

პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის ბიოეთიკური და სამართლებრივი რეზულაცია

ადამიანის ცხოვრებისეული გეგმების რეალიზაციაზე სერიოზული გავლენა შეიძლება მოახდინოს ისეთი სახის სამედიცინო ჩარევამ, როგორცაა ქირურგიული ოპერაცია, ქიმიოთერაპია, ხანგრძლივი კოსპიტალიზაცია.

ვინ უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება - პაციენტმა თუ ექიმმა? თუკი ადრე გადაწყვეტილებას ექიმი იღებდა, ამჟამად წინააღმდეგობების გადაჭრის დროს უპირატესობა ენიჭება პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის პრინციპს.

„ავტონომია გადაიქცა კომპეტენტური პაციენტის ცენტრალურ მორალურ უფლებად, ხოლო „ინფორმირებული თანხმობა“ ამჟამად წარმოადგენს აუცილებელ პირობას არა მარტო ექსპერიმენტული პროცედურებისთვის, არამედ ყოველდღიური კლინიკური პრაქტიკისთვისაც“.

ე. პელეგრინო

ამერიკელი სპეციალისტი ა. პოლდერი წერს: „ყველა, ვინც ექიმის, ადვოკატის, მოძღვრის მსგავსად ნლობაზე და გულახდილობაზე აგებულ ურთიერთობებს ამყარებს, ვალდებულია გახსნას საქმესთან დაკავშირებული ყველა ფაქტი. ვინაიდან პროფესიონალთან ურთიერთობის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ პროფესიონალმა იცის უნრო მეტი იმაზე, ვინც მისგან დახმარებას ელოდება, ამიტომ არსებობს დადებითი ვალდებულება შეატყობინოს მას ინფორმაცია“.

„კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ მე-3, ა მუხლი

პაციენტის ავტონომია ნიშნავს მის უფლებას დამოუკიდებლად განსაზღვროს მისთვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ყველა საკითხი.

- ინფორმირებული თანხმობის ბიოეთიკურ წესს საფუძვლად უდევს პაციენტის ანუ ადამიანის ავტონომიის პატივისცემის პრინციპი, ისევე როგორც, პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის პრინციპმა გამოხატულება ინფორმირებული თანხმობის წესში ჰპოვა.

პაციენტის ავტონომიის ცნება ბიოეთიკაში წარმოადგენს ერთ-ერთ წამყვანს, ვინაიდან მხოლოდ ავტონომიურ პიროვნებას შეუძლია თავისუფალი არჩევანის გაკეთება. პასუხისმგებლობაზე ლაპარაკი

და, საერთოდ, რაიმე ეთიკური კატეგორიის გამოყენება შეიძლება მაშინ, როცა თავისუფალი არჩევანი კეთდება.

მოქმედება ჩაითვლება ავტონომიურად მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ვინც მას ახორციელებს მოქმედებს:

- ა) წინასწარგამიზნულად (ინტენციონალურად), ანუ რომელიმე საკუთარი ჩანაფიქრის, გეგმის მიხედვით;
- ბ) იმის შეგნებით, თუ კონკრეტულად რას აკეთებს;
- გ) ისეთი გარეშე ზემოქმედებების გარეშე, რომლებიც განაპირობებდნენ მოქმედებების შედეგს და მსვლელობას.

„ინფორმირებული თანხმობის პრინციპი“ პირველად შემოიღეს 80-იან წლებში.

ეს პრინციპი გულისხმობს მკურნალობის დაწყებამდე პაციენტის სრული ინფორმაციის მიწოდებას მისი მდგომარეობის, მოსალოდნელი შედეგების პროგნოზის გათვალისწინებით, შესაძლო რისკის ახსნას, არასასურველი გამოსავლის შეტყობინებას, რეალური ალტერნატივის შეთავაზებას, გადაწყვეტილების შეცვლის ნებართვის მინიჭებას და სხვა. პატერნალიზმის პრაქტიკისგან განსხვავებით ადამიანის, კონკრეტულად კი პაციენტის უფლებების ამგვარი გაგება, ე.ი. მისი ავტონომიურობის, საშუალებას იძლევა პაციენტი განვიხილოთ, როგორც ექიმის ყველა გადაწყვეტილების პარტნიორად და თანაავტორად.

ინფორმირებული თანხმობის წესის ჩამოყალიბება ისტორიულად განაპირობა მეორე მსოფლიო ომის დროინდელი ნაცისტი ექიმების საკონცენტრაციო ბანაკებში „სამეცნიერო“ მოღვაწეობის გამოძიების შედეგებმა. „ნიურბერგის პროცესის“ შემდეგ, რომელზეც გამოაშკარავდა საზარელი სამედიცინო ექსპერიმენტების დამადასტურებელი ფაქტები, პაციენტის მიერ თანხმობის გაცხადება გახდა ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი საკითხი ბიოეთიკისთვის. ტერმინი „ინფორმირებული თანხმობა“ (informed consent) ნიურბერგის პროცესიდან ათი წლის შემდეგ გაჩნდა და დეტალურად იქნა გამოკვლეული დაახლოებით 1972 წლისთვის.

ინფორმირებული თანხმობის წესი მოწოდებულია უზრუნველყოს პაციენტის ან გამოსაცდელის, როგორც პიროვნების მიმართ პატივისცემით მოპყრობა, სპეციალისტების არაკეთილსინდისიერი და უპასუხისმგებლო მოქმედებისგან დაცვა, ასევე ჯანმრთელობისთვის მინიმალური რისკი, სოციალური და ფსიქოლოგიური კეთილდღეობა და

მორალური ფასეულობების ხელშეუხებლობა ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტის დროს და სამედიცინო მანიპულაციების ჩატარებისას. ამერიკის საავადმყოფოების ადმინისტრაცია, რომელმაც 1973 წელს პირველად მედიცინის ისტორიაში მიიღო ბილი პაციენტის უფლებების შესახებ ("Patient Bill of Rights").

