բանիմաց մասնագետի մոտ:

Էթիկայի և մարդու գենետիկայի հարցերը (գաղտնիության պահպանում, բուժառուներին լաբորատոր թեստերի արդյունքների լիարժեք տեղեկացում, երրորդ անձանց նկատմամբ բարոյական պարտավորությունների կատարում) բավական բարդ են և հաճախ չունեն հստակ լուծումներ:

Գրեթե բոլոր փորձագետները միաբերան կարծում են, որ բժշկագենետիկական հետազոտությունների էթիկական խնդիրները նույնքան կարևոր են, որքան բժշկական և տեխնոլոգիական խնդիրները:

Ցավոք, բուժաշխատողները բավական հաճախ են հանդիպում բնածին դեֆեկտների և պտղի զարգացման արատների: Կյանքը երբեմն նրանց տալիս է բարդ էթիկական հարցեր: Օրինակ՝ զարգացման արատներով նորածիններին արդյոք միշտ պե՞տք է փրկել: Ո՞վ պետք է ապրի, և ո՞վ մահանա:

Հաշմանդամություն ունեցող և մտավոր հետամնացություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին ՄԱԿ-ի հռչակագրում (3447/XXX) հստակ ասվում է, որ նրանք օգտվում են նույն իրավունքներից, ինչ մյուս մարդիկ, հատկապես ապրելու իրավունքից:

Հղիության արհեստական ընդհատում

Հին ժամանակներից ի վեր հղիության արհեստական ընդհատումն (աբորտը) անօրինական էր: Բոլոր կրոնական ուղղություններն արգելում էին հավատացյալներին մասնակցել այս ընթացակարգին: 20-րդ դարը օրինականացրել է աբորտը: 20-րդ դարի երկրորդ կեսին ծնելիության վերահսկման այլընտրանքային միջոցների ի հայտ գալը և համաշխարհային հանրության մշակութային ավանդույթների փոփոխությունները սրել են հղիության արհեստական ընդհատման ընթացակարգի բարոյական գնահատման հարցը:

Ամեն տարի աշխարհում տեղի է ունենում մոտ 73 միլիոն հղիության արհեստական ընդհատում: Բոլոր չնախատեսված հղիությունների 10-ից 6-ը (61%) և բոլոր հղիությունների 10-ից 3-ը (29%) ավարտվում են հղիության արհեստական ընդհատում:⁷⁸

Հղիության արհեստական ընդհատման խնդրի բարոյական և էթիկական ասպեկտները

Աբորտի խնդիրը ներառում է երկու հակադիր տեսակետ.

1. Աբորտը զուտ անձնական, ինտիմ խնդիր է, որը ոչ մեկին չի վերաբերում, բացի տվյալ կնոջից, և որին ոչ ոք չպետք է միջամտի: Այն համարվում է բժշկական միջամտություն, և դրա հետ կապված ցանկացած խնդիր լուծվում է բժշկի և բուժառուի միջև: Այս տեսակետը հակիրճ արտահայտելու համար կարող ենք ասել. «Աբորտը բժշկական խնդիր է»:

2. Երկրորդ տեսակետը հակառակն է՝ աբորտը վիրավորում է բարոյական զգացմունքները, ուստի այստեղ էթիկական խնդիր կա, ընդ որում՝ շատ բարդ: Ի վերջո, մինչև բժշկի մոտ գալը կինը որոշում է բարոյական խնդիր՝ ապագայում ծնվող երեխայի կյանքը կամ մահը: Բժշկի հետ խորհրդակցելուց հետո հարցի էթիկական իմաստը ոչ միայն չի վերանում, այլև ավելի է բարդանում: Փաստն այն է, որ նրա որոշման մեջ ներգրավված է երրորդ անձը: Նա ակամայից դառնում է սպանության մեղսակիցը, քանի որ, ի տարբերություն ցանկացած այլ միջամտության, այս մեկն ունի հատուկ նպատակ՝ ոչնչացնել կյանքը, սպանել մարդուն՝ բոլորովին առանց պաշտպանության և առանց իրավունքների:

Այս երկու ծայրահեղ տեսակետների արանքում կա խնդրահարույց դաշտ, որում տեղի են ունենում տարբեր դիրքորոշումների, տեսակետների, մոտեցումների, գնահատականների, հայացքների դրամատիկ բախումներ:

1. Այն փաստարկը, որը հիմնավորում է կնոջ ազատ, պատասխանատու ընտրության իրավունքը՝ կապված հղիությունը պահպանելու կամ ընդհատելու վերաբերյալ, առավելագույնս ներկայացված է IPPF-ի (International Planned Parenthood Federation)՝ Ընտանիքի պլանավորման միջազգային ֆեդերացիայի փաստաթղթերում և հրապարակումներում: Հղիության արհեստական ընդհատման հարցը վերարտադրողական առողջության, վերարտադրողական ընտրության և մարդու վերարտադրողական իրավունքների հիմնախնդրի մի մասն է:

Վերարտադրողական առողջությունն արտացոլում է ընդհանրապես առողջության մի շատ կարևոր ասպեկտ և ենթադրում է. ա) սերունդ տալու կարողություն, բ) ազատ որոշումներ կայացնելու հնարավորություն, գ) բավարարող և անվտանգ սեռական կյանք:

⁷⁸ Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020 Sep; 8(9):e1152–e1161. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6.

Վերարտադրողական ընտրությունը սեռականության և ծննդաբերության հարցերում անհատի բարոյական ինքնավարության դրսևորումն է: Առաջին հերթին խոսքը այդ հարցերի նկատմամբ անհատի գիտակցված և պատասխանատու վերաբերմունքի մասին է:

Վերարտադրողական իրավունքները կոչված են ստեղծելու վերարտադրողական առողջության ապահովման սոցիալական նախադրյալներ: Դրանք արտացոլված են Մարդու իրավունքների և ազգային օրենսդրությունների վերաբերյալ բազմաթիվ միջազգային փաստաթղթերում: Վերարտադրողական իրավունքներից ամենակարևորը պետության կողմից պահպանվող՝ վերարտադրողական առողջություն ունենալու և պահպանելու իրավունքն է: Այս իրավունքն իրականանում է միայն այն դեպքում, եթե կանանց և տղամարդկանց հասանելի են լինում ընտանիքի պլանավորման ողջ ժամանակակից միջոցները: Ցավոք, ժամանակակից հասարակության մեջ արբորտն անխուսափելի է: Իսկական սոցիալական չարիքը կնոջ համար արբորտի հետևանքն է: Աշխարհում ամեն տարի դրանցից մահանում է մոտ 70 հազար կին:

Վերարտադրողական իրավունքները որոշակի իմաստով հիմնարար են՝ հատկապես կանանց համար: Ինչպես ասել է արբորտի՝ կանանց իրավունքի համար շարժման առաջին ակտիվիստներից մեկը՝ Ա. Դևիսը. «Այս ամենը ոչինչ չարժե, եթե մենք իրավունք չունենք տնօրինելու մեր մարմինը և վերահսկելու այն, ինչ տեղի է ունենում մեզ հետ, եթե մեր ճակատագիրը կարող են փոխել նրանք, ումից մենք կարող ենք հղիանալ պատահականության, խաբեության կամ ուժի կիրառման հետևանքով»:

Ընտանիքի պլանավորման միջազգային ֆեդերացիա (ԸՊՄՖ) փորձագետները նշում են. «Եվրոպական բոլոր երկրների համար զարգացման ուղին պետք է անցնի ոչ թե վերարտադրողական ընտրության սահմանափակման, այլ ընդհակառակը՝ դրա ընդլայնման միջոցով»: Այսպիսով, ԸՊՄՖ-ի գաղափարախոսները խոսում են «կրկնակի ռազմավարության» մասին:

Ժամանակակից հասարակության մեջ կնոջը պետք է հասանելի լինի սեռական կրթությունը, և նա պետք է ընտրի իր պտղաբերությունը (վերարտադրողականությունը) կարգավորող միջոցները: Բայց հաշվի առնելով այս տարբերակները՝ նա պետք է ապահով և օրինական արբորտի հնարավորություն ունենա:

2. Արբորտը չընդունողները հիմնական շեշտը դնում են այն փաստի վրա, որ սաղմը կամ պտուղն ունեն կյանքի նույն իրավունքը, ինչ ցանկացած այլ մարդ: Հղիության արհեստական ընդհատումը միշտ էլ համարվում է մարդուն կյանքից կամայական զրկում, այսինքն՝ սպանություն, և հետևաբար՝ ինչպե՞ս կարելի է խոսել «սպանելու իրավունքի» մասին:

Սաղմի կարգավիճակը

Սաղմը միայն կնոջ մարմնի մի մասը չէ: Որպես կենսաբանական կառուցվածք՝ սաղմը նույնական չէ կնոջ որևէ օրգանի հետ, քանի որ այն նրա մարմնում աճող մարդ է: Սաղմն ունի հատուկ գոյաբանական կարգավիճակ՝ այն «պոտենցիալ մարդ է»:

Սաղմի այդ հատուկ կարգավիճակը պայմանավորում է նաև նրա հատուկ բարոյական կարգավիճակը: Սաղմն իր զարգացման ցանկացած փուլում մարդու

արժանապատվության կրողն է: Պտուղը ձեռք է բերում բարոյական կարգավիճակ, դառնում է հիմնարար բարոյական իրավունքների սուբյեկտ՝ միաժամանակ դրսևորելով մարդկային բարոյական հատկությունները, ինչպիսիք են համերաշխությունը, պարտականությունը, փոխադարձ պատասխանատվությունը, ազատությունը, սերը:

Աբորտի օրենսդրությունը ժամանակակից աշխարհում

Հնագույն ժամանակներից հարցը, ի թիվս այլ բաների, հայտարարվել է որպես իրավական խնդիր: Եվրոպական երկրներում գոյություն ունեն աբորտի մասին օրենքների չորս տեսակ.

1) Առավել ազատական օրենսդրությունը թույլ է տալիս «կատարել աբորտ ըստ ցանկության» (երկրների փոքր խմբում):

2) Բավական ազատական օրենքները թույլ են տալիս կատարել հղիության արհեստական ընդհատում՝ ելնելով բազմաթիվ բժշկական և սոցիալական խնդիրներից:

3) Բավականին խիստ օրենքները թույլատրում են հղիության արհեստական ընդհատում միայն որոշակի հանգամանքներում՝ կնոջ ֆիզիկական կամ հոգեկան առողջության սպառնալիք, պտղի անբուժելի արատներ, բռնաբարություն և ինցեստ:

4) Շատ խիստ օրենքներ, որոնք կամ ընդհանրապես արգելում են աբորտները, կամ թույլ են տալիս դրանք բացառիկ դեպքերում, երբ հղիությունը անմիջական վտանգ է սպառնում կնոջ կյանքին:

Եթե խոսենք ամբողջ աշխարհի մասին, ապա երկրների 98%-ում թույլատրվում է հղիության արհեստական ընդհատում կնոջ կյանքը փրկելու համար, 62%-ում՝ նրա ֆիզիկական և հոգեկան առողջությունը պահպանելու համար, 42%-ում՝ ինցեստից կամ բռնաբարությունից հետո, 40%-ում՝ պտղի արատների պատճառով, 29%-ում՝ տնտեսական և սոցիալական պատճառներով, 21%-ում՝ ըստ ցանկության:

Բժշկի՝ հղիությունը ընդհատելու որոշում կայացնելու բարոյական և էթիկական հիմքը պետք է լինի ազգային օրենսդրությունը, ինչպես նաև «Բժշկական աբորտի մասին Համաշխարհային բժշկական ասամբլեայի Վենետիկի հռչակագիրը» (1983), որը պարունակում է մի շարք կարևոր դրույթներ.

1. Բժշկի հիմնարար բարոյական սկզբունքը հարգանքն է մարդու կյանքի նկատմամբ՝ նրա բեղմնավորման պահից:

2. Պոտենցիալ մոր շահերը չծնված երեխայի շահերին հակադրող հանգամանքները բժշկին ստիպում են ընտրություն կատարել՝ շարունակել հղիությունը, թե՛ միտումնավոր ընդհատել այն:

3. Ընտրության երկիմաստությունը պայմանավորված է կրոնական և բարոյական տարբեր դիրքորոշումներով, և ցանկացած որոշում հարգանք է պահանջում:

4. Տվյալ համայնքում այս խնդրի նկատմամբ վերաբերմունքը և դրա լուծման կանոնները որոշելը դուրս է բժշկության իրավասությունից. բժիշկները պետք է միայն պաշտպանեն իրենց բուժառուներին և պաշտպանեն իրավունքները հասարակության մեջ:

5. Այն երկրներում, որտեղ բժշկական արբորտներն օրինական են, իրավասու մասնագետները կարող են դրանք օրինական կերպով իրականացնել:

6. Եթե անձնական համոզմունքները խանգարում են բժշկին առաջարկել կամ կատարել բժշկական արբորտ, նա պետք է բուժառուին ուղղորդի կոմպետենտ գործընկերոջ մոտ:

Հղիության արհեստական ընդհատումը Հայաստանում օրինական է դարձել 1955 թվականի նոյեմբերի 13-ին, երբ Հայաստանը Խորհրդային Միության կազմում էր: Ըստ 2002 թվականի դեկտեմբերի 11-ին ընդունված օրենքի՝ հղիության արհեստական ընդհատումը մինչև 12 շաբաթական հղիության ժամկետը կատարվում է կնոջ դիմումի համաձայն, մինչև 22 շաբաթական հղիության ժամկետը կարող է կատարվել բժշկասոցիալական ցուցումների դեպքում՝ կնոջ համաձայնությամբ, անչափահասի դիմումով կատարվում է նրա ծնողների կամ այլ օրինական ներկայացուցիչների համաձայնությամբ, իսկ դրա անհնարինության դեպքում՝ բժշկական հանձնաժողովի արձանագրության հիման վրա:⁷⁹

Վեներական հիվանդություններ և բազմացում

Ներկայումս սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունները դառնում են վարակիչ հիվանդությունների ամենատարածված խմբերից մեկը աշխարհի շատ երկրներում: Սա բնորոշ է հատկապես 15-ից 50 տարեկան տարիքային խմբերին և նույնիսկ երեխաներին: Նրանց նկատմամբ համաճարակաբանական հսկողությունը հատկապես կարևոր է՝ հաշվի առնելով նրանց դերը ՄԻԱՎ-ի փոխանցման գործում:

ԱՀԿ-ի տվյալներով՝ աշխարհում ամեն տարի գրանցվում է սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների ավելի քան 250 միլիոն նոր դեպք: Չնայած՝ սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների թիվը ավելանում է վերջին 25 տարիների ընթացքում, միայն ՄԻԱՎ-ի առաջացումն ու տարածումն էր, որ ստիպեց կառավարություններին, առողջապահական ծառայություններին և հանրությանը ուշադրություն դարձնել դրանց և միջոցներ ձեռնարկել դրանք կանխելու համար:

Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակիչ հիվանդությունները կարող են առաջացնել անպտղություն, մեռելաձնություն, սպոնտան վիժումներ, կուրություն, ուղեղային խանգարումներ, դեֆորմացիաներ, քաղցկեղ և նույնիսկ մահ: Ավելին, գնալով պարզ է դառնում, որ բազմաթիվ վարակներ, որոնք առաջացնում են պաթոլոգիական փոփոխություններ և սեռական օրգանների բորբոքումներ, կարող են զգալիորեն մեծացնել ՄԻԱՎ-ի սեռական ճանապարհով փոխանցման վտանգը:

ՄԻԱՎ-ը բազմաթիվ էթիկական և սոցիալական խնդիրների պատճառ է դարձել: Լրատվամիջոցների ազդեցության տակ բնակչության մոտ առաջացել է խուճապային վախ՝ սովորական կենցաղային շփման միջոցով վարակվելու ուռճացված հնարավորության

⁷⁹ <https://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=19309>

պատճառով: Այս հարցը դեռևս արդիական է, ինչը պայմանավորված է հասարակության անբավարար իրազեկվածության հետ:

ՁԻԱՀ-ով վարակվելու մտավախություններն առաջացան ՁԻԱՀ-ի համաճարակի զարգացման սկզբում: Բժիշկների շրջանում զանգվածային մերժումներ եղան ՄԻԱՎ-ով վարակվածներին կամ նույնիսկ «վարակի կասկած ունեցողներին» տրամադրել որևէ բժշկական օգնություն, նույնիսկ ամենահրատապ դեպքերում: Այսպիսով, ՁԻԱՀ-ի տարածումը զգալիորեն փորձարկեց ավանդական բժշկական էթիկայի հիմքերի ամրությունը:

Արևմուտքում այս խնդրի լուծման հիմնական մեթոդը այն հայեցակարգի տարածումն էր, որ ՁԻԱՀ-ով բուժառուների խնամքը պետք է իրականացվի բոլոր բուժհաստատություններում այլ բուժառուների հետ և հավասար պայմաններով:

Բժիշկները տարբեր ռիսկային խմբերի բուժառուներին տարբեր կերպ են վերաբերվում, ինչը հաճախ էթիկական կոնֆլիկտներ է առաջացնում: Բժշկական օգնությունից հրաժարվելու որոշ դեպքեր կապված են դրա հետ, և ոչ միայն վարակվելու վախի հետ: Պարզվել է, որ բժիշկները հիմնականում ավելի բացասական են վերաբերվում միասեռականներին և ՁԻԱՀ-ով բուժառուներին, չափավոր վերաբերմունք ունեն հետերոսեքսուալ շփումների միջոցով վարակվածների և ավելի դրական վերաբերմունք ունեն արյան փոխներարկման միջոցով վարակվածների նկատմամբ:

Նման տարբերակումը, անկասկած, եզակի խնդիր է, քանի որ այն հակասում է մարդկանց բժշկական օգնություն ստանալու հավասար հնարավորությունների հայեցակարգին:

Առանձնահատուկ խնդիր է ՄԻԱՎ-ի դեպքում բուժառուի գաղտնիության պահպանումը: Որպես կանոն՝ որտեղ առաջին անգամ հայտնաբերվում է ՄԻԱՎ վարակակիրը, նրա անունը շատ արագ հայտնի է դառնում ուրիշներին: Որոշ բժիշկներ անհրաժեշտ են համարում բուժառուի մասին նախ տեղեկացնել վերադասին: Արդյունքում վարակվածների կյանքը վերածվում է «դժոխքի»:

Գործնականում բոլոր ՄԻԱՎ-ով վարակված մարդիկ խոր սթրեսի մեջ են այն պահից, երբ իմանում են իրենց հիվանդության մասին: Բժիշկները, խախտելով բժշկական գաղտնիությունը (հաճախ ունենալով դրական մտադրություններ), էլ ավելի են սրում սթրեսային իրավիճակը: Որոշ հետազոտողներ համեմատում են ՄԻԱՎ-ով վարակված մարդու սթրեսի խորությունը համակենտրոնացման ճամբարում գտնվելու հետ:

ՄԻԱՎ-ի համաճարակի դեմ պայքարի հեռանկարները ենթադրում են նոր էթիկական խնդիրների առաջացում: Այսպիսով, ՄԻԱՎ վարակը կանխող պատվաստանյութ ստեղծելիս, անկասկած, հարց կառաջանա, թե ում և երբ պետք է իմունիզացնել այս դեղամիջոցով:

Այստեղից ի հայտ կգան տարբեր ռացիոնալիստական և էթիկական հասկացություններ. «ամբողջ բնակչության պատվաստումն անհրաժեշտ է, քանի որ շատերը վարակվելու որևէ ռիսկի չեն ենթարկվում, «միայն համասեռամուկներին և թմրամուկներին պատվաստելը նշանակում է՝ նրանց հնարավորություն տալ անպատիժ

շարունակել իրենց գործունեությունը» և այլն: Փաստորեն, ՁԻԱՀ-ի «առաջացած» էթիկական խնդիրներից և ոչ մեկը դեռևս լուծված չէ:

Բժշկի և ՄԻԱՎ-ով վարակված բուժառուի հետ նրա աշխատանքի ուղեցույցը կարող է լինել ՄԻԱՎ-ի համաճարակի հետ կապված խնդիրների վերաբերյալ BMA-ի հայտարարությունը (1992 թ. սեպտեմբեր): Դրանում, մասնավորապես, նշվում է.

Ազգային բժշկական ասոցիացիաները ակտիվ դերակատարում ունեն այս ոլորտում կանխարգելման, բուժման և հետազոտությանն ուղղված քաղաքականության մշակման և ծրագրերի մշակման գործում:

...Ազգային բժշկական ասոցիացիաները, համագործակցելով իրենց երկրների ՁԼՄ-ների հետ, պետք է աշխատեն մշակել համակարգված ծրագրեր՝ ուղղված ՄԻԱՎ-ի մասին հանրային կարծիքի իրազեկմանը, դրա տարածումը կանխելուն, բուժմանն ու ՄԻԱՎ-ով վարակվածների նկատմամբ հանդուրժողական վերաբերմունքին: Բժիշկները պետք է ցուցաբերեն նրբանկատ մոտեցում՝ հաշվի առնելով իրենց բուժառուների հոգեբանությունը...»:

Ենթագլուխ 5.5. Էվթանազիա. միջազգային պրակտիկա

*Տու՛ր ինձ բարություն ու գութ առավել,
Որ ես զորավիգ լինեմ հիվանդի՛ն.
Չորավիգ լինեմ խեղճ ու տկարին,
Որոնց, ո՛վ Աստված, ի՛նքդ ես արարել:
Համո Սահյան*

*«Ոմանց համար մահը պարիտ է, ոմանց համար՝ ընծա, ոմանց համար՝ բարիք»
Սենեկա*

Էվթանազիա եզրը ծագում է հունարեն «eu - լավ» և «thanatos - մահ» բառերից և նշանակում է «լավ, բարի մահ»: Էվթանազիան այն գիտակից գործողությունն է, որը հարաբերականորեն արագ և անցավ եղանակով հանգեցնում է անհույս հիվանդ մարդու մահվան՝ նրա անկասելի տառապանքները դադարեցնելու նպատակով: «Էվթանազիա» եզրն առաջարկել է XVII դարի անգլացի փիլիսոփա Ֆ. Բեկոնը, բայց միայն XIX դարից սկսած էվթանազիան՝ որպես հատուկ բժշկական գործողություն, դառնում է քննարկումների առարկա:

Պրակտիկայում օգտագործվում է էվթանազիայի հետևյալ դասակարգումը.

Կյանքի վերջի մասին բժշկական որոշում (Медицинское решение о конце жизни, Medical Decision Concerning End of Life, MDEL): Սա իր հերթին բաժանվում է երկու խմբի.

ա. բուն էվթանազիա, երբ բժիշկն ակտիվ մասնակցություն ունի հիվանդի մահվան գործում: Սա փաստորեն բժշկի կողմից հիվանդի իրազեկված համաձայնությամբ կատարվող սպանությունն է:

բ. բժշկի օգնությամբ ինքնասպանություն (Ассистируемый врачом суицид, Physician Assisted Suicide, PAS), երբ բժիշկը միայն պատրաստում է մահաբեր դեղորայքը, որը հիվանդը ներարկում կամ ընդունում է ինքնուրույն:

20-րդ դարում էվթանազիան, կիրառվելով Հիտլերի կողմից որպես ազգի «մաքրման» միջոց, այսօրվա բժշկական պրակտիկայում ենթարկվել է արմատական փոփոխությունների՝ դառնալով բարեգութ մահվան հայեցակարգ՝ սահմանվելով որպես «բժշկի կողմից օժանդակվող ինքնասպանություն» կամ «մահվան բժշկական օգնություն»⁸⁰: Այժմ այն ընդունված է կամ ընդունման փուլում է աշխարհի մի քանի պետություններում, որոնք գտնվում են Եվրոպայում, Ավստրալիայում, ԱՄՆ-ում: Դրանք են՝ Շվեյցարիա (1942 թ.)⁸¹, Բելգիա (2002 թ., անբուժելի հիվանդ երեխաների համար՝ 2014 թ.), Նիդեռլանդներ (2002 թ.), Լյուքսեմբուրգ (2009 թ.), Իսպանիա (2021 թ.), Պորտուգալիա (օրենքը դեռևս ուժի մեջ չի մտել, անհրաժեշտ է, որպեսզի նոր կառավարությունը ևս այն հավանության արժանացնի), Ավստրալիայի համարյա բոլոր նահանգները, Կանադա (2016 թ.): Այստեղ ծառայության կատարման ձևն **ակտիվ** է. բժիշկը գործուն մասնակցություն ունի մահաբեր դեղը ներարկելու կամ անձնական ընդունման համար նշանակելու գործում:

Գոյություն ունի նաև **պասիվ** էվթանազիա, որն իրականացվում է բժշկական օգնություն տրամադրելը բժշկի կողմից դադարեցնելու ձևով՝ իրազեկված համաձայնության պարտադիր առկայությամբ: ԱՄՆ-ում առանձին նահանգներ (Օրեգոն, Վաշինգտոն, Կալիֆոռնիա և կանադական Կոլումբիա նահանգ) իրականացնում են դա, սակայն դաշնային մակարդակում այն շարունակում է մնալ արգելված:

Հարկ է շեշտել, որ այժմ թեև էվթանազիան և բժշկի կողմից օժանդակվող ինքնասպանությունը հաճախ կիրառվում են որպես համարժեք հասկացություններ, սակայն առկա է էական տարբերություն:⁸² Էվթանազիայի դեպքում բժիշկն անձամբ է ներարկում «քնեցնող» դեղի մահացու չափաբաժինը, իսկ բժշկի կողմից օժանդակվող ինքնասպանությունն իրականացվում է պացիենտի կողմից դեղերի ընդունմամբ, որոնք նշանակում է բժշկը:

Անդրադառնանք էվթանազիան օրինականացրած երկրներից մի քանիսի փորձին՝ դիտարկելով նրանց հիմնավորումները կրոնի, բիոէթիկայի և իրավունքի տեսանկյուններից:

Շվեյցարիա

Օժանդակվող ինքնասպանությունը Շվեյցարիայում օրինականացվել է 1942 թ.: Սրա պատմական համատեքստը հետևյալն էր. շատ այլ երկրների հետ միաժամանակ Շվեյցարիան Քրեական օրենսգրքից հանեց ինքնասպանություն հանցակազմը: Իսկ Ժնևի

⁸⁰ Olivier Guillod and Aline Schmidt - Physician-Assisted Death: Scanning the Landscape: Proceedings of a Workshop. 2005, P 25.

⁸¹ Հարկ է նշել, որ Շվեյցարիայում բուն էվթանազիան արգելված է, այնտեղ գործում է միայն բժշկի կողմից օժանդակվող ինքնասպանությունը:

⁸² Kathryn Halloran - Ethics of Euthanasia and Physician Assisted Suicide, 2022, P 4.

https://scholarworks.merrimack.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1061&context=honors_capstones

համալսարանի պրոֆեսորներից մեկը մեկնաբանեց իրավիճակը հետևյալ կերպ. «Եթե արարքը հանցագործություն չէ, ապա բացառված է նաև հանցակցությունը»:⁸³

2016 թ., երբ հայտնի քաղաքական գործիչը վերջ տվեց կյանքին «Exit» բժշկական կազմակերպության կողմից տրամադրված ծառայությամբ, հանրային քննարկումներ ծավալվեցին: Այնուամենայնիվ, թեմայի եզրահանգումը եղավ այն հասարակական համաձայնությունը, որ այդ ինստիտուտի հանդեպ վստահությունը բարձր նկատվեց նույնիսկ այն անձանց մոտ, որոնք չեն էլ պատրաստվում օգտվել այդ ծառայությունից:

Այս օրենքի շուրջ Մարդու իրավունքների եվրոպական դատարանը բազմիցս կոշտ արձագանք է տվել՝ նշելով, որ օրենքում առկա են անորոշություններ, իսկ վերոնշյալ դեպքից հետո իրավիճակը կրկին սրվեց: Այդ պատճառով Շվեյցարիան անցկացրեց հանրաքվե՝ արդյոք ուզո՞ւմ են, որպեսզի օժանդակվող ինքնասպանությունն օրինականացնող օրենքը չեղարկվի: Տեղական հանրաքվեի արդյունքներով պարզվեց, որ բնակչության միայն 15%-ն էր կողմ օրենքի չեղարկմանը...

Բիոէթիկայի մասնագետները ևս նշում են, որ այս ծառայությունն ամբողջովին ընդունելի է, քանի դեռ այն կատարվում է «ոչ շահադիտական նպատակներով»:⁸⁴

ՄԻԵԴ-ի դիտողություններից հետո Շվեյցարիան օրենքը համապատասխանեցրեց անհրաժեշտ պահանջներին: Իսկ ինստիտուտը շարունակում է գործել բարձր վստահության պայմաններում:

Երկրում գործող հանրահայտ «Dignitas» օտարերկրյա հայտեր ընդունող կազմակերպությունը նշում է, որ այս ծառայությունից օգտվելու համար դիմողների մեծամասնությունը օտարերկրյա քաղաքացիներ են:⁸⁵

Թեև երկրի ներսում այս ծառայությունը որևէ խնդիր չի առաջացնում, այնուամենայնիվ, երկրի սահմաններից դուրս այն դառնում է «մահվան տուրիզմ» իրականացնող երկիր:

Օրինակ՝ Մեծ Բրիտանիայում առաջանում է դժգոհություն, երբ մարդիկ, ծանր առողջական խնդիրներ ունենալով, ստիպված են լինում կիլոմետրեր անցնել (հասնելու համար Հոլանդիա, Շվեյցարիա) իրենց կյանքին վերջ տալու համար, ընդ որում՝ առջևում ունենալով մի շարք այլ բարդություններ՝

1. բարձր գինը (10 հազար ֆունտ ստեռլինգ),
2. դժվար ճանապարհորդությունը՝ հաշվի առնելով առկա ցավերն ու հիվանդության ծանր դրսևորումները,
3. այն մարդիկ, որոնք գնում են ուղեկցելու իրենց սիրելիներին կյանքի վերջին փուլում և մասնակցում են ողջ ընթացակարգին, վերադառնալով, կարող են ենթարկվել քրեական

⁸³ Sibilla Bondolfi - Why assisted suicide is “normal” In Switzerland? 2020.
<https://www.swissinfo.ch/eng/life-aging/why-assisted-suicide-is-normal-in-switzerland/45924614>

⁸⁴ “But if there are no self - interested motives, then assistance is not a crime”.
<https://www.swissinfo.ch/eng/life-aging/why-assisted-suicide-is-normal-in-switzerland/45924614>

⁸⁵ Sibilla Bondolfi - Why assisted suicide is “normal” In Switzerland? 2020.
<https://www.swissinfo.ch/eng/life-aging/why-assisted-suicide-is-normal-in-switzerland/45924614>

պատասխանատվության՝ մինչև 14 տարի ազատազրկման՝ ըստ Մեծ Բրիտանիայի Քրեական օրենսդրության:

Լյուքսեմբուրգ

Լյուքսեմբուրգն օրինականացրել է էվթանազիան 2009 թվականին՝ հատուկ օրենք ընդունելով, որը թույլ է տալիս մահացու հիվանդներին օգնություն խնդրել խիստ վերահսկվող պայմաններում մահանալու համար:

Այն նախատեսում է պայմաններ, որոնք բժիշկներին պաշտպանում են Քրեական օրենսգրքի 397-րդ հոդվածից, որը էվթանազիան դարձնում է սպանության ձև: Այն չափահաս հիվանդները, որոնք ունեն մշտական և անտանելի ֆիզիկական կամ հոգեկան տառապանք պատճառող հիվանդություն, առանց ապաքինման հույսի, կարող են դիմել բժիշկին՝ էվթանազիա կամ ինքնասպանության օժանդակություն ստանալու նպատակով:⁸⁶ Այս պրոցեսում տարբեր ընթացակարգային պահանջներ պետք է բավարարվեն, և բոլոր մահվան դեպքերը պետք է զեկուցվեն Վերահսկողության և գնահատման (Nationale de Controle et d'Evaluation) հանձնաժողովին, որը վերահսկում է պրոցեսի համապատասխանությունն օրենսդրությանը:⁸⁷

Լյուքսեմբուրգում էվթանազիայի մասին օրենսդրության ընդունման մի քանի հիմնական հիմնավորումները վերաբերում են հետևյալ ասպեկտներին.

1. Հարգանք հիվանդի ինքնավարության նկատմամբ. էվթանազիայի օգտին առաջնային փաստարկներից մեկը, ինչպես մյուս բոլոր երկրներում, այնպես էլ Լյուքսեմբուրգում անհատական ինքնավարության հարգումն է և անբուժելի հիվանդների՝ իրենց կյանքի վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու իրավունքը՝ ներառյալ մահվան ձևն ու ժամկետը:

2. Տառապանքի վերացում. էվթանազիան հաճախ դիտվում է որպես անբուժելի հիվանդներին տառապանքից ազատելու միակ միջոց:

3. Մարդկային արժանապատվություն. էվթանազիայի կողմնակիցները պնդում են, որ օրինականացնելով էվթանազիան՝ Լյուքսեմբուրգը ձգտում է ապահովել մահացու հիվանդների արժանապատվորեն մահանալու ազատությունը և իրավունքը:

4. Ամոքիչ (պալիատիվ) խնամք. լայն իմաստով այստեղ էվթանազիան դիտվում է որպես պալիատիվ խնամքի մաս: Տրամադրելով էվթանազիայի տարբերակ՝ Լյուքսեմբուրգը նպատակ ունի ապահովելու, որ մահացու հիվանդներին հասանելի լինեն համապարփակ պալիատիվ խնամք և աջակցության ծառայություններ՝ միաժամանակ հարգելով նրանց ցանկության դեպքում էվթանազիայի ընտրության ազատությունը:⁸⁸

⁸⁶ *Carter v. Canada (Attorney General)* P 607.

⁸⁷ “Luxembourg is to allow euthanasia from 1 April” *BMJ* 338 (1248) (2009).

⁸⁸ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392410006937#:~:text=Ninety%20percent%20of%20the%20physicians,end%20of%20life%20care>

Ընդհանուր առմամբ, էվթանազիայի օրինականացումը Լյուքսեմբուրգում նպատակ ունի հարգելու հիվանդի ինքնավարությունը, թեթևացնելու նրա տառապանքը, պաշտպանելու մարդու արժանապատվությունը, ինչպես նաև արտացոլում է կյանքի վերջում խնամքի վերաբերյալ հասարակական ընկալումները:

Քանի որ Լյուքսեմբուրգի դուքսը հրաժարվել էր ստորագրել էվթանազիան օրինականացնող օրինագիծը՝ խորհրդարանի նախաձեռնությամբ փոփոխվեց Սահմանադրությունը, որի արդյունքում միապետը հեռացվեց օրենսդրական գործընթացից:⁸⁹

Իսպանիա

Հռչակագիր էվթանազիայի մասին

Էվթանազիան՝ որպես հիվանդին կյանքից զրկելու կանխամտածված գործողություն, նույնիսկ հիվանդի խնդրանքով կամ նրա հարազատների համանման խնդրանքի հիման վրա, էթիկական չէ: Դա չի բացառում բժշկի հարգալից վերաբերմունքի անհրաժեշտությունը հիվանդի ցանկությանը՝ չխոչընդոտել մահվան բնական ընթացքին հիվանդության վերջին փուլում:

Ընդունվել է Համաշխարհային բժշկական ասամբլեայի կողմից Մադրիդում, Իսպանիա, 1987թ: Եվ ահա, 40 տարի անց՝ 2022 թ., այդ նույն Իսպանիայում օրինականացվում է էվթանազիան: Հիրավի, ճիշտ էր անմահ Թումանյանը. աշխարհում հաստատ միայն մի բան կա, այն է, որ հաստատ ոչ մի բան չկա: Փոխվում են ժամանակները, փոխվում է մարդկանց մտածելակերպը, հոգեկերտվածքը...

Երկու հակադիր հայեցակարգ գոյություն ունի. «կյանքի որակ» և «կյանքի սրբություն»:⁹⁰

«Կյանքի որակ» տերմինը շեշտադրում է մարդու կյանքի արտաքին և ներքին պայմանները, որոնցից կախված է մարդու կյանքի որակը:⁹¹ Մադրիդի Կոմպլուտենսեի համալսարանի բժշկական դպրոցի բժշկության պատմության և բիոէթիկայի պրոֆեսոր Դիեգո Գրասիան նշում է, որ «կյանքի որակ» հասկացությունը չի հակադրվում մարդկային կյանքի սրբությանը, այլ, ընդհակառակը, դրա անբաժանելի մասն է, այսինքն՝ առանց կյանքի ֆիզիկական գոյության՝ հնարավոր չէ գնահատել դրա որակը, և հետևաբար, դրանք անբաժանելի են:⁹²

Այնուամենայնիվ, այլ հեղինակներ շարունակում են միմյանց հակադրել «կյանքի սրբություն» և «կյանքի որակ» հասկացությունները, ինչպես դա տեղի է ունենում բիոէթիկայի դասախոս Մաուրիցիո Մորիի դեպքում:

⁸⁹ «Luxembourg strips monarch of legislative role» *The Guardian* (12 December, 2008).

⁹⁰ Two very different orientations. quality of life vs. sacredness of life.

⁹¹ Siurana, Juan, Tamarit, Isabel and de Tienda, Lidia. «Ethical, Religious and Legal Arguments in the Current Debate over Euthanasia in Spain» *Human Affairs*, vol. 18, no. 1, 2008, pp. 52-66. <https://doi.org/10.2478/v10023-008-0005-5>

⁹² (Gracia 1991, 57).

Ըստ Մորիի՝ կյանքի մասին ավանդական մոտեցումն անում է ամեն ինչ կյանքի տևողությունը երկարացնելու նպատակով, երբ կյանքը արժեք է, եթե ապահովված են արժանապատիվ ապրելու պայմանները:

Սպանություն, թե՛ կյանքից հրաժարվելու ազատություն⁹³

Արդյոք էվթանազիան պետք է դիտարկել որպես սպանություն, թե՛ մահվան ազատություն: Սա մեծապես կախված է անձի սուբյեկտիվ ընկալումներից, երբ և ինչպես մահանալ, ըստ այդմ՝ էվթանազիան հնարավոր է ուսումնասիրել երկու հայեցակարգի շրջանակներում.

ա) Համոզմունքի (դոգմատիկ) էթիկայի վրա հիմնված հայեցակարգ. Էթիկա, որն ընդունում է անսասան սկզբունքներ՝ առանց հետևանքները հաշվի առնելու: Այս հայեցակարգի հետևորդներն ընդունում են կյանքը՝ որպես բացառիկ երևույթ, բացարձակ արժեք՝ անկախ ցանկացած այլ հանգամանքից:

բ) Հետևանքային էթիկայի հայեցակարգ. այս հայեցակարգի շրջանակներում հաշվի են առնում գործողությունների հետևանքները: Հետևանքային էթիկայի կողմնակիցները կարծում են, որ կարևոր է հետևանքը՝ տանջանքների դադարեցումը: Այս հայեցակարգն իր հերթին բաժանվում է մի քանի տեսանկյունի, ըստ պացիենտի ցանկությունների նկատմամբ հարգանքի տեսանկյունի՝ պասիվ էվթանազիան կամ բուժումը դադարեցնելն ավելի դաժան է հիվանդի նկատմամբ, քան ակտիվը, որը հիվանդի կյանքի վերջում արագ ավարտ է դնում տառապանքին:

Երկրորդ տեսանկյունը ուտիլիտար փաստարկների վրա հիմնված տեսանկյունն է, ըստ որի՝ տառապանքը որևէ փիլիսոփայական կամ բարոյական մեկնաբանություն չունի: «Վնասը կիրառական էթիկայում» գրքի հեղինակ Մեթյու Հանսերը կարծում է. «Մենք պետք է ընտրենք գործողությունների այն ուղղությունը, որը նվազագույնի կհասցնի վաղաժամ մահերի թիվը»:⁹⁴

Ըստ երրորդ կարծիքի՝ կարևոր է դառնում այն գործոնը, որ մահն այլևս բնական չէ՝ անկախ այն հանգամանքից՝ մահը վրա է հասել պասիվ, թե ակտիվ էվթանազիայի հետևանքով: Ըստ Պատրիկ Դ. Հոփքինսի՝ «բնականի» և տեխնոլոգիայի միջև տարբերությունը կիրառելի չէ սպանության և մահը թույլ տալու դեպքի համար: Եթե մեքենան իրականացնում է մարդու օրգանի գործառույթը, ապա այդ ապարատը հեռացնելը նույնն է, ինչ հեռացնել այն կենսական օրգանը, որին փոխարինում է: Հոփքինսի համար արդիականը ցավն ու անհարկի տառապանքն է, որից մենք փորձում ենք խուսափել: Նա համարում է, որ տարբերությունը սպանելու և մեռնելու թույլտվության միջև, որը հասկացվում է, օրինակ, որպես մահաբեր ներարկում կիրառելու կամ կյանք տվող բուժումը հեռացնելու միջև եղած տարբերություն, անտեղի է: Փաստորեն, նա համարում է, որ «կենսապահովման սարքն անջատելն իրականում էվթանազիայի մի տեսակ է, որն ավելի շատ ակտիվ է, քան պասիվ»:

⁹³ Kill, or let die? <https://www.degruyter.com/document/doi/10.2478/v10023-008-0005-5/html?lang=en>

⁹⁴ Hanser 1995, 200.

Կարևոր է անդրադառնալ նաև այն հանգամանքներին, երբ էվթանագիան թույլատրելի է դրա կողմնակիցների կարծիքով, քանի որ նույնիսկ այս մեթոդի կողմնակիցները այն որպես բացարձակ ճշմարտություն չեն ընկալում: Էվթանագիան՝ լինի ակտիվ, թե պասիվ, արդարացված է, եթե առկա են երեք հանգամանքներ.

- ա) հիվանդը տառապում է,
- բ) նա անբուժելի հիվանդ է,
- գ) նա պարբերաբար կրկնում է իր խնդրանքը:

Այլ հեղինակներ չեն ընդունում, որ այս հանգամանքները օրինականացնում են էվթանագիան: Բիոէթիկայի պրոֆեսոր Բետինա Շյոնե-Չայֆերտը, օրինակ, կարծում է, որ այս երեք հանգամանքները գործնականում կարող են մանիպուլյացիայի ենթարկվել և վտանգավոր մեկնաբանությունների տեղիք տալ:⁹⁵

Եզրակացություն

Էվթանագիայի աջակիցները նշում են, որ էվթանագիայի և մեռնել թույլ տալու միջև տարբերություն չկա:

Հօգուտ էվթանագիայի՝ փաստարկները շեշտում են մարդու ազատությունը և կյանքի որակը.

- Անձնական ազատության նկատմամբ հարգանքը մեծանում է այն իրավիճակներում, որտեղ կյանքը սահմանափակվում է:
- Հիվանդի կյանքի որակի առաջնահերթությունը դրա տևողությունից առաջնային է:
- Պետք է միջոցներ ձեռնարկել՝ կանխելու երկարատև և տանջալից տառապանքները:
- Տանջալից բժշկական միջամտությունները պետք է կարգավորվեն՝ ավելորդ տառապանքներից խուսափելու համար՝ հնարավորություն տալով անձին հրաժարվել այդ բուժումից:
- Պետք է հարգել հիվանդի պարբերաբար կրկնվող և հստակ արտահայտված ցանկությունը՝ վերջ դնել տառապանքին, որը հիմնված է իրազեկված համաձայնության վրա:
- Անբուժելի հիվանդությունը, որն ուղեկցվում է հիվանդի տառապանքով, զգալի հոգեբանական բեռ է:
- Իրավական պաշտպանություն պետք է ապահովվի ինչպես բժիշկների, այնպես էլ ընտանիքների համար, որոնք մասնակցել են «պրոցեդուրային»:
- Որոշ դեպքերում պասիվ էվթանագիան ավելի անմարդկային է, քան ակտիվ կամավոր էվթանագիան:
- Բժիշկները չպետք է ստիպեն հիվանդներին ընդունել իրենց ցանկությանը հակառակ մահվան մոդելը:
- Մարդու կյանքի իրավունքը պետք է մեկնաբանել այնպես, որ այն ներառի անձի՝ իր կյանքին տիրապետելու հնարավորությունը, այդ թվում՝ սեփական կյանքն ընդհատելու որոշում կայացնելու ազատությունը:

⁹⁵ Schöne-Seifert 1997, 205-226.