სწორედ ამ ბილში იყო დაფიქსირებული პაციენტის მთავარი უფლება - ინფორმირებული თანხმობის უფლება, ე.ი. პაციენტის ნებაყოფლობითი და გაცნობიერებული უფლება დათანხმდეს ან უარი თქვას შეთავაზებულ მკურნალობის კურსზე.

ინფორმირებული თანხმობის წესის გამოყენება უზრუნველყოფს პაციენტის აქტიურ მონაწილეობას მკურნალობის მეთოდების ამორჩევაში, რომლებიც ოპტიმალურია არა მარტო სამედიცინო, არამედ ადამიანის ცხოვრებისეული ფასეულობების თვალსაზრისით.

ამ წესის თანახმად, ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევა (მათ შორის ადამიანის მიზიდვა გამოსაცდელის სახით ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტებში) მოითხოვს სავალდებულო პირობის სახით პაციენტის ან გამოსაცდელისათვის ნებაყოფლობითი თანხმობის მისაღებად სპეციალური პროცედურის ჩატარებას ადეკვატური ინფორმირების მიწოდებით დაგეგმილი ჩარევის, მისი ხანგრძლივობის, პაციენტისთვის და გამოსაცდელისთვის მოსალოდნელი დადებითი შედეგების, შესაძლო უსიამოვნო შეგრძნებების (ღებინება, გულისრევა, ტკივილი, ქავილი და სხვა) შესახებ, აგრეთვე მას უნდა ეცნობოს, თუკი არსებობს სიცოცხლისთვის საფრთხე, ფიზიკური და სოცო-ფსიქოლოგიური კეთილდღეობის რისკი. სავალდებულოა პაციენტის ინფორმირება მკურნალობის ალტერნატიულ მეთოდებზე და მათ შედარებით ეფექტიანობაზე. ინფორმირების მნიშვნელოვანი ელემენტი უნდა იყოს ინფორმაცია პაციენტის და გამოსაცდელის უფლებების და მათი დარღვევის შემთხვევაში დაცვის გზების შესახებ აღნიშნულ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ ან სამეცნიერო-კვლევით დაწესებულებაში.

საჭიროა აღინიშნოს, რომ მსოფლიო და სამამულო პრაქტიკაში უკვე არსებობდა პაციენტისგან თანხმობის მიღების ტრადიცია ქირურგიული მკურნალობის ჩატარებისათვის. თუმცა, ინფორმირებული თანხმობის პრინციპი უფრო მეტია, ვიდრე უბრალოდ თანხმობის მიღება. ინფორმირებული თანხმობა უზრუნველყოფს პაციენტის და გამოსაცდელის არჩევანის თავისუფლებას და ნებაყოფლობითობას მისი ადეკვატური ინფორმირების გზით.

ზოგიერთი სამართლებრივი ელემენტი

ამჟამად ინფორმირებული თანხმობის მიღების წესი პაციენტი-სგან, აგრეთვე მათგან, ვინც ჩართულია კლინიკურ გამოცდაში ან სამედიცინო-ბიოლოგიურ ექსპერიმენტებში, გადაიქცა აღიარებულ ნორმად. იგი ასახულია იურიდიულ დოკუმენტებში: „საქართველოს კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (მე-8 და 109-ე მუხლები), „კონვენციაში ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ (II თავი – „თანხმობა“), „კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ“ (IV თავი – „თანხმობა“;) და „კანონში საექიმო საქმიანობის შესახებ“ (44-ე მუხლი: „ინფორმირებული თანხმობა“).

ინფორმირებული თანხმობა წინ უძღვის სამედიცინო მომსახურებას. „სამედიცინო მომსახურების გაწევის აუცილებელი პირობაა პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა“ („საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“, 22-ე მუხლი). თანხმობა არასრულწლოვან (16 წლამდე) და ქმედუუნარო პირებზე მათი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლისაგან უნდა იქნას მიღებული.

ინფორმირებული თანხმობის პრინციპის მიზნები და შინაარსი

რა მიზანი აქვს სამედიცინო პრაქტიკაში და ბიოსამედიცინო კვლევებში ინფორმირებული თანხმობის წესის გამოყენებას? ბიამპისა და ჩილდრესის მიხედვით სამი მიზანი არსებობს.

- უზრუნველყოს პაციენტის ან გამოსაცდელის მიმართ პატივისცემით მოპყრობა ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტების დროს, როგორც ავტონომიური პიროვნების მიმართ, რომელსაც უფლება აქვს გააკეთოს თავისუფალი არჩევანი, აკონტროლოს ყველა პროცედურა და მანიპულაცია, რომლებიც ხორციელდება მის სხეულზე მკურნალობის პროცესში ან სამეცნიერო კვლევების დროს.

- მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი მორალური და მატერიალური ზარალის ალბათობა, რაც შეიძლება მიაღვეს პაციენტს არაკეთილსინდისიერი მკურნალობის ან ექსპერიმენტირების შედეგად.

- შეიქმნას ხელშემწყობი პირობები სამედიცინო პერსონალის და მკვლევართა პასუხისმგებლობის გრძნობის ასამაღლებლად პაციენტის მორალური და ფიზიკური კეთილდღეობისათვის.