- Էվթանազիան պաշտպանող ամենատարածված հայեցակարգը **արժանապատիվ մահվան** մասին թեզն է: Մասնավորապես, ԱՄՆ Օրեգոն նահանգում այդպես է անվանված էվթանազիան թույլատրող օրենքը՝ «Արժանապատիվ մահվան օրենք»: Ըստ այս օրենքի՝ ներկայացվում են տարեկան հաշվետվություններ էվթանազիայի կիրառման վերաբերյալ:

Էվթանազիայի դեմ փաստարկները կենտրոնանում են կյանքի անձեռնմխելիության և սրբության վրա.

- Սպանությունը, նույնիսկ հիվանդների խնդրանքով, հակասում է «Մի՛ վնասիր» բժշկական սկզբունքին:
- Բժշկական առաջընթացները հաճախ կարող են երկարացնել կյանքը մահացու հիվանդների համար տանելի պայմաններում, որը ներառված է կյանքի վերջում խնամքի ուղեցույցներում:
- Անբուժելի հիվանդներին հանդիպող դժվարությունները չեն արդարացնում նրանց կյանքին վերջ տալու որոշումը՝ փոխարենը պատասխանատվության խնդիրներ են առաջացնում բուժաշխատողների համար:
- Անտանելի տառապանքների մասին մտահոգությունները կարող են հանգեցնել ակտիվ էվթանազիայի համատարած չարաշահման:
- Էվթանազիայի կիրառումը կատարվում է այլ անձի պատասխանատվության ներքո և, հետևաբար, օրենսդրական առումով մեծ ռիսկ ստեղծում բժշկին քրեական պատասխանատվության ենթարկելու առումով, ինչպես դա տեղի ունեցավ Ջեք Գևորգյանի դեպքում:

Երկրներ, որտեղ էվթանազիան կամ բժշկի կողմից օժանդակվող ինքնասպանությունը արգելված է

Հայաստանի Հանրապետություն

Հայաստանի Հանրապետության պատմության ողջ ընթացքում էվթանազիան արգելված է եղել Քրեական օրենսգրքով:

Հայաստանում այժմ էվթանազիան ներառված է Քրեական օրենսգրքում որպես «Տուժողի խնդրանքով սպանություն»⁹⁶: Այսինքն՝ այն չի բխում ինքնասպանության քրեականացված լինելուց և չի դիտվում որպես ինքնասպանության արգելված տեսակ ինչպես Եվրոպայում, այլ սպանություն, որը կատարվել է տուժողի խնդրանքով, ընդ որում՝ չի նշվում բժշկի կողմից կատարված լինելու հանգամանքը, այսինքն՝ սույն հոդվածը կիրառելի է ինչպես բժշկի, այնպես էլ բժշկական մասնագիտացում չունեցող ցանկացած այլ անձի նկատմամբ: Այս մասով խնդրահարույց է այս հոդվածն այն տեսանկյունից, որ չարաշահումների լայն տեղիք է տալիս: Այն նախատեսում է մեղմացուցիչ հանգամանք՝ անկախ այն բանից՝ տվյալ հանցագործությունը կատարված է բժշկի՞ կողմից, թե՞ ոչ:

⁹⁶ ՀՀ Քրեական օրենսգիրք, հոդված 161:

Հայաստանում էվթանագիայի նկատմամբ վերաբերմունքն ունի խոր համոզմունքային ընկալում՝ կյանքը Աստծո պարզև է և այն վերցնել կարող միայն կյանք Պարզևողը:

Նշենք, որ էվթանագիայի մասին վեճը ծագել է անտիկ ժամանակներում: Ընդ որում՝ տարբեր ժողովուրդների մշակույթներում այդ հարցը տարբեր լուծումներ է ունեցել: Բժշկության և բարոյագիտության առնչություններին վերաբերող մտքեր հանդիպում ենք միջնադարյան հայ փիլիսոփաների, բժիշկների, աշխատություններում, մասնավորապես, միջնադարի մեծ մտածող Դավիթ Անհաղթի, որի ծննդյան 1500-ամյակը ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի կողմից մեծ շուքով նշվեց Սալոնիկում, Երևանում և այլուր 1981 թվականին:

«Սահմանք իմաստասիրության» գրքի 9-րդ գլխում, շարունակելով հայ մեծանուն փիլիսոփա Ներսես Մեծի մտքերը, նա հարց է տալիս՝ արդյոք իրավունք ունի՞ կամ կարո՞ղ է բժիշկը թույն տալ հիվանդին, և պատասխանում է՝ ոչ, որովհետև. «Ինչպես լավ նավապետը փորձվում է ոչ թե խաղաղ ծովում, այլ ավելոծության ժամանակ, նույնպես և խիզախ հոգին փորձությանն ընդառաջ է գնում»:⁹⁷

Դավիթ Անհաղթի այս մտքերը բխում են փիլիսոփայական նույն դիրքից, որն արտահայտվել է Հիպոկրատի հանրահայտ երդման տեքստում, որտեղ բժիշկը երդվում է. «Խոստանում եմ, չնայելով խնդրանքին, ոչ ոքի չտալ մահացու դեղ»: Իսկ այն բժիշկը, որը, ելնելով այս կամ այն դրդապատճառից, այնուամենայնիվ, դրժում է իր երդումը և թույն տալիս հիվանդին, ենթարկվում է ոչ միայն բժշկության աստվածների և մարդկանց անեծքին, այլև վարչական պատժի՝ ընդհուպ մահապատժի: Այդ մասին կարդում ենք հինգերորդ դարի հայ պատմիչ, քերթողահայր Մովսես Խորենացու «Գիրք պիտոյից» աշխատության մեջ:

Հայտնի է, որ հունական փիլիսոփայության հետևորդներն արդարացնում էին ինքնասպանությունը մի քանի դեպքում՝ սով, բուլոր մերձավորների կորուստ, տարերային աղետ, մարդկային արժանապատվության ոտնահարում, անբուժելի հիվանդություն, զառամախտ և այլն: Ինչպես նշում է պրոֆեսոր Ս. Ա. Վարդանյանը «Հայաստանի բժշկության պատմություն» ուսանելի գրքում, վերջին երկու դեպքն ուղղակի կապ ունեն բժշկության հետ: Այսպես, օրինակ, ստոիկներն ասում էին. «Արդ, ճիշտ է վարվում նաև նա, ով սպանում է ինքն իրեն, եթե նրա մարմինը ենթարկվել է ինչ-որ չար հիվանդության և փչացման, այդ անբուժելի ցավից ազատվելու համար»: Այսպես, օրինակ, մի ոմն կինիկյան (ցինիկ) փիլիսոփա, որը կիսով չափ անդամալուծված էր, դիմեց Հուլիանոս կայսերը՝ ասելով. «Մարմնիս կեսը մեռավ, իսկ մյուս կեսը դեռ ապրում է: Գթա՛, ով թագավոր, կիսված կինիկյանիս, հրամայիր բժշկել կամ սպանել: Այդպես էլ ճիշտ է վարվում նա, ով խորին ծերության հասնելով, վերջ է տալիս իրեն, երբ արդեն սկսում է զառանցել, աղճատ ու անկապ բաներ ասել»:⁹⁸

Եթե հույների պատասխանը էվթանագիային «այո» էր, ապա հայ միջնադարյան փիլիսոփաներից, բժշկապետներից և որևէ մեկի աշխատությունում բացահայտված չէ նման միտք, այդ թվում՝ Դավիթ Անհաղթի, որը մերժում է ինքնասպանությունը. «Իսկ

⁹⁷ Վարդանյան Ս. Ա., Հայաստանի բժշկության պատմություն, Երևան, 2000 թ.:

⁹⁸ Տես նույն տեղում:

փորձությունները, որտեղ էլ դրանք պատահեն, գոյություն ունեն ոչ թե նրա համար, որ մարդ վերջ տա իր կյանքին, այլ որպեսզի փորձեն մարդու ոգին»:

Հատկանշական է, որ միջնադարյան հայ օրենսդրական մտքի ռահվիրաներ Մխիթար Գոշի և Սմբատ Գունդստաբլի «Դատաստանագրքի» 119 և 154 հոդվածների համաձայն՝ հնարավոր է, որ բժիշկը վնաս հասցնի հիվանդի առողջությանը և արագացնի նրա մահը: Եթե դա ընդհանրապես երբևէ հնարավոր է, ապա ո՞ր դեպքերում.

- Եթե բժիշկը ինքնասիրահարված է, մեծ կարծիքի է իր գիտելիքների մասին և չի ուզում հրավիրել խորհրդակցության առավել բանիմաց, փորձառու գործընկերոջը: Այս բժիշկը, ըստ Գոշի, **տգետ** է: Այսինքն՝ տգիտության հետևանքով կարող է արագացնել հիվանդի մահը:
- Միտումնավոր, կանխամտածված, դիտմամբ:

Ավելորդ չի լինի նշել, որ, ըստ «Դատաստանագրքի», պատժապարտ է նաև այն բժշկապետը, որը պատշաճ գիտելիք չի տալիս իր սանին:

Այսպիսով, ակնհայտ է բժշկի պատասխանատվության խոր գիտակցումը հայկական օրենսդրության մեջ, որ միաժամանակ վկայում է երկրի բժշկանոցների ուսուցման մասնագիտական բարձր մակարդակի մասին:

«Բժիշկը պետք է մշտապես հիշի մարդկային կյանքի պահպանման իր պարտականության մասին: Բժիշկը պետք է դիմի առավել բանիմաց գործընկերներին, եթե հիվանդին անհրաժեշտ բուժումը դուրս է սեփական մասնագիտական հնարավորությունների շրջանակից»:

Ապագա բժիշկն ամեն ինչ պետք է անի՝ վերացնելու հիվանդության պատճառները, կարելին ու անկարելին պետք է անի այսօր անբուժելի համարվող հիվանդությունները բուժելի դարձնելու համար: Սա՛ է նրա առաքելությունը. բուժել, սփոփել, հույս ու կյանք տալ, ոչ թե «անբուժելի է» որակելով՝ հեշտ ճանապարհ ընտրել:

Փիլիսոփայական-աստվածաբանական այս մոտեցումը գալիս է դեռևս միջնադարից. Դավիթ Անհաղթի աշխատություններից իմանում ենք, որ նա պաշտպանում էր Հիպոկրատի երդման անդրդվելիությունը, այն է՝ «անկախ հիվանդի խնդրանքներից՝ երդվում եմ չտալ նրան թույն»:

Ֆիզիկական կյանքի անշեղ պաշտպանությունն ընդունել են հայրենական բոլոր փիլիսոփաներն ու բժիշկները, այդ թվում՝ Ներսես Մեծը, Հովհան Օձնեցին, Հովհան Ոսկեբերանը, Ամիրդովլաթ Ամասիացին և այլք:

Այսպիսով, ինչպես նախկինում, այնպես էլ այսօր Հայաստանի պետական քաղաքականությունը նախընտրում է ամոքիչ (պալիատիվ) բժշկությունը, այն է՝ հնարավորինս մեղմել անտանելի ցավերով ուղեկցվող հիվանդության դրսևորումները:

Պասիվ էվթանազիան՝ բուժման դադարեցումը, վերջին ժամանակաշրջանում իր վրա կրել է եվրոպական և միջազգային իրավունքի ազդեցությունը, և որոշ հարցեր այժմ դեռևս մնում են օրենքի բաց հասկացության շրջանակներում: Մասնավորապես, Օվիեդոյի կոնվենցիայի վավերականացման նախապատրաստության շրջանակներում բժշկական

ամբուլատոր հաստատություններում այժմ գործում է ընթացակարգ, համաձայն որի՝ անձը կարող է մոտենալ հաստատություն և իր կամքը նախապես արտահայտել այն դեպքի համար, երբ որևէ հիվանդությամբ տառապելիս հնարավորություն չի ունենա այն արտահայտելու, այդ թվում՝ բուժումը դադարեցնելու վերաբերյալ, ինչը դիտարկվում է որպես պասիվ էվթանազիա: Այս մասով օրենսդրական և ենթաօրենսդրական ակտերը սահմանադրականության տեսանկյունից խիստ վերլուծության և վերանայման կարիք ունեն:

Ինքնասպանությունը՝ լինի դա բժշկի կողմից իրականացված, թե ոչ, Հայաստանի Հանրապետությունում ընկալվում է որպես սթրեսային կամ դեպրեսիվ հոգեվիճակում հայտնված անձի գործողություն, որը թերագնահատում է կյանքը կամ տվյալ իրավիճակում ունակ չէ այն ռացիոնալ գնահատել: Այնուամենայնիվ, այդպիսի հետևություն կարելի է անել, քանի որ ՀՀ-ում գործում է քրեական պատասխանատվություն այն բժշկի և կազմակերպության համար, որը կատարել է էվթանազիա, նաև նախատեսված է թե՛ գծի հեռախոսահամար այն մարդկանց համար, որոնք ինքնասպանության հակող մտքեր ունեն:

Էվթանազիան արգելող միջազգային պրակտիկան

Այն երկրները, որոնք արգելում են էվթանազիան, հիմնականում այն որակում են որպես տուժողի խնդրանքով սպանություն:

Այդ երկրներից են Լեհաստանը, Հայաստանը, Վրաստանը, Թուրքիան, Իրանը և այլն: Այս երկրներն աշխարհում մեծամասնություն են կազմում:

Այդ երկրներից յուրաքանչյուրն ունի էվթանազիան արգելելու իր սեփական հիմնավորումները, որոնք բնույթով լինում են էթիկական, բարոյական, գործնական կամ կիրառական:

Կյանքի սրբության կրոնական կամ անձեռնմխելիության սահմանադրական հայեցակարգ. էվթանազիայի հակառակորդները պնդում են, որ մարդկային ողջ կյանքն ի սկզբանե արժեքավոր է և պետք է պաշտպանված լինի՝ անկախ անհատի վիճակից կամ տառապանքից: Նրանք պնդում են, որ էվթանազիայի կամ բժշկի կողմից օժանդակվող ինքնասպանության թույլատրումը խարխուլում է այս հիմնարար սկզբունքը:

Պետության պարտականությունն է ապահովել անձի արժանապատիվ կյանքի պայմանները մինչև կյանքի ավարտ, որն ապահովում են սահմանադրական նորմերը:

Չարաշահումների մեծ ռիսկ. կան մտավախություններ, որ էվթանազիայի կամ օժանդակվող ինքնասպանության օրինականացումը կարող է պարարտ հող հանդիսանալ չարաշահումների համար, որտեղ իրավասության չափանիշները կարող են աստիճանաբար ընդլայնվել մահացու հիվանդանոցների սահմաններից դուրս՝ ներառելով քրոնիկական հիվանդություններ, հաշմանդամություն կամ նույնիսկ ժամանակավոր հուզական անհանգստություն ունեցողներին:

Խոցելի բնակչություն. էվթանազիայի կամ օժանդակվող ինքնասպանության օրինականացումը կարող է խոցելի բնակչությանը, ինչպիսիք են տարեցները, հաշմանդամները կամ հոգեկան հիվանդները, ենթարկել հարկադրանքի կամ ճնշման վտանգի՝ իրենց կյանքը ժամանակից շուտ ավարտելու համար: Մտավախություն կա, որ

անհատները, որոնք ընտանիքների կամ հասարակության վրա իրենց բեռ են զգում, կարող են հարկադրված ընտրել էվթանագիան կամ բժշկի կողմից օժանդակվող ինքնասպանությունը:

Ենթագլուխ 5.6. Ամոքիչ (պալիատիվ) բժշկություն

Եվ այսպես, մի բան է գործ ունենալ առողջ մարդու հետ, մի այլ բան է գործ ունենալ հիվանդ մարդու հետ, և բուլրովին այլ բան՝ գործ ունենալ մահացող մարդու հետ: Հարց է առաջանում, թողնել, որ հիվանդը ցավից տառապի՞: Բայց չէ՞ որ հիվանդին միայն ֆիզիկական ցավը չէ, որ անհանգստացնում է... հիվանդը միայն մարմին չէ... արդյոք հոգեկան և ֆիզիկական ցավերին, անտանելի տառապանքներին վերջ տալու միակ միջոցն էվթանագիան է:

Պարզվում է, որ Ո՛Չ: Կա այլընտրանք՝ **ամոքիչ (պալիատիվ) բժշկություն**:

2013 թվականի մարտի 18-ին ՀՀ առողջապահության նախարարության Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնում բացվեց պալիատիվ օգնության առաջին ծառայությունը: Այս նախաձեռնությունը կարևոր քայլ էր Հայաստանում պալիատիվ խնամքի համակարգի ձևավորման ուղղությամբ:

Պալիատիվ խնամքի զարգացման համար մշակվել են ազգային ստանդարտներ և ուղեցույցներ, ինչպես նաև իրականացվել են բժիշկների վերապատրաստման ծրագրեր՝ ապահովելու որակյալ խնամք:

Չնայած այս առաջընթացին, պալիատիվ խնամքը Հայաստանում դեռևս զարգացման փուլում է: Անհրաժեշտ է պետական հոգաձություն, շարունակական ջանքեր՝ ծառայությունների հասանելիությունն ու որակը բարելավելու համար:

Պալիատիվ եզրույթն ունի լատինական ծագում և նշանակում է քող, դիմակ: Այդ բառի բացատրությունը բացահայտում է նրա իմաստը՝ քողարկել անբուժելի հիվանդության ախտանիշները, որոնք պետք է արհամարհվեն, չնկատվեն, քանի որ բուժման ենթակա չեն:

ՄԱԿ-ը պալիատիվ օգնությունը սահմանում է որպես ակտիվ ընդհանուր խնամք այն հիվանդների նկատմամբ, որոնց հիվանդությունը չի արձագանքում (ենթարկվում) բուժմանը: Ցավի և՛ հոգեբանական, և՛ հոգևոր խնդիրների լուծումն առաջնակարգ է: Պալիատիվ բժշկության նպատակն է հնարավորինս բարելավել հիվանդի և նրա ընտանիքի անդամների կյանքի որակը (ՄԱԿ, 1990 թ.):

Ամոքիչ բժշկության կողմնակիցները պնդում են, որ կյանքի վերջում համապարփակ խնամքի մեջ ներդրումներ կատարելը, ներառյալ ցավի մեղմումը և հոգեբանական աջակցությունը, կարող են լուծել էվթանագիայի կամ օժանդակվող ինքնասպանության խնդրանքների առաջացման հետ կապված մտահոգությունները: Նրանք պնդում են, որ բոլորն արժանի են կյանքի վերջում բարձրորակ խնամքի հասանելիության, որը հարգում է նրանց արժանապատվությունն ու ինքնավարությունը՝ չդիմելով մահվան արագացման:

Ժամանակակից պալիատիվ օգնության և հոսպիսի զարգացումը կապում են տիկին Սիլեյ Սանդերսի անվան հետ:

Դայակ, հասարակական գործիչ, բժիշկ, նա ժամանակակից հոսպիսի հիմնադիրն է: Որոշ տարիներ Հեքնիում աշխատելով Սուրբ Հովսեփի հոսպիսում՝ տիկին Սիլեյը Լոնդոնում 1967թ. բացեց Սուրբ Քրիստափորի հոսպիսը: Դա ժամանակակից առաջին կրթական և հետազոտական հոսպիս համալիրն էր: Տիկին Սիլեյը իր մասնագիտական և անձնական կյանքը նվիրել էր անբուժելի և ծանր հիվանդություններ ունեցող հիվանդների մասին հոգաժողովանը, նրանց տառապանքների և պահանջմունքների ուսումնասիրությանը:

Սուրբ Քրիստափորի հոսպիսը ձգտել է հնարավորություններ գտնել առողջապահության շրջանակներում պալիատիվ օգնության հիմունքների տարածման համար: Այն ոգևորությունը, որն առկա էր այդ գիտելիքների զարգացման և տարածման մեջ, շուտով ընդգրկում է ոչ միայն Մեծ Բրիտանիան, այլև ողջ աշխարհը: Բոլոր մայրցամաքների բուժաշխատողները ձգտել են կրթվել սուրբ Քրիստափորի հոսպիսում և այնտեղ ձեռք բերած գիտելիքներն ու փորձն օգտագործել ու տարածել իրենց երկրներում:

Պալիատիվ օգնության ընդհանուր մոդել չկա, որը կարելի լինի կիրառել բոլոր իրավիճակներում: Այնուամենայնիվ, պալիատիվ օգնության հիմնական սկզբունքները, որոնք յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում հաշվի են առնում հիվանդի և նրա ընտանիքի կարիքները, կրում են համընդհանուր բնույթ:

Աշխարհի տարբեր երկրներում պալիատիվ օգնության զարգացման հետազոտությունների ժամանակ հիանալի դիտարկում է կատարվել, անգամ մեկ շահագրգռված անձը կարող է ազդել փոփոխությունների ընթացքի վրա: Սովորաբար այն անձը, որը պալիատիվ օգնություն առաջարկելու ավելի լավ ճանապարհ գիտի, ինքն է խթանում այդ գործընթացը: Հաճախ կուտակած փորձի արդյունքում սա յուրօրինակ կատալիզատոր է և մյուսներին ոգեշնչում է այդ փոփոխություններն ի կատար ածելու: Դժվար է պատկերացնել, թե ինչպես կարելի է համակարգել և ընդհանրացնել պալիատիվ օգնության զարգացումը յուրաքանչյուր երկրում:

Պալիատիվ օգնության եղանակներն ու ձևերը տարբեր երկրներում տարբեր են: Պալիատիվ օգնությունը միայն օգնություն չէ, այլ ավելի շուտ գաղափարախոսություն, որը կիրառելի է օգնության բոլոր ոլորտներում: Սովորաբար մենք հանդիպում ենք արդեն հաստատված տեղամասային թիմի, որը պալիատիվ օգնությունը տրամադրում է կամ տանը, կամ ձեռանոցում: Միևնույն ժամանակ, հանդիպում ենք պալիատիվ օգնության ծառայության տարբեր մոդելների, որոնք մատուցվում են ընդհանուր պրոֆիլի հիվանդանոցներում:

Իդեալական տարբերակով՝ հիվանդը հնարավորություն ունի ընտրելու իր կարիքներին և նախասիրություններին համապատասխան պալիատիվ օգնություն ստանալու վայրը՝ որտեղ ցանկանա՝ տանը, հիվանդանոցում, հոսպիսում: Հիվանդը, սահմանված շրջանակներում, իր կարիքներին ու նախասիրություններին համապատասխան պալիատիվ օգնություն ստանալու հնարավորություն պետք է ունենա ամենուրեք: Ժամանակի ընթացքում հիվանդների և նրանց ընտանիքների անդամների մասնավոր կարիքներն