საჭიროა აღინიშნოს ინფორმირებული თანხმობის მიღების მნიშვნელობა სოციალურ-ფსიქოლოგიური ადაპტაციისთვის ცხოვრების ახალი პირობების მიმართ, რომლებიც შეიძლება წარმოიქმნას სამედიცინო ჩარევის შედეგად. თუ პაციენტი ექიმთან განიხილავს მკუ-

რნალობის ყველა არჩევანს, სხვადასხვა სამედიცინო პროცედურის მიზნებს და შესაძლო შედეგებს, იგი ფსიქოლოგიურად განეწყობა ცხოვრების წესში ცვლილებებისთვის და კორექტივების შესატანად, რაც შესაბამისად, ხელს შეუწყობს უფრო ეფექტიან ადაპტაციას.

ინფორმირებული თანხმობის წესი არა მარტო არეგულირებს გარკვეულ პროცედურას, რომელიც წინასწარ აცნობს მოსალოდნელი სერიოზულ სამედიცინო ჩარევის ან ექსპერიმენტში მონაწილეობის შესახებ, არამედ ხელს უწყობს საფუძვლიანი პიროვნული ურთიერთობების გაღრმავებას ექიმსა და პაციენტს შორის მთლიანად მკურნალობის პროცესში ან სამეცნიერო კვლევის დროს. მეთოდური თვალსაზრისით საჭიროა განირჩეს ინფორმირებული თანხმობის წესის პროცედურული ნაწილი და მორალური შინაარსი. პროცედურულად მთავარია, თუ როგორი კონკრეტული ფორმით გამოიხატება იგი. საუბარია შემდეგ საკითხებზე: პაციენტს ინფორმაცია მიეწოდება ზეპირად, თუ წერილობითი ფორმით; რამდენად დეტალურად; საჭიროა თუ არა, რომ ინფორმირებული თანხმობის ფორმულარს ხელი მოაწეროს ექიმისა და პაციენტის გარდა მესამე პირმაც მოწმის სახით; ორგანიზაციულად როგორ არის უზრუნველყოფილი პაციენტის ან გამოსაცდელის დაცვა შესაძლო ზეწოლისგან ან მანიპულაციისგან მისი არჩევანის მიუხედავად.

პროცედურული ასპექტები რეგლამენტირდება ნაციონალური კანონმდებლობით, ჯანდაცვის სამინისტროს ბრძანებებით და ინსტრუქციებით, სამკურნალო-პროფილაქტიკური და სამეცნიერო-კვლევითი ორგანიზაციების შინაგანაწესით. სამამულო სამედიცინო პრაქტიკაში და სამეცნიერო საქმიანობაში ზეპირი ინფორმაციის მიწოდების დამკვიდრებული ტრადიცია გარეგნულად ოფიციალურობას მოკლებულია. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ჩვენი მოქალაქეების უმრავლესობას კონტრაქტული ურთიერთობების გამოცდილება არა აქვთ, მაშინ ასეთი ფორმა უფრო შეეფერება არსებულ სოციალურ ჩვევებს. ამასთანავე, ზეპირი ინფორმირება პრაქტიკულად გამორიცხავს დამოუკიდებელი კონტროლის შესაძლებლობას, იმისას, რაც რეალურად ეცნობება პაციენტს ან გამოსაცდელს, ამცირებს ექიმების და მკვლევარების პასუხისმგებლობას ინფორმაციის მიწოდების ხარისხზე და ამით ქმნის გამოსაცდელთა უფლებების დარღვევის პირობებს. საფიქრებელია, რომ ამ საკითხის მიმართ მიდგომა დიფერენცირებული უნდა იყოს. იმ შემთხვევებში, როცა სამედიცინო ჩარევა, ან სამეცნიერო კვლევის ჩატარება პაციენტის სიცოცხლისთვის ან ჯანმრთელობისათვის გარკვეულ რისკთან არის დაკავშირებული ოპტიმალური პროცედურა შეიძლება იყოს ინფორმირების წერილობითი ფორმა.

სხვა შემთხვევებში კი, როცა სერიოზული რისკი არ არის მოსალოდნელი, უმჯობესია ინფორმაცია პაციენტს ზეპირი საუბრისას გადაეცეს. („კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ – მე-8.1 მუხლი, „კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ - 22-ე მუხლი)

ინფორმირებული თანხმობის მიღების პროცედურის არსი მდგომარეობს მორალური იდეის რეალიზაციაში, რომლის ამოსავალი წერტილია პაციენტის ან გამოსაცდელის პიროვნების აღიარება, როგორც სამედიცინო პერსონალის უფლებამოსილი თანამონაწილის, რათა მკურნალობის საკითხების გადაწყვეტაში მანაც მიიღოს მონაწილეობა. გარკვეული ეთიკური ნორმების ფორმით ინფორმირებული თანხმობის წესის შინაარსი თავის გამოხატულებას ჰპოვებს ეთიკური კოდექსების სახით და დეკლარაციების სახით, რომლებიც მიღებულია საერთაშორისო და ნაციონალური სამედიცინო ასოციაციებისა და გაერთიანებების მიერ.

ინფორმირებული თანხმობის „ელემენტები“

ინფორმირებული თანხმობის წესის საფუძვლიანი განსჯისათვის მოსახერხებელია გამოვიყენოთ ბინამპის და ჩილდრესის მიერ თეორიულად დაყოფილი შემადგენელი ელემენტები. ამ წესს აქვს შემდეგი სახე:

I „ზღვრული“ ელემენტები (წინაპირობები):

1. კომპეტენტურობა (გადაწყვეტილების მიღების და გაგების);
2. ნებაყოფლობითობა (გადაწყვეტილების მიღების).

II საინფორმაციო ელემენტები: 3. მნიშვნელოვანი ინფორმაციის გადაცემის პროცედურა; 4. რეკომენდაციების შეთავაზება (მოქმედების გეგმების) 5. გაგების აქტი.

III თანხმობის ელემენტები: 6. გადაწყვეტილების მიღება (რომელიმე გეგმის მიხედვით); 7. ავტორიზება (გარკვეული გეგმის).

„ზღვრული“ ელემენტები

პაციენტის ან გამოსაცდელის კომპეტენტურობა სავალდებულო წინაპირობაა მისი მონაწილეობისთვის ინფორმირებული თანხმობის მიღების პროცედურაში.

კანონი აღგენს საკმაოდ მარტივ წესს, რომლითაც გათვალისწინებულია ორი მდგომარეობა – პაციენტის ან გამოსაცდელის კომპეტენტურობა ან არაკომპეტენტურობა. არაკომპეტენტურად მიჩნეულია 16 წელზე ახალგაზრდა პირები, აგრეთვე მოქალაქეები, რომლებიც

კანონით დადგენილი წესით მიჩნეულები არიან ქმედუუნაროდ. ქმედუუნარო პაციენტის კანონიერ წარმომადგენელს გადაეცემა ინფორმირებული თანხმობის გაცხადების უფლება. კანონი ამ შემთხვევაში გვთავაზობს მორალური ნორმების მხოლოდ გარკვეულ საყოველთაოდ აღიარებულ მინიმუმს და გვერდს უვლის ეთიკური თვალსაზრისით მთელ რიგ სადავო და ორაზროვან ვითარებებს. კერძოდ, არასაკმარისად არის გათვალისწინებული ბავშვის მიერ ინფორმაციის მიღების უფლება საკუთარი ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ და კონტროლის გაწევის შეუძლებლობა ჩარევაზე, რაც მის სხეულზე ტარდება მკურნალობის პროცესში. რა თქმა უნდა მოზარდი, რომელიც ჯერ 16 წლის არ არის, არასაკმარისად არის მომწიფებული იმისთვის, რომ მოზრდილების ჩაურევლად საბასუხისმგებლო გადაწყვეტილება მიიღოს, რომელიც მისი მკურნალობის მეთოდებს ეხება. მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ მოზრდილი ადამიანი მთლიანად ცვლის მოზარდს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. დასაშვებია, რომ ასე ცალსახად იქნას იგნორირებული არასრულწლოვანი პაციენტის პიროვნება? ალბათ, უფრო გამართლებულია დიფერენცირებული მიდგომა, რომელიც მცირეწლოვანის ინდივიდუალური განვითარების დონის მიხედვით მას მიანიჭებდა მეტ-ნაკლები მოცულობით მონაწილეობის უფლებებს საკუთარი მკურნალობის პროცესში გადაწყვეტილების მიღებისას. ასეთ ნორმებს შეიცავს, კერძოდ, „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“, რომელიც მიღებულია 1996 წელს ევროსაბჭოს მიერ. უნდა აღინიშნოს რომ საქართველოს სამოქალაქო კოდექსში არასრულწლოვანის ქმედუუნარიანობა მატულობს ინდივიდის ასაკობრივი მომწიფების მიხედვით. შვიდი წლის ასაკამდე არასრულწლოვანი ქმედუუნაროდ ითვლება. შვიდიდან 18 წლამდე მოზარდი ითვლება შეზღუდული ქმედუუნარიანობის მქონედ. უკვე შვიდი წლის მოქალაქის ენიჭება უფლება დამოუკიდებლად მიიღოს მონაწილეობა წვრილ ყოფით გარიგებებში, განაგებდეს განსაზღვრული ოდენობით სახსრებს, რომლითაც მას მშობელი უზრუნველყოფს და სხვა. ანალოგიური მიდგომა მიზანშეწონილია (გამართლებულია), როცა საქმე ეხება არასრულწლოვანის მონაწილეობას გადაწყვეტილების მიღებისას, რომელიც მის ჯანმრთელობას ეხება.

მორალურად საკმაოდ საზიანოა გავრცელებული პრაქტიკა, როცა მოზარდებს ძალადობით ან მოტყუებით აიძულებენ ქირურგიული მეთოდით მკურნალობას. მათგან თანხმობის მიღების სირთულე, რაც მართლაც არც თუ იშვიათია, უფრო მეტად ასაბუთებს ექიმების კლინიკურ-ფსიქოლოგიური ცოდნის გაღრმავების აუცილებლობას და

პროფესიონალი ფსიქოლოგების აქტიური ჩარევის გარდაუვალობას პრობლემების გადაწყვეტაში მცირეწლოვან პაციენტსა და ექიმს შორის. ასევე გასათვალისწინებელია, რომ კანონიერ წარმომადგენლებს შეუძლიათ ისეთი გადაწყვეტილება მიიღონ, რომელიც პაციენტის ინტერესებს ეწინააღმდეგება. ასეთ შემთხვევაში ექიმის მოვალეობაა მცირეწლოვანის ინტერესების დაცვა და იურიდიული უფლებების მოშველიება, რომლებიც შეზღუდავენ კანონიერი წარმომადგენლის უფლებებს. ყოფილა შემთხვევები, როცა მშობლები უვიცობის გამო ან რელიგიური მოსაზრებით უარს აცხადებდნენ ბავშვის სიცოცხლის მსხნელი სისხლის გადასხმის მანიპულაციაზე, ან მისთვის ოპერაციის გაკეთებაზე. ასეთ ვითარებებში ქმედუნარო პაციენტის ინტერესებმა უნდა გადასწონონ კანონიერი წარმომადგენლების უფლებები. („კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ – მე-12 მუხლი; „კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ – 25,3-ე მუხლი: „თუ ქმედუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გაწევის გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, ხოლო მისი ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი სამედიცინო მომსახურების წინააღმდეგია, სამედიცინო მომსახურების გამწევი იღებს გადაწყვეტილებას პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად“.)