սկսեցին քննարկվել և ուշադրության արժանանալ տարբեր երկրների առողջապահական համակարգերի ծրագրերում:

Թեև պալիատիվ օգնության հիմնարար սկզբունքները կրում են համընդհանուր բնույթ, սակայն իրականում մեթոդները տարբեր երկրներում տարբեր են: Հիմնական ջանքերը պետք է ուղղված լինեն հիվանդի և նրա ընտանիքի համար կյանքի լավագույն որակ ապահովելուն:

Ամոքիչ օգնությունը Հայաստանում

Ամոքիչ օգնությունը Հայաստանի համար համեմատաբար նոր երևույթ է: Հայաստանի «Հակացավային և պալիատիվ օգնության ասոցիացիան» (ՀՊՕԱ) հիմնադրվել է 2003 թվականին/հիմնադիր-նախագահն է բժշկական գիտությունների թեկնածու, իր գործի հմուտ վարպետ, Բժիշկ Հրանտ Կարապետյանը, որտեղ հիմնականում ընդգրկված են Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի և Հայաստանի տարբեր կլինիկաների առաջատար մասնագետներ:⁹⁹

ՀՊՕԱ-ն 2004 թվականին անդամակցել է Ամոքիչ օգնության եվրոպական ասոցիացիային և Հոսպիսային և ամոքիչ օգնության միջազգային ասոցիացիային: ՀՊՕԱ-ն վերջերս անդամակցել է նաև Ամոքիչ օգնության համաշխարհային դաշինքին: ՀՊՕԱ-ն Եվրոպայի խորհրդի ամոքիչ օգնության կազմակերպությունների աշխատանքային խմբի անդամ է և Եվրոպայի խորհրդի կողմից համարվում է Հայաստանում ամոքիչ օգնության կայացման հարցերով պատասխանատու հիմնական գործընկեր:

Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) մշակած «ամոքիչ օգնություն» և «մանկաբուժական ամոքիչ օգնություն» եզրույթների սահմանումների՝ ամոքիչ օգնությունը որոշակի հայեցակարգ է, որի շնորհիվ կանխվում կամ թեթևացվում է կյանքի համար վտանգավոր հիվանդություններ ունեցող հիվանդների տառապանքը և բարելավվում է նրանց ընտանիքի անդամների կենսամակարդակը:

Երեխաների պարագայում ամոքիչ օգնությունն առանձնահատուկ, սակայն մեծահասակների ամոքիչ օգնության հետ սերտորեն կապակցված ոլորտ է: Երեխաների ամոքիչ օգնությունը երեխայի օրգանիզմի, մտքի և հոգու ակտիվ ամբողջական խնամքն է, որը ներառում է նաև ընտանիքին ցուցաբերվող օժանդակությունը և կարող է ներառել համապատասխան բուժում:

Ամոքիչ (պալիատիվ) օգնությունը Եվրոպական երկրներում

Վերջերս կատարված մի շարք հետազոտություններ նպատակաուղղված են Եվրոպայում պալիատիվ օգնության զարգացման տարբերությունները և նմանությունները հայտնաբերելուն: Արևելյան Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի 28 երկրներում

⁹⁹ Պալիատիվ բժշկություն: Բժշկահոգեբանական մեթոդական ուղեցույց, Երևան, 2011թ.: Մոլագարության խնդիրներ ունեցող հիվանդների և նրանց ընտանիքի անդամների կենսամակարդակը՝ ցավի և այլ ֆիզիկական, հոգեբանական և հոգևոր պրոբլեմների վաղ հայտնաբերման և ճշգրիտ գնահատման միջոցով կանխելով և մեղմելով տառապանքը:

անցկացված մի շարք հետազոտություններ, օգտագործելով բազմաթիվ որակական և քանակական մեթոդներ, պարզեցին, որ նկատելի տարբերություն կա պալիատիվ օգնության մատուցվող ծավալի և հասանելիության միջև, և զգալի նմանություն՝ հետաքրքրության և եռանդի առումով, որ ներդրվում են պալիատիվ օգնության ծառայության ամբողջական հաստատման մեջ:

Ռուսաստանը և Լեհաստանը պալիատիվ օգնության բազմաթիվ ծառայություններ ունեն, մինչդեռ նախկին ԽՍՀՄ որոշ հանրապետություններում պալիատիվ օգնությունը զարգացած չէ կամ պարզապես չկա, բացակայում է:¹⁰⁰

Արևելյան Եվրոպայում պալիատիվ օգնության ծառայության ամենատարածված տեսակը տնայինն է, որին հետևում են ստացիոնարը, հիվանդանոցային թիմերը, ցերեկային ստացիոնարը, իսկ ամենահազվադեպը ծերանոցային թիմերն են:

Նշենք, որ պալիատիվ բժշկությունը տարիների ընթացքում ճանաչվել է որպես բժշկական մասնագիտություն և իր ակադեմիական դիրքը կարծես թե կայունացրել է: Այդուհանդերձ, ինչպես և բոլոր երկրներում, այնպես էլ Հայաստանում, պալիատիվ օգնության ֆինանսավորման հիմնական մասը կատարվում է մասնավոր սեկտորի կողմից:

Հասպիսային և տնային պալիատիվ օգնության ֆինանսական աջակցության հարցը մնում է բաց և մտորումների տեղիք է տալիս, քանի որ այն մեծ կախվածություն ունի անհատական լրացուցիչ միջոցների ներդրումից:

Ապահովվում է մեկից ավելի մասնագիտությունների ներկայացուցիչների մասնակցությունը պալիատիվ օգնության թիմի կազմում, այդ թվում՝ բժիշկ, հոգեբան, աստվածաբան, քույր, սոցիալական աշխատող և այլն, որոնք աշխատում են ինչպես միջմասնագիտական, այնպես էլ բազմամասնագիտական եղանակով:

¹⁰⁰ Պալիատիվ բժշկություն, Երևան, 2007թ.:

ԳԼՈՒԽ 6. ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԷԹԻԿԱՅԻ ԿԱՆՈՆՆԵՐԸ ԵՎ ՀՀ ՕՐԵՆՍԴՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Բժշկական էթիկայի և բժշկական իրավունքի փոխհարաբերությունները շատ նուրբ են և արտացոլում են հանրության բարոյական բնազդի և նրա կյանքը կարգավորող օրենքների փոխհարաբերությունները:¹⁰¹

Ենթագլուխ 6.1. Մարդու (պացիենտի) իրավունքների և բուժաշխատողների պարտականությունների էթիկական համատեքստը. անձնական և մասնագիտական արժեքներ

Բժշկական էթիկան և իրավունքը բժշկական մասնագիտական գործունեության մեջ բազմաթիվ և բազմաձև եղանակներով խաչվում են: Ժամանակի ընթացքում բժշկական էթիկական բազմաթիվ կանոններ ներառվել են օրենսդրությունների մեջ և ստացել են վարքագծի պարտադիր նորմերի կարգավիճակ, որոնց խախտումները բուժաշխատողների համար առաջացնում են անբարենպաստ իրավական հետևանքներ: Առողջապահության ոլորտի ժամանակակից օրենսդրությունները դժվար է պատկերացնել առանց, օրինակ, բժշկական գաղտնիքի պահպանման, իրազեկված համաձայնության կամ պացիենտի պատվի կամ արժանապատվության հարգման մասին նորմերի, որոնք, ի սկզբանե լինելով էթիկական նորմեր, մարդու իրավունքների պաշտպանության կառուցակարգերի ներդրման և գործարկման արդյունքում վերաճել են և դարձել են իրավական նորմեր, որոնք առանցքային դերակատարում ունեն պացիենտների իրավունքների պաշտպանության համակարգում:

Այդուհանդերձ, պետք է նշել, որ նորանկախ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության ոլորտի օրենսդրության մաս կազմող առաջին իրավական ակտերը արդեն իսկ ունեին որպես վարքագծի պարտադիր նորմ ձևակերպված էթիկայի կանոններ: Այսպես, 1996 թվականին ընդունված «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի առաջին խմբագրության մեջ, որպես բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողի պարտականություն, սահմանված էր բժշկի օգնությանը դիմելու փաստի, նրա առողջական վիճակի մասին հետազոտման, ախտորոշման և բուժման ընթացքում պարզված տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման, հիվանդների նկատմամբ հոգատար և հարգալից վերաբերմունք ցուցաբերելու պարտականության մասին:¹⁰² Ավելի ուշ՝ 2004 թվականին ընդունված «Մարդուն օրգաններ և/կամ հյուսվածքներ փոխպատվաստելու մասին» օրենքում հանդիպում ենք դոնորի և ռեցիպիենտի պարտադիր գրավոր համաձայնություն տալու պահանջին՝ օրգանների կամ հյուսվածքների փոխպատվաստման գործընթացի իրականացման համար:¹⁰³ Նմանապես, 2004 թվականին ընդունված «Հոգեբուժական օգնության մասին» օրենքը սահմանում էր, որ

¹⁰¹ Honore T., The dependence of Morality on Law//Oxf. J. Legal stud.1993, Vol.13.P.1-16.

¹⁰² <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=265>

¹⁰³ <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=1093>

հոգեբուժական հետազոտում իրականացնող բժիշկը պարտավոր է հետազոտվողին կամ նրա օրինական ներկայացուցչին ներկայանալ որպես հոգեբույժ և հայտնել կատարվող հետազոտության բնույթի ու հետևանքների մասին:¹⁰⁴ Այս և այլ՝ իրենց բնույթով էթիկական կանոններ առողջապահության ոլորտը կարգավորող օրենսդրության մեջ բազմաթիվ էին և փաստորեն սահմանված էին որպես վարքագծի պարտադիր կանոններ՝ իրավական նորմեր, որոնց հետևելը և պահպանումը բուժաշխատողների պարտականությունն է: Առողջապահական ոլորտի օրենսդրության կատարելագործմանը զուգընթաց՝ օրենսդրության մեջ շարունակաբար հայտնվել են նորանոր էթիկական նորմեր, որոնց ներմուծումը օրենսդրություն, այդուհանդերձ, չի կրել համակարգային կամ հետևողական բնույթ և առանձին դեպքերում չի ապահովվել պատասխանատվության պատշաճ մեխանիզմներով:

Այս բացթողումը շտկվեց 2020 թվականին, երբ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքում կատարված փոփոխություններով և լրացումներով¹⁰⁵ սահմանվեցին բուժաշխատողի մասնագիտական էթիկայի կանոնների, էթիկայի հանձնաժողովի հասկացությունները, նախանշվեց հարաբերությունների շրջանակը, որոնց նկատմամբ տարածվում են էթիկայի կանոնները, ինչպես և սահմանվեցին էթիկայի հանձնաժողովի գործունեության կազմակերպմանը ներկայացվող հիմնական կարգավորումները: Օրենսդիրը նույն ակտով ՀՀ կառավարությանը լիազորեց ընդունել բուժաշխատողների մասնագիտական էթիկայի կանոնները, իսկ ՀՀ առողջապահության նախարարին՝ էթիկայի հանձնաժողովի ձևավորման, աշխատակարգի և գործերի քննության կարգի հետ կապված համապատասխան իրավակարգավորումները:

Ենթագլուխ 6.2. Բուժաշխատողների մասնագիտական էթիկայի կանոնները և օրենսդրական կարգավորումները

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 36-րդ հոդվածի 1-ին մասի համաձայն՝ «Բուժաշխատողի մասնագիտական էթիկայի կանոնները տարածվում են ինչպես բուժաշխատող-պացիենտ, բուժաշխատող-բուժաշխատող հարաբերությունների վրա, այնպես էլ բուժաշխատողի՝ իր մասնագիտական գործունեությամբ պայմանավորված կամ դրանից բխող ցանկացած այլ հարաբերության վրա»: Միաժամանակ, օրենսդիրը բուժաշխատողի մասնագիտական էթիկայի կանոնները սահմանելու լիազորությունը վերապահել է ՀՀ կառավարությանը՝ սահմանելով, որ դրանք չեն սահմանափակում բուժաշխատողների մասնագիտական հասարակական կազմակերպությունների կողմից կազմակերպության անդամ բուժաշխատողների համար էթիկայի լրացուցիչ կանոնների կամ կանոնակարգերի ընդունումը: Այստեղ ամեն դեպքում պետք է ընդգծել, որ եթե ՀՀ կառավարության որոշմամբ հաստատված բժշկական էթիկայի կանոնները վարքագծի կանոններ են և պարտադիր կատարման ենթակա են բուժաշխատողների կողմից, ապա մասնագիտական հասարակական կազմակերպությունների կողմից կազմակերպության անդամ բուժաշխատողների համար սահմանվող կանոնները տարածվում են միայն անդամ բուժաշխատողների վրա և

¹⁰⁴ <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=1635>

¹⁰⁵ <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=190348>

համապատասխան հետևանքներ առաջացնում միայն նրանց նկատմամբ: Այդուհանդերձ, պետությունը պետք է ձեռնարկի միջոցներ մասնագիտական հասարակական կազմակերպությունների կողմից կազմակերպության անդամ բուժաշխատողների համար էթիկայի լրացուցիչ կանոնների ընդունման համար, քանի որ բժշկական օգնության և սպասարկման առանձին տեսակներ կամ բժշկական միջամտությունների առանձին դեպքեր (օրինակ՝ օրգանների կամ հյուսվածքների փոխպատվաստում, հեռաբժշկություն) ունեն առանձնահատկություններ և դրանց մասով էթիկայի լրացուցիչ կանոնների սահմանումը առավել քան նպատակահարմար է:

Մինչ ներկայացնելը ՀՀ-ում գործող բժշկական էթիկայի կանոնները, կարևոր է իմանալ, թե սուբյեկտների ինչ շրջանակի վրա են դրանք տարածվում. արդյոք բոլոր բուժաշխատողների, թե՛ դրանց առանձին կատեգորիաների վրա: Այս առումով օրենսդրությունը բացառություն չի սահմանել: Համաձայն «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասի 19-րդ կետի՝ բուժաշխատող է համարվում առողջապահության բնագավառում գործունեություն իրականացնող, իսկ օրենքով նախատեսված դեպքերում նաև մասնագիտական գործունեություն իրականացնող ու դրա համար համապատասխան բժշկական մասնագիտական կրթություն, որակավորում, մասնագիտացում և նախատեսված շարունակական մասնագիտական զարգացման հավաստագիր ունեցող, ինչպես նաև ոչ մասնագիտական օժանդակող գործունեություն իրականացնող ֆիզիկական անձը: Ինչպես տեսնում ենք, «բուժաշխատող» հասկացություն սահմանումը չափազանց լայն է և այն, ըստ էության, ընդգրկում է ինչպես ավագ և միջին, այնպես էլ կրտսեր բուժաշխատողներին: Ինչո՞ւ, որովհետև նրանք բոլորն էլ, այսպես կամ այնպես, առնչվում են պացիենտի և բժշկական օգնության և սպասարկման գործընթացի հետ, սակայն այլ հարց է, թե արդյոք մասնագիտական էթիկայի բոլոր կանոնները հավասարապես կարող են տարածվել բոլոր կատեգորիայի բուժաշխատողների վրա: Այս մասով, իհարկե, պետք է արձանագրել, որ՝ ոչ: Քանի որ բուժաշխատողների մասնագիտական գործունեության, աշխատանքային իրավունքների և պարտականությունների շրջանակները տարբեր են, ուստի սահմանված բոլոր մասնագիտական էթիկայի կանոնները հավասարապես բոլոր կատեգորիայի բուժաշխատողներին չեն կարող վերաբերել: Այստեղ պետք է հաշվի առնել, թե բուժաշխատողը օրենքով սահմանված ո՞ր կատեգորիային է պատկանում՝ ավագ, միջին թե կրտսեր, օրենսդրությամբ և այլ իրավական ակտերով, աշխատանքային պայմանագրով, պաշտոնի նկարագրով և պարտականությունների ի՞նչ շրջանակ կա սահմանված նրա համար:

Հայաստանի Հանրապետությունում բուժաշխատողի մասնագիտական էթիկայի կանոնները սահմանվել են կառավարության 2022 թվականի փետրվարի 17-ի 182-Ն որոշմամբ:¹⁰⁶ Դրանք տարանջատված են ընդհանուր կանոնների՝ բուժաշխատող - պացիենտ, բուժաշխատող - բուժաշխատող, բուժաշխատող - հանրային առողջապահության ոլորտ, բուժաշխատող - երրորդ անձինք հարաբերությունների շրջանակն ընդգրկող էթիկական կանոնների: Ստորև կանդրադառնանք այդ հարաբերությունների շրջանակին առանձին-առանձին:

¹⁰⁶ <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=160369>

ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԷԹԻԿԱՅԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԿԱՆՈՆՆԵՐԸ

ԵՎ ՕՐԵՆՍԴՐԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ

Բուժաշխատողների մասնագիտական էթիկայի ընդհանուր կանոնները բուժաշխատողի գործունեության այն ուղենիշային սկզբունքներն են, որոնց նա պարտավոր է հետևել անձի/քաղաքացու, հասարակության, պետության հետ հարաբերվելիս, և որի հիման վրա պետք է կառուցի իր մասնագիտական վարքագծային համակարգը:

Ա. Բուժաշխատողը պարտավոր է հարգել մարդու արժանապատվությունը

Ինչպես երևում է էթիկական կանոնի ձևակերպումից, այստեղ շեշտադրվում է բուժաշխատողի կողմից ոչ թե հատկապես պացիենտի, այլ ընդհանրապես մարդու արժանապատվության հարգման պարտականությունը: Սա այն առանցքային կանոնն է, այն հենքը, որի հիման վրա ձևավորվում և ամբողջանում է բուժաշխատողի մասնագիտական վարքագիծը:

Ժամանակակից տեսությունները հակված են արժանապատվության կոնցեպտը կապել մարդու իրավունքների հետ: «Արժանապատվություն» հասկացությունը այն պատնեշն է, հարգանքի և հոգատարության այն շեմը, որից ցածր երբեք չի կարող լինել որևէ մարդու հանդեպ վերաբերմունքը: Ի տարբերություն «արժանիք» հասկացության՝ որպես հանրության կողմից ճանաչված անձնական ձեռքբերումների ամբողջություն, մարդը արժանապատիվ է հենց որպես մարդ: Մարդկային արժանապատվությունը հստակ դեր ունի՝ որպես մարդու իրավունքների աղբյուր կամ մարդու իրավունքները խթանող հանգամանք: Իրավունքները անհրաժեշտ են և ակնկալվում են մարդու անձի արժանապատվությունը ապահովելու և պաշտպանելու համար:¹⁰⁷

Ահա այս մոտեցման վրա են կառուցված մարդու արժանապատվությունը երաշխավորող միջազգային և ազգային գործիքակազմերը:

Հենց մարդ լինելու հանգամանքով պայմանավորված՝ արժանապատվություն ունենալու մոտեցումը ամրագրված է Մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագրի 1-ին հոդվածում, որը սահմանում է, որ բոլոր մարդիկ ծնվում են ազատ ու հավասար իրենց արժանապատվությամբ և իրավունքներով:¹⁰⁸ Այս ձևակերպման մեջ մենք հստակ տեսնում ենք նաև հավասար արժանապատվությամբ ծնվելու շեշտադրումը, որը կախված չէ որևէ հանգամանքից՝ լինի ռասայական, ազգային, կրոնական, սոցիալական կամ ցանկացած այլ:

Քաղաքացիական և քաղաքական իրավունքների մասին դաշնագրի նախաբանը սահմանում է, որ իրավունքները բխում են մարդկային անհատին ներհատուկ արժանապատվությունից:¹⁰⁹

¹⁰⁷ United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2011, Casebook on Human Dignity and Human Rights, վերցվել է 05.04.2024, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000192371/PDF/192371eng.pdf.multi>

¹⁰⁸ <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=1896>

¹⁰⁹ <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=18500>

Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին կոնվենցիայի 1-ին հոդվածը սահմանում է, որ կոնվենցիայի Կողմերը պաշտպանում են մարդու արժանապատվությունը և ինքնությունը, առանց խտրականության երաշխավորում յուրաքանչյուրի անձնական անձեռնմխելիության և այլ իրավունքների ու հիմնարար ազատությունների պաշտպանությունը կենսաբանության և բժշկության նվաճումների կիրառման ոլորտում:¹¹⁰

Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրության 3-րդ հոդվածը սահմանում է, որ Հայաստանի Հանրապետությունում մարդը բարձրագույն արժեք է: Մարդու անօտարելի արժանապատվությունն իր իրավունքների և ազատությունների անքակտելի հիմքն է: Ընդ որում՝ «Բարձրագույն արժեք» հասկացությունն այստեղ վերացական չէ և ունի որոշակի իրավական բովանդակություն: «Բարձրագույն արժեք» նշանակում է, որ որևէ այլ արժեք, այդ թվում և՛ պետական, և՛ հանրային խնդիրների լուծմանը կոչված որևէ համակարգ, չի կարող ավելի բարձր դասվել:¹¹¹

Մեկ այլ որոշման մեջ Սահմանադրական դատարանը արձանագրել է. «Մարդու և քաղաքացու իրավական կարգավիճակի կարևորագույն բաղադրիչը նրա արժանապատվությունն է, որն իր սահմանադրաիրավական բովանդակությամբ առաջնային նշանակություն ունի մարդու և քաղաքացու հիմնական բոլոր իրավունքների ու ազատությունների ազատ, անարգել ու երաշխավորված իրականացման համար: Այն նաև ենթադրում է ինչպես սահմանադրորեն թույլատրելի շրջանակներում անձի կողմից որոշակի գործողությունների կատարում և կամահայտնության դրսևորում, այնպես էլ դրանք պաշտպանելու պետության համարժեք պարտականություն»:¹¹² Եվ վերջապես, իր այս արձանագրմամբ՝ Սահմանադրական դատարանը նախանշում է ժամանակային այն սահմանները, որոնց ընթացքում անձի արժանապատվության ապահովման համար պետությունը պարտավոր է ապահովել համապատասխան գործիքակազմ. «Անձի արժանապատվության անխախտելիությունը, նրա պատվի և բարի համբավի անձեռնմխելիության իրավունքը ոչ միայն վերաբերում են մարդկային կյանքի ողջ ժամանակահատվածին, այլև պետությունը պարտավոր է ստեղծել նաև մահացած անձի պատվի և բարի համբավի պաշտպանության անհրաժեշտ իրավական երաշխիքներ»:¹¹³

Այսպիսով, մարդու արժանապատվությունը ենթադրում է, որ մարդն ունի հատուկ արժեք հենց միայն իր մարդ լինելու հանգամանքով և մարդկային համայնքին պատկանելու ուժով: Մարդու արժանապատվությունն օտարելի չէ, և դա այն աղբյուրն է, որից բխում են նրա իրավունքները և ազատությունները:

Եվ չնայած մարդու արժանապատվության հարգումը յուրաքանչյուրի, անկախ մասնագիտական որակավորումից, պարտականությունն է, այդուհանդերձ, հատկապես բուժաշխատողի համար այս պարտականությունը ամրագրվում է հատուկ՝ հաշվի առնելով, որ մարդասիրական մասնագիտությունների տեր անձինք հատկապես պարտավորված են առավել խորքային ըմբռնել և հարգել մարդու իրավունքները և դրա հենասյուն հանդիսացող մարդու արժանապատվությունը: Այս էթիկական նորմի սահմանմամբ հաշվի է առնվել այն

¹¹⁰ <https://rm.coe.int/human-rights-and-biomedicine-convention-arm/1680a206db>

¹¹¹ 2006 թվականի հոկտեմբերի 4-ի ՄԴՌ-649 որոշում:

¹¹² 2010 թվականի սեպտեմբերի 14-ի ՄԴՌ-913 որոշում:

¹¹³ 2017 թվականի մարտի 21-ի ՄԴՌ-1358 որոշում:

առանցքային դերակատարությունը, որ ունեն բուժաշխատողները հասարակական կյանքում և պետության մեջ, ուստի և՛ ակնկալիքները, և՛ նրանց նկատմամբ պահանջները առավել բարձր են, ինչն ըստ էության ընդգծում է նրանց հատուկ դերակատարությունը հասարակական կյանքի մեջ՝ սահմանելով բարոյական և էթիկական վարքագծի դրսևորման առավել բարձր նշաձող:

Բ. Բուժաշխատողը պարտավոր է գործել ապացուցողական բժշկության սկզբունքների հիման վրա՝ հաշվի առնելով գիտության ձեռքբերումները և պացիենտի վիճակը

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասի 61-րդ կետի համաձայն՝ ապացուցողական բժշկությունը բժշկական օգնության և սպասարկման ընթացքում կիրառվող մոտեցում է, որի ընթացքում կանխարգելիչ, ախտորոշիչ, բուժական միջոցների օգտագործման վերաբերյալ որոշումներն ընդունվում են՝ ելնելով դրանց արդյունավետության և անվտանգության վերաբերյալ առկա ապացույցներից, որոնք ի շահ պացիենտի օգտագործելու համար ենթակա են որոնման, համեմատման, ամփոփման և լայնորեն տարածման:

Ապացուցողական բժշկությունը ինտեգրում է կլինիկական փորձը և պացիենտի արժեքները լավագույն հասանելի հետազոտական տեղեկատվության հետ: Սա մոտեցում է, որի նպատակն է մեծացնել բարձրորակ կլինիկական հետազոտությունների օգտագործումը կլինիկական որոշումների կայացման մեջ: Ապացուցողական բժշկությունը պահանջում է կլինիկական բժշկի նոր հմտություններ, ներառյալ արդյունավետ գրականության որոնումը և կլինիկական գրականությունը գնահատելու համար ապացույցների պաշտոնական կանոնների կիրառումը: Ապացույցների վրա հիմնված բժշկության պրակտիկան ողջ կյանքի ընթացքում, ինքնուրույն ուղղորդված, հիմնախնդիրների վրա հիմնված ուսուցման գործընթաց է, որի ժամանակ սեփական պացիենտների մասին հոգալը ախտորոշման, կանխատեսման, թերապիայի և այլ կլինիկական և առողջապահական խնդիրների վերաբերյալ կլինիկական կարևոր տեղեկատվության անհրաժեշտություն է ստեղծում:¹¹⁴

Ինչպես տեսնում ենք, թե՛ որպես իրավական ակտով սահմանված հասկացություն, թե՛ որպես գիտական մակարդակում ներկայացվող մոտեցում, ապացուցողական բժշկությունը, որպես մեթոդ, ենթադրում է, որ բուժաշխատողի մասնագիտական գործունեության մեջ չպետք է հենվել միայն արդեն իսկ ստացած գիտելիքների ու հմտությունների վրա, այլ մշտապես փնտրել և գտնել բժշկության մեջ առկա և հաստատված լավագույն և նորագույն տվյալները ու դրանք կիրառել պացիենտներին տրամադրվող բժշկական օգնության և սպասարկման գործընթացում:

Կլինիկական պրակտիկայում կա ապացուցողական բժշկության կիրառման հինգ հիմնական քայլ.

- 1) համապատասխան կլինիկական խնդրի ձևակերպումը,
- 2) լավագույն ապացույցի փնտրում,
- 3) ապացույցի քննադատական գնահատում,

¹¹⁴ Mazic I., Micovic M., Mumegadic B., 2008, Evidence based medicine - new approaches and challenges, վերցվել է 06.04.2024, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24109156/>

- 4) ապացույցի կիրառում,
- 5) ապացույցի կիրառման արդյունքների գնահատում:¹¹⁵

Իհարկե, այս քայլերն իրենցից ներկայացնում են ամենաընդհանուր գործողություններ, որոնց իրականացումը ենթադրում է առավել կոնկրետ ու մանրամասն, հստակ ձևակերպված, գիտականորեն հիմնավորված ենթաքայլերի իրականացում, որոնց պարտավոր է տիրապետել բուժաշխատողը բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելիս: Այդուհանդերձ, վերադառնալով ՀՀ օրենսդրությանը, «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքը սահմանում է, որ ՀՀ-ում գործող կլինիկական ուղեցույցները, որոնց հիման վրա իրենց գործունեությունն են իրականացնում բուժաշխատողները, այլևայլ պահանջներից զատ, պետք է հիմնվեն ապացուցողական բժշկության հիման վրա: Միևնույն ժամանակ, նույն օրենքի 30-րդ հոդվածի 1-ին մասի 3-րդ կետի համաձայն՝ սահմանվում է բուժաշխատողի իրավունքը, ելնելով յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքի իրավիճակից՝ կայացնելու ապացուցողական բժշկությամբ հիմնավորված որոշումներ լրացուցիչ միջամտություններ կատարելու համար, որոնք նախատեսված չեն համապատասխան կլինիկական ուղեցույցներով:

Հենց այս իրավունքի ամրագրումը թույլ է տալիս բուժաշխատողին չափազանց շատ չկաշկանդվել օրենսդրական սահմանափակումներով և գործել պացիենտի լավագույն շահերից ելնելով բոլոր այն դեպքերում, երբ կա լրացուցիչ բժշկական միջամտություններ կատարելու հիմնավորված կարիք, որոնք չնայած բխում են ապացուցողական բժշկությունից, սակայն առկա չեն ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կլինիկական ուղեցույցներում:

Այսպիսով, կարելի է արձանագրել, որ ապացուցողական բժշկությունը ՀՀ-ում բժշկական մասնագիտական գործունեության իրականացման միակ թույլատրելի մեթոդական հենքն է, որը նաև հանդիսանում է խթան բուժաշխատողի համար մշտապես կատարելագործվելու և, միևնույն ժամանակ, այն իրավաչափ գործելու խստագույն կանոն է, որի խախտումը բուժաշխատողի համար կարող է հանգեցնել իրավաբանական պատասխանատվություն:

Գ. Բուժաշխատողը պարտավոր է ցանկացած բժշկական միջամտության ժամանակ գործել համաչափության և մասնագիտական անհրաժեշտության սկզբունքներին համապատասխան

Մասնագիտական էթիկայի սույն կանոնը բառացիորեն բխում է նախորդ կանոնից և հանդիսանում դրա օրգանական շարունակությունը: Հասկանալու համար, թե ինչ է ասել «համաչափություն» կամ «մասնագիտական անհրաժեշտություն», նախ և առաջ պետք է պարզել, թե ինչ է ասել «բժշկական միջամտություն» հասկացությունը: Համաձայն «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասի 16-րդ կետի՝ այն գործողություն է, որն իրականացնում է բուժաշխատողը պացիենտի հետ առողջությունը կամ ախտաբանական վիճակը գնահատելու, բարելավելու, փոփոխելու նպատակով: Այսինքն՝ բժշկական միջամտությունները բուժաշխատողի մասնագիտական

¹¹⁵ Tenny S., Varacallo M., 2022, Evidence Based Medicine, վերցվել է 06.04.2024, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470182/>

պարտականությունների առանցքային հատվածն են, որոնք պետք է իրականացվեն համապատասխան պահանջների պահպանմամբ: Իսկ համաչափության սկզբունքի պահպանման պահանջը, թերևս, ամենակարևորներից է: Եվ այսպես, ինչպես գնահատել՝ միջամտությունը համաչափության սկզբունքից բխում է, թե՞ ոչ: Բժշկական միջամտության համաչափությունը որոշվում է պացիենտի առողջության համար օգուտի գերակայությամբ հնարավոր վնասի նկատմամբ: Բուժաշխատողի կողմից բժշկական միջամտություն իրականացնելիս օգուտ-վնաս կշռելու կարողությունը չափազանց կարևոր է և պայմանավորված է մասնագիտական գործունեության մեջ շարունակաբար կրթվելու, գիտելիքների հետևողականորեն համալրվող բազա ձևավորելու կարողությամբ: Չնայած, որ այս հատվածում քննարկվում է համաչափության սկզբունքը իր ամենանեղ իմաստով, կարևոր է հիշատակել, որ այն առավել հաճախ, հատկապես Քովիդ-19 համավարակից հետո դիտարկվում է նաև լայն համատեքստում՝ քննարկելով բուժաշխատողի կողմից օգուտ-վնաս կշռումը ոչ միայն զուտ բժշկական, այլև պացիենտի, առողջապահական համակարգի ծախսերի տեսանկյունից, բուժաշխատողների և այլ պացիենտների համար օգուտ-վնաս տեսանկյունից:

Ինչ վերաբերում է մասնագիտական անհրաժեշտությանը, ապա այն, ըստ էության, բժշկական էթիկայի հիմնասյուն սկզբունքներից մեկի՝ արդարության սկզբունքից բխող կանոն է, որը ենթադրում է, որ պացիենտներին տրամադրվող բժշկական օգնությունը և սպասարկումը պետք է տրամադրվի հավասար ու արդարացի մոտեցմամբ՝ ըստ առողջական կամ բժշկական կարիքի, որ պացիենտն ունի՝ չտարբերակելով նրան որևէ ֆիզիկական, սոցիալական կամ այլ հանգամանքով: Առավել պարզ լեզվով ասած, բժշկական համատեքստում դա պահանջում է, նույնանման դեպքերում, պացիենտներին վերաբերել համանման ձևով և ապահովել սահմանափակ առողջապահական ռեսուրսների հասանելիությանը համընդհանուր հավասարություն:¹¹⁶

Դ. Բուժաշխատողը պարտավոր է հարգալից վերաբերվել պացիենտի ընտանիքի անդամներին, օրինական ներկայացուցիչներին, կոնտակտային անձին

Մինչև անցնելը հարգալիրության բովանդակությանը, կարևոր է ներկայացնել, թե չ՛ օրենսդրության համաձայն՝ ովքե՞ր են ընտանիքի անդամները, ապա և օրինական ներկայացուցիչներն ու կոնտակտային անձինք: Համաձայն չ՛ Ընտանեկան օրենսգրքի 2-րդ հոդվածի՝ ընտանիքի անդամներ են համարվում ամուսինները, ծնողները և զավակները (որդեգրողները ու որդեգրվածները), սակայն «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 11-րդ հոդվածի 5-րդ մասի 6-րդ մասը անգիտակից պացիենտի մասով «ընտանիք» հասկացության առավել լայն շրջանակ է սահմանել (հայրը, մայրը, օրինական ներկայացուցիչը, ամուսինը, ամուսնու ծնողները, որդեգրողը, տատը, պապը, քույրը, եղբայրը, երեխաները, այդ թվում՝ որդեգրվածը)՝ հաշվի առնելով անգիտակից վիճակում գտնվող անձանց դեպքում բուժաշխատող-ընտանիք հարաբերությունների առանձնահատկությունները:

¹¹⁶ Fisher O., Brown K., Coker D., McBride K., Steffens D., Cherry K., Sandroussi Ch., *Distributive justice during the coronavirus disease 2019 pandemic in Australia*, վերցվել է 06.04.2024, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7283635/>

Օրինական ներկայացուցիչ են համարվում, համաձայն ՀՀ քաղաքացիական օրենսդրության, 18 տարին չլրացած երեխայի ծնողները, խնամակալները, հոգաբարձուները: Ընդ որում պետք է նկատի ունենալ, որ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 18-րդ հոդվածի 2-րդ մասը 16 տարին լրացած երեխաների համար սահմանել է լրիվ գործունակություն բժշկական միջամտություն ստանալու համաձայնություն տալու կամ դրանից հրաժարվելու մասով, բացառությամբ օրենքով նախատեսված ընդհանուր դեպքերի (կյանքին սպառնացող վտանգի դեպքեր, շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդություններ, հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց ոչ հոժարակամ հոսպիտալացում):

Ինչ վերաբերում է կոնտակտային անձանց, ապա սա համեմատաբար նոր ինստիտուտ է ՀՀ բժշկական օգնության կազմակերպման ոլորտում և կոչված է լուծելու բարդ իրավիճակները, որոնք կարող են ծագել՝ պայմանավորված պացիենտի առողջական վիճակով: «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասի 24-րդ կետի համաձայն՝ կոնտակտային անձ է համարվում պացիենտի լիազորած, չափահաս, գործունակ անձը, որի հետ առաջնահերթության կարգով, անհրաժեշտության դեպքում բուժաշխատողը կարող է կապ հաստատել՝ կապված պացիենտի առողջական վիճակի, դրա հետագա ընթացքի հետ, իսկ անգիտակից պացիենտի դեպքում՝ նաև բժշկական միջամտություն իրականացնելու համար, և որի վերաբերյալ տվյալները պացիենտը տրամադրում է առաջին անգամ բժշկական օգնության և սպասարկման դիմելիս՝ հետագայում նրան փոխելու հնարավորությամբ:

Ահա անձանց այս շրջանակի հետ հարաբերվելիս բուժաշխատողը պարտավոր է լինել հարգալից, քաղաքավարի, հոգատար, ոչ խտրական ու ըմբռնողական, օրենքով նախատեսված դեպքերում տրամադրել համապատասխան տեղեկատվություն, ընդ որում՝ պատշաճ և ամբողջական կարգով՝ հասկանալի ձևով: Բուժաշխատողը պարտավոր է բժշկական օգնության և սպասարկման ողջ ընթացքում ապահովել վերը թվարկված կատեգորիաների, ներքին ընթացակարգերին համապատասխան այցելությունները և որևէ դեպքում, երբ չկան բժշկական ցուցումներ, չթույլատրել դրանք: Պետք է նկատել, որ հարգալից վերաբերմունքը ներառում է նաև բժշկական օգնության կազմակերպման ոլորտում օրենքով նախատեսված իրավունքների պատշաճ իրացման ապահովումը (իրազեկված համաձայնության ստացում, օրենքով նախատեսված որոշումներ կայացման ապահովում և այլն):

Ե. Բուժաշխատողը պարտավոր է իր իրավասության շրջանակներում ձեռնարկել միջոցներ՝ ուղղված բժշկական օգնության և սպասարկման որակի շարունակական բարելավմանը

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասի 26-րդ կետի և 27-րդ կետերի համաձայն՝ բժշկական օգնության և սպասարկման որակը անհատներին և բնակչությանը մատուցված բժշկական օգնության և սպասարկման արդյունքում առողջական ակնկալվող դրական ելքերի բարելավման աստիճանի բնութագրիչն է, իսկ **բժշկական օգնության և սպասարկման որակի շարունակական բարելավումը** առողջապահության բնագավառում ներկազմակերպական (բժշկական

հաստատության ներսում) և արտակազմակերպական (մարզային, ազգային) մակարդակներում բժշկական օգնության և սպասարկման երեք հիմնական բաղադրիչի՝ կառուցվածքի, գործընթացի և արդյունքի համալիր գնահատման և բարելավման անընդհատությունն ապահովող գործընթաց է, որն իրականացվում է առողջապահության նախարարի սահմանած կարգով:

Բժշկության ամերիկյան ինստիտուտը սահմանել է վեց ոլորտային նպատակ, որոնք ապահովում են բժշկական օգնության որակը, մասնավորապես՝

- 1) անվտանգություն. բժշկական օգնությունը տրամադրելիս խուսափել վնաս պատճառելուց,
- 2) արդյունավետություն. տրամադրվող բժշկական օգնությունը պետք է գիտականորեն հաստատված լինի որպես օգտակար,
- 3) պացիենտակենտորոն. տրամադրվող բժշկական օգնությունը ուղղորդված է պացիենտների անհատական կարիքներով, նախընտրություններով և արժեքներով,
- 4) ժամանակին տրամադրված, այսինքն՝ հետաձգումների և սպասման ժամանակի հնարավոր նվազեցում,
- 5) գործուն. կորուստների, այդ թվում՝ նյութական և ներուժի կորուստների նվազեցում,
- 6) հավասարություն. որևէ անձնական կամ սոցիալական բնութագրիչների կամ հանգամանքների հիմքով տրամադրվող բժշկական օգնության որակի տարբերակման բացառում:

Եվ չնայած այս նպատակների ապահովմանն ուղղված բժշկական օգնության և սպասարկման որակի բարելավման գործընթացը համալիր գործողությունների մի համախումբ է և ենթադրում է պետության մակարդակով որոշվող և դրա անմիջական նորմատիվային կարգավորմամբ ապահովվող բազմաստիճան մի համակարգի գործարկում, այդուհանդերձ, բուժաշխատողների անմիջական մասնակցությունը բժշկական օգնության որակի բարելավմանը որոշիչ է այդ համակարգի բոլոր աստիճանների պատշաճ աշխատանքի համար:

Ուստի բժշկական օգնության և սպասարկման որակի բարելավմանն ուղղված գործունեությունը բուժաշխատողի ամենակարևոր ու առանցքային պարտականություններից մեկն է, որը նա պետք է մշտապես իրագործի՝ պացիենտին տրամադրվող բժշկական օգնությունն ու սպասարկումը շարունակաբար բարելավելու նպատակով: Միևնույն ժամանակ պետք է ուշադրություն դարձնել այս մասնագիտական էթիկայի կանոնի ձևակերպմանը: Այն վերաբերում է բացառապես բուժաշխատողի իրավասությունների շրջանակում (որոնք կարող են սահմանվել մասնագիտական բնութագրերում, աշխատանքային պայմանագրերում, դրանց կից աշխատանքների նկարագրերում, առանձին իրավական ակտերում և այլն) գործողությունների կատարմանը: Այդուհանդերձ, դա չի բացառում բուժաշխատողի մասնակցությունը կամավորության հիմունքներով կամ մասնագիտական ասոցիացիաների միջոցով որակի բարելավման գործիքների կատարելագործմանը:

Հիշատակված նպատակներին համահունչ, որակի բարելավման գործիքակազմերը տարբեր են և մի նպատակի համար կարող են լինել բազմաթիվ, մյուսների դեպքում՝ ավելի նվազ: Չանդրադառնալով բժշկական օգնության և սպասարկման որակի բարելավման գործիքակազմին և դրանց կիրառման եղանակներին, ինչն այլ թեմայի քննության առարկա է, նպատակահարմար է համարվում մեջբերել Ներքին բժշկության եվրոպական ֆեդերացիայի Բժշկական պրոֆեսիոնալիզմի կանոնադրությունից պարտականություններ, որոնք անմիջականորեն վերաբերում են այս էթիկական կանոնի բովանդակությանը.

«Բժիշկները պետք է նվիրված լինեն առողջապահության որակի շարունակական բարելավմանը: Այս պարտավորությունը ենթադրում է ոչ միայն կլինիկական գործունեության, այլ նաև համատեղ աշխատանք այլ մասնագետների հետ՝ նվազեցնելու բժշկական սխալը, բարձրացնելու պացիենտի անվտանգությունը, ինչպես նաև կրճատելու առողջապահական ռեսուրսների գերօգտագործումը և օպտիմալացնել բժշկական օգնության արդյունքները: Բժիշկները պետք է ակտիվորեն մասնակցեն բժշկական օգնության որակի ապահովման միջոցների և դրա չափման գործիքների լավարկմանը՝ շարունակաբար գնահատելով անհատների, հաստատությունների և համակարգերի գործունեությունը, որոնք պատասխանատու են բժշկական օգնության տրամադրման համար: Բժիշկները՝ ինչպես անհատապես, այնպես էլ նրանց միջոցով մասնագիտական ասոցիացիաները պետք է պատասխանատվություն ստանձնեն՝ աջակցելու մեխանիզմների ստեղծմանը և իրականացմանը, որոնք կոչված են խրախուսելու որակի շարունակական բարելավումը»:¹¹⁷

2. Բուժաշխատողը պարտավոր է լինել իրազեկ գիտատեխնիկական առաջընթացի ձեռքբերումներին, բարեխղճորեն իրականացնել իր մասնագիտական գործունեությունը՝ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրության պահանջներին համապատասխան: Ընդ որում՝ բուժաշխատողի գործողությունները չեն կարող գերազանցել մասնագիտական որակավորման շրջանակները:

Չնայած կանոնի առաջին մասով իր ընդհանրական ձևակերպմանը, պետք է նկատի ունենալ, որ այն գործնական մեջ նշանակությունը ունի, քանի որ տեխնոլոգիաների կիրառումը բժշկության մեջ դարձել է պատշաճ բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման կարևոր պայման: Ներկայումս ՀՀ էլեկտրոնային առողջապահության համակարգը ընդգրկման ավելի ու ավելի մեծ շրջանակներ է ներառում և պահանջում բուժաշխատողներից ունենալ էլեկտրոնային համակարգերի հետ աշխատելու հմտություններ: Կամ ՀՀ օրենսդրությամբ արդեն իսկ սահմանված հեռաբժշկությունը ենթադրում է էլեկտրոնային գործիքների տիրապետման հմտություններ հեռաբժշկությամբ համապատասխան բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրելու համար: Կամ հեռահար կառավարման բժշկական սարքերի հետ աշխատանքը կամ արդեն իսկ բժշկության ոլորտ ներմուծվող արհեստական բանականության գործիքները, որոնք հետզհետե ընդգրկվելով բժշկական օգնության և սպասարկման զինանոց, դառնում են դրա

¹¹⁷ ABIM, ACP-ASIM, European Federation of Internal Medicine, Medical Professionalism in the New Millennium. A Physician Charter (2002).