პაციენტის გადაწყვეტილება ითვლება ნებაყოფლობითად, თუკი მისი მიღებისას პაციენტზე არ ხდებოდა იძულებითი გარეშე ზეწოლა. ბიჩამპი და ჩილდრესი გამოყოფენ ასეთი ზემოქმედების სხვადასხვა ფორმას, რომლებიც მნიშვნელოვნად არღვევენ ნებაყოფლობითობას. ესენია: მუქარით პირდაპირი იძულება გარკვეული გადაწყვეტილების მისაღებად; გადაწყვეტილების ავტორიტარულად თავს მოხვევა და ინფორმაციით მანიპულირება, რომელიც გარეგნული ობიექტურობის შენარჩუნებით ისეთი სახით მიეწოდება, რომ პაციენტი ან გამოსაცდელი აკეთებს ექიმის ან მკვლევარისთვის სასურველ არჩევანს. უნდა აღინიშნოს, რომ „იძულება“ იურისპრუდენციაში კვალიფიცირდება, როგორც სისხლის სამართლის დანაშაული („საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი“, თავი: „დანაშაული ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლებების წინააღმდეგ“, 150-ე მუხლი - „იძულება“). ასე, რომ იძულება მხოლოდ ბიოეთიკური ნორმებით არ კონტროლდება.

ყველაზე გავრცელებული მუქარა, რომელიც პაციენტის წინააღმდეგ გამოიყენება – ეს არის ექიმების მიერ მკურნალობის შეწყვეტის მუქარა ან უფასო მკურნალობის ჩატარებაზე უარის გაცხადება

ან შეზღუდვა. თანაც, სრულებით არ არის აუცილებელი, რომ ექიმები და მკვლევარები შექარას დაუფარავად ამჟღავნებდნენ. პაციენტს შეიძლება შიში ჰქონდეს, რომ მას სწორედ ასე მოექცევიან, თუკი ის არ დათანხმდება კვლევაში მონაწილეობაზე, ან ექიმის მიერ შეთავაზებულ მკურნალობის ან სადიაგნოზო მეთოდზე. ამიტომ, ინფორმირებული თანხმობის მიღებისას საგაღმწელოა სპეციალურად გავამახვილოთ პაციენტის ყურადღება იმაზე, რომ მისი უარი არაფრით არ ამცირებს მის უფლებებს და შესაძლებლობებს ჩაიტაროს მკურნალობა ალტერნატიული ან ტრადიციული მეთოდებით. ყველა ავადმყოფობა, განსაკუთრებით მძიმე, პაციენტის ფსიქიკაზე სერიოზულ ზემოქმედებას ახდენს და ბევრ შემთხვევაში ზღუდავს მის შესაძლებლობებს გადაწყვეტილება დამოუკიდებლად მიიღოს. მისი უძლურება ნაყოფიერ ნიადაგს უქმნის მკურნალი ექიმის პირდაპირი ავტორიტარული დიქტატის განხორციელებას. მსგავს შემთხვევებში, როდესაც ეჭვს არ იწვევს პაციენტის გათვითცნობიერება პრობლემის არსში, მაინც საგაღმწელოა მას საშუალება მიეცეს ახლობლებთან შეათანხმოს წარმოქმნილი ვითარების დეტალები. არ უნდა იქნას იგნორირებული პაციენტისთვის კანონით მინიჭებული უფლება მოიძიოს სხვა სპეციალისტის აზრი. („კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ – მე-14 მუხლი;* „კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ – მე-7 მუხლი**)

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ინფორმაციის გადაცემის ზეპირი ფორმა პაციენტს ან გამოსაცდელს მისი გადაწყვეტილების მანიპულირების პირობებს უქმნის. მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდების შესახებ არასწორი ინფორმაცია, გაჩუმება, ცნობების დამალვა ნეგატიური შედეგის შესახებ, მოსალოდნელი წარმატების შანსების გაზვიადება – ყოველივე ეს არღვევს ნებაყოფლობითობის პრინციპს. გასათვალისწინებელია, რომ ამგვარი დარღვევები ექიმების მიერ შეიძლება წინასწარგანზრახვის გარეშე მოხდეს. ახალი მეთოდის შემუშავებით გატაცებული მეცნიერი ბუნებრივია, რომ გადაჭარბებულად აფასებს საკუთარი მიღწევების ღირსებებს არსებულთან შედარებით. ამ თვალსაზრისით, ინფორმირებული თანხმობის განსაკუთრებული ფორმულარის წერილობითი შევსება გაკონტროლების მეტ შესაძლებლობას იძლევა გადაცემული ინფორმაციის ობიექტურობაზე.

* პაციენტს აქვს უფლება აირჩიოს ან შეიცვალოს სამედიცინო პერსონალი და ან სამედიცინო დაწესებულება სადაზღვევო კონტრაქტის პირობების გათვალისწინებით. კონტრაქტი უნდა იძლეოდეს არჩევანის შესაძლებლობას.

** პაციენტს უფლება აქვს მეორე აზრის მოსაძიებლად დაუბრკოლებლად მიმართოს სხვა ექიმს ან სამედიცინო დაწესებულებას.

სერიოზული გარანტიები მიღებული იქნება იმ შემთხვევაში, თუკი ყველა განაცხადი კვლევის ჩატარებაზე ეთიკური კომიტეტის დამოუკიდებელ ექსპერტიზას სავალდებულოდ გაივლის.

საინფორმაციო ელემენტები

საერთო სქემა იმისა, თუ რა არის აუცილებელი რომ პაციენტს ეცნობოს, განსაზღვრულია კანონით, რომლის ციტატები ზევით უკვე მოვიტანეთ. მაგრამ რჩება საკითხი, თუ რამდენად ვრცლად უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია პაციენტს. გადასაცემი ინფორმაციის მოცულობის და შინაარსის შერჩევასა შეიძლება განსაზღვრული ნორმებით ხელმძღვანელობა, რომელთაც ეწოდება ინფორმირების სტანდარტები. არსებობს რამდენიმე ასეთი სტანდარტი, რომელთა შორის ყველაზე მეტი პრაქტიკულ ინტერესს იმსახურებს „საექიმო პროფესიული სტანდარტი“, „რაციონალური პიროვნების სტანდარტი“ და „სუბიექტური სტანდარტი“.

„საექიმო პროფესიული სტანდარტის“ მიხედვით ინფორმაციის მოცულობა და შინაარსი განისაზღვრება პრაქტიკით, რომელიც ტრადიციულად ჩამოყალიბდა კონკრეტულ სამედიცინო საზოგადოებაში. სწავლის პროცესში მომავალი ექიმი თავისი პედაგოგისგან სწავლობს არა მარტო მკურნალობის მეთოდებს, არამედ პაციენტთან ურთიერთობის ელემენტარულ ჩვევებსაც. ეს არის სამედიცინო პრაქტიკაში სტიქიურად წარმოქმნილი სტანდარტი, რომელსაც ექიმები გაუცნობიერებლად ითვისებენ. სტაბილურ საზოგადოებაში, სადაც განვითარებული ჯანდაცვის სისტემაა და მოქმედებს საზოგადოებისთვის მისაღები საექიმო მორალის ნორმები – ასეთი სტანდარტი საკმაოდ ეფექტურია. თუმცა, თანამედროვე საზოგადოებაში მნიშვნელოვანი სოციალურ-პოლიტიკური გარდაქმნები მიმდინარეობს, შესაბამისად, სტრუქტურულად იცვლება მთელი ჯანდაცვის სისტემა, ხოლო ახალი მორალური სტანდარტები ჯერ მხოლოდ ფორმირდება. შეიცვალა პირობები, ამიტომ საჭიროა ახალი ტრადიციების და ახალი მორალური სტანდარტების შეთვისება, რომლებიც შესაფერისია თანამედროვე პირობებისთვის. ასეთ პირობებში უფრო მისაღებია „რაციონალური პიროვნების სტანდარტი“, რომელიც გვთავაზობს წარმოვიდგინოთ „საშუალო მოქალაქე“ და გავცეთ პასუხი შეკითხვაზე: როგორი ინფორმაცია და რა მოცულობით შეიძლება დასჭირდეს მას იმისთვის, რომ მიიღოს თანხმობის ან უარის დასაბუთებული გადაწყვეტილება სამედიცინო ჩარევაზე ან ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტში მონაწილეობაზე. ექიმს ან მეცნიერს უნდა შეეძლოს პაციენტის რა-

ციონალური მოქმედების წარმოსახვით მოდელირება და შესძლოს ინფორმირების ტაქტიკის აგება.

„სუბიექტური სტანდარტი“ გვთავაზობს გავითვალისწინოთ კონკრეტული პაციენტის ინტერესების სპეციფიკა. მაგალითად, პაციენტის ანამნეზში ფიგურირებს ინფორმაცია გადატანილ თირკმლის ავადმყოფობაზე, მაშინ გართულებების რისკის შესახებ ინფორმირებისას საჭიროა საგანგებოდ გამახვილდეს ყურადღება თირკმლის დაზიანების შესაძლებლობებზე, მაშინ როდესაც „საშუალოსტატისტიკური მოქალაქისთვის“ ეს დამახასიათებელი არ არის. „სუბიექტური სტანდარტი“ სახავს ინდივიდუალიზაციის ტაქტიკას გადასაცემ ინფორმაციაზე.

ვინაიდან პაციენტის განათლების დონე შეიძლება საკმაოდ დაბალი იყოს, ჩნდება სერიოზული ეჭვი, რომ მის მიერ ინფორმაცია სწორად ვერ იქნება გაგებული. ბიჩამპი და ჩილდრესი გვთავაზობენ შემდეგი სახის გამოსავალს: „მედიცინაში გაუცნობიერებელი პაციენტის ინფორმირება წარმატებით შეიძლება, თუკი მის მისახვედრებად ანალოგიისათვის მარტივ ყოველდღიურ ვითარებებს გამოვიყენებთ. მოსალოდნელი რისკის წარმოდგენისათვის, რომელიც ციფრობრივად გამოიხატება, ექიმს შეუძლია შედარებისთვის მიმართოს პაციენტისთვის კარგად ცნობილ რისკს, მაგალითად, მანქანის მართვის ან ელექტრობასთან მუშაობის“. პრაქტიკული თვალსაზრისით არ არის რეკომენდებული მრავალი სპეციალური ტერმინის გამოყენება, რომლებიც პაციენტმა შეიძლება არასწორად, ან საერთოდ ვერ გაიგოს. გასათვალისწინებელია აგრეთვე ნათქვამი სიტყვების ფსიქოლოგიური ზემოქმედების მნიშვნელობაც. განცხადება, რომ გადარჩენის ალბათობა 50%-ს უტოლდება უფრო იმედისმომცემად ჟღერს, ვიდრე სიკვდილის რისკი 50%-ია, თუმცა ორივე ერთსა და იმავეს ნიშნავს. როცა პაციენტს ეცნობება სიკვდილის თუნდაც მინიმალური რისკის შესახებ, მისი მხრიდან მკვეთრი უარყოფა ხდება შეთავაზებული სამედიცინო მანიპულაციის ჩატარებაზე, თუნდაც მოსალოდნელი დადებითი შედეგები უკეთესიც იყოს („კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ – მე-7 მუხლი*).