անբաժանելի մասը: Ուստի բուժաշխատողից պահանջվում է ոչ միայն մասնագիտական շարունակական կատարելագործում, այլև շարունակաբար հմտությունների ձեռքբերում բժշկության հետ անմիջապես առնչվող ոլորտների և հատկապես տեխնոլոգիաների ոլորտի հետ:

Էթիկայի կանոնի հաջորդ հատվածը սահմանում է բուժաշխատողի կողմից իր պարտականությունները բարեխիղճ կատարելու պահանջը և սահմանում դրա շրջանակը, այն է՝ ՀՀ օրենսդրությունը: Այս առումով պետք է նկատի ունենալ, որ բուժաշխատողների պարտականությունների մեծ շրջանակ է սահմանված ընդհանրապես՝ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» մայր օրենքի և դրանից բխող իրավական ակտերի համաձայն և ոլորտային օրենսդրությամբ մասնավորապես (հոգեբուժական օգնության և սպասարկման ոլորտ, մարդուն օրգաններ և հյուսվածքներ փոխպատվաստելու ոլորտ, արյան դոնորություն և փոխներարկման ոլորտ և այլն): Բուժաշխատողի պարտականությունների շրջանակից չպետք է դուրս թողնել նաև մասնագիտական բնութագրերով, աշխատանքային պայմանագրերով սահմանված պահանջները: Բուժաշխատողների էթիկական վարքագծի ապահովման համար կարևոր է հստակ և սպառիչ իմանալ սեփական պարտականությունները և տիրապետել դրանց բովանդակությունը, ինչը էական նախապայման է դրանց բարեխիղճ իրականացման համար, և ինչը գործնականում կարող է ապահովել նաև հաջորդ՝ մասնագիտական որակավորման շրջանակները չգերազանցելու պահանջը: Այս պարտականության առումով, իհարկե, պետք է ընդգծել, որ հնարավոր են իրավիճակներ, հաշվի առնելով օրենսդրության բացերը, որ, այսպես կոչված, սահմանակից բժշկական մասնագիտացումներ ունեցող բուժաշխատողների դեպքում առաջանան խնդիրներ կամ հարցեր՝ կապված բուժաշխատողի մասնագիտական իրավունքների և պարտականությունների շրջանակի հետ: Հաշվի առնելով, որ, օրենքի համաձայն՝ դրանց ընդունման լիազորությունը վերապահված է ՀՀ առողջապահության նախարարին, անհրաժեշտ կլինի այս իմաստով բոլոր ծագող հարցադրումների մասով ստանալ պարզաբանումներ այդ մարմնից:

2) ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԷԹԻԿԱՅԻ ԿԱՆՈՆՆԵՐԸ ԵՎ ՕՐԵՆՍԴՐԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂ-ՊԱՑԻԵՆՏ ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ

Ա. Բուժաշխատողը պացիենտի հետ իր հարաբերություններում պարտավոր է դիմել անհրաժեշտ միջոցների՝ պացիենտի առողջությունն ամրապնդելու (բարելավելու) և ցավը մեղմելու համար

1986 թվականին Օտտավայի առողջության խթանմանն ուղղված առաջին միջազգային կոնֆերանսում ընդունված կանոնադրության¹¹⁸ համաձայն՝ առողջության ամրապնդումը այն գործընթացն է, որը հնարավորություն է տալիս մարդկանց մեծացնել վերահսկողությունը դրա նկատմամբ և բարելավել այն: Այնուհետ, համաձայն

¹¹⁸ <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

կանոնադրության, առողջության ամրապնդումը կենտրոնանում է առողջության մեջ արդար մոտեցումների հասնելու վրա: Առողջության ամրապնդումը ուղղված է մարդկանց ներկայիս առողջական վիճակի տարբերությունների նվազեցմանը և հավասար հնարավորությունների և ռեսուրսների ապահովմանը, որպեսզի բոլորին հնարավորություն ընձեռվի հասնել իրենց առողջական առավելագույն ներուժին: Սա ներառում է ապահով հիմք աջակցող միջավայրում, տեղեկատվության հասանելիություն, կյանքի հմտություններ և առողջ ընտրություն կատարելու հնարավորություններ:

Ինչպես տեսնում ենք՝ առողջության ամրապնդման, խթանման համակարգը բազմաստիճան և բազմաբաղադրիչ համակարգ է, բազմաթիվ պատասխանատուներով, որոնք ունեն պարտականությունների տարբեր ծավալ. դա պետությունն է՝ ի դեմս իր ինստիտուտների, հասարակությունը, առողջապահական համակարգը և հենց մարդիկ, որոնց առողջության ամրապնդման հոշակված է որպես նպատակ:

Ինչպես Ամերիկյան բժշկական ասոցիացիայի էթիկայի կանոնագիրքն է սահմանում՝ առողջության ամրապնդման գործընթացի արդյունավետ տարրերը կարող են ներառել պացիենտներին առողջ ապրելակերպի մասով կրթելը և մոտիվացնելը՝ օգնելով նրանց գնահատել սեփական կարիքները, նախասիրությունները և պատրաստակամությունը փոփոխություններին, և ինչպես առաջարկել համապատասխան կանխարգելիչ միջոցներ: Առողջության արդյունավետ ամրապնդման գործելակերպը բժիշկների պարտականությունն է, այդ թվում և որպես առողջապահական ռեսուրսների կառավարիչներ:¹¹⁹ Հետաքրքիր է, որ հիշատակված կանոնագիրքը բուժաշխատողների պարտականությունները այս մասով բաժանում է անհատական և կոլեկտիվ բնույթի՝ ընդգծելով յուրաքանչյուր դեպքում նրանց դերը և ազդեցությունը առողջության ամրապնդման գործին: Ըստ այդմ, որպես անհատական գործողություն՝ կանոնագիրքը դիտարկում է պացիենտների կրթումը փոփոխվող ռիսկի գործոնների մասին, պացիենտներին խրախուսումը՝ ստանալու պատվաստումներ և անցնել համապատասխան սքրինինգներ, պացիենտի հետ համագործակցումը պացիենտի համար արդյունավետ երաշխավորություններ մշակելու համար և այլն: Քիչ չեն նաև կոլեկտիվ պարտականությունները, որոնք ուղղված են առողջ միջավայր ունեցող դպրոցների, աշխատատեղերի, համայնքների ջատագովությանը, առողջության ամրապնդման և կանխարգելիչ բժշկական օգնության համար հանրային միջոցների ուղղորդման ադվոկացիային (շահապաշտպանություն), ինչպես նաև առողջության ամրապնդման և հիվանդությունների կանխարգելմանն ուղղված հետազոտություններին աջակցությունը, որը թույլ կտա բարելավել ունեցած ապացույցները:

Բ. Բուժաշխատողը պացիենտի հետ իր հարաբերություններում պարտավոր է հարգել պացիենտի արժանապատվությունը, ֆիզիկական և հոգեկան անձեռնմխելիությունը, հիմնական իրավունքները և ազատությունները

Վերևում, համառոտ, բայց խոսվեց մարդու արժանապատվությունն հարգելու բուժաշխատողի պարտականության մասին: Սակայն ՀՀ-ում, օրենսդրության համաձայն, գործող էթիկայի կանոնները առանձնացնում են նաև «պացիենտի արժանապատվություն»

¹¹⁹ <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/sites/amacoedb/files/2022-08/8.11.pdf>

հասկացությունը, որն ունի առանձնահատուկ բաղադրիչներ, պայմանավորված մարդու՝ պացիենտ լինելու հանգամանքով:

Հարգանքը, ինքնավարությունը, քաջալերումը և հաղորդակցությունը գրականության մեջ ճանաչվել են որպես արժանապատվության որոշիչ հատկանիշներ: Հարգանքը ներառում է ինքնահարգանքը, հարգանք ուրիշների հանդեպ, հարգանքը խորհրդապահական տեղեկատվության նկատմամբ, գաղտնիությունը, ինքնավստահություն և վստահություն ուրիշների հանդեպ: Ինքնավարությունը ներառում է ընտրություն ունենալը, ընտրություն կատարելը, որոշումներ կայացնելը, որոշումներ կայացնելու ունակությունը, իրավասությունը, իրավունքները, կարիքները և անկախությունը: Քաջալերումը ներառում է կարևոր և արժեքավոր լինելու զգացումը, ինքնագնահատականը, ինքնարժևորումը, համեստությունը և հպարտությունը: Հաղորդակցությունը կարող է լինել բանավոր կամ ոչ բանավոր, ինչպես նաև ներառում է տեղեկատվության բացատրումն ու պարզաբանումը, հարմարավետության զգացումը և ժամանակ տրամադրելը:¹²⁰ Պացիենտի արժանապատվության նկատմամբ հարգանքը, ինչպես տեսնում ենք, նրա հոգեկան, հուզական և ֆիզիկական բարեկեցության ապահովման նախապայման է բժշկական օգնության և սպասարկման ողջ ժամանակահատվածում, և այն շրջանակային պարտավորությունը, որի շուրջ կառուցվում են բուժաշխատողի մնացյալ էթիկական պարտավորությունները, որոնց մեծամասնությունը տեղ են գտել Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրության մեջ և հանդիսանում են միաժամանակ օրենսդրությամբ ամրագրված պարտականություններ և էթիկական կանոններ: Այսպես, օրինակ, ինքնավարության բաղադրիչը իր արտացոլումն է գտել «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի մի շարք կարգավորումներում, մասնավորապես, օրենքի 14-րդ հոդվածը սահմանում է պացիենտի իրավունքը՝ ընտրելու բժշկական օգնություն, և սպասարկում իրականացնողին և բուժաշխատողին իրազեկ լինելու իր հիվանդությանը և համաձայնություն տալու բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման համար, հրաժարվելու բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալուց: Կամ հաղորդակցման բաղադրիչի մասով, նույն օրենքի 15-րդ հոդվածի համաձայն, բուժաշխատողը պարտավոր է պացիենտին և/կամ նրա օրինական ներկայացուցչին կամ կոնտակտային անձին տեղյակ պահել առողջական վիճակի, հիվանդության ախտորոշման, տրամադրված (տրամադրվող) բժշկական օգնության և սպասարկման, այդ թվում՝ բուժման մեթոդների կիրառման ընթացքի և արդյունքների, ինչպես նաև դրանց հետ կապված ռիսկերի վերաբերյալ:

Ինչպես հաջորդիվ կտեսնենք՝ արժանապատվության բաղադրիչները ներառող պարտականությունները կազմում են բուժաշխատողի կողմից պացիենտի հանդեպ էթիկական պարտավորությունների մեծ մասը և, փաստորեն ձևակերպվել են որպես էթիկայի առանձին կանոններ՝ հաշվի առնելով դրանց առանցքային ու արդեն ինքնուրույն նշանակությունը այդ բուժաշխատող-պացիենտ հարաբերությունների պատկերում:

¹²⁰ Vanessa Lynne Griffin-Heslin RN, RNT, BA (Hons), MSc (Staff Nurse, Accident and Emergency), *Accident and Emergency Nursing*, Volume 13, Issue 4, October, 2005, վերցվել է 15.04.2024, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0965230205000767?via%3Dihub>

Ֆիզիկական և հոգեկան անձեռնմխելիության իրավունքին անդրադառնալով՝ նշենք, որ այն մարդու հիմնական ու առանցքային իրավունքներից է՝ ամրագրված ինչպես միջազգային փաստաթղթերում, այնպես էլ ՀՀ Սահմանադրությունում: Այնուհանդերձ, բժշկական օգնության և սպասարկման ոլորտում այս իրավունքը իրեն ներհատուկ առանձնահատկություններ ունի, և չանդրադառնալով դրա համընդհանուր կոնտեքստին, կարևոր է արձանագրել, որ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 42-րդ հոդվածի համաձայն՝¹²¹ Հայաստանի Հանրապետությունում արգելվում է էվթանազիան՝ պացիենտի խնդրանքով նրա մահվան արագացումը որևէ գործողությամբ, անգործությամբ և միջոցներով: Մինչույն ժամանակ, սահմանադրական մակարդակում արգելվում են եվգենիկական փորձերը, մարդու օրգաններն ու հյուսվածքները շահույթի աղբյուր դարձնելը, մարդու վերարտադրողական կլոնավորումը: Ոչ ոք չի կարող, առանց իր ազատ և հստակ արտահայտած համաձայնության, ենթարկվել գիտական, բժշկական կամ այլ փորձերի:¹²² Իսկ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 16-րդ հոդվածը համաձայնությունը սահմանում է որպես առաջին նախապայման բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու համար, որը պարտադիր չէ միայն որոշակի, օրենքով նախանշված դեպքերում: Մինչև այդ դեպքերը ներկայացնելը ասենք, որ ՀՀ Սահմանադրության 25-րդ հոդվածի 2-րդ մասով սահմանված են այն դեպքերը, երբ օրենքով թույլատրվում է սահմանափակել ֆիզիկական և հոգեկան անձեռնմխելիությունը: Դրանք են՝ պետական անվտանգության, հանցագործությունների կանխման կամ բացահայտման, հասարակական կարգի, առողջության և բարոյականության կամ այլոց հիմնական իրավունքների և ազատությունների պաշտպանության նպատակները: Եվ այսպես, առանց անձի համաձայնության, բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրվում է մարդու կյանքին սպառնացող վտանգի դեպքում, առանձին դեպքերում շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությունների դեպքում, ինչպես և հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց՝ իրենցից բխող վտանգը (ներառյալ՝ իր կամ այլ անձանց կյանքի կամ առողջության համար) կանխելու նպատակով, եթե, առանց հոսպիտալացման, անձի բուժումն արդյունավետ չի կարող կազմակերպվել, և հոգեբուժական օգնության ուշացումը կարող է վտանգ ներկայացնել անձի կյանքին, առողջությանը կամ շրջապատին: Ընդ որում՝ վերջին երկու դեպքում ոչ կամավոր կերպով բուժման կազմակերպումը իրականացվում է ՀՀ դատավարական (քաղաքացիական) օրենսդրության համաձայն՝ համապատասխան ընթացակարգերի խստագույն պահպանմամբ:

Ինչ վերաբերում է մարդու հիմնական իրավունքները և ազատությունները հարգելու էթիկական պարտավորությանը, ապա այդ իրավունքները և ազատությունները ամրագրված են ՀՀ Սահմանադրության 2-րդ գլխում և ներկայացնում են իրավունքների և ազատությունների բավական մեծ սպեկտր (կյանքի իրավունք, ազատ տեղաշարժվելու իրավունք, կանանց և տղամարդկանց իրավահավասարության իրավունք, անձնական ազատության իրավունք, **մասնավոր և ընտանեկան կյանքի, պատվի ու բարի համբավի անձեռնմխելիության իրավունք և այլն**): Այս առումով ակնկալվում է, որ բուժաշխատողները պետք է ունենան իրավագիտակցության բավարար մակարդակ,

¹²¹ <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=190348>

¹²² <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=143723>

տեղյակ լինեն Սահմանադրությամբ երաշխավորված հիմնական իրավունքներին և ազատություններին, հարգեն մարդու իրավունքները ու բացառեն դրանց ոտնահարման դեպքերը:

Գ. Բուժաշխատողը պարտավոր է հարգել պացիենտի մասնավոր և ընտանեկան կյանքի անձեռնմխելիության իրավունքը, հարգալից վերաբերվել նրա դավանած կրոնին, աշխարհայացքին, քաղաքական կամ այլ հայացքներին, անձնական կամ սոցիալական բնույթի այլ հանգամանքներին

Մասնավոր և ընտանեկան կյանքի գաղտնիության իրավունքը, որպես մարդու հիմնական իրավունք, ամրագրված է ինչպես մարդու իրավունքներին վերաբերող միջազգային փաստաթղթերում, այնպես էլ ՀՀ Սահմանադրության մեջ, որի 31-րդ հոդվածը սահմանում է, որ յուրաքանչյուր ոք ունի իր մասնավոր և ընտանեկան կյանքի, պատվի ու բարի համբավի անձեռնմխելիության իրավունք, որը կարող է սահմանափակվել միայն օրենքով՝ պետական անվտանգության, երկրի տնտեսական բարեկեցության, հանցագործությունների կանխման կամ բացահայտման, հասարակական կարգի, առողջության և բարոյականության կամ այլոց հիմնական իրավունքների և ազատությունների պաշտպանության նպատակով:

Բուժաշխատողները բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրելիս, ինչպես օրենսդրությամբ սահմանված պահանջների կատարման ուժով, այնպես էլ պացիենտի, նրա օրինական ներկայացուցչի, կոնտակտային անձի միջոցով ստանում են տեղեկությունների շատ լայն շրջանակ, որոնք կարող են ներառել անձի կենսակերպի, նախընտրությունների և նախասիրությունների, անձնական շփումների և հարաբերությունների, անձի մասին սեփական ընկալումների, պատկերացումների, ընտանիքի, դրա անդամների, ինչպես նաև նրանց միջև հարաբերությունների, կապերի մասին տեղեկություններ: Բուժաշխատողները, բացառությամբ օրենքով նախատեսված դեպքերի, պարտավոր են պահպանել պացիենտների, նրանց օրինական ներկայացուցիչների, կոնտակտային անձանց մասնավոր և ընտանեկան կյանքի գաղտնիությունը, որևէ կերպ չմիջամտել դրան և պահպանել բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու գործընթացում իրենց հայտնի դարձած մասնավոր և ընտանեկան կյանքի մասին տեղեկությունները: Այս էթիկական պարտականության շրջանակում հատկապես կարևոր են առողջության մասին տեղեկությունների գաղտնիության պահպանման հարցերը, որոնց մասով հատուկ կարգավորումներ կան ինչպես «Անձնական տվյալների պաշտպանության մասին», այնպես էլ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» և ոլորտային այլ օրենքնում: Պետք է նկատել, որ Հայաստանի Հանրապետությամբ օրենսդրությամբ՝ բժշկական գաղտնիք են համարվում պացիենտի առողջական վիճակի մասին կամ բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու համար դիմելու կամ ստանալու մասին, ինչպես նաև բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելու ընթացքում պարզված տվյալները: Ստացվում է, որ ՀՀ օրենսդրությունը բժշկական գաղտնիքի հասկացության ներքո տեղեկությունների առավել լայն շրջանակ է նախատեսում, քան ընդամենը առողջության կամ տրամադրված բժշկական օգնության և սպասարկման մասին տեղեկություններն են: Բժշկական գաղտնիքի հասկացության նման լայն մեկնաբանությունը պատահական չէ, քանի բուժաշխատող-պացիենտ հարաբերությունների հիմքում

վատահոգությունն է, որը ձեռք չբերվելու դեպքում ռիսկեր են առաջացնում են ոչ միայն պացիենտի, այլև երբեմն նաև ավելի սոցիալական շրջանակների համար: Չափազանց կարևոր է ոչ միայն հարգել պացիենտի տվյալների գաղտնիությունը, այլ նաև պահպանել նրա վատահոգությունը բժշկական մասնագիտության և ընդհանրապես առողջապահական ծառայությունների նկատմամբ: Առանց նման պահպանության՝ նրանք, ովքեր բժշկական օգնության կարիք ունեն, կարող են կաշկանդված լինել անձնական և ինտիմ բնույթի այնպիսի տեղեկությունների բացահայտումից, որոնք անհրաժեշտ են համապատասխան բուժում ստանալու և նույնիսկ այդպիսին փնտրելու համար՝ դրանով իսկ վտանգելով սեփական առողջությունը, իսկ փոխանցվող հիվանդությունների դեպքում՝ նաև հանրային առողջությունը:¹²³ << օրենսդրությամբ **անձնական կամ ընտանեկան կյանքի գաղտնիությունը խախտելը**, բժշկական գաղտնիքը հրապարակելը առաջացնում է քրեական պատասխանատվություն, իսկ «**Անձնական տվյալների պաշտպանության մասին**» Հայաստանի Հանրապետության օրենքը խախտող մի շարք արարքներ, որոնք չեն պարունակում հանցագործության հատկանիշներ՝ նաև վարչական պատասխանատվություն: Չնայած արդարացիորեն այդ իրավունքի խախտման համար օրենքով խիստ պատասխանատվություն է սահմանված, այդուհանդերձ, «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 11-րդ հոդվածի համաձայն՝ սահմանված են այն բոլոր դեպքերը, երբ առանց անձի համաձայն, գաղտնի տվյալները կարող են փոխանցվել երրորդ անձանց: Այդ դեպքերի գերակշիռ մեծամասնությունը վերաբերում է պետական մարմիններին փոխանցելու դեպքերին և պայմանավորված է դրանց՝ օրենքով վերապահված լիազորությունների պատշաճ իրականացմանը:

Դ. Բուժաշխատողը պարտավոր է ձեռնպահ մնալ պացիենտի վարքի վերաբերյալ դատողություններից և չպարտադրել սեփական մոտեցումներն ու արժեքները

Վարքագծի այս կանոնը պարտադրում է բուժաշխատողին պացիենտի հետ հարաբերություններում ձեռնպահ մնալ նրա վրա ոչ իրավաչափ ցանկացած ազդեցությունից՝ լինի խոսքի կամ այլ ձևերով (օրինակ՝ ոչ վերբալ կոմունիկացիայի դրսևորումներում, որոնք բացասական կարծիք կամ դատապարտում են ներկայացնում) իրականացվող: Անշուշտ, պացիենտ-բուժաշխատող վատահոգության վրա հիմնված հարաբերությունները շատ հաճախ կարող են հիմնված լինել կյանքի տարբեր ասպեկտների վերաբերյալ միանման մոտեցումներ, հայացքներ ունենալու հանգամանքով: Բայց շատ հաճախ բուժաշխատողները կարող են հանդիպել իրենց արժեքները ու հայացքները չկիսող կամ դրանց տրամազծորեն հակառակն ունեցող պացիենտների, և այս դեպքերում բուժաշխատողից պահանջվում է լինել հնարավորինս զուսպ, ունենալ չեզոք դիրքավորում և բացառել սեփական մոտեցումների կամ պատկերացումների պարտադրումը: Պացիենտի վարքը, կենսակերպը, նախասիրությունները, շփումները, սեփական անձի ընկալումները կարող են հասկանալի կամ ընդունելի չլինել բուժաշխատողի համար, սակայն այն հիմք չէ պացիենտի մոտ սեփական արժեքների կամ հայացքների քարոզով զբաղվելը, կամ հոգեբանական հնարքներով պացիենտի վրա ներազդելը: Այս կանոնը, այդուհանդերձ, չի վերաբերում առողջ ապրելակերպի կրթման, առողջության ամրապնդմանն ուղղված վարքագծի ձևավորման բուժաշխատողի պարտականության