ინფორმაციის გაგება ყოველთვის არ ნიშნავს მის მიღებას. ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული პაციენტი, მაშინაც, კი როცა

* საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს მისთვის გასაგები ფორმით მიიღოს ამომწურავი და ობიექტური ინფორმაცია, აგრეთვე, მოიძიოს მეორე აზრი საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. გამონაკლისი დაიშვება მხოლოდ მე-41 მუხლში აღნიშნულ შემთხვევებში.

მან ზუსტად იცის (ვერბალურად) საკუთარი დიაგნოზი, შეიძლება ამავე დროს თავს ირწმუნებდეს, რომ სწეულებას კეთილთვისებიანი მიმდინარების ხასიათი აქვს. ამიტომ, მცდარად დაიმედებულმა შეიძლება უარი თქვას შეთავაზებულ ქიმიოთერაპიაზე ან ოპერაციულ ჩარევაზე.

როგორც სოციოლოგიური გამოკვლევებით ირკვევა, პაციენტები ყოველთვის არ გამოხატავენ სურვილს შეიტყონ მომავალი სამედიცინო ჩარევის ნიუანსები და მასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ. ისინი არჩევენს მიანდობენ მკურნალ ექიმს. ასეთი პაციენტების რაოდენობა 60%-ია. საჭიროა პაციენტის ნების გათვალისწინება, თუკი მას არ სურს შეიტყოს ინფორმაცია. ბიოეთიკის ეს ნორმა ასახულია სამედიცინო კანონმდებლობაში. სამაგიეროდ დაუშვებელია კლინიკურ გამოცდაში და ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტებში ადამიანის მონაწილეობა მისი ინფორმირების და მოსალოდნელი რისკის გაცნობიერების გარეშე.

მაგრამ ყოველთვის უნდა მიაწოდოს ექიმმა პაციენტს სამედიცინო სახის ინფორმაცია? ალბათ არ არის საჭირო იმ შემთხვევაში, როცა სამედიცინო სახის ინფორმაციად მიიჩნევენ ბიოლოგიური სახის ინფორმაციას ავადმყოფობის შესახებ. პაციენტს შეიძლება მართლა არ აინტერესებდეს ფერმენტების ცვლილებების დინამიკა, საყლაპავში ზონდის გადაადგილების თავისებურებები, მონაცემები ბაქტერიების სპეციფიურობის შესახებ და სხვა. თუმცა, საეჭვოა მოიძებნოს პაციენტი, რომელიც არ არის დაინტერესებული საკუთარ ბიოგრაფიაში მოსალოდნელი ცვლილებების შესახებ, რომლებსაც ავადმყოფობა გამოიწვევს. კერძოდ, გარეგნობის შეცვლა (თმების გაცვენა, სახეზე ლაქების ან ნაწიბურების გაჩენა), შრომისუნარიანობის შეზღუდვა, მნიშვნელოვანი ფინანსური ზარალი, ნორმალური სქესობრივი ცხოვრების დაქვეითება ან შეწყვეტა, ცხოვრების ჩვეული წესის დარღვევები. სამედიცინო ინფორმაციის ეს ასპექტი არ საჭიროებს მომზადებას გაგებისათვის და ადვილად აღიქმება ნებისმიერი განათლების ადამიანისათვის. ასე, რომ თუ ვიმსჯელებთ მკურნალობის შედეგებზე პაციენტის მომავალი ბიოგრაფიული ცვლილებების გათვალისწინებით, მაშინ ექიმი მხოლოდ ავტორიტეტული მრჩეველის როლში შეიძლება დარჩეს.

თანხმობის ელემენტები

როცა პაციენტი ან გამოსაცდელი მიიღებს ობიექტურ ინფორმაციას სამედიცინო ჩარევის შესახებ ან სამეცნიერო კვლევაზე, მან

გადაწყვეტილება უნდა მიიღოს – თანხმობა განაცხადოს თუ უარი. გადაწყვეტილების მიღება – დამოუკიდებელი პროცესია, რომლის მომზადება ხდება წინასწარ ობიექტური ინფორმირებით და დროს მოითხოვს. ამიტომ დაუშვებელია პაციენტის იძულება თანხმობის ფორმულარს ხელი მოაწეროს ინფორმაციის გაცნობისთანავე. პაციენტს ესაჭიროება მოსაფიქრებელი დრო, ახლობლების რჩევა ან სპეციალისტის კონსულტაცია. სავალდებულოა აგრეთვე, იმის გათვალისწინება, რომ თანხმობა, რომელიც პაციენტმა ან გამოსაცდელმა განაცხადა, შემდგომში შეიძლება უარით შეცვალოს. ამიტომ, კანონმდებლობა ითვალისწინებს გამოსაცდელის უფლებას შეწყვიტოს მონაწილეობის მიღება კვლევაში ნებისმიერ სტადიაზე, ასევე პაციენტს უფლება აქვს უარი განაცხადოს მკურნალობაზე. („კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ – მე-9 მუხლი, „კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ – თავი „თანხმობა“).

ავტორიზაცია, ისევე, როგორც ინფორმირება, შეიძლება მოხდეს როგორც ზეპირი სახით, ასევე წერილობით. თავისი არსით ეს ინიციატივის პროცესია, ანუ ურთიერთობების დაწყება პაციენტსა და ექიმებს შორის მისთვის დახმარების აღმოჩენის მიზნით. ეს ურთიერთობები განსაზღვრავენ მხარეების სამართლებრივ და მორალურ ვალდებულებებს ერთმანეთის მიმართ, ადგენენ პასუხისმგებლობის ფორმებს და ხარისხს.

ინფორმირებული თანხმობა და ნდობის პრობლემა ექიმებისა და პაციენტის ურთიერთობებში ისტორიულად ისე განვითარდა, რომ ინფორმირებული თანხმობის წესის პირველი საფუძვლიანი კონცეპტუალური დამუშავება მოხდა ამერიკის შეერთებულ შტატებში. რაც იმას უკავშირდება, რომ აღმოჩენილი იყო პაციენტების უფლებების და ინტერესების სერიოზული დარღვევების შემთხვევები ექიმების მხრიდან კომერციული ან მეცნიერული მიზნებისთვის. როგორც ამერიკის, ასევე ევროპის ჯანდაცვის სისტემაში ინფორმირებული თანხმობის მიღების პროცედურა შემოღებული იყო სწორედ ამ დარღვევების რისკის მინიმალიზაციისათვის. არანაირი საფუძველი არ არსებობს ვივარაუდოთ, რომ ჩვენს ქვეყანაში დასავლეთთან შედარებით ნაკლები რისკი იარსებებს იმისა, რომ პაციენტის უფლებებით და ეკონომიური ინტერესებით მანიპულირება მოხდეს არაკეთილსინდისიერი ექსპერიმენტატორების მიერ. ამიტომ ჩვენს ქვეყანაში ინფორმირებული თანხმობის წესი საკმაოდ მნიშვნელოვანია თანამედროვე სამედიცინო მორალური და სამართლებრივი სტანდარტების ნორმალური განვითარებისათვის. თუმცა, ახალი მორალური სტანდარტის საფუძველზე ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობების

პრაქტიკულად გარდაქმნას და გაუმჯობესებას შეიძლება ახლდეს ნეგატიური შედეგები, არასასურველი გართულებები. ინფორმირებული თანხმობის წესის გენერალიზაცია, მისი გადაქცევა აუცილებელ წინაპირობად ყველა სამედიცინო ჩარევის წინ შეიძლება სერიოზულ ფაქტორად გადაიქცეს, რომელიც ნდობას შეურყევს სამედიცინო პროფესიას. პაციენტს ექმნება აზრი: „თქვენ უნდა აკონტროლოთ ექიმების მოქმედება, თორემ თქვენ, თქვენს ჯანმრთელობას და თქვენს ინტერესებს საფრთხე ემუქრება“. თავს მოხვეული ექვის და საშიშროების გრძნობა უდავოდ ნეგატიურ როლს თამაშობს. უფრო გამართლებულია ვიფიქროთ, რომ ზემოთ ჩამოთვლილი საშიშროებების თავიდან აცილება, მართალია, მნიშვნელოვანია, მაგრამ მთავარი არ არის. უფრო მეტიც, ასეთი დაცვითი მიზნის მიღწევა შეიძლება იყოს თანხმობის უარყოფითი გამოვლინება მორალურად უფრო კეთილისმსურველი განწყობის რეალიზაციის დროს. ექიმობის თანამედროვე მოდელების განხილვისას აღვნიშნეთ, რომ ექიმი საერთოდ უფრო კომპეტენტურია ავადმყოფობის ბიოლოგიური წარმომავლობის არსზე. ამავე დროს მან არ იცის, თუ რა ზეგავლენას იქონიებს თვითონ პაციენტისთვის ესა თუ ის სამედიცინო ჩარევა მისი მხრიდან აფექტურ-ემოციური განცდების, ფსიქოლოგიური, სოციალური, ეკონომიური და სხვა ბიოგრაფიული თავისებურებების თვალსაზრისით. პრაქტიკულად არ არსებობს არც ერთი ავადმყოფობა, ან პათოლოგიური მდგომარეობა, რომელსაც მკურნალობენ მხოლოდ ერთი მეთოდით. როგორც წესი, გამოიყენება რამდენიმე საშუალება, მაგალითად, რამოდენიმე ფარმაკოლოგიური პრეპარატი. ექიმს შეიძლება საფუძველი გააჩნდეს იმისათვის, რომ ჩათვალოს, ვთქვათ, რომელიმე წამალი ოპტიმალურია არასასურველი სიმპტომების კუპირებისთვის. მაგრამ გადაწყვეტილების მიღება მას შეუძლია პაციენტთან ერთად, რომელმაც ექიმზე უკეთ იცის თავისი ფინანსური შესაძლებლობების შესახებ, ჩვევებზე, დღის განრიგზე (მაგალითად, მისთვის შეიძლება უფრო მოსახერხებელია დღეში ერთჯერადად წამლის მიღება, ვიდრე ოთხჯერ), ცხოვრების წესზე და სხვა. ეს მისი პირადი საქმეა, რომელიც ასევე მნიშვნელოვანია ოპტიმალური გადაწყვეტილების მისაღებად ამა თუ იმ მკურნალობის მეთოდის არჩევისას. ამიტომ ინფორმირებული თანხმობის წესი შეიძლება გაგებულ იქნას, როგორც ექიმსა და პაციენტს შორის დიალოგის არსებობის ნორმა, რათა ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე გადაწყდეს მკურნალობის ოპტიმალური არჩევანი არა მარტო ექიმის, არამედ პაციენტის პოზიციიდანაც. ასეთი განხილვა უნდა შეიცავდეს ინფორმირებული თანხმობის ყველა არსებულ ელემენტს. როცა ეს მოთხოვნა შესრულებულია, მა-

შინ მცირდება პაციენტის ინტერესების და ჯანმრთელობის ზიანის მიყენების საშიშროება.

ექიმი და პაციენტი თანასწორუფლებიან პარტნიორებად იქცევიან ჯანდაცვის სოციალურ სისტემაში. ასე, რომ ინფორმირებული თანხმობა თვითმიზანი არ არის, არამედ საშუალებაა დაინტერესებულ მხარეებს შორის პარტნიორული დიალოგის უზრუნველსაყოფად.