¹²³ ՄԻԵԴ, Զ.-ն ընդդեմ Ֆինլանդիայի, փետրվարի 25, 1997, գործ թիվ 22009/93, պարագրաֆ 95:

իրականացմանը, որը բուժաշխատողի մասնագիտական պարտականությունների շրջանակին ներհատուկ գործիք է հանդիսանում:

Ե. Բուժաշխատողը պարտավոր է օգտագործել իր իրավասությունը և մասնագիտական կարողությունները՝ ի շահ և ի բարօրություն պացիենտի, բացառել գործելակերպը, որը հակասում է պացիենտի շահերին կամ ենթադրում կամ ստեղծում է սպառման արհեստական կարիք

Բժիշկների համաշխարհային ասոցիացիայի Ժնևյան հռչակագրում, որն այլ կերպ հայտնի նաև որպես Բժշկի երդում, ի թիվս այլ հանձնառությունների, սահմանվում է, որ պացիենտի առողջությունը բժշկի համար առաջնահերթություն է: Օգտակարությունը, բժշկական էթիկայի կարևորագույն սկզբունքներից մեկն է, որի ապահովումը երաշխավորում է պացիենտի բարեկեցությունը՝ ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական իմաստով: Բուժաշխատողի՝ ինչպես էթիկական, այնպես էլ մասնագիտական պարտականությունն է առաջնորդվել պացիենտի լավագույն շահերով, գործել նրա կարիքներին համապատասխան, ընդ որում՝ ոչ միայն խուսափել վնաս պատճառելուց, այլ հենց բարիք գործել՝ պահպանելով կամ բարելավելով նրա առողջությունը, տրամադրելով նրանց անհրաժեշտ բժշկական օգնություն՝ նրա առողջական և բժշկական կարիքներին համապատասխան: Բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրելիս բուժաշխատողի համար առաջնայինն ու առաջնահերթը պացիենտի շահերն են, և այս իմաստով բուժաշխատողը պարտավոր է բացառել որևէ գործողության իրականացումը, որը կառաջացնի շահերի բախում, ինչը համաձայն նույն ՀՀ կառավարության 2022 թվականի փետրվարի 17-ի թիվ 182-Ն որոշման՝ այն իրավիճակն է, երբ բուժաշխատողի՝ պացիենտի շահերից գործելու պարտականությունը վտանգվում է կամ կարող է վտանգվել կամ որևէ այլ կերպ ներագդեցություն ունենալ՝ ելնելով բուժաշխատողի, նրան փոխկապակցված անձանց և երրորդ անձանց միջև առկա մասնավոր հարաբերություններից: Հենց այս համատեքստում բուժաշխատողից պահանջվում է բացառել գործելակերպը, որը արհեստական սպառման կարիք է ստեղծում պացիենտի համար՝ դեղերի, բժշկական պարագաների, հետազոտությունների կամ բուժման իմաստով: Չի թույլատրվում երրորդ անձանց հետ հարաբերությունների համատեքստում կատարել նշանակումներ, որոնք մասնագիտորեն անհրաժեշտ կամ հիմնավորված չեն, հակասում են պացիենտի լավագույն շահին և կարող են նրա առողջության կամ էլ նյութական վնասի պատճառ հանդիսանալ:

Զ. Բուժաշխատողը պարտավոր է հոգատար լինել պացիենտի նկատմամբ և գործել նվիրումով՝ պացիենտի առողջությունն ամրապնդելու կամ վերականգնելու, վերջինիս կյանքը և դրա որակը պահպանելու համար

Առողջապահական ծառայությունների մատուցումը, որը հարգալից է և բավարարում է պացիենտների և նրանց խնամողների կարիքները, կարևոր է բուժման դրական արդյունքների և դրա որակի բարելավման համար, ինչով և ապահովվում են պացիենտակենտրոն բուժման պահանջների զգալի մասը: Պացիենտների և

բուժաշխատողների միջև արդյունավետ հաղորդակցությունը կարևոր է պացիենտի բուժման և վերականգնման համար:¹²⁴

Բժշկության ինստիտուտը (IOM) նշում է, որ պացիենտակենտրոն բուժում նշանակում է հարգել և արձագանքել յուրաքանչյուր պացիենտի բուժական կարիքներին, նախասիրություններին և արժեքներին բոլոր կլինիկական որոշումներում:¹²⁵

Այսպիսով, «պացիենտակենտրոնություն» նշանակում է նվիրում և հոգատարություն պացիենտի, նրա ընտանիքի անդամների նկատմամբ, նրանց կարիքների վերհանում, գնահատում և պատշաճ արձագանքում, մարդկային և անկաշկանդ, վստահության վրա հիմնված հարաբերությունների ձևավորում, նրանց նկատմամբ ուշադիր, հետևողական վերաբերմունք՝ մարդկային և բուժական կոնտեքստում, բուժաշխատողին հասանելի և թույլատրելի բոլոր հնարավոր միջոցների ու գործիքակազմերի օգտագործում պացիենտի լավագույն շահերի ապահովման համար:

Է. Բուժաշխատողը պարտավոր է իր իրավասության սահմաններում պաշտպանել խոցելի խմբերին պատկանող պացիենտների իրավունքները, այդ թվում՝

- երեխաներին՝ պաշտպանելով նրանց ցանկացած տեսակի ոտնձգությունից,
- տարեցներին՝ նպաստելով նրանց ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական անկախությանը և ինքնասպասարկման կարողությանը՝ նպատակ ունենալով բարելավել նրանց կյանքի որակը,
- հաշմանդամություն ունեցող անձանց:

Մարդն ինքնին խոցելի է, սակայն կան անհատներ, խմբեր և իրավիճակներ, երբ առավել ուշադրություն է պահանջվում: ...Ենթադրվում է, որ երեխաները խոցելի են՝ անկախ նրանց սոցիալական վիճակից: Տարեցները կարող են ավելի խոցելի լինել նրանց ֆիզիկական և երբեմն մտավոր կարողությունների նվազման պատճառով: Հաշմանդամություն ունեցող անձինք օգնության կարիք ունեն իրենց ինքնորոշման իրականացմանը հասնելու և պահպանելու համար: Հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձինք կարող են չկարողանալ պաշտպանել իրենց կամ պահանջել իրենց իրավունքները: Սրանք բոլորը կարելի է համարել որպես հատուկ անհատական խոցելիության «բնական» որոշիչներ:¹²⁶ Չնայած բուժաշխատողը պարտավոր է հավասարապես հարգել բոլոր պացիենտների իրավունքները, սակայն հաշվի առնելով խոցելիության «բնական» որոշիչները, բուժաշխատողը պարտավոր է նաև հանդես գալ հատկապես խոցելի խմբերի պաշտպանության դիրքերից, ինչը նշանակում է, որ, օրինակ, երեխաների պարագայում այդ պաշտպանությունը կարող է ներառել նաև այն դեպքերը, երբ

¹²⁴ Kwame A., Petruca P. M., A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs* **20**, 158 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>

¹²⁵ Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century.* National Academy Press; 2001.

¹²⁶ The Principle of Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity, report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC), 2013, վերցվել է 21.04.2024, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000219494>

ծնողներն են հանդես գալիս որպես իրավունք խախտողներ (օրինակ՝ երբ տարաբնույթ համոզմունքներից ելնելով՝ թույլ չեն տալիս երեխային տրամադրել կենսականորեն անհրաժեշտ բժշկական օգնություն): Համաձայն Ընտանեկան օրենսգրքի 1-ին հոդվածի 7-րդ մասի՝ երեխայի նկատմամբ իրականացվող ցանկացած գործողություն պետք է բխի նրա լավագույն շահերից: Երեխայի լավագույն շահերի ապահովումն ուղղված է Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրությամբ և օրենքներով ամրագրված՝ երեխայի իրավունքների արդյունավետ և ամբողջական իրականացմանը, ինչպես նաև երեխայի զարգացմանը՝ հաշվի առնելով երեխայի մտավոր և ֆիզիկական կարիքները, այդ կարիքների բավարարման համար համապատասխան խնամքի և դաստիարակության հնարավորությունը, ընտանիք վերադառնալու կամ ընտանիքի հետ ապրելու կարևորությունը, երեխայի զարգացման համար ծնողի և ընտանիքի այլ անդամների հետ շփվելու կարևորությունը, ազգային պատկանելության հարցը, երեխայի մշակութային, լեզվական, հոգևոր կամ կրոնական կապերը կամ դաստիարակությունն ու նշանակությունն ընտանեկան միջավայրում և այլ կարիքները, պահանջները և շահերը երեխայի լավագույն շահերի ապահովումն ուղղված է Հայաստանի Հանրապետության Սահմանադրությամբ և օրենքներով ամրագրված՝ երեխայի իրավունքների արդյունավետ և ամբողջական իրականացմանը, ինչպես նաև երեխայի զարգացմանը՝ հաշվի առնելով երեխայի մտավոր և ֆիզիկական կարիքները, այդ կարիքների բավարարման համար համապատասխան խնամքի և դաստիարակության հնարավորությունը, ընտանիք վերադառնալու կամ ընտանիքի հետ ապրելու կարևորությունը, երեխայի զարգացման համար ծնողի և ընտանիքի այլ անդամների հետ շփվելու կարևորությունը, ազգային պատկանելության հարցը, երեխայի մշակութային, լեզվական, հոգևոր կամ կրոնական կապերը կամ դաստիարակությունն ու նշանակությունն ընտանեկան միջավայրում, և այլ կարիքները, պահանջները և շահերը:¹²⁷ Բուժաշխատողները պարտավոր են ապահովել ոչ միայն օրենսդրությամբ տարեցներին ու հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար երաշխավորված բժշկական օգնությունը և սպասարկումը, դրանց ամբողջական և լրիվ ծավալը՝ մասնագիտական էթիկայի կանոնների պահպանմամբ, այլև իրենց իրավասության սահմաններում ապահովել նրանց իրավունքների պաշտպանության մեխանիզմներին հասանելիություն բոլոր այն դեպքերում, երբ դրանց պաշտպանությունը օրենսդրությամբ այլ մարմինների է վերապահված, մասնավորապես՝ ի պաշտոնե հայտնի դարձած խախտումների մասին օրենսդրությամբ սահմանված կարգով արձանագրել և տեղեկացնել իրավասու մարմիններին, կազմակերպություններին հետագա գործընթացները ապահովելու համար:

Ը. Բուժաշխատողը պարտավոր է իր մասնագիտական գործունեության ընթացքում բացառել որևէ հիմքով խտրականություն կամ խոշտանգման, դաժան, անմարդկային կամ նվաստացուցիչ վերաբերմունքը պացիենտի նկատմամբ

«Սահմանադրության 29-րդ հոդվածի համաձայն՝ խտրականությունը, կախված սեռից, ռասայից, մաշկի գույնից, էթնիկ կամ սոցիալական ծագումից, գենետիկական հատկանիշներից, լեզվից, կրոնից, աշխարհայացքից, քաղաքական կամ այլ հայացքներից,

¹²⁷ <http://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=186962>

ազգային փոքրամասնությանը պատկանելությունից, գույքային վիճակից, ծնունդից, հաշմանդամությունից, տարիքից կամ անձնական կամ սոցիալական բնույթի այլ հանգամանքներից, արգելվում է: «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 31-րդ հոդվածի համաձայն՝ բուժաշխատողը պարտավոր է անխտրական վերաբերմունք ցուցաբերել պացիենտի նկատմամբ: Այս պարտականության շրջանակում կարևոր է, որպեսզի բուժաշխատողները բացառեն որոշակի հիվանդություններով պացիենտների կամ հասարակության առանձին, փոքր խմբերին պատկանող անձանց նկատմամբ անհավասար, խտրական, անհարգալից վարքագծի բացառումը կամ բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման մերժումը: Այս վարքագծի կանոնի համատեքստում պետք է նշել, որ ՀՀ Քրեական օրենսգրքի 203-րդ հոդվածի համաձայն՝ խտրականությունը տարբերակված վերաբերմունքի դրսևորումը, որը ոտնահարում է անձի իրավունքները կամ ազատությունները, կամ որով անձին առավելություններ են տրվում՝ առանց օբյեկտիվ հիմքի կամ իրավաչափ նպատակի՝ սեռի, ռասայի, մաշկի գույնի, էթնիկ կամ սոցիալական ծագման, գենետիկական հատկանիշների, լեզվի, կրոնի, աշխարհայացքի, քաղաքական կամ այլ հայացքների, ազգային փոքրամասնությանը պատկանելության, գույքային վիճակի, ծննդի, առողջական վիճակի, հաշմանդամության, տարիքի կամ անձնական կամ սոցիալական բնույթի այլ հանգամանքների հիմքով, առաջացնում է քրեական պատասխանատվություն:

ՀՀ կողմից վավերացված Խոշտանգումների և այլ դաժան, անմարդկային կամ նվաստացնող վերաբերմունքի ու պատժի դեմ կոնվենցիայի 1-ին հոդվածի համաձայն՝ «խոշտանգում» հասկացությունը նշանակում է ցանկացած գործողություն, որով որևէ անձի դիտավորությամբ պատճառվում է մարմնական կամ մտավոր ուժեղ ցավ կամ տառապանք՝ նրանից կամ երրորդ անձից տեղեկություններ կամ խոստովանություն կորզելու, այն գործողության համար պատժելու, որի կատարման մեջ կասկածվում է նա կամ երրորդ անձը, կամ նրան կամ երրորդ անձին վախեցնելու կամ հարկադրելու նպատակով, կամ ցանկացած տեսակի խտրականության վրա հիմնված ցանկացած պատճառով, երբ նման ցավը կամ տառապանքը պատճառվում է պետական պաշտոնյայի կամ պաշտոնապետ հանդես եկող այլ անձի կողմից կամ նրանց դրդմամբ կամ համաձայնությամբ: Սա չի ներառում այն ցավն ու տառապանքը, որոնք բխում են օրինական պատժամիջոցներից միայն կամ հատուկ են դրանց:

Բուժաշխատողների կողմից խոշտանգման, դաժան, անմարդկային կամ նվաստացուցիչ վերաբերմունքի հետ կապված խնդիրները հատկապես կարող են ծագել քրեակատարողական հիմնարկներում, հոգեբուժական հաստատություններում գտնվող պացիենտների նկատմամբ: Այս առումով պետք է հիշել, որ խոշտանգումը, համարժեք այլ անմարդկային արարքը, որը պատճառել է մարդու առողջությանը ծանր վնաս կամ ուժեղ տառապանք, ևս քրեական պատասխանատվություն առաջացնող արարք է, իսկ «Հոգեբուժական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքը սահմանում է, որ հոգեկան առողջության խնդիրներ ունեցող անձանց նկատմամբ կարող են օրենքով նախատեսված դեպքերում կիրառվել ֆիզիկական զսպման, մեկուսացման միջոցները կամ հանդարտեցման մեթոդներ, սակայն դրանք չեն կարող կիրառվել հոգեկան առողջության խնդիր ունեցող անձին ծաղրուծանակի ենթարկելու, դիմադրությունը հաղթահարելուն ուղղված անհամաչափ ֆիզիկական կամ հոգեբանական բռնություն գործադրելու, կամ ֆիզիկական,

կամ հոգեկան բռնություն գործադրելու սպառնալիքի, կամ պատիվը, կամ արժանապատվությունը նվաստացնելու ձևով կամ պատժելու նպատակով:

3) ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԷԹԻԿԱՅԻ ԿԱՆՈՆՆԵՐԸ ԵՎ ՕՐԵՆՍԴՐԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂ-ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂ ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ

Բուժաշխատողն իր մասնագիտական գործունեությունն իրականացնում է հավասարության, արդարության, համերաշխության սկզբունքներին համապատասխան, որոնց շրջանակներում պարտավոր է՝

- 1) հարգել այլ բուժաշխատողների իրավունքները և օրինական շահերը,**
- 2) հարգալից վերաբերմունք և քաղաքավարություն դրսևորել այլ բուժաշխատողների նկատմամբ,**
- 3) դրսևորել համագործակցային վարքագիծ և փոխվստահություն այլ բուժաշխատողների նկատմամբ,**
- 4) պացիենտներ ներգրավելու նպատակով չթերագնահատել կամ որևէ այլ կերպ բացասական գնահատականներ չտալ այլ բուժաշխատողների վերաբերյալ,**
- 5) իր պատվին և արժանապատվությանը համապատասխան դրսևորել հասարակական և մասնագիտական վարքագիծ:**

Ամենահումանիստական մասնագիտություններից մեկի՝ բժշկական մասնագիտության կրողները առանձնահատուկ դիրքավորում ունեն հասարակության մեջ, և նրանցից ակնկալվող բարեվարք վարքագիծը հավասարապես պետք է տարածվի գործընկեր բուժաշխատողների նկատմամբ:

Այլ բուժաշխատողների իրավունքները և օրինական շահերը հարգելը ենթադրում է բուժաշխատողի կողմից իր և այլ բուժաշխատողների մասնագիտական պարտականությունների հստակ շրջանակի իմացություն և դրա ճշգրիտ պահպանում, պատասխանատվության ստանձնում սեփական արարքների համար, բուժաշխատողների՝ օրենքով նախատեսված հիմնական և այլ իրավունքների, ազատությունների հարգում և դրանց խախտման, ոտնահարման, դրանց նկատմամբ որևէ կարգի ոտնձգության բացառում: Հատկապես ավագ բուժաշխատողները պետք է բացառեն իրենց զբաղեցրած դիրքի ուժով միջին կամ կրտսեր բուժաշխատողների իրավունքների և ազատությունների հնարավոր խախտումները, ինչպես և իրենց գործընկերների իրավունքների և օրինական շահերի խախտումների վերաբերյալ տեղեկանալու դեպքում սահմանված ընթացակարգերով պետք է տեղեկացնեն իրավասու անձանց կամ մարմիններին:

Հարգալից վերաբերմունքի և քաղաքավարության դրսևորումը ենթադրում է գործընկերների արժևորում, ֆիզիկական կամ հոգեբանական, կամ խոսքի միջոցով բռնության կամ բռնության սպառնալիքի իսպառ բացառում, առողջ աշխատանքային միջավայրի ձևավորման մեջ սեփական ջանքերի ներդրում: Այն նաև պահանջում է բուժաշխատողից բացառել գործընկերների մասին չարախոսելը կամ բամբասելը:

Մասնագիտական պարտականությունների պատշաճ կատարումը ենթադրում է նաև համագործակցային վարքագիծ և փոխվստահություն այլ բուժաշխատողների նկատմամբ, որը պետք է դրսևորվի գիտելիքների, խորհրդատվության, ինչպես նաև մասնագիտական գործունեության համար անհրաժեշտ տեղեկատվության պատշաճ և ազատ փոխանակմամբ, առողջ մասնագիտական շփումներում, իսկ եթե բուժաշխատողի գործառույթները ներառում են հսկողական կամ ղեկավարման աշխատանքներ, ապա դրանց իրականացումը կատարվի համապատասխան ընթացակարգերի պատշաճ պահպանմամբ:

Գործընկերային հարաբերությունները, ի թիվս այլոց, պահանջում են պացիենտներ ներգրավելու նպատակով չթերագնահատել կամ որևէ այլ կերպ բացասական գնահատականներ չտալ այլ բուժաշխատողների մասնագիտական գործունեությանը, այդուհանդերձ, այս պահանջը չի վերաբերում բուժաշխատողի պարտականություններից բխող մասնագիտական կամ փորձագիտական եզրակացությունների, կարծիքների տրամադրմանը, որտեղ կարող են արձանագրվել կամ մատնանշվել բացթողումներ կամ թերացումներ ու վրիպումներ: Այս պահանջը բացառապես վերաբերում է պացիենտներին իրենց բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրած բուժաշխատողներից անհիմն հիասթափեցնելուն, նրանց աշխատանքը վարկաբեկելուն և պացիենտների ներգրավմանն ուղղված այլ՝ ոչ բարեվարք վարքագծին: Եվ վերջապես, նշվեց, որ բուժաշխատողներն ունեն հատուկ դերը հասարակության մեջ, որն ավանդաբար ասոցացվում է մարդասիրության, նվիրումի, անձնագրիության հետ, ուստի բուժաշխատողներից ակնկալվում է հասարակական կյանքում դրսևորել այդ ընկալումներին ու պատկերացումներին հարիր հանրային պահվածք և վարքագիծ, որը պետք է օրինակելի ու «վարակիչ» լինի հասարակության այլ անդամների համար:

4) ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂԻ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԷԹԻԿԱՅԻ ԿԱՆՈՆՆԵՐԸ ԵՎ ՕՐԵՆՍԴՐԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ ՀԱՆՐԱՅԻՆ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ՈԼՈՐՏՈՒՄ

Ա. Մասնագիտական գործունեության իրականացման ընթացքում բուժաշխատողը հանրային առողջության պահպանման նպատակով պարտավոր է՝ սահմանված կարգով անհապաղ տեղեկացնել իրավասու մարմիններին շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությունների ցանկում Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ հաշվառման և հաղորդման ենթակա հիվանդությունների մասին

Բուժաշխատողների մասնագիտական էթիկայի կանոնների և ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված նրանց պարտականությունների համընկման ամենահաճախ հանդիպող ոլորտը հանրային առողջության պահպանման ոլորտն է:

Շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությունների ցանկը սահմանված է ՀՀ կառավարության 2001 թվականի դեկտեմբերի 27-ի թիվ 1286 որոշմամբ, որի մեջ ընդգրկված է վտանգի տարբեր աստիճան ունեցող հիվանդությունների մեծ համախումբ, իսկ դրանք հայտնաբերելու և իրավասու մարմիններին տեղեկացնելու, հաղորդելու

կարգերը հիմնականում սահմանված են ՀՀ սանիտարական օրենսդրությամբ և, մասնավորապես, առողջապահության նախարարի շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող տարբեր հիվանդությունների (օրինակ՝ տուբերկուլյոզ, դիֆտերիա, վարակիչ այլ հիվանդություններ) կանխարգելմանն ուղղված **սանիտարական կանոններով և հիգիենիկ նորմատիվներով, որպես նորմատիվ հրամաններ, հրապարակվում են պաշտոնական հրապարակումների մասնական կայքում arlis.am:**

Բ. Մասնագիտական գործունեության իրականացման ընթացքում բուժաշխատողը հանրային առողջության պահպանման նպատակով պարտավոր է ռազմական կամ արտակարգ դրության կամ արտակարգ իրավիճակի դեպքում իրավասու մարմնի պահանջով տրամադրել բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայություններ՝ շարունակելով սպասարկել նաև իր պացիենտներին

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 22-րդ հոդվածի համաձայն՝ արտակարգ իրավիճակներում կամ ՀՀ նկատմամբ օտարերկրյա պետության կողմից իրականացված ռազմական գործողությունների կամ ահաբեկչական գործողությունների արդյունքում, ըստ իրավիճակի, տուժածների թվի, վնասվածքների բնույթի, առողջապահության նախարարը իրավասու է որոշել պետության կողմից երաշխավորված բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների կամ դրանց մի մասի կողմից պացիենտների պլանային, հիվանդանոցային բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն ամբողջությամբ կամ մասնակի դադարեցնելու մասին՝ «Ռազմական դրության իրավական ռեժիմի մասին» օրենքին համապատասխան:

Եթե վերը նշված կարգով պացիենտների պլանային հիվանդանոցային բժշկական օգնությունն ու սպասարկումն ամբողջությամբ կամ մասնակի դադարեցվում է, ապա հիվանդանոցային բժշկական օգնությունը և սպասարկումը տրամադրվում է բացառապես արտակարգ իրավիճակների կամ Հայաստանի Հանրապետության նկատմամբ օտարերկրյա պետության կողմից իրականացված ռազմական գործողությունների կամ ահաբեկչական գործողությունների արդյունքում տուժած անձանց կամ այլ անձանց՝ անհետաձգելի բժշկական օգնություն և սպասարկում պահանջող հիվանդությունների և վիճակների դեպքում:

Մասնագիտական գործունեության իրականացման ընթացքում բուժաշխատողը հանրային առողջության պահպանման նպատակով պարտավոր է համագործակցել իրավասու մարմինների հետ՝ հիվանդությունների և առողջության հետ կապված այլ խնդիրների կանխարգելմանն ուղղված միջոցառումների իրականացման գործում:

Այս էթիկական կանոնը ենթադրում է համագործակցային ձևաչափի պահպանում ինչպես սահմանված ընթացակարգերի շրջանակում, այնպես էլ կամավոր կարգով, հանրային առողջության հետ կապված խնդիրների կանխարգելման գործնական միջոցառումներին հնարավորին ակտիվ մասնակցություն, այդ թվում նաև մասնակցություն ոլորտային իրավական ակտերի նախագծերի, ռեսուրսների բաշխմանն ուղղված հանրային քննարկումներին, մասնագիտական կարծիքի տրամադրում և այլ գործողություններ, որոնք

կարող են օգտակար հանրային առողջության պահպանման քաղաքականությունների մշակման և իրականացման գործում:

Մասնագիտական գործունեության իրականացման ընթացքում բուժաշխատողը հանրային առողջության պահպանման նպատակով պարտավոր է իրավասու մարմիններին տրամադրել իրեն հասանելի տեղեկատվությունը հանրային առողջապահության հետ կապված փաստերի և հանգամանքների վերաբերյալ և ապահովել հանրային առողջության պահպանման ոլորտում իրավասու մարմինների որոշումները՝ պահպանելով մասնագիտական էթիկայի կանոնները:

Այս կանոնը չթաքցնելու, ինչպես նաև ոչ ամբողջական կամ ոչ հավաստի տեղեկատվություն տրամադրելու անթույլատրելիության մասին է: Ոչ միայն ՀՀ առողջապահության նախարարությունը կամ «Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոն» ՊՈԱԿ-ը, այլև պետական բազմաթիվ մարմիններ, որպիսիք են այլ նախարարությունները (օրինակ՝ էկոնոմիկայի, ներքին գործերի, աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարությունները), տեսչությունները, մարզպետները կամ համայնքները հանրային առողջապահության ոլորտում ունեն լիազորությունների և գործառույթների բավական մեծ շրջանակ: Ուստի դրանց իրականացման ընթացքում, այդ մարմինների օրինական պահանջի դեպքում, բուժաշխատողները պարտավոր են դրանց տրամադրել իրենց տնօրինման ներքո գտնվող սպառիչ ու ամբողջական տեղեկատվություն, ինչպես և ապահովել այդ մարմինների հանրային առողջության պահպանման ոլորտում ընդունվող որոշումները, եթե դրանց կատարման մեջ իրենք ներգրավված են՝ անկախ ներգրավման ձևից՝ թե՛ որպես իրականացնողներ կամ աջակցողներ և թե՛ որպես հսկողներ:

5) ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԷԹԻԿԱՅԻ ԿԱՆՈՆՆԵՐԸ ԵՎ ՕՐԵՆՍԴՐԱԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂ-ԵՐՐՈՐԴ ԱՆՁ ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ

Բուժաշխատողն իրավունք չունի առողջապահության բնագավառում, մասնավորապես, դեղերի, բժշկական արտադրատեսակների արտադրության, մեծածախ և մանրածախ ներմուծման, արտահանման գործունեություն իրականացնողից ընդունել նվեր կամ տալ այն հետագայում ընդունելու համաձայնություն, եթե ողջամտորեն կարող է ընկալվել, որ այն կապված է մասնագիտական պարտականությունների իրականացման հետ, որը կարող է ուղղակի կամ անուղղակի կերպով ազդել իր կողմից իրականացվող մասնագիտական գործունեության որակի կամ համապատասխանության վրա:

Ինչպես տեսնում ենք, «երրորդ անձինք» հասկացությունը այստեղ բավական նեղ և հստակ որոշված իմաստով է օգտագործվում: Բուժաշխատողները չափազանց զգույշ պետք է լինեն դեղերի և բժշկական արտադրատեսակների շրջանառությամբ զբաղվող կազմակերպությունների հետ հարաբերվելիս, քանի որ այդ հարաբերությունները շահերի

բախման մեծ ռիսկեր են առաջացնում: ՀՀ օրենսդրությունն արդեն իսկ այդ ռիսկերը կանխարգելելու առումով որոշ քայլեր կատարել է: Այսպես, «Դեղերի մասին» օրենքի 28-րդ հոդվածի 13-րդ մասի համաձայն՝ բժշկական և դեղագործական համակարգում գործունեություն իրականացնող անձանց շրջանում դեղեր գովազդելիս արգելվում է առաջարկել, տրամադրել կամ խոստանալ դեղերի անվճար նմուշներ, նվերներ, շահույթ կամ վարձատրություն՝ դրամական կամ իրային արտահայտությամբ: Բժշկական և դեղագործական համակարգում գործունեություն իրականացնող անձանց արգելվում է պահանջել կամ ընդունել ցանկացած կարգի խրախուսում՝ բացառությամբ գնային զեղչերի և արտոնությունների, ինչպես նաև մասնագիտական և գիտական նպատակներով միջոցառումների աջակցությունը: **«Երեխաներին կրծքով կերակրման խրախուսման և մանկական սննդի շրջանառության մասին» 14-րդ հոդվածի համաձայն՝** մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում ընդգրկված բուժաշխատողներին արգելվում է՝

- մանկական սննդի և հարակից ապրանքների վաճառքով, իրացման, գովազդի կամ խրախուսման այլ ձևերով զբաղվելը,
- արտադրողից և/կամ բաշխողից կամ նրանց անունից հանդես եկող այլ կազմակերպությունից որևէ նվեր, շնորհ կամ պարգև դրամական կամ որևէ այլ տեսքով ընդունելը,
- մանկական սննդի և հարակից ապրանքների նմուշներ ընդունելը կամ տրամադրելը,
- մանկական սննդի օգտագործման ցուցադրումը, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ մանկական կաթնախառնուրդով կերակրելն անհրաժեշտ է՝ ելնելով բժշկական ցուցումներից, կամ եթե մայրն ընտրել է մանկական սննդով կերակրումը:

Հաշվի առնելով վերը ներկայացվածը և բուն մասնագիտական էթիկայի կանոնը, նվերների, շահույթի կամ վարձատրության ստացումը դեղերի, բժշկական արտադրատեսակների շրջանառությամբ զբաղվող կազմակերպություններից հակասում է ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված պահանջներից և կարող է առաջացնել օրենքով նախատեսված պատասխանատվության:

ԳԼՈՒԽ 7. ԲՈՒԺԱՇԽԱՏՈՂՆԵՐԻ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ԷԹԻԿԱՅԻ ԿԱՆՈՆՆԵՐԻ ԽԱԽՏՈՒՄՆԵՐԸ ՔՆՆՈՂ ԷԹԻԿԱՅԻ ՀԱՆՁՆԱԺՈՂՈՎԸ, ՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱՅԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

7.1 Իրավական պատասխանատվությունը

Բուժաշխատողների մասնագիտական էթիկայի կանոնների խախտումների համար պատասխանատվության սպեկտրը չափազանց լայն է: Ստորև կխոսվի էթիկայի հանձնաժողովի խողովակով էթիկայի կանոնի խախտման դեպքում ծագող պատասխանատվության տեսակների մասին: Բայց պետք է հաշվի առնել, որ բուժաշխատողի՝ էթիկայի կանոնների խախտումները կարող են առաջացնել նաև պատասխանատվության այլ տեսակներ, ինչպես քրեական, այնպես էլ վարչական, քաղաքացիաիրավական կամ կարգապահական պատասխանատվություն՝ արդեն բուն գործատուի նախաձեռնությամբ, եթե նույնիսկ խախտման դեպքը չի քննվել էթիկայի հանձնաժողովում: Ամեն դեպքում, պատասխանատվության տեսակը կախված է տվյալ արարքի (կանոնի խախտման) հանրային վտանգավորության աստիճանից, բնույթից, ինչպես և առաջացրած հետևանքներից:

Ըստ այդմ, առավել բարձր աստիճան ունեցող հանրային վտանգավորություն ունեցող արարքները քրեական պատասխանատվություն են առաջացնում, և դրանք նախատեսված են ՀՀ Քրեական օրենսգրքով, օրինակ՝ անձնական կամ ընտանեկան կյանքի գաղտնիությունը խախտելը, բժշկական գաղտնիք հրապարակելը, ապացուցողական բժշկության սկզբունքների վրա չհիմնված գործողությամբ բժշկական գործառույթ իրականացնելը, եթե դա անզգուշությամբ միջին կամ թեթև ծանրության վնաս է պատճառել մարդու առողջությանը կամ մահ, կամ առողջությանը ծանր վնասի պատճառում կամ այլ ծանր հետևանք: Իսկ ահա մոր և մանկան առողջության պահպանման ոլորտում ընդգրկված բուժաշխատողի կողմից մանկական սննդի և հարակից ապրանքների վաճառքով, իրացման, գովազդի և/կամ խրախուսման այլ ձևերով զբաղվելը, հոգեբուժական կազմակերպություն ընդունված անձի իրավունքների, ազատությունների, դրանց սահմանափակումների, ինչպես նաև հոգեկան խանգարման բնույթի, առաջարկվող բուժման նպատակի, մեթոդաբանության, տևողության, ինչպես նաև կողմնակի ազդեցության և ակնկալվող արդյունքների, հոգեբուժական օգնությունից և սպասարկումից հրաժարվելու հետևանքների վերաբերյալ օրենքով սահմանված կարգով չիրազեկելը առաջացնում է վարչական պատասխանատվություն՝ տուգանքի ձևով:

Ինչ վերաբերում է էթիկայի կանոնի խախտման հետևանքով քաղաքացիաիրավական պատասխանատվությանը, ապա էթիկայի կանոնի խախտման դեպքում քաղաքացին կարող է ՀՀ Քաղաքացիական օրենսգրքով սահմանված կարգով պահանջել վնասի հատուցում պատճառված գույքային վնասի, ինչպես և կյանքին ու առողջությանը պատճառված վնասի դեպքում, օրինակ՝ բուժաշխատողի կողմից սպառման

արհեստական կարիքի արգելքի էթիկական կանոնի խախտման դեպքում, չհիմնավորված հետազոտությունների և դեղերի նշանակումների դեպքում:

Այլ դեպքերում էթիկայի կանոնների խախտումները կարող են հանգեցնել կարգապահական պատասխանատվության՝ նկատողություն, խիստ նկատողություն և նույնիսկ աշխատանքից ազատման՝ ՀՀ աշխատանքային օրենսդրությամբ սահմանված կարգով:

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի համաձայն՝ բուժաշխատողների մասնագիտական էթիկայի կանոնների խախտման դեպքերը (բացառությամբ՝ քրեական կամ վարչական պատասխանատվություն առաջացնող խախտումներ) քննում և համապատասխան որոշումներ կայացնում է էթիկայի հանձնաժողովը: Օրենքը սահմանել է էթիկայի հանձնաժողովի ներկայացուցչականության և անկախության ապահովման երաշխիքներ՝ ամրագրելով, որ դրանում ընդգրկվում են մեկական ներկայացուցիչ բուժաշխատողներից, պացիենտների իրավունքների պաշտպանությամբ զբաղվող հասարակական կազմակերպություններից, երկու իրավաբան, բժշկագիտության ոլորտում գործունեություն ծավալող երկու գիտական աշխատող կամ գիտնական, հոգեբան՝ ըստ այդմ բացառելով պետական մարմիններից ներկայացուցիչների մասնակցությունը հանձնաժողովի աշխատանքներին: Օրենսդիրը սահմանել է նաև հանձնաժողովի անդամների կենսափորձին և կրթությանը ներկայացվող պահանջներ՝ սահմանելով, որ դրա անդամ կարող են ընտրվել 35 տարին լրացած, բարձրագույն կրթություն և առնվազն 10 տարվա աշխատանքային ստաժ ունեցող Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիները: Էթիկայի հանձնաժողովում իրենց պարտականություններն իրականացնելիս հանձնաժողովի անդամներն անկախ են, առաջնորդվում են Սահմանադրությամբ և օրենսդրությամբ: Էթիկայի հանձնաժողովը ձևավորվում է մրցութային կարգով, որի ընթացակարգը, ինչպես և հանձնաժողովի աշխատակարգը և գործերի քննության կարգը սահմանված են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2022 թվականի նոյեմբերի 8-ի թիվ 75-Ն հրամանով:

Էթիկայի ենթադրյալ խախտումների դեպքում հանձնաժողովին կարող են դիմել պացիենտը, նրա օրինական ներկայացուցիչը, կոնտակտային անձը, մահացած պացիենտի ընտանիքի անդամը, բուժաշխատողները, բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպության իրավասու անձը, ինչպես նաև պետական և տեղական ինքնակառավարման մարմինները:

Էթիկայի հանձնաժողովը կարող է վարույթներ հարուցել նաև սեփական նախաձեռնությամբ ընդունված որոշմամբ՝ զանգվածային լրատվության միջոցներով հայտնի դարձած տեղեկատվության հիման վրա:

Հիշատակված հրամանով սահմանված են դիմումը ներկայացնելու, մուտքագրելու, վարույթ հարուցելու, գործերը քննելու, այդ թվում՝ կողմերին լսելու, որոշումներ ընդունելու, դրանք բողոքարկելու և կատարման ներկայացնելու հստակ ընթացակարգային կարգավորումներ:

Կարևոր է նշել, որ էթիկայի հանձնաժողովը դիմումները քննում է օրինականության, կողմերի իրավահավասարության, համաչափության սկզբունքների հիման վրա: Էթիկայի հանձնաժողովում գործերը քննելիս ապացուցման պարտականությունը իր համար բարենպաստ հանգամանքների առկայության մասով կրում է այն բուժաշխատողը, որի դեմ ներկայացվել է դիմումը, իսկ բուժաշխատողի համար անբարենպաստ հանգամանքների առկայության մասով՝ դիմում ներկայացնողը:

Գործերի քննության արդյունքում էթիկայի հանձնաժողովը, բաց քվեարկությամբ, ձայների պարզ մեծամասնությամբ կայացնում է հետևյալ որոշումներից մեկը.

1) քրեական կամ վարչական պատասխանատվություն նախատեսող առերևույթ արարքներ հայտնաբերելու դեպքում կամ մասնագիտական էթիկայի կանոնների խախտման բացակայության հիմքով՝

ա. մերժել դիմումը կամ

բ. դադարեցնել գործի քննությունը սեփական նախաձեռնությամբ գործի քննությունն սկսելու դեպքերում,

2) օրենքով քրեական կամ վարչական պատասխանատվություն չնախատեսող մասնագիտական էթիկայի կանոնների խախտման հաստատման դեպքում՝

ա. առողջապահության նախարարին ներկայացնել առաջարկություն առաջին անգամ խախտում կատարած բուժաշխատողին նկատողություն տալու վերաբերյալ,

բ. մեկ տարվա ընթացքում կրկին բուժաշխատողի կողմից մասնագիտական էթիկայի կանոնի խախտում կատարվելու դեպքում առողջապահության նախարարին ներկայացնել առաջարկություն բուժաշխատողին խիստ նկատողություն տալու վերաբերյալ,

գ. մեկ տարվա ընթացքում երրորդ անգամ բուժաշխատողի կողմից մասնագիտական էթիկայի կանոնի խախտում կատարվելու դեպքում առողջապահության նախարարին ներկայացնել առաջարկություն՝ կասեցնել բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողի լիցենզիան միայն տվյալ բուժաշխատողի մասով՝ մեկ ամիս ժամկետով՝ հիմք ընդունելով «Լիցենզավորման մասին» օրենքի 36-րդ հոդվածի 1-ին մասի 12-րդ կետը:

Էթիկայի հանձնաժողովի որոշումները խորհրդատվական բնույթ ունեն, այդուհանդերձ, դրանք կարող են բողոքարկվել ինչպես բողոք ներկայացնողի, այնպես էլ բուժաշխատողի կողմից: Բողոքարկման արդյունքում վերջնական որոշումներ ընդունելուց հետո դրանք սահմանված կարգով ներկայացվում են ՀՀ առողջապահության նախարարին, որն արդեն, կախված որոշումից, նկատողություն կամ խիստ նկատողություն տալու դեպքերում դրանք առաջարկում է կատարման համապատասխան գործատուներին, իսկ մեկ տարվա ընթացքում երրորդ անգամ բուժաշխատողի կողմից մասնագիտական էթիկայի կանոնի խախտման դեպքում, «Լիցենզավորման մասին» ՀՀ օրենսդրության համաձայն, ընդունում է որոշում բժշկական օգնության և սպասարկման լիցենզիան տվյալ բուժաշխատողի մասով կասեցնելու վերաբերյալ:

Պետք է ընդգծել, որ պատասխանատվության այս տեսակները գործելու են մինչև 2026 թվականի հունվարի մեկը, որից հետո բուժաշխատողների անհատական

լիցենզավորման համակարգի ներդրման մասով կատարված օրենսդրական փոփոխությունների ուժի մեջ մտնելու արդյունքում օրենքով քրեական կամ վարչական պատասխանատվություն չնախատեսող մասնագիտական էթիկայի կանոնների խախտման հաստատման դեպքում՝ էթիկայի հանձնաժողովը ՀՀ առողջապահության նախարարին իրավասու է լինելու ներկայացնել առաջարկություն մեկ տարվա ընթացքում առաջին անգամ մասնագիտական էթիկայի կանոնի խախտում կատարած բուժաշխատողի անհատական լիցենզիայի կամ անցումային անհատական լիցենզիայի գործողությունը մեկ ամիս ժամկետով կասեցնելու վերաբերյալ, իսկ մեկ տարվա ընթացքում կրկին խախտում կատարելու դեպքում լիցենզիայի գործողությունը երեք ամիս ժամկետով կասեցնելու վերաբերյալ՝ հիմք ընդունելով «Լիցենզավորման մասին» օրենքի 36-րդ հոդվածի 1-ին մասի 12-րդ կետը:

Պետք է նաև ավելացնել, որ, բացի բուժաշխատողների մասնագիտական էթիկայի կանոնների խախտումները քննող հանձնաժողովից, «Դեղերի մասին» օրենքի և ՀՀ կառավարության 2022 թվականի դեկտեմբերի 29-ի «Հայաստանի Հանրապետությունում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելիս ներպատվաստման և փոխպատվաստման շրջանակներում կլինիկական փորձարկումների իրականացման կարգը սահմանելու մասին» թիվ 2101-Ն որոշման համաձայն՝ դեղերի և բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնելիս ներպատվաստման և փոխպատվաստման շրջանակներում կլինիկական փորձարկումների ոլորտում գործում են էթիկայի հանձնաժողովներ, որոնց գործունեության շրջանակները և նպատակները այլ են: Դրանք, հիշատակված իրավական ակտերի պահանջներին համապատասխան, տրամադրում են համապատասխան եզրակացություններ, որոնք պարտադիր են կլինիկական փորձարկումների թույլտվություններ տրամադրելու համար: Այդ հանձնաժողովների գործունեության հիմնական նպատակն է կլինիկական փորձարկումների մասնակից շահագրգիռ անձանց իրավունքների պաշտպանության, կլինիկական փորձարկումներին մասնակցելու կամավորության, մասնակիցների անվտանգության երաշխիքների ապահովումը: Այդ հանձնաժողովները ևս գործում են հասարակական հիմունքներով և ունեն լայն ներկայացուցչություն՝ կազմված են իրավաբանների, պացիենտների իրավունքների պաշտպանությամբ զբաղվող կազմակերպությունների ներկայացուցիչներից, դեղագետներից, բուժաշխատողներից: Էթիկայի հանձնաժողովների դրական կամ բացական եզրակացության հիման վրա առողջապահության նախարարությունը տրամադրում կամ մերժում է տրամադրել կլինիկական փորձարկումների թույլտվությունները: