



თამარ ჩაჩიბაია

**საქიომო საქმიანობის
სამართლებრივი
ნორმების
ბიოეთიკური
ასპექტები**

თბილისი
2005



თამარ ჩაჩიბაია

«საქმიმეო საქმიანობის სამართლებრივი
ნორმების ბიოეთიკური ასპექტები»

შინაარსი

ბიოეთიკის ისტორია - ორიენტაციის საკითხები

ბიოეთიკა და პროფესიული სამედიცინო ეთიკა
დამოკიდებულება ბიოეთიკასა და სამართალს უორის

ბიოეთიკის პრინციპები:

პრინციპი «არ ავნო»

პრინციპი «აკეთე სიკეთე»

სამართლიანობის პრინციპი

პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის პრინციპი

ბიოეთიკის წესები:

ინფორმირებული თანხმობის წესი

მართებულობის წესი

კონფიდენციალურობის წესი

«ქმიმეო განკურნე თავი უწინ»

ფსიქიატრიის რეფორმის ბიოეთიკური და

სამართლებრივი რეგულაციის თავისებურებები

თამარ ჩაჩიბაია

**«სამედიკო საქმიანობის
სამართლებრივი ნორმების
ბიოეთიკური ასპექტები»**

თბილისი
2005

თამარ ჩაჩიბაია
«სამედიცინო საქმიანობის სამართლებრივი ნორმების
ბიოეთიკური ასპექტები»

Tamar Chachibaia
**“Aspects of Bioethical Regulation of Judicial
Norms in the Medical Practice”**

წიგნის გამოცემის ექსკლუზიური უფლება აქვს
„ჯანდაცვის სფეროს სამართლებრივ რეგულაციებზე“.
ამ წიგნის მასალების ნაწილობრივ ან მთლიანად
გამოყენება აკრძალულია ავტორისა და გამომცემლის
ნებართვის გარეშე.

ISBN 99928 0 135 2
ISBN 99928 878 7 7

- © თამარ ჩაჩიბაია, T. Chachibaia, 2002-2005
- © „ჯანდაცვის სფეროს სამართლებრივ რეგულაციებზე“.
- © “The Group of Advocacy in Healthcare Sphere”.

ბიოეთიკის ისტორია – ორიენტაციის საკითხები

მეოცე საუკუნის ბოლო ათწლეულების სამეცნიერო მიღწევები აღსანიშნავია სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებით. რეალობად იქცა ორგანოთა ტრანსპლანტაცია, გენეტიკური გამოკვლევები, გენური ინჟინერია, კლონირება, ხელოვნური განაყოფიერება და სუროგატული დედობა. მედიცინამ მიაღწია თავისი განვითარების ისეთ ეტაპს, როცა ტექნიკური მოწყობილობებით შესაძლებელი გახდა პაციენტის სიცოცხლის შენარჩუნება, მაშინაც კი, როდესაც მისი დაღუპვა თითქმის გარდაუვალია.

მედიცინისა და მეცნიერების წინსვლის შედეგად წარმოიქმნა ახალი ეთიკური პრობლემები, რომელთა უმეტესობას კაცობრიობა თავისი არსებობის პერიოდში არასოდეს დაპირისპირებია, ამიტომ შემთხვევითი არ არის, რომ ძალიან მოკლე დროში გამოიკვეთა ეთიკის განსაკუთრებული მოწინავე განხრა - ბიოეთიკა, რომელიც ეთიკის ყველა მიმართულებაზე წინ დგას, როგორც გადასაწყვეტი მორალური პრობლემების სიმწვავის მიხედვით, ასევე ყოველწლიურად გამოცემული პუბლიკაციების რაოდენობითაც.

ბიოეთიკის განვითარება მთელ მსოფლიოში 1965-1980 წლებიდან დაიწყო.

1974 წელს გამოიცა ვან რენსელერ პოტერის წიგნი „ბიოეთიკა – მომავლის ხიდი“. ვ.რ. პოტერმა ეს ტერმინი შემოიღო, რათა დაესაბუთებინა ახალი ეთიკის აუცილებლობა, რომლის ამოცანა იქნებოდა იმ პირობებთან დაპირისპირება, რომლებსაც ადამიანს სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესი უყენებს. საჭირო გახდა „ბიოლოგიასა და მედიცინაში ადამიანების მოქმედებების სისტემატიური გაანალიზება ზნეობრივი ფასეულობების პრინციპებით“.

სწორედ ბიოეთიკა გახდა ზოგადი ეთიკის გამოკვეთილად განვითარებული და დამუშავებული ნაწილი. უფრო მეტიც, ერთ-ერთი გამოთქმული მოსაზრების

თანახმად, ბიოეთიკას შესაძლებელია მიენიჭოს მეცნიერების დამოუკიდებელი მიმდინარეობის სტატუსი (და არა როგორც ეთიკის შემაღენელი ნაწილისა), იმდენად მრავალფეროვან პრობლემებს აშუქებს, იმდენად მაღალია მათი ანალიზის დონე, იმდენად აქტუალური და საჭირობოროტოა გადასაჭრელი საკითხები. ასე თუ ისე, უდავოა, რომ ბიოეთიკა მოიცავს პრობლემების მართლაც ფართო სპექტრს. საჭიროა ტექნიკური მიღწევების დანერგვისას პაციენტთა, მომაკვდავთა და ინვალიდთა უფლებების იურიდიული დაცვა. ექიმის მოღვაწეობის ყველა ასპექტი, მათ შორის მისი ურთიერთობები პაციენტის ნათესავებთან, სულ უფრო მეტად ექცევა მეთვალყურეობის ქვეშ.

საზოგადოება თითოეული წევრი დაინტერესებულია, რომ ბიოეთიკური პრინციპების კონტროლი რეგულირდებოდეს კანონით. იგივე ინტერესი ამოძრავებს სამედიცინო საზოგადოებასაც, ვინაიდან ბიოეთიკური პრინციპების დაცვა ხელს უწყობს მედიცინისა და ზოგადად, ჯანდაცვის სისტემის ავტორიტეტის გაზრდას, რაც გადააქცევს ამ სფეროს პრიორიტეტულად. ამავე დროს, იზრდება მკვლევარების, ექიმების პასუხისმგებლობის ხარისხიც. უფრო მეტად არის დაცული ყველა მონაწილე მხარის უფლებები და ღირსება, პაციენტის ჩათვლით.

უცნაურია, რომ სწორედ ის, რაც ჩაფიქრებულია და კეთდება ადამიანის ტანჯვის შესამსუბუქებლად, მისი სიცოცხლის გასახანგრძლივებლად და გასაუმჯობესებლად, პრობლემების მიზეზი ხდება. უახლეს ისტორიაში უამრავი მაგალითია იმისა, თუ როგორ აბნევს ადამიანებს სირთულეების და პრობლემების ლაბირინთებში ახალი ცოდნა და ახლებური ქცევა. ეს პრობლემები, როგორც წესი, საზოგადოებაში იწვევენ სერიოზულ დისკუსიებს და ურთიერთდაპირისპირებას. მათი გადაწყვეტის დროს ადამიანები ხელმძღვანელობენ არა მარტო რაციონალური არგუმენტებით, არამედ ტრადიციებითაც, ფასეულობებით და, ბოლოს, ემოციებით. პრობლემების გადაჭრის გზების ძიება არა მხოლოდ სპეციალისტების ვი-

წრო წრისთვის არის ხელმისაწვდომი - სწორი გადაწყვეტილებების მიღება დიალოგის საფუძველზე უნდა მოხდეს, ერთის მხრივ, პროფესიონალებს, ანუ მეცნიერებსა და, მეორეს მხრივ, არაპროფესიონალებს, ანუ მთლიანად საზოგადოებას შორის.

ბიოეთიკისთვის დამახასიათებელია თანამედროვე მედიცინის მორალური და სამართლებრივი პრობლემების განხილვა მულტიდისციპლინურ პერსპექტივაში, ვინაიდან ეს პრობლემები უშუალოდ ეხება არა მხოლოდ ექიმებს, არამედ მათაც, ვინც ადრე თუ გვიან პაციენტის როლში აღმოჩნდება.

სწორად სასამართლოში წყდება დაზარალებული პაციენტის მატერიალური და მორალური ზარალის ანაზღაურების საკითხები. ბიოლოგიისა და მედიცინის განვითარებასთან ერთად ზნეობრივის გარდა, სამართლებრივი პრობლემებიც წარმოიქმნება.

ამჟამად სამედიცინო მეცნიერებას შეუძლია გადაჭრას პრაქტიკულად ყველა ავადმყოფობის პრობლემა. არც თუ უსაფუძვლოდ მიიჩნევენ, რომ მრავალი სამედიცინო ზემოქმედება აგრესიულია. ამჟამად მედიცინის, ტექნიკის სფეროში მძლავრი პროგრესის შედეგად ექიმის ძალაუფლება ადამიანის ორგანიზმზე განუსაზღვრელ მასშტაბებს იღებს, შედეგებიც რთული და სახიფათო ხდება. ასე, რომ ადამიანებს ესაჭიროებათ ახალი, დამატებითი დაცვის საშუალებები და მექანიზმები.

თანამედროვე პირობებში ბიოტექნოლოგიური გამოკვლევები სულ უფრო მეტად კონცენტრირდება მსხვილი ტრანსნაციონალური კორპორაციების ხელში და მათთვის გიგანტური შემოსავლების მომგანია. მაშინ, როცა საჯაროდ ქვეყნდება მასალები საზოგადოების დაცვაზე იმ საშიშროებისგან, რომლებიც ბიოტექნოლოგიების შეუზღუდავი გამოყენებისგან მომდინარეობს, უკვე აღარავის ეპარება ეჭვი ეთიკური ნორმებისა და სახელმწიფო კანონმდებლობის მართებულობაში. ასევე, არ უნდა დავივიწყოთ, რომ ბიოეთიკის წარმოშობა უკავშირდება ნიურბერგის პროცესსა და ნიურბერგის კოდექსს, როგორც

საპასუხო რეაქცია ნაცისტი ექიმების დანაშაულებრივი მოღვაწეობის წინააღმდეგ.

აღსანიშნავია, რომ ბიოეთიკის პრინციპების განხილვისას ყოველი მათგანი მნიშვნელოვანია მორალური თვალსაზრისით, მიუხედავად იმისა, თუ რომელი იქნება მიჩნეული წამყვანად. მათ წარმატებით იყენებენ საკონსულტაციო ეთიკური კომიტეტები, რომლებიც ფუნქციონირებენ დასავლეთის საავადმყოფოების უმრავლესობაში. თავისთავად, ბიოეთიკის პრაქტიკული მიღწევაა ამ კომიტეტების ინსტიტუციონალიზაცია, რაც იმის დადასტურებაა, რომ ბიოეთიკა რეალურად მონაწილეობს ყველაზე რთული და უმწვავესი პრობლემების გადაწყვეტაში.

ეთიკა, ბიოეთიკა და პროფესიული სამედიცინო ეთიკა

XX საუკუნის ბოლო მესამედში წარმოქმნილმა პრობლემებმა დასაბამი მისცეს ბიოეთიკის, როგორც ახალი დამოუკიდებელი სფეროს აღმოცენებას.

ბიოეთიკის სტატუსის დამკვიდრება საკმაოდ წინააღმდეგობრივი აღმოჩნდა. ზოგი სპეციალისტი ემხრობა ბიოეთიკის დაკავშირებას კლასიკურ სამედიცინო ეთიკასთან. სხვები, კი რადიკალურად არ ეთანხმებიან ასეთ მცდელობას, თუნდაც იმ მოსაზრების გამო, რომ ბიოეთიკა თვისობრივად ახალი ხასიათისაა და სპეციფიკური თავისებურებები გააჩნია. ბიოეთიკის სტატუსის პრობლემის გარშემო დისკუსიები გრძელდება, რიგი ავტორებისა ბიოეთიკას განიხილავს, როგორც ეთიკის ნაირსახეობას. მიიჩნევენ, რომ ბიოეთიკის ასეთი გააზრება, კერძოდ, ეთიკის პრიზმაში, დახმარებას გაუწევს მისი მეცნიერული სტატუსის, არსის, შინაარსისა და წარმოშობის მართებულად გააზრებას.

პროფესიული სამედიცინო ეთიკა, რომელსაც ხშირად უწოდებენ „სამედიცინო დეონტოლოგიას“, მიმართულია ექიმის მოღვაწეობის რეგულაციისაკენ, ანუ ეხება ექიმის

მოვალეობებისა და ვალდებულებების დადგენას, ხოლო ბიოეთიკის პრინციპების შინაარსი გადმოცემულია პაციენტის უფლებებისა და ინტერესების დაცვის ენაზე.

პროფესიული ეთიკის ამოცანაა, პირველ რიგში, პროფესიის მოთხოვნების დაკმაყოფილება, შიდა სტანდარტებისა და ქცევის ეტალონების დაწესება. შემთხვევითი არ არის, რომ პროფესიის შიდა სტანდარტები უცვლელი რჩება და თითქმის ერთნაირია საკმაოდ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, ზოგჯერ მთელი ათასწლეულების, ისევე, როგორც, მაგალითად, ჰიპოკრატეს კოდექსის შემთხვევაში, რომელიც ორიათას წელზე მეტს ითვლის. სულ სხვაა საზოგადოების მოთხოვნები პროფესიის მიმართ, რომლებიც მუდმივად იცვლებიან საზოგადოებაში მიმდინარე ცვლილებების მსგავსად. სწორედ ბიოეთიკა არის დაკავებული პროფესიასა და საზოგადოებას შორის ურთიერთობების დადგენით. ასე, რომ პროფესიული ეთიკა და ბიოეთიკა ერთმანეთს არ ცვლიან, თუმცა მათი ურთიერთკავშირი საკმაოდ რეალურ ინტერესს აღძრავს.

ბიოეთიკისა და ტრადიციული სამედიცინო ეთიკის დაკავშირების მცდელობები კვლავ გრძელდება. იმ აზრს, რომ ბიოეთიკა არის უბრალოდ თანამედროვე სამედიცინო ეთიკა, იზიარებს ბევრი ავტორიტეტული მეცნიერი. ასე, ე. პელეგრინო, ამერიკული ბიოეთიკის მამამთავარი, „ბიოეთიკის ენციკლოპედიის“ ექვსტომეულის მთავარი რედაქტორი, მიიჩნევს, რომ ბიოეთიკა ეს არის სამედიცინო ეთიკის განვითარების თანამედროვე ეტაპი, უფრო ზუსტად, კი სწორედ ამერიკული ეთიკისა. თავის სტატიაში „სამედიცინო ეთიკა აშშ-ში – აწმყო და მომავალი“ ის ხაზს უსვამს ტრადიციული და თანამედროვე პროფესიული ეთიკის საერთო საფუძვლებს და აერთიანებს „სამედიცინო ეთიკის“ ზოგადი ცნების ქვეშ. ამ შეხედულების მოწინააღმდეგეები თავიან პოზიციას იმით ასაბუთებენ, რომ ბიოეთიკა, ჯერ ერთი, არ არის მედიცინის მუშაკთა პროფესიული ეთიკა, თუნდაც იმიტომ, რომ იგი

წარმოადგენს არა კოდექსების, არამედ პრინციპების ერთობლიობას (სულ ოთხია), რომლებიც არა მარტო უპირისპირდებიან ძველ, ტრადიციულ სამედიცინო ეთიკურ პრინციპებს, არამედ „ცვლიან“ და „ავსებენ“ კიდევ მას, ამასთანავე, აფიქსირებენ ახალ მორალურ პრობლემებს, მათი გადაჭრის ახალ მეთოდებსა და გზებს. ეს პრინციპები ექიმების პრაქტიკული მოქმედებების უშუალო მითითებები კი არ არის, არამედ გარკვეული საფუძველია, საიდანაც შეიძლება კონკრეტული გადაწყვეტილებების მიღება. რაც მთავარია, ეს პრინციპები აფიქსირებენ, ერთის მხრივ, პაციენტების უფლებებს და, მეორეს მხრივ, ექიმების მოვალეობებს. ასე, რომ ბიოეთიკა ითვალისწინებს და იცავს ყოველი ადამიანის ინტერესებს, თუკი ის პაციენტის როლში აღმოჩნდება. პაციენტზე ფოკუსირება წამყვანი და მნიშვნელოვანი ფაქტორია, საპირისპირო შემთხვევაში ბიოეთიკა (ისევე, როგორც სამედიცინო ეთიკა) კვლავ მედიცინის და არა ეთიკის შემადგენელი ნაწილი იქნებოდა. მართლაც, ბიოეთიკა მთელი საზოგადოების ინტერესის სფეროა. სწორედ ამიტომ, ბიოეთიკის ერთ-ერთი ინსტიტუტი, ეთიკური კომიტეტი, დაკომპლექტებულია ფილოსოფოსებით, ეთიკოსებით, იურისტებით, საზოგადოების წარმომადგენლებით, მთავრობის წევრებით, ეკოლოგებით და არა ექიმებით, მიუხედავად იმისა, რომ განსახილველი საკითხები შესაძლებელია ყველაზე მეტად სწორედ მათი პროფესიის ღირსებასა და პატივს ეხებოდნენ.

პროფესიული სამედიცინო ეთიკა ექიმებისთვის არის განკუთვნილი, ხოლო, ბიოეთიკა იცავს პაციენტის ინტერესებს და არა პროფესიონალებისას, ე.ი. სულ სხვა სახის პრობლემებით არის დაკავებული. სწორედ ამ მიმართულებას ინარჩუნებს საერთაშორისო ენციკლოპედიურ ლექსიკონში „ეთიკა“ გამოქვეყნებული სტატიის - „გამოყენებითი ეთიკა“ - ავტორი ჯ. ბენსონი: „არსებობს მოსაზრება, რომ გამოყენებითი ეთიკა წარმოადგენს კოდექსების ნაკრებს, რომლებიც განსაზღვრავენ ადამიანის ქცევებისადმი სასურველ

მოთხოვნებსა და მოქმედებებს“.*

იმისთვის, რომ გამოიკვეთოს ბიოეთიკის შემეცნებითი საკითხები, საჭიროა მივუბრუნდეთ სტატიას ენციკლოპედიურ საერთაშორისო ლექსიკონში „ეთიკა“: „ბიოეთიკა არის ადამიანის იმ პრობლემების მულტიდისციპლინური გამოკვლევა, რომლებიც წარმოიქმნება მედიცინის და სამეცნიერო ტექნოლოგიების მიღწევების შედეგად და განიხილება მორალური ფასეულობებისა და პრინციპების თანახმად“.

ბიოეთიკა დაფუძნებულია მორალურ პრინციპებზე, უპირველეს ყოვლისა, ადამიანურ ფასეულობებზე და არ არის განყენებული ადამიანის ინტერესებისაგან, ვინაიდან მათ პრიორიტეტულად მიიჩნევს. სტატიის ავტორის ეს პოზიცია ბიოეთიკის არსის გაგებას აიოლებს. ბიოეთიკამ წერტილი დაუსვა მეცნიერული ცოდნის წინაშე ქედის მოხრის ტრადიციას, რაც უკვე რამდენიმე საუკუნე გრძელდებოდა და დასაბამი მისცა მეცნიერების ახლებურად გაგებას - პრიორიტეტულ ფასეულობად ადამიანის და კაცობრიობის ინტერესები უნდა გადაიქცეს; ბიოეთიკის მთავარ ამოცანად ადამიანის არსებობა და სიცოცხლის შენარჩუნება განიხილება.

დამოკიდებულება ბიოეთიკასა და სამართალს შორის

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს ურთიერთკავშირი ბიოეთიკასა და სამედიცინო სამართალს შორის. ზოგიერთი სპეციალისტი თვლის, რომ მორალურ-ეთიკური პრობლემების პრაქტიკულად მთელი კომპლექსი შესაძლოა განხილულ იქნას სამედიცინო სამართლის კონტექსტში, რომელიც უზრუნველყოფს კონკრეტული და საჭირო ინფორმაციით არსებული კანონმდებლობის შესახებ. ეს ინფორმაცია შესაძლოა სრულიად საკმარისი აღმოჩნდეს და მთელი მორალურ-ეთიკური პრობლემების ნაირსახეობანი მოექცეს სამართლებრივი ნორმე-

* Ethics. International Encyclopedia of Ethics. 1995. P. 49-50.

ბის ჭრილში. ასეთი პოზიციის ფორმირებას ხელს უწყობს სულ მცირე ორი ობიექტური საფუძველი. პირველი საფუძველი – ყველანაირი მორალი შეიძლება განხილულ იქნას, როგორც სამართალზე დაფუძნებული მორალი. ანუ, ზოგადსაკაცობრიო მორალის ჩამოყალიბება შესაძლებელი გახდება, თუ განისაზღვრება ადამიანის ფუნდამენტური უფლებები. ამ პოზიციიდან გამომდინარეობს, რომ მხოლოდ სამართალს გააჩნია და ინარჩუნებს იმ ორიენტირებს, რომლებიც წარმოადგენენ მოქმედ და სავალდებულო „ეთიკურ მინიმუმს“. ამ პოზიციის გასამყარებელი არგუმენტია ისტორიულად ცნობილი შეუსაბამობა სამართალსა და ზნეობრიობას, ისევე, როგორც, სამართლიანობასა და კანონს შორის, რომლებიც დამახასიათებელი იყო XVII, XVIII, და XIX საუკუნეებში. სამწუხაროდ, XX საუკუნეშიც აღინიშნებოდა ასეთივე ტენდენციები. მაგალითად, ფაშისტური გერმანიის კანონმდებლობით არასრულფასოვანი პირების განადგურება (1938-1939 წწ.) ამის აშკარა ნიმუშია. ცნობილი გერმანელი ფილოსოფოსი და ფსიქიატრი კარლ იასპერსი გერმანიის კანონმდებლობის ანალიზის საფუძველზე ამტკიცებს, რომ XX საუკუნემ წარმოშვა არა მარტო ატომური ბომბი და ბაქტერიოლოგიური იარაღი, არამედ დანაშაულებრივი სახელმწიფოებრიობის ფენომენიც და აბსოლუტური ბოროტებისათვის შეიქმნა ლეგალური პოლიტიკურ-იურიდიული საფუძველი. უან დოსე (ფრანგი იმუნოლოგი და გენეტიკოსი) სტატიაში „სამეცნიერო ცოდნა და ადამიანის ღირსება“ ამტკიცებს, რომ ადამიანებისათვის სახიფათოა, არა მეცნიერული მიღწევები, არამედ ტოტალიტარული რეჟიმები, რომლებიც კანონმდებლობის დახმარებით შეძლებენ მათ გამოყენებას ადამიანის ღირსებების შელახვით.

მიუხედავად ამისა, ეთიკური და სამართლებრივი პრობლემატიკის ერთმანეთთან დაკავშირების მომხრეები საფუძვლიანად წარმოადგენენ საკუთარი პოზიციის გასამყარებელ არგუმენტებს.

ეთიკის ნიველირების მეორე საფუძველს წარმოადგენს თანამედროვე კანონმდებლობაში მიმდინარე ცვლილებები.

ცნობილია, რომ საბჭოთა კავშირში ხანგრძლივი დროის განმავლობაში გაბატონებული იყო მართლმსაჯულების დამსჯელობითი და არა დამცველობითი ფუნქცია. სახელმწიფოს სისხლის-სამართლის სასჯელის დოქტრინით სამართალი აღიქმებოდა, როგორც საშუალება ჯერ კიდევ ჩაუღვნიელი დანაშაულის ასაცილებლად.

არ არის გასაკვირი, რომ ჯანდაცვის სფეროში ადამიანის უფლებები დაყვანილი იყო სახელმწიფო გარანტიების დონემდე, რომელიც მოქალაქეს პირდებოდა დაცვას პროფესიული დანაშაულისგან, რომლებიც სისხლის სამართლის სასჯელს იმსახურებდა, ანუ სანამ კანონი არ დაირღვეოდა მოქალაქეს არანაირი უფლება არ გააჩნდა ჯანდაცვის სფეროში. დანაშაულის კატეგორიას მიეკუთვნებოდა: „ავადმყოფისთვის დახმარების გაუწევლობა“, „უკანონო აბორტი“, „ყალბი დოკუმენტების გაცემა“, „უკანონო საექიმო მოღვაწეობა“, „წესების დარღვევა, რომლებიც შემოღებულია ეპიდემიასთან საბრძოლველად“, „ქალთა და მამაკაცთა სტერილიზაცია“, „ექსპერიმენტების ჩატარება ადამიანებზე“, „სამსახურებრივი გულგრილობა“, „სიცოცხლის მოსპობა გაუფრთხილებლობით“, „ძლიერმოქმედი და ნარკოტიკული საშუალებების უკანონო დამზადება, წარმოება, შექენა, შენახვა, გადაზიდვა და გასაღება“.

საქართველოს ახალ სისხლის სამართლის კოდექსში ძირითად პროფესიულ დანაშაულთა ნუსხა შენარჩუნებულია. საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსში ამოღებულია მუხლი „ქალთა და მამაკაცთა სტერილიზაცია“ და დამატებულია ახალი მუხლები, რომელთა შორისაა 149-ე მუხლი: „უკანონო მოთავსება ან დაკავება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში“ (საქართველოს 2000 წლის 5 მაისის №292-III კანონი; საქართველოს 2000 წლის 30 ივნისის №458-III კანონი).

XXI თავში „ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის საფრთხის შექმნა“ შესულია ახალი მუხლები: 131-ე მუხლი - „შიდსის შეყრა“ და 136-ე მუხლი - „გენეტიკური მანიპულაციები“; 134-ე მუხლი - „ადამიანის ორგანოს, ორგანოს ნაწილის ან ქსოვილის აღების იძულება“, ეს უკანა-

სკნელი დამატებით კვლავ გათვალისწინებულია ცალკეულ თავებში, როგორებიცაა: „დანაშაული ოჯახისა და არასრულწლოვანის წინააღმდეგ“, „დანაშაული ჯანმრთელობის წინააღმდეგ“, „დანაშაული სიცოცხლის წინააღმდეგ“.

XIX თავში „დანაშაული სიცოცხლის წინააღმდეგ“ შეტანილია 110-ე მუხლი: „მკვლელობა მსხვერპლის თხოვნით“, რაც წარმოადგენს იურიდიულ საფუძველს ევთანაზიის სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობის დანაშაულის კატეგორიად მიჩნევისათვის, „კანონში ჯანდაცვის შესახებ“ 151-ე მუხლში ნათქვამია: „სამედიცინო პერსონალს, აგრეთვე ნებისმიერ სხვა პირს, ეკრძალება ევთანაზიის განხორციელება ან ამ უკანასკნელში მონაწილეობის მიღება“. ეს კანონი ეთანხმება ბიოეთიკურ ნორმას: „ღებულება ექიმის დახმარებით თვითმკვლელობის შესახებ“ (მიღებულია 1992 წელს 44-ე მსოფლიო სამედიცინო გენერალური ასამბლეის მიერ). ასე რომ, იურიდიულ საფუძველს არ არის მოკლებული ბიოეთიკაში მოქმედი პრინციპი, რომელშიც ნათქვამია „თვითმკვლელობა ექიმის დახმარებით, ევთანაზიის მსგავსად, არაეთიკურია და უნდა დაიგმოს სამედიცინო პერსონალის მიერ. თუ ექიმის დახმარება წინასწარგანზრახულად, შეგნებით არის მიმართული იმისკენ, რომ ინდივიდს თვითმკვლელობის შესაძლებლობა მისცეს, ექიმის საქციელი არაეთიკურია. ამავე დროს, მკურნალობაზე უარის თქმა პაციენტის ძირითადი უფლებაა და ექიმის ქმედება არ არის არაეთიკური მაშინაც კი, როცა ექიმის მიერ პაციენტის სურვილის შესრულებას ამ უკანასკნელის სიკვდილი მოყვება“. ასევე, „კანონში ჯანდაცვის შესახებ“, 148-ე მუხლში ნათქვამია: „ტერმინალურ სტადიაში მყოფ ქმედუნარიან, გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე ავადმყოფს უფლება აქვს უარი განაცხადოს სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე“).

სამართლის იძულებითი ხასიათი შენარჩუნებულია მიუხედავად იმისა, რომ თანამედროვე საზოგადოებაში ძირეული ცვლილებები მიმდინარეობს სასამართლო-სამართლებრივ სი-

სტემაში ისეთი მიმართულებით, როგორცაა მართლმსაჯულების დამცველობითი როლის გავლენის გაზრდა.

დარგობრივი კანონმდებლობის საერთოსამართლებრივი კლასიფიკატორი შეიცავს ისეთ დამოუკიდებელ სფეროს, როგორცაა „საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, რომელიც თავის მხრივ წარმოდგენილია მთელი რიგი კანონებით: „ადამიანის ორგანოთა გადაწვევის შესახებ“, „პაციენტის უფლებების შესახებ“, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“, „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის შესახებ“, „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“, „აივ/შიდსის პროფილაქტიკის შესახებ“, „ჩვილთა ბუნებრივი კვების შესახებ“, „სისხლისა და მისი კომპონენტების დონორობის შესახებ“, „ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ“, „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“ და „საქართველოს წითელი ჯვრის საზოგადოების შესახებ“. ამ კანონებით დეტალურადაა რეგლამენტირებული დამოკიდებულებები სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას, ერთის მხრივ, მოქალაქე-პაციენტს შორის და მეორე მხრივ, სამედიცინო მუშაკებსა და დაწესებულებებს შორის. ამასთანავე, სამედიცინო სამართალი თანდათან იქცევა ღია სისტემად - ნორმატიული აქტების რაოდენობა მატულობს. პარლამენტში განსახილველად მზადდება მთელი რიგი კანონპროექტებისა.

ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობების საკანონმდებლო რეგულაციის ყოვლისმომცველი ტენდენციების გათვალისწინებით აქტუალური ხდება დაისვას საკითხი უმაღლეს სასწავლებლებში ჯანდაცვის კანონმდებლობის სწავლების შესახებ. თანამედროვე სამედიცინო კანონმდებლობის შესწავლა წარმოუდგენელია ბიოეთიკის ძირითადი ნორმებისგან განყენებულად. ამ პოზიციის გასამტკიცებელი მრავალი საფუძველი არსებობს.

სამართალი და ეთიკა – ორი დამოუკიდებელი დარგია მიუხედავად ურთიერთკავშირის არსებობისა. ერთი საუკუნის

წინ რუსეთის კულტურაში გამეფებული იყო ანტინომიზმი (ანტიკანონიერება), ანუ „უარყოფა სამართლისა, როგორც ადამიანის მოქმედების სავალდებულო და აუცილებელი საწყისის“; „ამის თანახმად ყველანიური ადამიანური ურთიერთობები დაიყვანება ზნეობრივი ურთიერთობების დონეზე, ხოლო სამართლებრივი და კანონიერი ურთიერთობების და განმარტებების სფერო სრულიად იქნა უარყოფილი“ (ვ. სოლოვიოვი, 1897წ). ზნეობის და სამართლის კვლევისას ვ. სოლოვიოვი მიუთითებდა, რომ მათ შორის განსხვავება „სამ ძირითად პუნქტს მოიცავს“: 1) „სამართალი არის ქვედა ზღვარი ანუ ზნეობრიობის განმსაზღვრელი მინიმუმი; 2) „სამართალი არის ამ მინიმუმის გარე რეალიზაციის მოთხოვნა, მაშინ, როდესაც „საკუთრივ ზნეობრივი ინტერესი დამოკიდებულია არა სიკეთის გარე რეალიზაციასთან, არამედ ადამიანის სულში ღრმად არსებობასთან. 3) ზნეობრივი მოთხოვნები გულისხმობს თავისუფალ ანუ ნებით აღსრულებას, სამართლებრივის საპირისპიროდ – რომელიც უშვებს პირდაპირ ან არაპირდაპირ იძულებას.

ადამიანის უფლებები და თავისუფლება აღიარებულია ფასეულობებად, რომელთა დაცვაც მართლაც ღირებული ხდება სამართლებრივი სისტემისათვის. ამასთანავე, აშკარაა, რომ სრულად ვერ იქნება აცილებული შესაძლო კონფლიქტები სამართალსა და ადამიანის უფლებებს შორის.

„საქართველოს კანონის ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ დემოკრატიული და პროგრესიული ხასიათის მიუხედავად, მაინც ვერ იქნება აცილებული დაპირისპირებები პაციენტსა და ექიმს შორის სამართლის, თავისუფლების, ინტერესების სფეროში. ასეთი ურთიერთდაპირისპირებები შემთხვევითი არ არის, რაც დაკავშირებულია იმასთან, რომ ნორმატიული პრინციპები და ზნეობრივი ფასეულობები ყოველთვის ერთმანეთს არ ემთხვევა და ზოგჯერ, პირიქით, შეუსაბამობაშიც არიან ერთმანეთთან.

ზნეობის და კანონის არსებული შეუსაბამობები ქმნის პირობებს იმისათვის, რომ ევროპის და ამერიკის ქვეყნებში

ერთდროულად მოქმედებს, როგორც დეტალურად შემუშავებული სამართლებრივი რეგლამენტები, ასევე, პროფესიული სამედიცინო გაერთიანებებისათვის ეთიკური კოდექსებიც. მაგალითისთვის განვიხილოთ „დეკლარაცია სამედიცინო აბორტებზე“, რომელიც მიღებულია მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის მიერ 1993 წელს. ამ დეკლარაციის მე-6 პუნქტში ნათქვამია: „თუ პირადი მოსაზრებები ექიმს არ აძლევენ საშუალებას ურჩიოს ან გააკეთოს სამედიცინო აბორტი (იმ ქვეყნებშიც კი, სადაც აბორტი კანონით ნებადართულია), მან პაციენტი უნდა გადააბაროს კომპეტენტურ კოლეგას.“ ხოლო, „საქართველოს კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ XXIII თავის 136-ე მუხლში ნათქვამია: „ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს დამოუკიდებლად განსაზღვროს შვილების რაოდენობა და მათი დაბადების დრო“. ეს სამართლებრივი ნორმა არ შეესაბამება შვილის ყოლის „ღვთიური მადლის“ ცნებას იმ აღმნიშვნისათვის, რომელთა ზნეობრივი ფასეულობებიც აგებულია რელიგიურ აღმსარებლობაზე.

ანალოგიური მაგალითები მრავლად მოიპოვება, რაც მეტყველებს განსხვავებებზე კანონიერებასა და ზნეობრიობას შორის. აშკარაა, რომ არა მარტო დამსჯელობითი მართლმსაჯულების არსებობისას, არამედ დამცველობითი სისტემის დომინირების პირობებშიც, ბიოეთიკა ასრულებს ექიმის პიროვნების დაცვის ფუნქციას, საფუძვლიანად ამყარებს მის პოზიციას, რათა იგი მოიქცეს არა მხოლოდ კანონის შესაბამისად, არამედ სინდისის კარნახითაც. როცა საზოგადოებას სურს მომავალი ექიმი იქცეს არა რობოტად, კანონების მექანიკურ და ავტომატურ შემსრულებლად, არამედ პროფესიონალად, რომელიც თავის მოვალეობას ასრულებს ნებაყოფლობით და გააზრებულად, მაშინ მას უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა მიიღოს მორალურ-ეთიკური განათლება და განუვითარდეს უნარ-ჩვევები პროფესიული ფასეულობების დასაცავად.

მართლაც, ეთიკური პრობლემატიკის ისეთი საკვანძო საკითხი, როგორცაა ექიმსა და პაციენტს შორის დამოკიდებულება – განუყოფელია საექიმო საქმიანობის ყველა სფეროში.

სხვადასხვა სპეციალისტების მჭიდრო და შემოქმედებითი მეცნიერული და პრაქტიკული თანამშრომლობა წარმოადგენს ბიოეთიკის არსებობის და განვითარების პირობას. ექიმის ზნეობრივი კულტურა მისი პროფესიონალიზმის ერთ-ერთი ძირითადი კრიტერიუმია. მორალურ-ეთიკური და სამართლებრივი ბაზის შექმნა სამედიცინო მეცნიერებასა და პრაქტიკაში – სპეციალური და დამოუკიდებელი სწავლების და კვლევის საგანია.

ბიოეთიკის პრინციპები

მრავალრიცხოვანი ეთიკური პრინციპების არსებობის პირობებში ძნელია გამოცალკევდეს ისეთი პრინციპი, ან თუნდაც პრინციპების ერთობლიობა, რომელიც ყველა მოთხოვნილებას დააკმაყოფილებდა. ბიოეთიკის არსებულ ლიტერატურაში მრავალი მცდელობაა იმისა, თუ რომელი პრინციპი მიიჩნეონ საფუძვლად, ასევე როგორია სხვადასხვა პრინციპებს შორის ურთიერთდამოკიდებულება. ყველაზე ფართო აღიარება მოიპოვა კონცეფციამ, რომელიც შემოგვთავაზებს ცნობილმა ამერიკელმა სპეციალისტებმა ტომ ბინამპმა და ჯეიმს ჩილდრესმა წიგნში „ბიოსამედიცინო ეთიკის პრინციპები“. (თავისთავად ცხადია, რომ აღიარებასთან ერთად ამ კონცეფციას კრიტიკაც შეეხო, ზოგჯერ საკმაოდ მწვავეც.) უნდა აღინიშნოს, რომ ბინამპის და ჩილდრესის კონცეფცია სისტემური და კომპაქტური ფორმით გადმოგვცემს ბიოეთიკურ საფუძვლებს. ავტორები გამოყოფენ ოთხ ძირითად პრინციპს: „არ ავნო“, „აკეთე სიკეთე“, „პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის პრინციპი“, „სამართლიანობის პრინციპი“.

ბიოეთიკის პრინციპების კომპლიკაციური ანალიზი საქართველოში მოქმედ კანონმდებლობასთან, კერძოდ, ჯანდაცვის კანონებთან, სისხლის სამართლისა და ნაწილობრივ სამოქალაქო კოდექსებთან, საშუალებას იძლევა პრაქტიკული მნიშვნელობა მიენიჭოს ჩვენში სამედიცინო მომსახურების ისეთ ასპექტებს, რომლებიც აქამდე ან გადაუჭრელი იყო, ან დიღუბას წარმოადგენდა.

პრინციპი „არ ავნო“

ეს პრინციპი უძველესია სამედიცინო ეთიკაში და ყველაზე მნიშვნელოვანია ექიმის მოღვაწეობაში (ლათინურად *primum non nocere* – უპირველეს ყოვლისა არ ავნო). ხშირად ამ გამონათქვამში ჰიპოკრატეს საექიმო ეთიკის პრინციპი მოიაზრება. ჰიპოკრატეს ფიცში ნათქვამია: „მე მივმართავ ავადმყოფის რეჟიმს მის საკეთილდღეოდ ჩემი შესაძლებლობების და მოსაზრების მიხედვით, თავს შევიკავებ მისთვის ყოველგვარი ზიანის მიყენებისგან და უსამართლობისგან“.

„საქართველოს კანონში ჯანდაცვის შესახებ“ - 103-ე მუხლში გაცხადებულია: „სამედიცინო პერსონალის ქმედებით ან უმოქმედობით გამოწვეული პაციენტის ფიზიკური ან ფსიქიკური მდგომარეობის გაუარესების ან სიკვდილის, ან პაციენტისთვის მიყენებული მორალური ან მატერიალური ზიანისათვის პასუხისმგებლობა განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით“. ასევე, პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ მე-10 მუხლი)*

პირველ საკითხად პრინციპისთვის „არ ავნო“ უნდა განისაზღვროს, თუ რა აღიქმება ზიანად მედიცინის სფეროში, ექიმის მოღვაწეობასთან მიმართებაში, მისი ურთიერთობებისას პაციენტთან. თუკი ვითარებას ექიმის პოზიციიდან განვიხილავთ, შეიძლება ზიანის ასეთი კატეგორიები განვასხვაოთ:

* პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს:

ა) კომპენსაცია ქონებრივი და არაქონებრივი ზიანისა, რომლებიც გამოწვეულია:

ა.ა) პაციენტის უფლებების დარღვევით;

ა.ბ) მცდარი სამედიცინო ქმედებით;

ა.გ) სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირების სხვა ხარვეზებით;

ა.დ) სახელმწიფოს მიერ არასწორად განხორციელებული ზედამხედველობითა და რეგულირებით;

ბ) სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ლიცენზიის შეჩერება ან გაუქმება;

გ) სახელმწიფო სამედიცინო და სანიტარული სტანდარტების შეცვლა.

–ზიანი, გამოწვეული უმოქმედობით, დახმარების გაუწევლობა მისთვის, ვინც ამას საჭიროებს;

–ზიანი, მიყენებული არაკეთილსინდისიერი, ბოროტი ან ანგარებანი ზრახვით;

–ზიანი, გამოწვეული არასწორი, გაუთვლელი და არაკვალიფიციური მოქმედებით;

–ზიანი, მიყენებული კონკრეტულ ვითარებაში ობიექტური აუცილებლობით გამოწვეული მოქმედებით;

ზიანის ყველა კატეგორია შეფასებული იქნება ცალ-ცალკე.

რაც შეეხება პირველს – უმოქმედობა, დახმარების გაუწევლობა - უმეტეს შემთხვევაში ჩვენ საქმე გვაქვს მართლსაწინააღმდეგო ქმედებასთან, ანუ ისეთი ვალდებულების შეუსრულებლობასთან, რომელსაც აკისრებს კანონი ან სხვა ნორმატიული აქტი. ასე, რომ კონკრეტულად თუ ვიმსჯელებთ, პრობლემა არა იმდენად მორალურია, რამდენადაც იურიდიული ან ადმინისტრაციული.

სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საკითხი უმოქმედობის გამო დგება მაშინ, თუ არსებობს მიზეზობრივი კავშირი ბრალეულ ქმედებას (ამ შემთხვევაში უმოქმედობა) და მართლსაწინააღმდეგო შედეგის დადგომას შორის. უმოქმედობა მხოლოდ მაშინ არის მიზეზობრივ კავშირში მართლსაწინააღმდეგო შედეგთან, ან კონკრეტული საფრთხის შექმნასთან, როცა „პირს ჰქონდა სამართლებრივი გარანტიის მოვალეობა, შეეძლო ემოქმედა და ამ მოქმედებით აცილებული იქნებოდა მართლსაწინააღმდეგო შედეგი“ (სსსკ-ის მე-8 მუხლი, III პუნქტი).

უმოქმედობის (სსსკ-ის მე-8 მუხლი, III პუნქტი) შემადგენლობას წარმოადგენენ ბრალეული მართლსაწინააღმდეგო ქმედებები, როგორებიცაა „დაუხმარებლობა“ - 129-ე მუხლი, „განსაცდელში მიტოვება“ - 128-ე მუხლი, „ავადმყოფის განსაცდელში მიტოვება“ - 130-ე მუხლი, „სამსახურებრივი გულგრილობა“ – 342-ე მუხლი.

დავუშვათ, ექიმი, რომელიც მორიგეობაზე იმყოფება, არ ასრულებს იმ მოქმედებებს, რაც უნდა ჩაეტარებინა კონკრეტული პაციენტისათვის. ასეთ შემთხვევაში იგი პასუხისმგებელია, ერთის მხრივ, მოვალეობის შეუსრულებლობის ფაქტის გამო და, მეორეს მხრივ, იმ შედეგების გამო, რომელიც ამ უმოქმედობას მოჰყვა. ამასთანავე, პირველი გარემოების გამო პასუხისმგებლობა გარდაუვალია „საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის“ 130-ე მუხლით – „ავადმყოფის განსაცდელში მიტოვება“, ხოლო მეორე გარემოების გამო პასუხისმგებლობა დაეკისრება უმოქმედობით გამოწვეული ჯანმრთელობის განზრახ დაზიანების გამო (117-ე, 118-ე, 120-ე მუხლები)*, რამაც ზოგ შემთხვევებში შეიძლება სიცოცხლის მოსპობაც გამოიწვიოს (119-ე მუხლი: „ჯანმრთელობის დაზიანება სასიკვდილო შედეგით“).

„სსსკ-ის მე-11 მუხლი ითვალისწინებს პასუხისმგებლობის ზოგად წესს „თანამდევი შედეგით კვალიფიცირებული განზრახი დანაშაულისათვის“. ასეთ შემადგენლობებში შედეგის მიმართ პირს უნდა ჰქონდეს გაუფრთხილებლობა მაინც. მაგალითად, ჯანმრთელობის განზრახ დაზიანება, რომელმაც გამოიწვია სიცოცხლის მოსპობა (119-ე მუხლი). აქ იგულისხმება შედეგის გაუფრთხილებლობით გამოწვევა, ვინაიდან, თუ შედეგის მიმართ პირს განზრახვა აქვს, მაშინ გვექნება განზრახი მკვლელობა („სისხლის სამართალი. ზოგადი ნაწილის მიმოხილვა“).

ექიმს პასუხისმგებლობა ასე თუ ისე შეიძლება მოეხსნას იმ შემთხვევაში, თუ იგი იძულებული იყო დრო და ენერჯია დაეხარჯა სხვა პაციენტის დასახმარებლად, რომელიც უფრო მძიმე მდგომარეობაში იმყოფებოდა („საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი“ – მართლწინააღმდეგობის გამომრიცხველი გარემოებები – 32-ე მუხლი - მოვალეობის კოლიზია). მიუხედავად ამისა, პაციენტს ან მის ნათესავებს შე-

* 117-ე მუხლი: ჯანმრთელობის განზრახ მძიმე დაზიანება, 118-ე მუხლი: ჯანმრთელობის განზრახ ნაკლებად მძიმე დაზიანება, 120-ე მუხლი: ჯანმრთელობის განზრახ მსუბუქი დაზიანება.

უძლიათ სასამართლოშიც კი იჩივლონ. ექიმის ქმედება მხოლოდ მაშინ იქნება მართლსაწინააღმდეგო და ბრალეული, თუ მან შეგნებულად აღმოუჩინა დახმარება პაციენტს, რომლის ავადმყოფობის სიმპტომებიც არ იყო საგანგაშო იმ პაციენტთან შედარებით, რომელიც გადაუდებელ დახმარებას საჭიროებდა.

თუ ორი პაციენტი სასიკვდილოდ იყო განწირული და ექიმი იძულებული იყო დახმარება აღმოეჩინა მხოლოდ ერთისთვის, მეორე დაიღუპა, სხვა შემთხვევაში ორივე დაიღუპებოდა („ბრალის გამომრიცხველი გარემოება“ - ტრაგიკული კოლიზია, 38-ე მუხლი). ამ შემთხვევაში ექიმის მიერ პაციენტის დაუხმარებლობა არ კვალიფიცირდება, არც სიცოცხლის მოსპობის განზრახვაა და არც გაუფრთხილებლობა.

საკითხი სხვაგვარად დგას, როცა ექიმი არასამუშაო ადგილზე იმყოფება. გარდა იმისა, რომ ეს მორალურად გასაკიცხი საქციელია, ამის შესახებ „საქართველოს კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ 39-ე მუხლი მიუთითებს: „არასამუშაო ადგილზე შესაძლებლობების ფარგლებში გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევა ექიმის, ისევე, როგორც ნებისმიერი მოქალაქის, მოვალეობაა“. თუმცა მოვალეობის გარდა ექიმს შეიძლება სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობა დაეკისროს: „სიცოცხლისთვის საშიშ მდგომარეობაში მყოფისათვის აუცილებელი და აშკარად გადაუდებელი დახმარების გაუწევლობა, თუ დამნაშავეს შეეძლო მისი დახმარება თავისთვის ან სხვისთვის სერიოზული საფრთხის შექმნის გარეშე“ ისჯება საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 129-ე მუხლით „დაუხმარებლობა“ და 128-ე მუხლით „განსაცდელში მიტოვება“ – დაუხმარებლად იმის მიტოვება, ვინც სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობაში იმყოფებოდა და შესაძლებლობა არ ჰქონდა მიეღო ზომები თავის დასაცავად, თუ მიმტოვებელს ევალებოდა მასზე ზრუნვა ან შეეძლო მისი დახმარება“. ვინაიდან 129-ე მუხლში ნახსენებია სიტყვა დამნაშავე, უკვე წარმოიშვება იმის აუცილებლობა რომ გამოინახოს ექიმის დაცვის სხვა არგუმენტები: სსსკ-ში IX თავის „ბრა-

ლის გამომრიცხველი და შემამსუბუქებელი გარემოებები“ 38-ე მუხლით „სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობისგან გათავისუფლება სხვა არაბრალეული ქმედების დროს“ – ბრალეულად არ მოქმედებს ის, ვინც სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებულ ქმედებას ჩაიდენს სხვა ისეთი გარემოების არსებობისას, რომელიც თუმცა ამ კოდექსში სახელდებით არ არის მოხსენიებული, მაგრამ სავსებით აკმაყოფილებს ამ ქმედების არაბრალეულობის პირობებს – ასეთი დამცავი პირობები პროფესიულ კანონში არის გათვალისწინებული, ზოგიერთი ქვეყნის კანონმდებლობა ათავისუფლებს ექიმს ასეთი სახის პასუხისმგებლობისგან. კერძოდ „საქართველოს კანონის ჯანდაცვის შესახებ“ 37-ე მუხლით: ექიმს უფლება აქვს უარი თქვას პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაზე მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ: ა) არსებობს პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების უწყვეტობის უზრუნველყოფის შესაძლებლობა და არ აღინიშნება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა, ან პაციენტი არ საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას; ბ) სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას ექიმის სიცოცხლეს რეალური საფრთხე ემუქრება. თუ ექიმ-ფსიქიატრის პირად უსაფრთხოებას აგრესიის საფრთხე ექმნება პაციენტის მხრიდან, მისი ფსიქიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, ექიმს უფლება აქვს უარი თქვას პაციენტის მკურნალობაზე, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ექიმი ერთადერთი სპეციალისტია (კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ - მუხლი 17,2 - ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე პირის შრომის დაცვა და შეღავათები).

სამოქალაქო სამართალშიც მართლწინააღმდეგობა ცალკეულ შემთხვევებში შესაძლებელია ბრალის ელემენტის გარეშე (საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, მე-3 წიგნი, ლ. ჭანტურია, ბ. ზოიძე), მაგალითად, შემთხვევის გამო. განასხვავებენ ორი სახის შემთხვევას, პირველი - როცა პირი არ ითვალისწინებდა მართლსაწინააღმდეგო შედეგების დადგომის შესაძლებლობას და საქმის გარემოებებიდან გამომდინარე არც ვაღიარებდა იყო და

არც ჰქონდა ამის შესაძლებლობა. მეორე – როცა პირს შეეძლო გაეთვალისწინებინა მართლსაწინააღმდეგო შედეგების დადგომის შესაძლებლობა, მაგარამ ექსტრემალური პირობების გამო ან ნერვულ-ფსიქიკური გადაძაბვის გამო ფიზიკურად არ შეეძლო მისი თავიდან აცილება.

ზიანის მომდევნო კატეგორია გამოწვეული არაკეთილსინდისიერი ქმედებით, ან წინასწარგანზრახულად, ბოროტი ანგარებით, რაც წარმოადგენს იურიდიულ-ადმინისტრაციული განხილვის ობიექტს, თუმცა რა თქმა უნდა, მორალურადაც ნეგატიურ შეფასებას იმსახურებს. ექიმის ქმედებას დანაშაულის კვალიფიკაცია მიენიჭება სსსკ-ის XXI თავის 127-ე მუხლით „სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობაში ჩაყენება“, 131-136-ე მუხლებით* და XX თავის – „დანაშაული ჯანმრთელობის წინააღმდეგ“ – 117-121-ე მუხლებით**; XIX თავის - „დანაშაული სიცოცხლის წინააღმდეგ“ - 108-109-ე მუხლებით***. როცა იმპერატივი „არ ავნო“ არ სრულდება და შედეგი სიცოცხლის მოსპობა ან ჯანმრთელობის რაიმე ხარისხით დაზიანებაა, ასეთი ქმედება კვალიფიცირდება, როგორც განზრახვა (სსსკ-ის მე-9 მუხლი: „განზრახი დანაშაული“), როცა განზრახვის სამივე კომპონენტი

* მუხლი 131. შიდასის შეყრა;

მუხლი 132. განსაკუთრებით საშიში ინფექციური დაავადების შეყრა;

მუხლი 133. უკანონო აბორტი;

მუხლი 134. ადამიანის ორგანოს, ორგანოს ნაწილის ან ქსოვილის აღების იძულება;

მუხლი 135. სისხლით ან სისხლის კომპონენტებით უკანონო ვაჭრობა;

მუხლი 136. გენეტიკური მანიპულაცია.

** მუხლი 117. ჯანმრთელობის განზრახ მძიმე დაზიანება;

მუხლი 118. ჯანმრთელობის განზრახ ნაკლებად მძიმე დაზიანება;

მუხლი 119. ჯანმრთელობის დაზიანება სასიკვდილო შედეგით;

მუხლი 120. ჯანმრთელობის განზრახ მსუბუქი დაზიანება,

მუხლი 121. ჯანმრთელობის განზრახ მძიმე ან ნაკლებად მძიმე დაზიანება უეცარი, ძლიერი სულიერი აღელვების მდგომარეობაში.

*** მუხლი 108. განზრახ მკვლელობა;

მუხლი 109. განზრახ მკვლელობა დამამძიმებელ გარემოებაში

დასტურდება.

ზიანის კიდევ ერთი მიზეზი – გამოწვეული ექიმის არასაკმარისი კვალიფიკაციით, მისი უუნარობით ხარისხიანად შეასრულოს თავისი მოვალეობები. ამასთან დაკავშირებით უნდა აღინიშნოს, რომ თვითონ ექიმის კვალიფიკაციის ცნებას არა იმდენად ზედმიწევნით ტექნიკური დატვირთვა აქვს, რამდენადაც მორალური, ანუ ის, ვინც ექიმი გახდა და არ შეუძლია იმის გაკეთება, რასაც ექიმი ჩვეულებრივ უნდა აკეთებდეს, მორალური გაკიცხვის ღირსია. თუმცა, ყველაფერი იმაზე არის დამოკიდებული თუ რა იგულისხმება; ერთია, როცა ვსაუბრობთ რიგით, „საშუალო“ ექიმზე და სულ სხვაა – მაღალი კვალიფიკაციის სპეციალისტზე. მეორე შემთხვევაში საფუძვლიანია ისეთი კრიტერიუმი, როგორცაა თანამედროვე მედიცინის მიღწევების შესაბამისად პრაქტიკის წარმოების უნარი. ეს ნიშნავს, რომ მაღალი კვალიფიკაციის ექიმს წაყენებული აქვს გაზრდილი მოთხოვნილებები, თანაც არა მარტო სპეციალობის მხრივ, არამედ მორალური გაგებითაც.

პაციენტისთვის ზიანის მიყენება ხდება დაუდევრობით, თვითიმედოვნებით, შეცდომით და სამსახურებრივი გულგრილობით. სისხლის სამართლის კოდექსის თანახმად ექიმს პასუხისმგებლობა შეიძლება დაეკისროს 36-ე მუხლით „შეცდომა“ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ შეცდომამ გამოიწვია ჯანმრთელობის მძიმე ან ნაკლებად მძიმე დაზიანება (სსსკ-ით გათვალისწინებული 36-ე მუხლი „შეცდომა“, წარმოადგენს „ბრალის გამომრიცხველ გარემოებას“) და კვალიფიცირდება მე-10 მუხლის მე-4 პუნქტის თანახმად – „გაუფრთხილებლობითი დანაშაული“:

„გაუფრთხილებლობით ჩადენილი ქმედება მხოლოდ მაშინ ჩაითვლება დანაშაულად, თუ ამის შესახებ მითითებულია ამ კოდექსის შესაბამის მუხლში“. ესენია სსსკ-ის 124-ე მუხლი „გაუფრთხილებლობით გამოწვეული ჯანმრთელობის მძიმე ან ნაკლებად მძიმე დაზიანება“ და სსსკ-ის 116-ე მუხლი „სიცოცხლის მოსპობა გაუფრთხილებლობით“.

გაუფრთხილებლობით დანაშაულად ითვლება თვითიმედოვნება და დაუდევრობა. ქმედების ეს ორი სახე ყველაზე აქტუალურია მედიცინაში. ზოგ ქვეყნებში იზრდება პრეტენზიები სამედიცინო დაუდევრობის მიზეზით, ამიტომ ნაციონალური სამედიცინო ასოციაციები ეძებენ გზებს ამ პრობლემის გადასაჭრელად. ამისათვის არსებობს „დებულება სამედიცინო დაუდევრობის შესახებ“ რომელიც მიღებულია 44-ე მსოფლიო სამედიცინო ასაბლესაზე, ესპანეთში 1992 წელს. საჭიროა განსხვავება მოხდეს სამედიცინო დაუდევრობასა და სამედიცინო დახმარების ან მკურნალობის თანმხლებ წარუმატებელ შედეგებს შორის, რაშიც ექიმის ბრალი არ არსებობს.

სამედიცინო დაუდევრობაა, როცა ექიმი მკურნალობის სტანდარტების უზრუნველსაყოფად უუნარობას იჩენს, ან მას გააჩნია არასაკმარისი უნარ-ჩვევები, ან იჩენს დაუდევრობას პაციენტისათვის დახმარების აღმოჩენისას, რაც უშუალო მიზეზია ზიანისა, რომელიც პაციენტს მიაღება.

მკურნალობის თანმხლები უარყოფითი გამოვლინებები, რომლებიც წარმოიქმნა მკურნალობის დროს, მათი წინასწარგანჭვრეტა შეუძლებელი იყო და მკურნალი ექიმის მხრიდან უნარ-ჩვევების ან ცოდნის ნაკლოვანების შედეგი არ არის, წარმოადგენს არასასურველ შედეგს, რის გამოც ექიმმა არ უნდა აგოს პასუხი.

„გაუფრთხილებლობა სამოქალაქო სამართალში იყოფა უხეშ და მარტივ (უბრალო) გაუფრთხილებლობად. „გაუფრთხილებლად მოქმედებს ის, ვინც არღვევს სამოქალაქო ბრუნვისთვის დამახასიათებელ აუცილებელ ყურადღებიანობას“.

სამოქალაქო კოდექსით გათვალისწინებულ უმრავლეს შემთხვევებში ვაღდებულების დამრღვევი პასუხს აგებს მხოლოდ უხეშო გაუფრთხილებლობისთვის“ (საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი, მე-3 წიგნი, ლ. ჭანტურია, ბ. ზოიძე).

აქამდე განვიხილავდით ზიანს, რომელიც გამოწვეულია მართლსაწინააღმდეგო (ზოგჯერ კი

ბრალეული) ქმედებით. თუმცა, სამოქალაქო სამართალი ცნობს მართლზომიერი მოქმედებით მიყენებულ ზიანსაც. ამ შემთხვევაში პირი არავითარ სამართლებრივ ვალდებულებას არ არღვევს.

ასე რომ, ბოლოს განვიხილავთ ზიანს, რომელიც მიყენებულია კონკრეტულ ვითარებაში ობიექტური აუცილებლობით გამოწვეული მოქმედებით. ერთი შეხედვით საკითხის ასე დაყენება პარადოქსულად უდერს, პაციენტი ხომ ექიმს მიმართავს სწორედ იმიტომ, რომ მიიღოს გარკვეული სარგებლობა, მაგალითად, განთავისუფლდეს ტკივილისგან. ამავე დროს, თუ კარგად დაუგვირდებით, თითქმის ყოველთვის ექიმთან ვიზიტი პაციენტისთვის რაიმე ზიანის მომტანია. თუ ვითარებას პაციენტის თვალთ შევხედავთ, შეიძლება სხვადასხვა სახის ზიანი გამოვარჩიოთ. დავიწყოთ იქიდან, რომ ექიმთან ვიზიტი დროის ხარჯვას მოითხოვს (ამასთანავე, ფულისაც), რომელიც პაციენტს სხვა რამეზე შეეძლო დაეხარჯა, ან ამ ვიზიტის გამო პაციენტმა მნიშვნელოვანი საქმე ვერ გააკეთა. მით უმეტეს, თუკი ექიმი განსაკუთრებული რეჟიმის დაცვას მოითხოვს, მაშინ ზიანი გამოვლინდება პაციენტის შესაძლებლობების და თავისუფლების შეზღუდვაში ხან ნაწილობრივად, ზოგჯერ კი მნიშვნელოვნადაც, რაც უფრო თვალშისაცემი ხდება პაციენტის პოსპიტალიზაციის დროს. ზიანის კიდევ ერთი ფორმა არის დაკავშირებული პაციენტის ინფორმირებასთან მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის და პროგნოზის შესახებ. ასეთ დროს ზიანს იწვევს ან ინფორმაციის დამალვა (პაციენტის მოტყუება), ან პირიქით, მართებული ინფორმაციის მიწოდება. ერთის მხრივ, როცა ვინმეს ვატყუებთ, უკვე ამით ვაყენებთ ზიანს, ვინაიდან მის ღირსებას ვლახავთ, რომ არაფერი ვთქვათ იმაზე, რომ ადამიანი არაზუსტი, ან არასაკმარისი ინფორმაციის საფუძველზე უნებურად აზარალებს საკუთარ თავს და გარშემომყოფებს. მეორეს მხრივ, ზიანი მიაღებება პაციენტს იმ შემთხვევაში, თუ მას მართებული ინფორმაცია მიწოდება უხეში ფორმით, მისი ფსიქიკური მდგომარეობის გაუთვალისწინებლად. ზიანის მომტანია ექიმის მიერ სამედიცინო სახის ინფორმაციის გამჟღავნება მესამე პირისათვის

(ირღვევა კონფიდენციალობის წესი). საერთოდ კი ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა რეგლამენტირებულია კანონით, რომელიც საექიმო საიდუმლოს დაცვას მოითხოვს და ამიტომ ვერ დასაბუთდება, რომ ასეთი ზიანი გარდაუვალია. („საქართველოს კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ - 42-ე მუხლი: „მედიცინის მუშაკი და სამედიცინო დაწესებულების ყველა თანამშრომელი ვალდებულია დაიცვას სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო“; „საქართველოს კონსტიტუცია“ - 41.2-ე მუხლი: „ოფიციალურ ჩანაწერებში არსებული ინფორმაცია, რომელიც დაკავშირებულია ადამიანის ჯანმრთელობასთან არაგისთვის არ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი“; „საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“, 27-ე მუხლი: „სამედიცინო მომსახურების გამწვევი ვალდებულია პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა დაიცვას როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ“.), მაგრამ იმ შემთხვევებშიც კი, როდესაც კანონი ნებას რთავს, ან თუნდაც მოითხოვს ამ ინფორმაციის გამჟღავნებას („საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“, 28-ე მუხლი, 1 პუნქტი), ან მისი დაფარვის შემთხვევაში სისხლისსამართლებლივ პასუხისმგებლობას აკისრებს („საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი“ 247-ე მუხლი: „სიცოცხლისათვის ან ჯანმრთელობისათვის საფრთხის შემქმნელი გარემოების შესახებ ინფორმაციის დამალვა ან გაყალბება“) პაციენტისთვის ზიანის მიყენება უკვე გარდაუვალი ხდება, თუმცა ამით აცილებული იქნება სხვა ადამიანისთვის ზიანის მიყენების საშიშროება, კერძოდ, მისი ინფორმირების გზით. აღვნიშნავთ, რომ ასეთ შემთხვევაში, ისევე, როგორც პაციენტის მოტყუებისას, მას მორალური ზიანი აღეგება და არა ფიზიკური. პაციენტის და ექიმის ურთიერთდამოკიდებულების განხილვისას გასათვალისწინებელია ორივე კატეგორიის ზიანი. ზოგჯერ ექიმის მიერ დანიშნული მკურნალობა მტკივნეული პროცედურების ჩატარებასაც მოიცავს. ექიმი, მართალია, კეთილი ზრახვით, ანუ მკურნალობის მიზნით პაციენტს ფიზიკურ ტკივილს აყენებს. გარკვეულ ვითარებებში ექიმი იძულებულია

ბულია პაციენტს უფრო სერიოზული ზიანი მიაყენოს, მაგალითად, კიდურის ამპუტაცია, რაც მას ინვალიდად გადააქცევს. პაციენტმა შეიძლება უჩივლოს ექიმს სასამართლოში. სისხლის სამართლის კოდექსის 32-ე მუხლის თანახმად მართლწინააღმდეგობის გამომრიცხველი გარემოებების არსებობა – დაზარალებულის თანხმობა და დაზარალებულის სავარაუდო თანხმობა – სავსებით აკმაყოფილებს ქმედების მართლზომიერების პირობებს. მაგალითად, პაციენტმა გადაწყვიტა ცხვირის ოპერაციის გაკეთება. ოპერაციის შემდეგ მას თავისი გარეგნობა არ მოეწონა და ექიმს უჩივლა. მართლმსაჯულება გაარკვევს არის თუ არა ექიმის მოქმედებაში სხეულის განზრახი დაზიანების შემადგენლობა და როცა დაადგენს, რომ ექიმმა ოპერაცია სწორად გააკეთა და მას არავითარი განზრახვა არ ჰქონია დაემახინჯებინა პაციენტის სახე, იგი პასუხს არ აგებს იმის მიუხედავად პაციენტს მოეწონა თუ არა თავისი გარეგნობა ოპერაციის შემდეგ (დაზარალებულის თანხმობა). მეორე მაგალითი: საავადმყოფოში მიიყვანეს მძიმედ დაჭრილი, გონდაკარგული პაციენტი. ექიმმა პაციენტის ნებისგან დამოუკიდებლად (არ იყო მისი ნების გამოვლენა შესაძლებელი) გააკეთა სასწრაფო ოპერაცია და პაციენტს ფეხი მოკვეთა (წინააღმდეგ შემთხვევაში პაციენტი დაიღუპებოდა). გამოჯანმრთელების შემდეგ პაციენტმა უჩივლა ექიმს ფეხის მოკვეთისათვის. განაცხადა, რომ უფეხობას სიკვდილი ერჩია). თუ სასამართლო დაადგენს, რომ ექიმმა სწორი სამედიცინო მკურნალობა ჩაატარა და მას არ ჰქონდა საშუალება პაციენტისგან ნებართვა აეღო, ექიმის ქმედება არ იქნება მართლსაწინააღმდეგო (დაზარალებულის სავარაუდო თანხმობა) („სისხლის სამართალი. ზოგადი ნაწილის მიმოხილვა“). იგივეს მოწმობს „საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ 25-ე მუხლი (თუ ქმედუნარიო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის განხორციელების გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის

მნიშვნელოვანი გაუარესება, ხოლო მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მოძიება ვერ ხერხდება, სამედიცინო მომსახურების გამწვევი იღებს გადაწყვეტილებას პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად) და „კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ - 36-ე მუხლი (ექიმს უფლება აქვს სამედიცინო დახმარება აღმოუჩინოს პაციენტს, თუ იგი, ხოლო მისი ქმედუნარობის შემთხვევაში, მისი ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი, მოითხოვს ამას ან ნებას რთავს ექიმს გაუწიოს სამედიცინო დახმარება, აგრეთვე, ნაგულისხმები თანხმობის შემთხვევაში, როცა ქმედუნარიანი პაციენტი არ გამოხატავს რაიმე ფორმით წინააღმდეგობას სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას).

ასევე გასათვალისწინებელია „თუ პაციენტი საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, ხოლო სამედიცინო მომსახურების გამწვევს არა აქვს შესაძლებლობა აღმოუჩინოს პაციენტს ასეთი მომსახურება, იგი ვალდებულია მიაწოდოს პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს სრული ინფორმაცია, თუ სად შეიძლება გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების მიღება“ („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ მე-12 მუხლი).

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის 408-ე მუხლში სხეულის დაზიანებითა და ჯანმრთელობისათვის ვნების მიყენებით გამოწვეული ზიანის ანაზღაურების მოვალეობა არის განხილული. ხოლო, 413,2-ე მუხლის მიხედვით კი დაზარალებულს შეუძლია მოითხოვოს ანაზღაურება არაქონებრივი (მორალური) ზიანისთვის სხეულის დაზიანების ან ჯანმრთელობისათვის ვნების მიყენების შემთხვევაში. ყველა შემთხვევაში, როცა ანაზღაურების საკითხი დგება, ზიანი უნდა იყოს სამართლებრივად მნიშვნელოვანი და ამდენად ანგარიშგასაწვევი.

მოსალოდნელია პაციენტი იტანჯებოდეს სასიკვდილო სენისაგან, რომელსაც ძლიერი ტკივილებიც ახლავს და მან შეიძლება გადაწყვიტოს, რომ სწრაფი და უმტკივნეულო სი-

კვდილი მისთვის ნაკლები ზიანის მომტანია, ვიდრე მძიმე და უსასრულო ტანჯვა. („საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების“ შესახებ, 24-ე მუხლი: „საქართველოს მოქალაქეს უფლება აქვს წინასწარ გამოხატოს ნება (თანხმობა ან უნარი) უგონო მდგომარეობაში აღმოჩენისას ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის დაკარგვისას მისთვის სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ან პალიატიური მკურნალობის ჩატარების შესახებ, თუ მითითებული გარემოებები გამოწვეულია უკურნებელი დაავადების ტერმინალური სტადიით, ან დაავადებით, რომელიც აუცილებლად გამოიწვევს მძიმე ინვალიდობას“.)

პაციენტისაგან საკუთარი სიცოცხლის მოსასპობად მიცემული თანხმობა არ აძლევს უფლებას ექიმს სიცოცხლე მოუსპოს მას (საქართველოს კანონი "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", თავი XXIV, კრიტიკული მდგომარეობა, სიკვდილი და ევთანაზია, მუხლი 151)* და იგი დაისჯება განზრახი მკვლელობის მუხლით (საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის XIX თავი: „დანაშაული სიცოცხლოს წინააღმდეგ“, 110-ე მუხლი - „მკვლელობა მსხვერპლის თხოვნით“).

სისხლის სამართლის კოდექსის 110-ე მუხლის თანახმად მსხვერპლის თხოვნით მკვლელობის ზოგიერთ შემთხვევას აცხადებს არა პასუხისგებლობის გამომრიცხველ, არამედ მის შემამსუბუქებელ გარემოებად.

ნათელია, რომ პირდაპირი მნიშვნელობით თუ გავიგებთ პრინციპს „უპირველეს ყოვლისა – არ ავნო“, მაშინ ექიმს მოუწევს ნებისმიერი ჩარევაზე უარის თქმა, მაგრამ, რა თქმა უნდა ამ პრინციპის აზრი ასე არ უნდა გავიგოთ. ზევით აღწერილი ზიანის კატეგორიებისგან განსხვავებით, რომელთა თავიდან აცილება სავალდებულოა, აქ საუბარია ისეთ ზიანზე, რომელიც გარდაუვალია, თუ იმას გავითვლისწინებთ, რომ პა-

* მუხლი 151.

სამედიცინო პერსონალს, აგრეთვე ნებისმიერ სხვა პირს, ეკრძალება ევთანაზიის განხორციელება ან ამ უკანასკნელში მონაწილეობის მიღება.

ციენტი მკურნალობისგან გარკვეულ სარგებლობას მიიღებს. აქ პირველ რიგში მთავარია, რომ მიყენებული ზიანი არ აჭარბებდეს სამედიცინო ჩარევისგან მისაღებ სარგებლობას და მეორეც, ზიანი მინიმალური უნდა იყოს მკურნალობის ყველა შესაძლო ვარიანტთან შედარებით.

ასე, რომ პრინციპი „არ ავნო“ უნდა გავიგოთ ისე, რომ ზიანი, რომელიც ექიმისგან მოდის, უნდა იყოს მხოლოდ გარდაუვალი და მინიმალური. აშკარაა, რომ მორალური არჩევანის გადაწყვეტილება ექიმს თავის მოღვაწეობაში იშვიათი გამონაკლისის სახით კი არ ხვდება, პირიქით, მისი ყოველდღიური საქმიანობისგან განუყოფელია, მიუხედავად ექიმის მორალური მრწამსისა.

პრინციპი „აკეთე სიკეთე“

პრინციპი „აკეთე სიკეთე“ გამომდინარეობს პრინციპიდან „არ ავნო“. ასე, რომ ზოგიერთი სპეციალისტი ამ ორ პრინციპს აერთიანებს. მათ შორის განსხვავებებიცაა. მაშინ, როცა პრინციპი „არ ავნო“ ყველა სახის მორალური ურთიერთობისას მიჩნეულია სავალდებულო მინიმუმად, ანუ საწყის მოთხოვნად - ამ პრინციპის ფორმულირება აკრძალვის სახით იმაზე მეტყველებს, რომ ამ ფორმით გამოიხატება ყველაზე მკაცრი მორალური ნორმები. ხოლო პრინციპი „აკეთე სიკეთე“ ისეთი ნორმაა, რომელიც მოითხოვს გარკვეულ პოზიტიურ ქმედებებს. მისი გამოხატვა ხდება ისეთი ფრაზებით, როგორებიცაა: „ყველამ უნდა შეუშალოს ხელი ზიანს და ვნებას“, „ყველამ უნდა შეიკავოს თავი ზიანსა და ვნებისაგან“, „ყველამ უნდა აკეთოს სიკეთე და ხელი შეუწყოს მას“. კეთილდღეობის ხელშეწყობის სამივე ფორმა პოზიტიურ ქმედებებს გულისხმობს - ხელი შეუშალოს ზიანის მიყენებას, თავი შეიკავოს მისგან და ხელი შეუწყოს სიკეთის ქმნას, მაშინ, როდესაც „არ ავნო“ გულისხმობს მხოლოდ ერთ ქმედებას - ზიანის არ მიყენებას.

პრინციპი „აკეთე სიკეთე“ ხაზს უსვამს იმის აუცილებლობას, რომ ზიანის მიყენებას არა მარტო უნდა მოვერიდოთ, არამედ აქტიური ქმედებებია საჭირო მის თავიდან ასაცილებლად, ან გამოსასწორებლად. ამასთანავე, ლაპარაკია არა მარტო იმ ზიანზე, რომელიც შესაძლოა ექიმისგან მომდინარეობდეს, არამედ იმაზე, რომლის თავიდან აცილება, გამოსწორება შესაძლებელია: ტკივილი, უუნარობა და სიკვდილი. ხშირად ეს პრინციპი აღიქმება, როგორც მორალური იდეალი და არა მორალური ვალდებულება – ასე, რომ ამ პრინციპის დასაბუთებისათვის გასარკვევია, თუ რა შემთხვევებში წარმოიშვება სიკეთის კეთების მოვალეობა. ბუნებრივია, რომ სხვადასხვა ეთიკური თეორიების მიხედვით, სიკეთის ქმნის მოვალეობა სხვადასხვანაირად არის დასაბუთებული. უტილიტარისტები მიიჩნევენ, რომ ეს უშუალო გამოსავალია სარგებლობის პრინციპიდან, ანუ სიკეთის კეთებით იზრდება კეთილდღეობის საერთო მოცულობა. კანტის დეონტოლოგიური ეთიკის მიხედვით სიკეთის კეთება მოთხოვნის სახით არის ჩამოყალიბებული, რომელიც გამომდინარეობს კატეგორიული იმპერატივიდან – თუკი გინდა, რომ სხვისთვის სიკეთის გაკეთება საყოველთაო ნორმად იქცეს და სხვამ გაგიკეთოს სიკეთე, მაშინ თვითონაც სიკეთე უნდა აკეთო. დ. იუმი ასაბუთებს სიკეთის კეთების მოვალეობას სოციალური ურთიერთობების ბუნებით: როცა საზოგადოებაში ცხოვრობ, სიკეთეს იღებ იმით, რასაც სხვები აკეთებენ, ამიტომ, ვალდებული ხარ მათი ინტერესების გათვალისწინებით იმოქმედო.

ასეთია პრინციპისადმი - „აკეთე სიკეთე“ - ზოგადი მოთხოვნები, როცა მონაწილე მხარეები არ არიან დაკავშირებული ერთმანეთთან რაიმე სპეციალური ურთიერთობებით. თუმცა, არის კონკრეტული ვითარებები, როცა ასეთი ურთიერთობები არსებობს, როცა კეთილის ქმნის მოვალეობა უფრო საგულისხმო ხდება და აუცილებელიც. ვთქვათ, ადამიანს სთავაზობენ საკუთარი

თირკმელი გაიღოს ტრანსპლანტაციისთვის, რითაც შეიძლება ვინმეს სიცოცხლე იხსნას, ვინც მისი ნათესავი არ არის. ვერ ვიტყვით, რომ ამ ადამიანისათვის ასეთი თავგანწირვა აუცილებლობას წარმოადგენს. პირიქით, ჩვენი კანონმდებლობა ასეთი სახის დონორობას კრძალავს. „საქართველოს კანონში ჯანდაცვის შესახებ“ (XX თავი, „ადამიანის ორგანოების, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილების აღება და გამოყენება“) 116-ე მუხლში მითითებულია: „ცოცხალი დონორის ორგანოს გამოყენება სხვა ადამიანის სამკურნალოდ და/ან გადასანერგად დასაშვების მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ დონორი და რეციპიენტი გენეტიკური ნათესავები ან მეუღლეები არიან“, ე. ი. თუკი თირკმლის დონორი მშობელი იქნება, რეციპიენტი კი შვილი, მაშინ კეთილი ქმედების ასეთი აქტი ბევრად უფრო სავალდებულოდ წარმოჩნდება. აქ ურთიერთობები არის სპეციალური იმ გაგებით, რომ მშობელი იურიდიული გაგებით ე.წ. სამართლებრივი გარანტის როლში გამოდის.

შეიძლება მოქალაქეს იძულებით აუღეს სისხლი გადასხმისათვის ავარიაში დაზარალებულის სიცოცხლის გადასარჩენად. თუ ამ ორ ადამიანს შორის არ არსებობდა სამართლებრივი გარანტის ვალდებულება იძულების ასეთი ქმედების განმხორციელებელი ვერ გამართლდება „უკიდურესი აუცილებლობის მდგომარეობით“ (საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 30-ე მუხლი) და კვალიფიცირდება 150-ე მუხლით „იძულება“. (მაგალითად, თუ მიზეზობრივი კავშირი დადგინდა ისეთი მართლსაწინააღმდეგო შედეგის დადგომასთან, როგორიცაა ჯანმრთელობის რაიმე ხარისხით დაზიანება: XX თავი, „დანაშაული ჯანმრთელობის წინააღმდეგ“).

სპეციალური სამართლებრივი ურთიერთობების კიდევ ერთი ტიპი – ეს არის ურთიერთობები, რომლებიც განისაზღვრება რაიმე შეთანხმებით, ხელშეკრულებით, კონტრაქტით ან ფაქტიური ვითარებიდან გამომდინარეობს (რაც ყოველთვის დოკუმენტის სახით არ არის

დაფიქსირებული), რომლითაც შეიძლება განპირობებული იყოს ქმედებები, მიმართული მონაწილე მხარეების კეთილდღეობის უზრუნველსაყოფად. „ასეთი ქმედებების სამართლებრივი მოვალეობა გულისხმობს არა მხოლოდ განსაცდელში მყოფის მიმართ სამართლებრივი გარანტიის მოვალეობის არსებობას, არამედ აგრეთვე საფრთხის წყაროს მიმართ ასეთი მოვალეობის არსებობას. მაგალითად, ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ზედამხედველი ვალდებულია დაიცვას არა მარტო ფსიქიკური ავადმყოფი, არამედ აგრეთვე ფსიქიკური ავადმყოფისაგან სხვა პირები და სხვა სამართლებრივი სიკეთეები“ („სისხლის სამართალი. ზოგადი ნაწილის მიმოხილვა“).

სპეციალური ურთიერთობების კიდევ ერთი ტიპი, რომელიც გულისხმობს გარკვეულ მოვალეობებს კეთილდღეობის უზრუნველსაყოფად – ეს არის დამოკიდებულებები ერთის მხრივ, პროფესიონალებს შორის და, მეორეს მხრივ, კლიენტს, პაციენტს, მომხმარებელს, რომელიც იღებს ამ პროფესიონალის მომსახურებას. პროფესიონალი არის, მაგალითად, ექიმი, იურისტი, მეხანძრე, მასწავლებელი და სხვა, ვისაც სპეციფიური ცოდნა და უნარი აქვს და გამოდის გარკვეულ სოციალურ როლში. მისი მოღვაწეობის დანიშნულების სოციალური არსი იმაში მდგომარეობს, რომ სიკეთე აკეთოს ადამიანებისათვის, რომლებიც მას დახმარებისთვის მიმართავენ, ხოლო თუკი თავს აარიდებენ საკუთარი მოვალეობის შესრულებას, მათ წინააღმდეგ სარჩელის აღძვრის შემთხვევაში ვერ გამართლდებიან „უკიდურესი აუცილებლობის მდგომარეობით“, როგორც მართლწინააღმდეგობის გამომრიცხველი გარემოებით. მათ მიერ საფრთხისთვის თავის არიდება დანაშაულს წარმოადგენს, თუ გამოიწვია ბრალეული შედეგი. მაგალითად, ექიმი-ინფექციონისტი ეპიდემიის დროს უარს ვერ იტყვის ავადმყოფის მკურნალობაზე იმ მოტივით, რომ მას ამით ინფიცირების საფრთხე ემუქრება, ისევე, როგორც მეხანძრე ვერ იტყვის უარს ხანძრის ჩაქრობაზე, მაშინ,

როცა მათ სიცოცხლეს რეალური საფრთხე არ ემუქრება, რაც შეიძლება დანაშაულად კვალიფიცირდეს სსსკ-ის მე-8 მუხლის მე-3 პუნქტით „უმოქმედობა“, თუ სხვა ბრალეული ქმედებების შედეგად სსსკ-ის შესაბამისი მუხლით გათვალისწინებული მართლსაწინააღმდეგო შედეგი განხორციელდება.

საერთოდ, ძნელია წარმოვიდგინოთ რომელიმე ექიმი, მით უმეტეს მთელი ჯანდაცვის სისტემა და მედიცინა, რომელიც შემოიფარგლება მარტო იმით, რომ „არ ავნოს“ პაციენტს. ასეთ შემთხვევაში საზოგადოებას უბრალოდ საფუძველი არ ექნებოდა, რომ ეს სისტემა შეენარჩუნებინა. ამიტომ მთელი ჯანდაცვის სისტემის მიზანია არ მარტო ზიანის არ მიყენება, არამედ პაციენტის კეთილდღეობის უზრუნველყოფა, ე.ი. ყველა ადამიანის და საზოგადოების მთლიანად. მაგალითად, როცა მიაკვლიეს შავი ჭირისგან დაცვის საშუალებებს, საესეებით ბუნებრივი იყო კონსტრუქციული მოქმედებების განხორციელება, ე.ი. სპეციალური პროგრამების მიღება ამ მძიმე ავადმყოფობის საპროფილაქტიკოდ, რომელიც ჩატარდებოდა საყოველთაოდ. საპირისპიროდ, თუკი აღნიშნულ ზომებს არ მიიღებდნენ, ეს მორალურად უპასუხისმგებლო იქნებოდა, რომ არაფერი ვთქვათ სასხლის სამართლებრივ პასუხისმგებლობაზე (სსსკ-ის 248-ე მუხლი: „სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური წესის დარღვევა“).

ექიმები და სხვა პროფესიონალები მოვალენი არიან პაციენტების ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფად სიკეთე აკეთონ. ჯანდაცვის ამოცანაა ჯანმრთელობის დაკარგვა აიცილონ თავიდან, თუ შესაძლებელია აღადგინონ პაციენტის ჯანმრთელობა, როცა ამის შესაძლებლობა არსებობს, თუმცა ზოგჯერ ნაკლებსაც უნდა დასჯერდნენ, მაგალითად, შეჩერდეს ავადმყოფობის პროგრესიული მიმდინარეობა, ან სულაც მხოლოდ ტკივილები ან ტანჯვა შეუმსუბუქონ მომაკედავს პალიატიური მკურნალობისას.

სხვათა შორის, ჰიპოკრატეს ფიცში საექიმო საქმიანობის დამწყები ექიმი სიკეთის ქმნის მოვალეობას

იღებს თავისი მასწავლებლის და მისი ოჯახის წევრების მიმართ. რაც შეეხება პაციენტებთან ურთიერთობებს, ამ გაგებით ფიცი ასევე კატეგორიულად მომთხოვნი არ არის – აქ ექიმი გამოდის უფრო გილდიის წარმომადგენლის როლში, ანუ საექიმო კორპორაციისა, რომელიც ნებაყოფლობით შედის კონტაქტში მათთან, ვისაც უნდა და შეუძლია, რომ მას მიმართონ დახმარებისთვის. ექიმის სოციალური როლი მათთან დამოკიდებულებაში – პირდაპირი გაგებით არის კეთილისმყოფელის როლი, ანუ მისი, ვინც სიკეთეს აკეთებს. თანამედროვე მედიცინაში პირველ ადგილზე დგას ექიმის მოვალეობა საზოგადოებასთან და საკუთარ პაციენტებთან მიმართებაში. ასეთი მოვალეობების საფუძვლად, რომელზეც დ. იუმი წერდა, შეიძლება ჩაითვალოს, ვთქვათ, ექიმის მიერ განათლების მიღება (დღეს კი იგი მთლიანად თუ არა, უმეტესწილად საზოგადოების რესურსების ხარჯზე ხორციელდება), ის პრივილეგიები, რომელსაც საზოგადოება აძლავს ამ პროფესიას (თუმცა დღევანდელი ჯანდაცვის მიმართ ექიმების პრივილეგიებზე საუბარი დაცინვად უფრო აღიქმება), პაციენტებთან მუშაობის შედეგად მინიჭებული შესაძლებლობა პრაქტიკული გამოცდილების შექმნის და დახვეწის. თანამედროვე ექიმისთვის სიკეთის კეთების მოვალეობა პაციენტისთვის საკმაოდ იმპერატიულია. პრინციპის „აკეთე სიკეთე“ კიდევ ერთი პრობლემა მდგომარეობს იმაში, თუ ვინ განსაზღვრავს იმ სიკეთის შინაარსს, რომელიც უნდა გაკეთდეს. ჰიპოკრატეს ფიციტ დამკვიდრებული მრავალსაუკუნოვანი სამედიცინო პრაქტიკის ტრადიცია იმაში მდგომარეობს, რომ ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში სწორედ ექიმი წყვეტს, თუ რა არის სასიკეთო პაციენტისთვის. ასეთ დამოკიდებულებას უწოდებენ პატერნალისტურს (ლათ. pater – მამა), ვინაიდან ექიმი თითქოს მამის როლში გვევლინება, რომელიც არა მარტო ზრუნავს საკუთარი „უგუნური“ შვილის კეთილდღეობაზე, არამედ თვითონ წყვეტს, თუ რაში მდგომარეობს ეს სიკეთე. სამედიცინო „პატერნალიზმი“

ნიშნავს, რომ ექიმი საკუთარი მოსაზრებებით წყვეტს თუ როგორ უმკურნალოს პაციენტს, მიაწოდოს ინფორმაცია და ჩაუტაროს კონსულტაცია. პატერნალიზმის პოზიციიდან გამართლებულია პაციენტების იძულება, მათი მოტყუება ან მათგან ინფორმაციის დამალვა, რაც გამართლებულია იმით, რომ ყველაფერი მათი კეთილდღეობისათვის კეთდება. მთელ მსოფლიოში პატერნალისტური პოზიცია უპირატესობას ინარჩუნებდა და ეჭვსაც არ იწვევდა 20-ე საუკუნის შუა წლებამდე, როცა თითქმის ერთბაშად მოხდა ამ პოზიციის უარყოფა. ეს აიხსნება მთელი რიგი მიზეზებით, მათ შორის მოსახლეობის თვითშეგნების გაზრდით და იმ გარემოებების გაცნობიერებით, რომ პლურალისტულ საზოგადოებაში, რომელშიც ფასეულობათა მრავალგვარი სისტემა არსებობს, ადვილი წარმოსადგენია, რომ ექიმის ფასეულობები და მისი წარმოდგენები პაციენტის კეთილდღეობის შესახებ შეიძლება რადიკალურად არ ემთხვეოდეს თვით ამ პაციენტის წარმოდგენებს საკუთარ მდგომარეობაზე.

ბოლო წლებში მრავალ ქვეყანაში და, მათ შორის ჩვენთანაც, სწრაფად, თვისობრივად იცვლება ურთიერთდამოკიდებულებების ხასიათი ექიმსა და პაციენტს შორის. ამ ცვლილებების არსი მდგომარეობს ე.წ. პატერნალისტური დამოკიდებულების შეცვლაში. პატერნალისტური ურთიერთობის სანაცვლოდ მკვიდრდება მოღვლი, რომელიც დაფუძნებულია ურთიერთთანამშრომლობაზე, რომლის დროსაც შესაძლებელია დიალოგის არსებობა პაციენტსა და ექიმს შორის, როგორც თანასწორუფლებიან პარტნიორებს შორის, ამასთანავე, პაციენტი აღიქმება, როგორც დამოუკიდებელი, ავტონომიური პიროვნება. პაციენტს გააჩნია განსაკუთრებული უფლებები, რომელთა დარღვევაც მორალურად გაუმართლებელია, ზოგჯერ იურიდიულადაც.

სამართლიანობის პრინციპი

სამართლიანობა საკმაოდ ხშირად გვესმის ყოველდღიურ ცხოვრებაში, რაც გასაგებს და ფამილარულს ხდის ამ ტე-

რმინს, მაგრამ უფრო მეტი დატვირთვა ენიჭება, როცა გამოიყენება ბიოეთიკასთან მიმართებაში.

რაც შეეხება სამართლიანობის პრინციპს, რომელიც მიღებულია ბიოეთიკაში, შემდეგნაირად შეიძლება განიმარტოს: თითოეულმა უნდა მიიღოს ის, რაც მას ეკუთვნის. „თითოეული“ გულისხმობს ან ცალკეულ ადამიანს, ან ადამიანთა ჯგუფს, რომელთაც გამოარჩევენ რაიმე ნიშან-თვისებით.

სამართლიანობის საკმაოდ უნივერსალურად აღიარებული მახასიათებელია „პროპორციული განაწილების“ წესი, რომელიც არისტოტელეს მიერ თეორიულად არის დასაბუთებული: „არსებობს პროპორციული თანასწორუფლებიანობა იმაში, რომ ვისაც მეტი ქონება აქვს, მეტ შესატანს გაიღებს, ხოლო ვისაც ნაკლები – ნაკლებს; და ასევე იმაში, რომ ვინც მეტი შრომა გასწია – იღებს მეტს, ხოლო ვინც მცირედ იშრომა – ნაკლებს“. როგორც არისტოტელე აღნიშნავს, პროპორციულობის საფუძველზე ხდება მოღვაწეობის სხვადასხვა სფეროს პროდუქტების გაცვლა-გამოცვლა საზოგადოების წევრებს შორის. სამართლიანი, „როგორც ჩანს, ნიშნავს პროპორციულს; საზოგადოებრივი ცხოვრება სამართლიანობით არსებობს“.

ყველა საზოგადოებაში არსებობს ადამიანთა გარკვეული ჯგუფი, რომელთაც არ შესწევთ უნარი თანაბარ პირობებში კონკურენცია გაუწიონ საზოგადოების სხვა წევრებს იმ გარემოებათა გამო, რომლებიც მათზე არ არის დამოკიდებული, კერძოდ, ბავშვებს, მოხუცებსა და ინვალიდებს. ასეთ შემთხვევაში მათი უფლებების და მოვალეობების განსაზღვრა დამოკიდებულია არა ძლიერთა ამა ქვეყნისა თვითნებურ წყალობაზე, არამედ მიუკერძოებელ მორალურ მზადყოფნაზე, რომლებიც თავის გამოხატულებას ჰპოვებს ან კანონში, ან შემწყნარებლობის და სოლიდარობის დამკვიდრებულ ადამიანებში. (საქართველოს კონსტიტუცია – 14-ე მუხლი;* საქართველოს

* „ყველა ადამიანი დაბადებით თავისუფალია და კანონის წინაშე თანასწორია განურჩევლად რასისა, კანის ფერისა, ენისა, სქესისა, რელიგიისა, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებებისა, ეროვნული, ეთნიკური

კანონი ჯანდაცვის შესახებ – 6.1-ე მუხლი**), ხოლო საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 142.1-ე მუხლის თანახმად „ადამიანის თანასწორუფლებიანობის დარღვევა“ ითვალისწინებს სასჯელის დაკისრებას აღნიშნული დანაშაულისათვის. სამართლიანობის პრინციპს კანონების გამოყენებისას ო. ხეფემ უწოდა პირველი დონის მიუკერძოებლობა, ხოლო მეორე დონის მიუკერძოებლობა კი არის წესების და კანონების შემუშავებისას, დადგენისას და მიღებისას გამოჩენილი მიუკერძოებლობა. ხშირად კანონების და წესების შემოღება ისეთი სახით ხდება, რომ უპირატესობები იქმნება გარკვეული სოციალური ჯგუფებისთვის ან ჯგუფის ინტერესების დასაცავად. ასეთ პირობებში მიუკერძოებლობის შენარჩუნება უფრო რთულია. ამისთვის საჭიროა სოციალური ჯგუფების და ზოგჯერ ცალკეული მოქალაქეების ინტერესების თანასწორუფლებიანი წარმოჩენა და გათვალისწინება. ამგვარად, მიუკერძოებლობა წარმოადგენს სამართლიანობის ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან და აღიარებულ მახასიათებელს.

მიუკერძოებლობა უზრუნველყოფს ხელისუფლების სტაბილურ როტაციას საზოგადოებაში სხვადასხვა მოქალაქეებსა და სოციალურ ჯგუფებს შორის, რაც თავისთავად სამართლიანია. თუ ძალაუფლების მქონე წინდახედულად ფიქრობს იმაზე, რომ ხვალ შეიძლება აღარ იყოს მმართველობის სადავეებთან, მაშინ მის სტრატეგიულ ინტერესად უნდა იქცეს მათი ინტერესების დაცვაც, ვისაც ძალაუფლება არ გააჩნიათ.

არისტოტელეს „პროპორციული სამართლიანობის“ პრინციპით ზოგიერთი რესურსის განაწილებისას, (მაგალითად,

და სოციალური კუთვნილებისა, წარმოშობისა, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობისა, საცხოვრებელი ადგილისა“.

**) „6.1 არ დაიშვება პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, სქესის, აღმსარებლობის, პოლიტიკური თუ სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი განწყობის გამო.

6.2 დაუშვებელია სასჯელის აღსრულების დაწესებულებებში მყოფი პაციენტის დისკრიმინაცია სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას“.

ფინანსები, კვალიფიციური სპეციალისტები, სამედიცინო გამოკვლევები და პრეპარატები) მათზე, ვისაც ესაჭიროება; ან დანახარჯებისას, რომლებიც საჭიროა რაიმე სოციალურად საჭირო ღონისძიებების განხორციელებისას – ძირითადი პრობლემა, რომელიც ასეთ შემთხვევაში წარმოიქმნება არის იმის გარკვევა, თუ როგორია მოთხოვნილებათა (ან დანახარჯთა) ხასიათი და კატეგორია, რომელთაც უნდა გაეწიოს ანგარიში, ანუ როგორი უნდა იყოს განაწილების კრიტერიუმები. ბუნებრივია, ეს პრობლემა მაშინ ჩნდება, როცა აღნიშნული რესურსი რაოდენობრივად შეზღუდულია. ძალიან ხშირად კონფლიქტები ამა თუ იმ რესურსის განაწილებისას წარმოიქმნება არა იმდენად სამართლიანობის განზრახ დარღვევის გამო, რამდენადაც სამართლიანობის სხვადასხვაგვარად გაგების გამო. როგორია სამართლიანობის მატერიალური კრიტერიუმები? პირველი და ალბათ ყველაზე მარტივად გასაგები კრიტერიუმი არის თანასწორუფლებიანობა: „ყველამ უნდა მიიღოს თანაბარი წილი“. ასეთ შემთხვევაში პრობლემას წარმოადგენს ის, რომ გასანაწილებელი რესურსი (იქნება ეს წამალი, თუ ადგილი სპეციალიზებულ საავადმყოფოში) ზოგს საერთოდ არ სჭირდება, მაშინ როდესაც სხვას ეს სასიცოცხლოდ ესაჭიროება, ვინაიდან წილი, რომელიც მას თანაბარი განაწილებისას ერგო საკმარისი არ არის. ასე, რომ თანაბარი განაწილება სარგებელს არც ერთ მხარეს არ მოუტანს. ამიტომ მიზანშეწონილია სამართლიანობის სხვა კრიტერიუმის გამოყენება, ანუ მოთხოვნილების კრიტერიუმის. აქაც თითქმის იგივე პრობლემას ვაწყდებით, რასაც წინა შემთხვევაში, ამიტომ მიზანშეწონილია ფუნდამენტური, სასიცოცხლო მნიშვნელობის მოთხოვნილებების გონივრული დახარისხება. თუმცა, ჩნდება კიდევ ერთი პრობლემა – ხშირად ესა თუ ის რესურსი საკმარისი არ არის თუნდაც ფუნდამენტური მოთხოვნილებით ყველას დასაკმაყოფილებლად. ასე ხდება, მაგალითად, როცა ძალიან საჭიროა ძვირადღირებული და უახლესი, უნიკალური სამედიცინო აღჭურვილობა. ამის გამო უნდა მივმართოთ განაწილების სხვა კრიტერიუმს: „ყველას მიეგოს თავისი შრომის

(ღვაწლის) შესაბამისად.“ უკეთესი იქნება თუ დავაზუსტებთ, შრომითი მიღწევებისა და შედეგების შესაბამისად. არსებობს მცდელობა ამ კრიტერიუმში მოექცეს ჯანდაცვის რეფორმების მიმართულება – მედიცინის მუშაკების ხელფასები უნდა განისაზღვროს არა სამუშაო საათების რაოდენობის მიხედვით, არამედ პაციენტების რაოდენობითა და მკურნალობის ხარისხით.

მომდევნო კრიტერიუმია: „თითოეულის წილი განისაზღვრება დამსახურებით“. მაგალითად, პირველ რიგში ოპერაციას იმსახურებს ის კონკრეტული პაციენტი, ვინც დონორის გულს ელოდება გადანერგვისათვის და მომლოდინეთა სიაში პირველია. თუმცა, ხანდახან ძნელია იმის გარკვევა პრეტენდენტებს შორის ვინ იმსახურებს და ვინ არის ღირსი. დავუშვათ, ქირურგმა უნდა გადაწყვიტოს ვის გაუკეთოს სასწრაფო ოპერაცია – პატარა ბავშვს, თუ ცნობილ მსახიობს – ამ დროს არჩევანის გაკეთება რთულია. „კანონის ჯანდაცვის შესახებ“ მე-40 მუხლის თანახმად ექიმი მოვალეა „პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარების რიგითობა განსაზღვროს მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებით“, ხოლო 120-ე მუხლში კი მითითებულია, რომ „რეციპიენტისთვის გადასანერგად განკუთვნილი ორგანოს შერჩევა უნდა წარმოებდეს ანონიმურობის პრინციპის დაცვით და მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებათა მიხედვით, სხვა რაიმე პრივილეგიების გაუთვალისწინებლად“.

ამრიგად, როცა რესურსების უკმარისობის გამო პაციენტის შერჩევა აუცილებელი ხდება, ეს უკანასკნელი უნდა შეირჩეს მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებებით და უნდა გამოირიცხოს ნებისმიერი ზეგავლენა ნებისმიერი პირისაგან (სსსკ - 168-ე მუხლი - „შრომის თავისუფლების ხელყოფა“, „კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ - 34-ე მუხლი.*); აგრეთვე

* „ექიმის პროფესია თავისი არსით თავისუფალი პროფესიაა. ნებისმიერ ვითარებაში დაუშვებელია, ხელისუფლების წარმომადგენელმა ან კერძო პირმა მოსთხოვოს ექიმს ამ კანონში მოცემული პრინციპების, საექიმო საქმიანობის ეთიკური ნორმების საწინააღმდეგო მოქმედება, მიუხედავად მომთხოვნი პირის თანამდებობისა და საზოგადოებრივი მდგომარეობისა. ყოველგვარი ქმედება, რაც ხელს უშლის სამედიცინო პერსონალს

დაუშვებელია ასეთ შემთხვევებში სამედიცინო პერსონალის მიერ პირადი მოტივებით ხელმძღვანელობა (სიმპათია, ანგარება, პოლიტიკური და რელიგიური შეხედულებები და სხვა).

განაწილების ბოლო კრიტერიუმია, რომ თითოეულის წილი უნდა განისაზღვროს საბაზრო მიმოცვლის მექანიზმებით, კერძოდ, რომელიმე რესურსი ერგება მას, ვისაც უნარი შესწევს მეტი საფასური გადაიხადოს. აქვე ჩნდება კითხვა: რამდენად სამართლიანია ასეთი კრიტერიუმი, განსაკუთრებით, როცა საქმე ეხება ჯანმრთელობას.

ასე, რომ არც ერთი განხილული კრიტერიუმი არ არის აბსოლუტური, ანუ ყველა სიტუაციაში გამოსადეგი. თავის მხრივ, გარკვეულ კერძო შემთხვევას მიესადაგება რომელიმე მათგანი. უფრო მეტიც, კონკრეტული გადაწყვეტილების მიღებისას რამდენიმე კრიტერიუმის კომბინაციას მივმართავთ.

სამართლიანობის პრინციპი არის არა აბსოლუტური, არამედ ფარდობითი და მოქმედებს *prima facie*. როცა, მაგალითად, ღონორის გულის გადახერგვისას აღმოჩნდება, რომ კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტის რიგი მომლოდინეთა სიაში საკმაოდ მოშორებით არის, მაშინ შესაძლებელია იმ ვალდებულებების დათმობა, რომლებიც სამართლიანობის პრინციპების კარნახით უნდა მომხდარიყო და სავალდებულოა პრინციპით „არ ავნო“ მოქმედება.

შეიძლება ითქვას, რომ ეთიკური პრინციპების მრავალგვარობა და სამართლიანობის კრიტერიუმები ასახავენ ადამიანის გონების არაერთგვაროვნებას და სიღრმეს. ეთიკური პრინციპების ცოდნა პრობლემების გადაჭრის სხვადასხვა გზებს სახავეს და წარმოაჩენს მათ განსაკუთრებულ სირთულეს. ამიტომ ეთიკაში შეუძლებელია სწორი გადაწყვეტილების ავტომატიური „გამოთვლა“ ტრადიციული ადათ-წესების ან თეორიული ნორმების მიხედვით. ამისათვის საჭიროა ის, რასაც ფილოსოფიურ გერმენევტიკაში ეწოდება „ფრონეზისი“,

პროფესიული მოვალეობის შესრულებაში, იწვევს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ პასუხისმგებლობას“.

„ტაქტი“ ანუ პრაქტიკული სიბრძნე ე.ი. უნივერსალური კანონზომიერების გამოყენების შესაძლებლობა ადამიანთა ყოფის უნივერსალურ სიტუაციებში. იგი ფორმირდება გამოცდილებით, თუმცა ყველაზე მდიდარი გამოცდილებაც კი არ იცავს ადამიანს შეცდომებისა და არასწორი გადაწყვეტილების მიღებისგან.

როგორ იქნება შესაძლებელი ერთ ქმედებაში გამოყენებულ იქნას სამართლიანობის სხვადასხვა კრიტერიუმი? არ არსებობს იმის გარანტია, რომ კრიტერიუმების ერთობლივი გამოყენებისას ტენდენციურობა თავიდან იქნება აცილებული, სამაგიეროდ, შესაძლებელია სარგებლობის მოტანა. მაგალითისთვის განვიხილოთ საკმაოდ წინააღმდეგობრივი სამართლიანი განაწილების საბაზრო პრინციპი ისეთი რესურსისა, როგორცაა სამედიცინო მომსახურება და უფასო ჯანდაცვა. ნათელია, რომ სამართლიანობის კონკრეტული პრინციპის იზოლირებულად რეალიზაციის მცდელობას მოსდევს ნეგატიური სოციალური შედეგები. როცა სახელმწიფოს არა აქვს ფული, ასეთ პირობებში უფასო მედიცინა მის სრულ კრახს გამოიწვევს. ხოლო, როცა მოსახლეობის უმრავლესობას არ ყოფნის სახსრები ბიოლოგიური გადარჩენისათვის, საბაზრო ურთიერთობების მედიცინაში უპირობო დამკვიდრება მილიონობით ადამიანს სამედიცინო დახმარების გარეშე ტოვებს, რაც აუცილებლად გამოიწვევს სოციალურ აფეთქებას. პროპორციულობა უფასო და ფასიან მომსახურებებს შორის, ექიმთა ჰონორარი და მომსახურების ფასები – ღია საჯარო განხილვის შედეგად უნდა იქნას აღიარებული და მიღებული დემოკრატიული გზებით, რომლებიც ამ დარგში სამართლიანობას ეფუძნება.

ასეთი საჯარო განხილვის არგუმენტად გამოდგება სამართლიანობის უტილიტარული ეთიკის პრინციპი, რომელიც მოითხოვს განსახილველი და მისაღები გადაწყვეტილებების სასარგებლო ეფექტის მაქსიმალურად მიღწევას და ნეგატიური შედეგების მინიმუმამდე შემცირებას. ლოიალობის გამოვლენის გარდაუვალი და ბუნებრივი ზეგავლენის გათვალისწინებაც

ინტერესების მიუკერძოვებლად გადაწყვეტის საშუალებას იძლევა. როცა სხვადასხვა ეთიკური პრინციპები და ნორმები ერთობლივად მოქმედებენ, მაშინ ისინი ერთმანეთს ავსებენ და აძლიერებენ.

სამართლიანობა – ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვის უნივერსალური უფლება

ამერიკელი თეორეტიკოსი რობერტ ვიჩი აღნიშნავს: „თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის ფუნდამენტური წინაპირობაა იმის შეცნობა, რომ ჯანმრთელობის დაცვა უნდა იყოს ადამიანის უფლება და არა პრივილეგია მათთვის, ვისაც ამის საშუალება აქვს“. ეს მოსაზრება იქცა ჯანდაცვის განვითარების ძირეულ მიმართულებად XX საუკუნეში.

თანასწორუფლებიანობის პრინციპების განვითარებამ მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ დასავლეთ ევროპის ქვეყანებში ხელმისაწვდომი გახადა სამედიცინო დახმარება პრაქტიკულად მთელი მოსახლეობისთვის.

60-იანი წლების მეორე ნახევრიდან დაიწყო ჯანდაცვის რეფორმა აშშ-ში, რაც მოტივირებული იყო იმით, რომ ჯანმრთელობის დაცვა არ არის პრივილეგია, არამედ – ადამიანის უფლება. მიუხედავად განსხვავებული ისტორიული, იდეოლოგიური და თეორიული წარმოდგენების არსებობისა ჯანდაცვის სისტემის სამართლიანი მოწყობის შესახებ, თანამედროვე მსოფლმხედველობა ამტკიცებს საერთო აზრს, რომ ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარება ადამიანის ბაზისური უფლებაა დაიცვას საკუთარი ჯანმრთელობა, რაც საზოგადოებრივი წყობის სამართლიანობის ერთ-ერთი ძირითადი შემადგენელი კომპონენტია.

პოსტსაბჭოთა სივრცის მრავალრიცხოვან მცხოვრებთათვის ჯანდაცვის სფეროში სამართლიანობის ცნება ასოცირდება უფასო სამედიცინო დახმარების მიღებასთან. საუკუნეების განმავლობაში მედიცინის მიღწევებით სარგებლობა მხოლოდ მოსახლეობის უზრუნველყოფილი ნაწილისთვის იყო

შესაძლებელი. მხოლოდ XX საუკუნის მეორე ნახევრიდან თანდათან მკვიდრდება ადამიანების შეგნებაში, რომ ჯანმრთელობის დაცვა არა მხოლოდ რჩეულთა ხვედრია, არამედ ადამიანის ფუნდამენტური უფლებაა. თუ კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების მიღება შეუძლებელია მატერიალური ხელმოკლეობის გამო, თანამედროვე ცივილიზებულ სამყაროში განიხილება, როგორც ადამიანის უფლებების სერიოზული დარღვევა და სახელმწიფო პოლიტიკის ფუნდამენტური პრობლემა და არა ბიოეთიკური პრობლემა.

ჯანდაცვის ის სისტემები, რომლებიც თავისი ქვეყნის მოსახლეობას სამედიცინო დახმარების გარკვეული მინიმუმით ვერ უზრუნველყოფენ, არ შეიძლება ჩაითვალოს სამართლიან სისტემებად.

მიუხედავად იმისა, რომ მოქალაქეებს უფლება აქვთ დაიცვან საკუთარი ჯანმრთელობა, გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ ამ უფლების რეალიზაცია ბევრად არის დამოკიდებული ექიმების მოვალეობებზე და რეალურ შესაძლებლობებზე უზრუნველყონ და დაიცვან იგი. ამასთანავე, ექიმებიც ხომ თავიანთი ქვეყნის თანასწორუფლებიანი მოქალაქეები არიან, რომელთაც ასევე სჭირდებათ მორალურად მისაღები და კანონით დაცული უფლებები. ექიმის შრომის და მოღვაწეობის უფლება, წარმოადგენს მის საკუთრებას და მონაპოვარს. ამიტომ, ექიმის მოვალეობა – გაუწიოს დახმარება თანამოქალაქეს – უკვე თავისთავად გულისხმობს ვალდებულებას ან პაციენტის მხრიდან (კერძო სექტორში), ან საზოგადოებრივი სტრუქტურების მხრიდან (ჯანდაცვის ორგანოები, სადაზღვევო კომპანიები, საქველმოქმედო ფონდები) პროპორციული სამართლიანობის პრინციპით ღირსეულად აუნაზღაუროს მას გაწეული შრომის საზღაური. როცა ექიმს მისი მაღალკვალიფიციური შრომისათვის საერთოდ არ უხდიათ ჰონორარს, ან თუ უხდიათ – იმაზე ნაკლებს, ვიდრე დამლაგებელს, მაშინ ეს უკვე წარმოადგენს სოციალური უსამართლობის ნაირსახეობას. ჩვენი მოქალაქეების მიერ სამედიცინო დახმარების მიღების სამართლიანი უფლება არ შეიძლება გადაიჭრას

ასობით ექიმის მაღალკვალიფიციური შრომის უსამართლო ხელყოფის წყალობით. პოლიტიკოსების უფასო ჯანდაცვის მოთხოვნის პოპულისტური ლოზუნგები, რომლებსაც მხარს უჭერს პოლიტიკოსებთან ერთად მოსახლეობაც, დაფუძნებულია ბრმა მხარდაჭერაზე, რათა ძალადობით, „მუქთად“, უფრო ხშირად კი უფასოდ (როცა ხელფასი საერთოდ არ მიეცემა) მიიღონ ის, რაც წარმოადგენს ექიმის საკუთრებას – მათი შრომა და უნარ-ჩვევები. ასეთი დამოკიდებულება იქცევა უსამართლო საზოგადოებრივ ძალადობად ექიმების წინააღმდეგ. ბუნებრივია, როგორც ყველანაირი ძალადობა უკურეაქციის სახით ბადებს საპასუხო ძალადობას, რომელიც აქაც იღებს კორუფციის ფორმას საექიმო საქმიანობაში.

კორუფცია დაფუძნებულია საჯარო სამსახურის და რესურსების მართალსაწინააღმდეგო მითვისებაზე, რომლის მატერიალური ხელშემწყობი წინაპირობაა, ერთის მხრივ, რესურსების დეფიციტი და, მეორეს მხრივ, სახელმწიფო მოხელის (ექიმის) რეალური შესაძლებლობები გაანაწილოს დეფიციტური რესურსი თავისი შეხედულების მიხედვით. ჯანდაცვის რესურსები ყოფილ საბჭოთა კავშირში იყო და ამჟამადაც რჩება ერთ-ერთ ყველაზე დეფიციტურ რესურსად. მოსახლეობის ჯანდაცვა ერთ-ერთ დაბალ საფეხურზე იდგა საზოგადოებრივი პრიორიტეტების სისტემაში – ქვეყნის საერთო შემოსავლის მხოლოდ 3-4% ხმარდებოდა ჯანდაცვას. თანაც, ეს სახსრებიც არათანაბრად ნაწილდებოდა. საბჭოთა კავშირის დაშლის მომენტისათვის ძირითადი საშუალებებით უზრუნველყოფა მხოლოდ 10-20%-ით იყო დაკმაყოფილებული. ჯანდაცვის რესურსების უმწვავესი დეფიციტი და მათი განაწილების რეალური შესაძლებლობა მედიცინის მუშაკების კერძო ინტერესების სასარგებლოდ ადრეც იყო და დღესაც რჩება კორუფციის წყაროდ მედიცინის დარგში. კორუფციის ძირითად მოტივს წარმოადგენს არა იმდენად გამდიდრების სურვილი, რამდენადაც ელემენტარული ბიოლოგიური ლტოლვა გადარჩენისათვის. ზედმეტად მოკრძალებული ხელფასის მქონე ექიმი, რომელიც თვეების განმავლობაში შეიძლება არც კი ღებუ-

ლობს მას, იძულებულია პაციენტს მოსთხოვოს დამატებითი ჰონორარი, თუნდაც მათ ვისაც ამის უნარი შესწევს. ანონიმური გამოკითხვის შედეგებით აღმოჩნდა, რომ ყოფილ საბჭოთა ექიმთა მხოლოდ 5-10%-ს არ მოუთხოვია დამატებითი გასამრჯელო პაციენტისაგან. როგორც სოციალური კვლევის შედეგებით ირკვევა, ხელფასის შემცირება საარსებო მინიმუმს მიღმა იწვევს იმას, რომ გადარჩენის ლტოლვა თრგუნავს პროფესიული მოვალეობის და პასუხისმგებლობის გრძნობას პაციენტების მიმართ.

მედიცინაში დამკვიდრებული კორუფცია წარმოადგენს უსამართლობის ფორმას, ვინაიდან ხდება შეზღუდული რესურსების მართლსაწინააღმდეგო განაწილება მოქალაქეთა შორის, რომელთაც სინამდვილეში კანონიერი თანასწორი უფლებები გააჩნიათ. ეს უსამართლობა თავის მხრივ შედეგია უსამართლო განკარგვისა ექიმის ისეთი არამატერიალური საკუთრების, როგორიცაა შრომის უფლება და პროფესიული უნარჩვევები.

მოქალაქეთათვის ჯანმრთელობის დაცვის უფლების უზრუნველყოფის გარეშე წარმოუდგენელია სამართლიანობის მიღწევა, თუმცა სამედიცინო პერსონალის მაღალკვალიფიციური შრომის სამართლიანი შეფასება საზოგადოების მხრიდან ასევე მნიშვნელოვანია.

პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის პრინციპი

მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის აღიარება წარმოადგენს ბიოეთიკის წამყვან ეთიკურ საფუძველს, მრავალი კლინიკური ვითარების დროს ამ პრინციპის მნიშვნელობა ჩამორჩება სხვა არანაკლებ მნიშვნელოვან, ხშირად კი უპირატეს პრინციპს - „არ ავნო“. მით უმეტეს, რომ უამრავი მორალური პრობლემა მაშინ წარმოქმნება, როცა ორი ან მეტი პრინციპი ერთმანეთს უპირისპირდება. ამიტომ შემდეგი პრინციპები: „არ ავნო“, „აკეთე სიკეთე“ და „სამართლიანობა“ აწესებენ საზღვრებს და პირობებს თითოეულ შემთხვევაში გამოყენებისათვის,

როგორც ცალ-ცალკე, ასევე ერთად.

ეს პრინციპი მხოლოდ ბოლო ათწლეულში გახდა ერთ-ერთი ძირითადი ბიოეთიკაში, სწორედ მაშინ, როცა პროტესტი გაჩნდა ექიმის კომპეტენტურობის წინააღმდეგ, რომელიც ერთპიროვნულად, უაპელაციოდ წყვეტდა პაციენტის კეთილდღეობის საკითხს. პაციენტის ავტონომია ნიშნავს მის უფლებას დამოუკიდებლად განსაზღვროს მისთვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ყველა საკითხი („კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ მე-3, ა მუხლი).

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.

პირველი პირობის მიხედვით მოქმედება, რომელსაც წმინდა რეაქტიული ხასიათი აქვს და იგი დაუფიქრებლად ხორციელდება, მიუხედავად იმისა, რომ მისი მნიშვნელობა გაცნობიერებულია, მაინც არ ითვლება ავტონომიურად. მეორე და მესამე პირობა პირველისგან განსხვავებით შეიძლება მეტ-ნაკლებად რეალიზდეს.

ვთქვათ, ექიმი პაციენტს სთავაზობს რაიმე სერიოზულ ქირურგიულ ოპერაციას, პაციენტისთვის საერთოდ არ არის აუცილებელი სპეციალური ცოდნა, რომელიც ექიმს გააჩნია, იმისთვის რომ ავტონომიური არჩევანი გააკეთოს: მისთვის საკმარისია საქმის არსის გაგება და არა ყველა დეტალისა, რომელიც კონკრეტული ვითარებისთვის არის დამახასიათებელი. პაციენტს შეუძლია მიმართოს რჩევისათვის თავის ახლო-

ბლებს, რომელთა აზრი, რა თქმა უნდა, მის არჩევანზე გავლენას მოახდენს. თუკი ის აღიქვამს რჩევებს არა როგორც ბრძანებას, არამედ როგორც დამატებით ინფორმაციას გადაწყვეტილების მისაღებად, მაშინ მისი საბოლოო არჩევანი ავტონომიური იქნება. საბოლოოდ პაციენტი შეიძლება დაეთანხმოს ან არ დაეთანხმოს წინადადებას, მიიღოს ან არ მიიღოს ექიმის ჩანაფიქრი. მაშინაც კი, როცა თანახმაა, ის ფაქტიურად ექიმის გადაწყვეტილების ავტორიზებას ახდენს, ანუ საკუთარ გადაწყვეტილებად აქცევს. ამგვარად დაკმაყოფილებულია ავტონომიური არჩევანის პირველი პირობა.

სრულიად შესაძლებელია, რომ არჩევანის გაკეთებისას პაციენტი პირველ რიგში იხელმძღვანელებს ექიმის ავტორიტეტით. თუმცა, ამ ვითარებაშიც არჩევანი, რომელსაც პაციენტი გააკეთებს, იქნება სწორედ მისი საკუთარი და, შესაბამისად, ავტონომიურიც.

განხილული პრინციპი მხოლოდ ავტონომიის აღიარებით არ შემოიფარგლება. იგი უფრო მეტს გულისხმობს – პაციენტის ავტონომიის პატივისცემას, კერძოდ, პაციენტის არჩევანმა, რომელსაც იგი გააკეთებს, თუნდაც ექიმის პოზიციას არ ეთანხმებოდეს, უნდა განაპირობოს ამ უკანასკნელის შემდგომი მოქმედება. ავტონომიის პატივისცემის პრინციპი ნიშნავს, რომ ადამიანის პიროვნება უზენაესია და ყველა გარემოებაზე მაღლა დგას. კანტის დეონტოლოგიური ეთიკის მიხედვით ავტონომიის პატივისცემა გამომდინარეობს იმის აღიარებიდან, რომ ყოველი ადამიანი წარმოადგენს უდავო ფასეულობას და, შესაბამისად, მას საკუთარი ბედის გადაწყვეტა ძალუძს. ის, ვინც წარმოიდგენს კონკრეტულ ადამიანს მხოლოდ საკუთარი მიზნების მიღწევის საშუალებად, თვით ამ ადამიანის მიზნების გაუთვალისწინებლად (აქ შეიძლება დაემატოს სურვილები, მისწრაფებები, ზრახვები) არღვევს მის ავტონომიას.

ამასთან დაკავშირებით კანტი გამოთქვამს ასეთ მოსაზრებას, რომელიც საფუძვლად დაედო პრაქტიკულად ყველა საერთაშორისო და ნაციონალურ ეთიკურ კოდექსს, დეკლარა-

ციასა და სხვა დოკუმენტს, რომლებიც არეგულირებენ ადამიანის ფიზიკურ და ფსიქიკურ არსებობაში სამედიცინო ჩარევის მორალურ და იურიდიულ მხარეს: „ყოველი პიროვნება თვითმიზანია და არ შეიძლება განიხილებოდეს, როგორც საშუალება თუნდაც ისეთი ამოცანის განსახორციელებლად, რომელიც საყოველთაო კეთილდღეობას ეხება“, რამაც ასახვა ჰპოვა საერთაშორისო მნიშვნელობის დოკუმენტში „კონვენციაში ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“, I თავი, მე-2 მუხლი: „ადამიანის ინტერესები და კეთილდღეობის უზენაესია საზოგადოების და მეცნიერების ინტერესებთან შედარებით“. ეს საკმაოდ ძლიერი მოთხოვნაა, რაც ნიშნავს რომ ცალკეული პიროვნების კეთილდღეობა არა მარტო უტოლდება კაცობრიობის ინტერესებს, არამედ უფრო მნიშვნელოვანია. შეიძლება გადაჭარბებული, უკიდურესიც კი იყოს ასეთი მოთხოვნა, მაგრამ ისტორიაში იმის უამრავი მაგალითია, რომ ერთი ადამიანის ინტერესების და კეთილდღეობის შეწირვა საერთო კეთილდღეობისთვის, თუნდაც ძალიან ამაღლებული-სთვის მრავალ უბედურებად დაბრუნებია არა მხოლოდ ცალკეულ ადამიანებს, არამედ მთელ კაცობრიობას. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია აღნიშნული მოთხოვნა ადამიანებზე ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტების პრაქტიკაში, ვინაიდან აგებულია კონფლიქტურ საწყისზე – რისკის სიმძიმე აწვევა გამოსაცდელს, მაშინ, როდესაც მოსალოდნელი კეთილდღეობა მთელი კაცობრიობის მონაპოვარი უნდა გახდეს („საქართველოს კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, XIX თავი, სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევა, 105-113-ე მუხლები).

კეთილგონივრული გამოსავალი არ ნიშნავს, რომ საერთოდ აიკრძალოს ექსპერიმენტები ადამიანზე, თუმცა ასეთი თვალსაზრისსაც ჰყავს მომხრეები. საუბარია იმაზე, რომ რისკი, რომელსაც გამოსაცდელი თავის თავზე იღებს უნდა შეეფარებოდეს სწორედ მისთვის განკუთვნილ მოსალოდნელ სარგებლობას და აგრეთვე, ექსპერიმენტში მონაწილეობა მისი თავისუფალი და გააზრებული თანხმობის შედეგად უნდა მოხდეს. განსხვავებულია ავტონომიის იდეა ჯ. მილის უტილი-

ტარიზმის თეორიის მიხედვით. ის მიუთითებდა იმ გარემოებას, რომ გარეშე კონტროლი ინდივიდის მოქმედებებზე სავალდებულოა მხოლოდ იმისთვის, რომ თავიდან აიცილოს ზიანი სხვა ინდივიდებისათვის. მოქალაქეებს უნდა მიეცეთ უფლება საკუთარი პოტენციალის რეალიზაციისთვის თავიანთი შეხედულებისამებრ, მანამ, სანამ სხვათა თავისუფლებას არ ხელყოფენ. ასე რომ ჯ. მილი საწყისად თვლის სხვათა ავტონომიურ გადაწყვეტილებებში და მოქმედებებში ჩაურევლობას, მაშინ, როცა კანტი მორალური მოთხოვნის არსში სწორედ ამ სხვა პიროვნების პატივისცემას გულისხმობს. ფუნდამენტური განსხვავებების მიუხედავად ორივე მოაზროვნე ასაბუთებენ ერთ საერთო პრინციპს – ავტონომიის პატივისცემას. ავტონომიის პრინციპი ასაბუთებს პიროვნების გვეგმებსა და მოქმედებებში ჩაურევლობას, შესაბამისად, სხვათა მოვალეობებს, რათა არ შეზღუდონ პიროვნების ავტონომიური მოქმედებები. ეს არ ნიშნავს, რომ ადამიანებს არასოდეს არა აქვთ უფლება ავტონომიურ მოქმედებებს დაუპირისპირდნენ. აქ მნიშვნელოვანია ის, რომ ავტონომიის შეზღუდვა სპეციალურად უნდა იყოს დასაბუთებული სხვა პრინციპებით. სწორედ მსგავს შემთხვევაში ვლინდება, რომ ეს პრინციპი არ წარმოადგენს აბსოლუტურს – იგი მოქმედებს, როგორც ეთიკის სპეციალისტები ამბობენ, მხოლოდ *prima facie* (ამ ლათინური გამონათქვამის აზრი იმაში მდგომარეობს, რომ მართალია ძალიან მნიშვნელოვანია, მაგრამ სავალდებულო არ არის). სხვანაირად რომ ვთქვათ, საქმე იმაში კი არ არის, რომ ეს პრინციპი არასოდეს და არავითარ შემთხვევაში არ უნდა დაირღვეს, არამედ ჩვენ თვითონ გავაცნობიეროთ, რომ იძულებულნი ვართ, ან გვიხდება დარღვევაზე წასვლა. როდესაც კონკრეტული ვითარება უპირისპირდება სხვა პრინციპის მოთხოვნებს, მაგალითად „არ ავნო“, მაშინ წარმოიქმნება აუცილებლობა ერთ-ერთი დაირღვეს. ასეთი ვითარების ტიპური მაგალითია განწირული პაციენტის ინფორმირება დიაგნოზის შესახებ. მართებული ინფორმაციის მიწოდება საბედისწერო დიაგნოზის შესახებ გამოუსწორებელი ზიანის მიყენებით შე-

იდლება დასრულდეს, მისი ფსიქიკური და მორალური ძალების შერყევით. ამიტომ, თუკი პაციენტი თვითონ არ კითხულობს, თუ რა ავადმყოფობა აქვს, ექიმმა შეიძლება არც კი უთხრას დიაგნოზი, თუმცა ეს ეწინააღმდეგება პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის პრინციპს („საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“, მე-18.2 მუხლი). აღნიშნავთ, რომ ამჟამად მოქმედი საქართველოს კანონმდებლობით პაციენტს უფლება ეძლევა იცოდეს ასეთი დიაგნოზი, თუმცა კანონი მიუთითებს, რომ „ინფორმაცია მიეწოდება აღქმის უნარის გათვალისწინებით“ („საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“, მე-19 მუხლი). ასე რომ, პაციენტის მოტყუება, თუ იგი ექიმს ეკითხება საკუთარი დიაგნოზის შესახებ, იქნება არა მარტო მორალური პრინციპის დარღვევა, არამედ სამართლებრივი ნორმისაც. აქამდე განხილული იყო ნეგატიური მოთხოვნები – შეზღუდვების შემცირების აუცილებლობის შესახებ, როგორებიცაა მოტყუება ან იძულება, რომლებიც ხელს უშლიან ავტონომიურ მოქმედებას. თუმცა, აღნიშნული პრინციპიდან გამომდინარეობს გარკვეული პოზიტიური შედეგებიც, რომლებიც გარკვეული მნიშვნელობისაა ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობების კონტექსტში. ბიოსამედიცინო კვლევების და ჯანდაცვის პრაქტიკაში ამ პრინციპის დაცვა ნიშნავს არა მარტო იმას, რომ პაციენტის (გამოსაცდელის) ავტონომიურ მოქმედებებს არ შეექმნას წინააღმდეგობა, არამედ უფრო მეტიც, ხელი უნდა შეეწყოს მისი ავტონომიის განხორციელებას, კერძოდ, მისთვის მართებული ინფორმაციის მიწოდებით. ზოგადად ადამიანებს შორის დამკვიდრებულია წესი „არ იცრუო“, თუმცა, არც არავინ არის ვალდებული მისთვის ცნობილი ინფორმაცია სხვას გაუმხილოს. მაგრამ ექიმებს არა აქვთ უფლება პაციენტს და გამოსაცდელს რაიმე გაუკეთოს მისი თანხმობის გარეშე („საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“, IV თავი - „თანხმობა“). ამავდროს თანხმობის ან უარის გაცხადების უფლება დამყარებულია ავტონომიის პატივისცემის პრინციპზე, რომელიც ასეთ შემთხვევაში შეიძლება ასე ჩამოყალიბდეს: ყოველ მოზრდილ

ადამიანს, რომელსაც საღად განსჯის უნარი აქვს, უფლება აქვს გადაწყვიტოს თუ რა ჩაუტარდება მის სხეულს. ურთიერთობები ექიმსა (ექსპერიმენტატორსა) და პაციენტს (გამოსაცდელს) შორის არასიმეტრიულია იმ გაგებით, რომ ერთი ფლობს ცოდნას, რომელიც მეორესთვის მიუწვდომელია. ამიტომ, ერთმა მეორეს უნდა შეატყობინოს არა მარტო სავალდებულო ინფორმაცია, არამედ აუხსნას კიდევ პაციენტს და ნებაყოფლობითი გადაწყვეტილება მიიღოს მისგან. უფრო მეტიც, ექიმი განსაკუთრებულ ნდობაზე აგებულ ურთიერთობებს ამყარებს თავის პაციენტთან. ამერიკელი სპეციალისტი ა. ჰოლდერი წერს: „ყველა, ვინც ექიმის, ადვოკატის, მოძღვრის მსგავსად ნდობაზე და გულახდილობაზე აგებულ ურთიერთობებს ამყარებს, ვალდებულია გახსნას საქმესთან დაკავშირებული ყველა ფაქტი. ვინაიდან პროფესიონალთან ურთიერთობის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ პროფესიონალმა იცის უფრო მეტი იმაზე, ვინც მისგან დახმარებას ელოდება, ამიტომ არსებობს დადებითი ვალდებულება შეატყობინოს მას ინფორმაცია“.

უნდა აღინიშნოს, რომ ავტონომიის პაციენციების პრინციპის მოქმედება ბუნებრივად შეზღუდულია მათ მიმართ, ვისაც ავტონომიურად მოქმედება არ შეუძლია – ბავშვები, ზოგიერთი ფსიქიატრიული პაციენტი, ნარკოტიკული და ალკოჰოლური ზემოქმედების ქვეშ მყოფი პირები. ფსიქიკური დაავადებით შეპყრობილი პაციენტი „სარგებლობს ყველა იმ კონსტიტუციური უფლებებით, რომლითაც სარგებლობენ საქართველოს რესპუბლიკის სხვა მოქალაქეები, თუ ცნობილი არ არის ქმედუწუნაროდ ფსიქიკური დაავადების გამო“. („კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“). კონსტიტუციური უფლებების ნაწილობრივ შეზღუდვა გათვალისწინებულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, ცნობილია ქმედუწუნაროდ. აკრძალულია უფლებების შეზღუდვა მხოლოდ ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზის საფუძველზე; შეზღუდვის საფუძველი შეიძლება იყოს მხოლოდ კონკრეტული პირის ფსიქიკური მდგომარეობა.

საქართველოს კანონმდებლობა („კანონი აივ ინფექციის/შიდსის პროფილაქტიკის შესახებ“) კრძალავს აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირების დისკრიმინაციას. კანონი კრძალავს შიდსით დაავადებული პირებისათვის დაავადების გამო სამკურნალო, სასწავლო და სკოლამდელი ასაკის ბავშვთა დაწესებულებებში მიღებაზე უარის თქმას, დაავადებულ პირთა ნებისმიერი სხვა უფლებების შელახვას და კანონიერი ინტერესების შეზღუდვას მხოლოდ იმიტომ, რომ ისინი ვირუსმატარებლები ან შიდსით დაავადებულნი არიან.

საგულისხმოა, რომ ავტონომიის შეზღუდვა გამართლებულია სხვა პრინციპით – „აკეთე სიკეთე“ ესე იგი იმოქმედებ, რათა დაიცვა ადამიანი ზიანისაგან, რომელიც შეიძლება საკუთარ თავს ან სხვას მიაყენოს. „კანონის საექიმო საქმიანობის შესახებ“ 49-ე მუხლით გათვალისწინებულია „პაციენტის ოჯახურ და პირად ცხოვრებაში ჩარევა“, მაშინ, როდესაც ჩარევა აუცილებელია პაციენტის დაავადების დიაგნოსტიკისათვის, მკურნალობისა და მოვლისათვის (საჭიროა პაციენტის თანხმობა), ასევე, როცა ჩაურევლობა სერიოზულ საფრთხეს უქმნის პაციენტის ოჯახის წევრების ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს.

ექიმებისა და პაციენტებს შორის ურთიერთობების ეთიკური წესები

პაციენტებსა და სამედიცინო პროფესიის წარმომადგენელთა შორის ურთიერთობების სფერო წარმოდგენილია რთული სოციალური ქსელით, რომლის საშუალებითაც ხორციელდება ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ინდივიდუალური, ჯგუფური და სახელმწიფო ინტერესები. არსებობს ნორმები, ანუ წესები, რომლებიც განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობების ეთიკური რეგულაციისთვის. ესენია ინფორმირებული თანხმობის, მართებულობის და კონფიდენციალურობის წესები. ამ წესებთან მიმართებაში ბიოეთიკის ძირითადი პრინციპები სხვადასხვანაირად განიხილება ავტო-

რების მიერ. ერთნი მიიჩნევენ რომ ისინი გამომდინარეობენ ძირითადი პრინციპებიდან, სხვანი კი თვლიან, რომ ისინი დამოუკიდებელ სტატუსში უნდა იქნან განხილულნი. მიუხედავად მართებულობის, კონფიდენციურობის და ინფორმირებული თანხმობის წესების განსხვავებული თეორიული ინტერპრეტაციისა, პრაქტიკულად არავინ დავობს იმაზე, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია ისინი ურთიერთობების მორალური პრობლემების განხილვისას ისეთ სოციალურ რგოლებში, როგორცაა „ექიმი-პაციენტი“, „მედია-პაციენტი“, ან „სოციალური მუშაკი-პაციენტი“.

ინფორმირებული თანხმობის წესი

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

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.

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

ინფორმირებული თანხმობის წესის ჩამოყალიბება ისტორიულად განაპირობა მეორე მსოფლიო ომის დროინდელი ნაცისტები ექიმების საკონცენტრაციო ბანაკებში „სამეცნიერო“ მოღვაწეობის გამოძიების შედეგებმა. „ნიურნბერგის პროცესის“ შემდეგ, რომელზეც გამოაშკარავდა საზარელი სამედიცინო ექსპერიმენტების დამადასტურებელი ფაქტები, პაციენტის მიერ თანხმობის გაცხადება გახდა ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი საკითხი ბიოეთიკისთვის. ტერმინი „ინფორმირებული თანხმობა“ (informed consent) ნიურნბერგის პროცესიდან ათი წლის შემდეგ გაჩნდა და დეტალურად იქნა გამოკვლეული დაახლოებით 1973 წლისთვის.

სწორედ 1972 წელს პირველად მედიცინის ისტორიაში ამერიკის საავადმყოფოების ადმინისტრაციამ მიიღო კანონპროექტი პაციენტის უფლებების შესახებ ("Patients' Bill of Rights"). სწორედ ამ დოკუმენტში იყო დაფიქსირებული პაციენტის მთავარი უფლება - ინფორმირებული თანხმობის უფლება, ე.ი. პაციენტის ნებაყოფლობითი და

გაცნობიერებული უფლება დათანხმდეს, ან უარი თქვას შეთავაზებული მკურნალობის კურსზე.

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 პაციენტისგან, 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“ (III თავი - „ინფორმაციის მიღების უფლება“, IV თავი – „თანხმობა“) და „კანონში საექიმო საქმიანობის შესახებ“ (44-ე მუხლი: „ინფორმირებული თანხმობა“).

ინფორმირებული თანხმობა წინ უძღვის სამედიცინო მომსახურებას. „სამედიცინო მომსახურების გაწვევის აუცილებელი პირობაა პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა“ („საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“, 22-ე მუხლი). თანხმობა არასრულწლოვან (16 წლამდე) და ქმედუნარი 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? ბიჩამპისა და ჩილდრესის მიხედვით სამი მიზანი არსებობს.

- უზრუნველყოს პაციენტის ან გამოსაცდელის მიმართ პაციენისცემით 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 მიადგეს პაციენტს არაკეთილსინდისიერი მკურნალობის ან ექსპერიმენტების შედეგად.

- შეიქმნას ხელშემწყობი პირობები სამედიცინო პერსონალის და მკვლევართა პასუხისმგებლობის გრძობის 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 მკურნალობის 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 საფუ-

ძვლიანი 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 პრო-

ცედურა 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, „კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ“ – 44-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 ბიჩამპის და ჩილდრენის 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 ადგენს 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 გაწვევის 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 საპასუხისმგებლო 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 ბიომე-

დიცინის შესახებ“, რომელიც მიღებულია 1996 წელს ევროსაბჭოს მიერ. უნდა აღინიშნოს რომ საქართველოს სამოქალაქო კოდექსში არასრულწლოვანის ქმედუნარიანობა მატულობს ინდივიდის ასაკობრივი მომწიფების მიხედვით. შვიდი წლის ასაკამდე არასრულწლოვანი ქმედუნარიოდ ითვლება. შვიდიდან 18 წლამდე მოზარდი ითვლება შეზღუდული ქმედუნარიანობის მქონედ. უკვე შვიდი წლის მოქალაქეს 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 უვიცლობის გამო ან რელიგიური მოსაზრებით უარს აცხადებდნენ ბავშვის სიცოცხლის მსხველი 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-ე მუხლის 1-ლი და მე-3 პუნქტები:

„სამედიცინო მომსახურების გამწვევს უფლება აქვს სასამართლოში გაასაჩივროს ქმედუუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის გადაწყვეტილება, თუ იგი ეწინააღმდეგება პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებს“. „თუ ქმედუუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გაწვევის გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, ხოლო მისი ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი სამედიცინო მომსახურების წინააღმდეგობა, სამედიცინო მომსახურების გამწვევი 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 ფორმებს, 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“, XXIII თავი: „დანაშაული ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლებების წინააღმდეგ“, 150-ე მუხლი - „იძულება“*). ასე, რომ იძულება მხოლოდ ბიოეთიკური ნორმებით არ კონტროლდება.

* ადამიანისათვის ქმედების თავისუფლების უკანონო შეზღუდვა, ესე იგი მისი ფიზიკური ან ფსიქიკური იძულება, შეასრულოს ან არ შეასრულოს მოქმედება, რომლის განხორციელება ან რომლისაგან თავის შეკავება მის უფლებას წარმოადგენს, ანდა საკუთარ თავზე განიცადოს თავისი ნება-სურვილის საწინააღმდეგო ზემოქმედება,- ისჯება ჯარიმით ან გამასწორებელი სამუშაოთი ვადით ერთ წლამდე ანდა თავისუფლების აღკვეთით იმავე ვადით.

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 მუქარას 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 სავალდებულოა 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 სავალდებულოა 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 მუხლი¹). როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ინფორმაციის გადაცემის ზეპირი ფორმა პაციენტს ან გამოსაცდელს მისი გადაწყვეტილების მანიპულირების პირობებს უქმნის. მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდების შესახებ არასწორი ინფორმაცია, გაჩუმება, ცნობე-

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

¹ პაციენტს უფლება აქვს მეორე აზრის მოსაძიებლად დაუბრკოლებლად მიმართოს სხვა ექიმს ან სამედიცინო დაწესებულებას.

ბის 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.

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 შერჩევისას შეიძლება განსაზღვრული ნორმებით ხელმძღვანელობა, რომელთაც ეწოდება ინფორმირების სტანდარტები. არსებობს რამდენიმე ასეთი სტანდარტი, რომელთა შორის ყველაზე მეტ 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 რაციონალური 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 გაგებულნი. ბიჩამპი და ჩილდრესი გვთავაზობენ შექმნილი სახის გამოსავალს: „მედიცინაში გაუცნობიერებელი პაციენტის ინფორმირება წარმატებით შეიძლება, თუკი მის მისახვედრებლად ანალოგიისათვის მარტივ ყოველდღიურ ვითარებებს გამოვიყენებთ. მოსალოდნელი რისკის წარმოდგენისათვის, რომელიც ციფრობრივად გამოიხატება, ექიმს შეუძლია შედარებისთვის მიმართოს პაციენტისთვის კარგად ცნობილ რისკს, მაგალითად, მანქანის მართვის ან ელექტროობასთან 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 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 მო-

* 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

მავალი სამედიცინო ჩარევის ნიუანსები და მასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ. ისინი არჩევანს 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 ინიციაციის 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 საფუ-

ძველი 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 თანმხლები 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, მაშინ 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.

მართებულობის წესი

მართებულობა ნიშნავს, რომ ინფორმაციის მიმწოდებელმა მოსაუბრეს აცნობოს ის, რაც მისი გაგებით მართებულია. ზოგჯერ ეს წესი გამოიყენება ტყუილის თქმის აკრძალვის ფორმით, ე. ი. იმის, რასაც ინფორმაციის მიმწოდებელი სიცრუედ მიიჩნევს. ზოგიერთი ეთიკოსი თვლის, რომ მოსაუბრეს უფლება აქვს მოითხოვოს მართებული ინფორმაციის მიღება.

ადამიანი ვალდებულია სიმართლე მიაწოდოს იმას, ვისაც უფლება აქვს იცოდეს იგი. სხვა შემთხვევაში მართებული ინფორმაციის მფლობელი არ არის ვალდებული გაუმჟღავნოს იგი იმას, ვისაც უფლება არა აქვს იცოდეს იგი. ასეთი შეზღუდვა თითქოს გაუმართლებელია მართებულობის წესის დასაცავად. მორალურად მისაღებია მართებულად მოქცევა ყველა შემთხვევაში, ანუ მოსაუბრეს უნდა ეცნობოს, რომ ინფორმაციის მფლობელს არა აქვს უფლება იგი გაამჟღავნოს. მართებულობა ნორმალური ურთიერთობისა და სოციალური ურთიერთდამოკიდებულების აუცილებელ პირობას წარმოადგენს. სიცრუე არღვევს ერთობლივი მოქმედებების კოორდინაციას, გადააქცევს მათ ფიქტიურად. მართებულობის წესის დაცვა უზრუნველყოფს პარტნიორების ურთიერთნდობას სოციალური ურთიერთობებისას, რაც განაპირობებს ადამიანის ცხოვრების სტაბილურობის და კეთილდღეობის ხარისხს.

ძნელად თუ მოიძებნება ეთიკის ისეთი სპეციალისტი ან ექიმი, რომელიც უარყოფდა მართებულობის წესის მნიშვნელოვნებას. თუმცა არსებობს შეუთანხმებლობა, თუ რამდენად შეუცვლელად უნდა მისდიონ ამ წესს. თუ ემანუელ კანტის ფილოსოფიას მივმართავთ, მაშინ პასუხი ძალიან პრინციპულია – ყველგან და ყოველთვის. მედიცინაში კი განსხვავებული აზრი პრევალირებს, რომლის მიხედვითაც არ არის მიზანშეწონილი სიმართლის თქმა, თუკი ეს პაციენტს ზიანს მიაყენებს, გამოიწვევს მის ნეგატიურ ემოციებს, დეპრესიას და სხვა. როგორც 1927 წელს წერდა ამერიკელი ექიმი ჯოზეფ კოლინზი: „ექიმის ხელოვნება მეტწილად დამყარებულია ტყუილის და მართლის ნაზავის გამოყენების ჩვევაზე. ამიტომ ყველა ექიმმა უნდა გამოიმუშაოს უნარი შეთხზას ტყუილი მხატვრული ნაწარმოებივით“. შეიძლება ითქვას, რომ ასეთი სახის განცხადება არ არის გადაჭარბებული, თუ გავითვალისწინებთ ჩვენს სამედიცინო პრაქტიკაში დღემდე გაბატონებულ ტრადიციას – პაციენტს დაუმალონ სიმართლე, თუ მას ავთვისებიანი სიმსივნე აქვს, ან სხვა სასიკვდილო სენით არის შეპყრობილი. ბოლო წლებში ეს ტრადიცია სულ უფრო და

უფრო მეტად ხდება სერიოზული კრიტიკის მიზეზი. მედიცინაში სამართლებრივი აზროვნების განვითარება და ჩამოყალიბება დაფუძნებულია პაციენტის სრულუფლებიან პარტნიორად მიჩნევაზე ექიმთან ურთიერთობისას. მაგრამ თანასწორუფლებიანობა არ განხორციელდება, როცა ერთ-ერთი მხარე განგებ უმაღლავს სასიცოცხლო მნიშვნელობის ინფორმაციას მეორე მხარეს (თუნდაც კეთილშობილური მიზნითაც კი), ამით პარტნიორს გადააქცევს სოციალური ურთიერთობის სუბიექტიდან მანიპულაციის ობიექტად.

საქართველოს კონსტიტუციის 41,1 მუხლში გაცხადებულია: „საქართველოს ყოველ მოქალაქეს უფლება აქვს კანონით დადგენილი წესით გაეცნოს სახელმწიფო დაწესებულებებში მასზე არსებულ ინფორმაციას, აგრეთვე იქ არსებულ ოფიციალურ დოკუმენტებს, თუ ისინი არ შეიცავს სახელმწიფო, პროფესიულ ან კომერციულ საიდუმლოებას“. ხოლო საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 167-ე მუხლით გათვალისწინებულია პასუხისმგებლობის დაკისრება ინფორმაციის დაფარვისათვის.*

კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ 17-ე მუხლში ნათქვამია: „პაციენტს, ხოლო მისი თანხმობის ან ქმედუნარობის შემთხვევაში, ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს გაეცნონ სამედიცინო ჩანაწერებს და მოითხოვონ პაციენტის შესახებ არსებულ ინფორმაციაში შესწორებების შეტანა. სამედიცინო ჩანაწერებში ინახება, როგორც შესწორებამდე არსებული,

* მუხლი 167. ინფორმაციის გაცნობაზე უარის თქმა ან არასწორი ინფორმაციის წარდგენა. პირისათვის უკანონოდ უარის თქმა მასზე არსებული ინფორმაციის ან ოფიციალური დოკუმენტის გაცნობაზე, ანდა იმ დოკუმენტის ან მასალის წარდგენაზე, რომელიც უშუალოდ შეეხება მის უფლებებსა და თავისუფლებებს, აგრეთვე ასეთი ინფორმაციის, დოკუმენტის ან მასალის არასრულად ან დამახინჯებულად წარდგენა, ანდა მის გასაცნობად სხვაგვარად უკანონოდ ხელის შეშლა, რამაც მნიშვნელოვანი ზიანი გამოიწვია,- ისჯება ჯარიმით ან გამასწორებელი სამუშაოთი ვადით ერთ წლამდე, თანამდებობის დაკავების ან საქმიანობის უფლების ჩამორთმევით ვადით სამ წლამდე.

ისე პაციენტის, მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მიერ ახლად მიწოდებული ინფორმაცია“. „კანონის ჯანდაცვის შესახებ“ 43-ე მუხლის თანახმად ექიმი ვალდებულია „დადგენილი წესით აწარმოოს ჩანაწერები სამედიცინო დოკუმენტაციაში“, რაც დეტალურად არის განსაზღვრული „კანონში საექიმო საქმიანობის შესახებ“ 56-ე მუხლში: „სამედიცინო ჩანაწერების წარმოების პირობები“.

ამ დროს გასათვალისწინებელია, რომ სსსკ-ის 341-ე მუხლის მიხედვით - „სამსახურებრივი სიყალბე“: „ყალბი ცნობის ან ჩანაწერის შეტანა ოფიციალურ დოკუმენტში“ - სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საკითხი დგება.

„საქართველოს კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ მე-7, 41-ე მუხლები* პაციენტს აძლევს გარანტიას, რომ ის მართებულ ინფორმაციას მიიღებს დიაგნოზის, პროგნოზის და მკურნალობის მეთოდების შესახებ, იგივე ასახულია „კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ“ III თავში - ინფორმაციის მიღების უფლება - 16-18-ე მუხლები. გასათვალისწინებელია, რომ პაციენტის უფლება მართებულ ინფორმაციაზე არ მოიცავს ექიმთან ურთიერთობის მეტად რთული და წინააღმდეგობრივი პროცესების ყველა ასპექტს. ეს ეხება არა მარტო ექიმებს, არამედ პაციენტებსაც. თუ პაციენტი ცრუობს და სიმართლეს მალავს, ამით უარესდება ექიმთან ურთიერთობები ზუსტად ისევე, როგორც მაშინ, როცა ასე ექიმი იქცევა. კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ, ისევე როგორც კანონში საექიმო საქმიანობის შესახებ არაფერია ნათქვამი პაციენტის მოვალეობის შესახებ მიაწოდოს ექიმს მართებული ინფორმაცია და ექიმის უფლების შესახებ მიიღოს ამგვარი ინფორმაცია. თუმცა ეს გარემოება ცალკეულ პაციენტს არ ათავისუფლებს ურთიერთნდობის შენარჩუნების მორალური პასუხისმგებლობისგან.

* ექიმი მოვალეა მიაწოდოს პაციენტს სრული ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა იგი დარწმუნებულია, რომ ეს მნიშვნელოვან ზიანს მოუტანს პაციენტს.

პრობლემებსა და წინააღმდეგობებზე სრულ წარმოდგენას მედიცინაში მართებულობის მორალური წესის გამოყენებისას, სიმართლის გაგების ან გაცხადების მოვალეობაზე, უფლებაზე, შესაძლებლობაზე და მიზანშეწონილობაზე, რომლებიც უნდა განვიხილოთ ორივე მხარისთვის, ანუ „ექიმი-პაციენტი“ სოციალური ურთიერთობის რგოლისთვის.

- საჭიროა თუ არა სიმართლის თქმა და ცოდნა?
- ყოველთვის აქვთ თუ არა უფლება სიმართლის თქმის და ცოდნის?
- შეუძლია თუ არა ორივე მხარეს გამოთქვას და გაიგოს მართებული ინფორმაცია?
- მიზანშეწონილია თუ არა ექიმებმა და პაციენტებმა იცოდნენ და აცნობონ ერთმანეთს მხოლოდ სიმართლე.

მართებულობის მოვალეობა

სიმართლის თქმის ან მისი ცოდნის მოვალეობის და უფლების შესახებ ფილოსოფიურ წყაროებში შეიძლება მივაკვლიოთ. კანტის მოძღვრების მიხედვით მართებულობა წარმოადგენს ადამიანის მოვალეობას საკუთარი თავის, როგორც მორალური არსების წინაშე. სიცრუის თქმით საკუთარი ადამიანური ღირსების ხელყოფა ხდება. კანტი წერს „სხვისთვის საკუთარი აზრების გაცხადებით, რომელიც (გამიზნულად) საპირისპიროა იმისა, რასაც ამ დროს ფიქრობს მთქმელი, იგივეა, რაც საკუთარი თავის უარყოფა, პიროვნება ამ დროს მოჩვენებითია და არა ნამდვილი. ამიტომ კანტი თვლის, რომ აბსოლუტური მართებულობა გონების წმინდა, წამყვანი და შეუზღუდავი მრწამსია.

ექიმისთვის მართებულობის მოვალეობა პირველ რიგში განპირობებულია ადამიანურობის სოციალური ბუნებით. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სიცრუე შლის ადამიანთა ერთობლიობას, აუარესებს ნდობაზე დამყარებულ ურთიერთობებს სოციალური ჯგუფებს შორის. თანაც, პაციენტთან ურთიერთობისას ექიმი წარმოადგენს არა ზოგადად საზოგადოებას, არამედ

თავის პროფესიულ ჯგუფს. სისტემატიური ტყუილი პროფესიის მიმართ ნდობას სპობს. თუ პაციენტი დარწმუნებულია, რომ ექიმები გამუდმებით უმაღლავენ არასასურველ ინფორმაციას, მაშინ მათი მართებული მტკიცება, რომ „თქვენი ავადმყოფობის პროგნოზი სასიკეთოა“, ან „ქირურგიული ოპერაცია არ არის თქვენთვის საშიში“, ან „ქიმიოთერაპია კარგ შედეგებს გამოიღებს“ პაციენტის მიერ უნდობლობით აღიქმება. ალბათ სწორედ ამით აიხსნება ისეთი არასასურველი ვითარება, რომელიც წარმოიქმნება მაშინ, როცა პაციენტი, რომელმაც გაიგო საკუთარი ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზი, მაინც ათასგვარ პარასამედიცინო თაღლითს მიმართავს, მიუხედავად ექიმის მიერ შეთავაზებული ეფექტიანი სამკურნალო მეთოდის არსებობისა. თუკი პაციენტები არ მიენდობიან ექიმებს, ძალიან გაძნელებულია წარმატების მიღწევა ისეთ სერიოზულ ავადმყოფობასთან ბრძოლის საქმეში, როგორიცაა კიბო. ამიტომ, როგორც ექიმი, ასევე მთელი სამედიცინო პერსონალი მართალი უნდა იყოს, რათა საზოგადოებას შეექმნას და შეუნერხუნდეს ნდობის დამოკიდებულება ამ პროფესიული ჯგუფის მიმართ.

და ბოლოს, ექიმის მიერ სიმართლის თქმის ვალდებულება მისი ცხოვრების აზრს წარმოადგენს. თუმცა, ცხოვრების საზრისის მცნება საკმაოდ საკამათოა. გრადიციული მორალური მრწამსის მიხედვით, როგორც რელიგიური, ასევე საერო, მიჩნეულია, რომ ცხოვრების აზრი – ადამიანური დანიშნულების შესრულებაშია. ექიმი ვერ შეასრულებს თავის ადამიანურ დანიშნულებას, ანუ სრულად ვერ რეალიზდება როგორც ექიმი, თუკი პაციენტებს არ ექნებათ მისი ნდობა.

უფრო რთულია საკითხი პაციენტის ვალდებულებების და არა უფლების შესახებ იცოდეს სიმართლე. ამ საკითხის გარჩევა უნდა მოხდეს პაციენტის პოზიციების გათვალისწინებით. თანაც, თუ დავუშვებთ, რომ ყოველი ადამიანი პოტენციური ან აქტუალური პაციენტი. რამდენად არის მნიშვნელოვანი ინდივიდმა პაციენტის როლში სიმართლე იცოდეს? იმისთვის, რომ ინდივიდმა შეინარჩუნოს საკუთარი „მე“, როგორც

ავტონომიურმა პიროვნებამ, რომელიც პასუხისმგებელი სუბიექტია საკუთარ ქმედებებზე. როცა პაციენტი არ ფლობს მართებულ ინფორმაციას საკუთარი არსებობის პირობების შესახებ (მათ შორის ინფორმაციას საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ), ამით ადამიანი სხვას გადააბარებს პასუხისმგებლობას იმაზე, რაც მას ეხება (მაგალითად, ექიმს), ამით უარს ამბობს საკუთარ სუბიექტურობაზე და თავისუფლებაზე. ამიტომ, სიმართლის ცოდნის სურვილი ადამიანის ვალდებულებაა მაშინაც კი, როცა ის საწოლს არის მიჯაჭვული. უდავოდ, სწეული ადამიანი ისედაც შეზღუდულია. შეზღუდვა შეიძლება უმნიშვნელოც იყოს და მნიშვნელოვანიც, როგორც, მაგალითად, კომური მდგომარეობის დროს, ამიტომ სიმართლის ცოდნის ვალდებულება ერთნაირი არ შეიძლება იყოს ყველა პაციენტისთვის. ზოგ პაციენტს ურჩევნია ფსიქოლოგიურად სხვაზე დამოკიდებულ, დაქვემდებარებულ მდგომარეობაში ყოფნა. თანამედროვე ეპოქაში საკუთარი სუბიექტივიზმის უარყოფა დამღუპველია. ვინაიდან საკუთარ სუბიექტურობაზე უარის გაცხადება ნებაყოფლობით ხდება პირადი მოსახრებებით, ამიტომ პატივისცემით უნდა მოვეპყროთ თვითდამკვიდრების ასეთ ფორმას („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“, 20-ე მუხლი: პაციენტს უფლება აქვს უარი განაცხადოს მე-18,1 მუხლით გათვალისწინებულ ინფორმაციის მიღებაზე, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ინფორმაციის მიუწოდებლობამ შეიძლება სერიოზული ზიანი მიაყენოს პაციენტს ან/და მესამე პირის ჯანმრთელობას და/ან სიცოცხლეს). სხვადასხვა კულტურის წარმომადგენელთა შორის არსებობს ტენდენცია პასუხისმგებლობის, გადაწყვეტილების მიღების სხვაზე გადააბარების, მაგალითად, ახლობელზე ან ექიმზე („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ 21-ე მუხლი: ქმედუნარიან პაციენტს უფლება აქვს გადაწყვიტოს, მიიღოს თუ არა ვინმემ ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ). ჩვენს ქვეყანაში ტრადიციულია პაციენტების უმეტესობისთვის ქცევის ასეთი ნორმა. ექიმი მოვალეა გაითვალისწინოს და პატივი სცეს ასეთ ტრადიციასაც.

განვიხილოთ სიმართლის თქმის მოვალეობა პაციენტის მხრიდან. უნდა ეცადოს თუ არა ექიმმა გაიგოს სიმართლე და მოვალეა თუ არა პაციენტი თქვას ექიმთან სიმართლე? ექიმის ვალია მაქსიმალურად ეცადოს მიიღოს მართებული ინფორმაცია, რაც მოტივირებულია მისი პროფესიული მისიით უმკურნალოს პაციენტს. მხოლოდ სრული და სანდო ინფორმაციის ფლობა ავადმყოფობის წარმოშობის და მიმდინარეობის შესახებ იძლევა ეფექტიანი მკურნალობის გარანტიას. უმთავრესი პირობა პაციენტის მხრიდან მოვალეობის რეალიზაციისთვის არის ნდობის ფაქტორის არსებობა კონკრეტული ექიმის მიმართ და ზოგადად სამედიცინო პროფესიის მიმართ. პაციენტი თავს შეიკავებს სიმართლის თქმისაგან, სანამ არ დარწმუნდება, რომ ექიმი შეინარჩუნებს კონფიდენციალურობას, რომ მის მიერ მიწოდებული ცნობები პირადი ცხოვრების დეტალებზე არ გახდება ცნობილი უცხო ადამიანებისთვის. პაციენტის მოვალეობა თქვას სიმართლე დამყარებულია ზოგად სოციალურ საფუძველზე და სავალდებულოა იმისათვის, რომ ხელი შეუწყოს ურთიერთნდობის გამყარებას სოციალურ რგოლში „პაციენტი-ექიმი“. მართებულობა ყოველი ადამიანის მორალური ვალია და ავადმყოფობა ამ მოვალეობას არ ცვლის. ამის გარდა, პაციენტი მკურნალობისთვის არც თუ იშვიათად იყენებს ან სახელმწიფოს, ან კოლექტივის, ან ოჯახის მატერიალურ ფინანსურ რესურსებს, რომლებიც თითქმის ყოველთვის შეზღუდულია. პაციენტის მიმართ სოლიდარობის გრძნობა და თანადგომა, რაც სახელმწიფო ჯანდაცვის, კოლექტივის და ოჯახის მხრიდან გამოვლინდება იმით, რომ ეს შეზღუდული რესურსები გადანაწილებულია მის სასარგებლოდ. ეს გარემოება კიდევ ერთი დამატებითი საფუძველია პაციენტის მორალური ვალდებულებისა, რათა ეფექტიანად ითანამშრომლოს ექიმთან შეზღუდული რესურსების ყაირათიანად გამოყენებისათვის, რაც წარმოუდგენელი იქნებოდა პაციენტის მიერ მართებულობის წესის დაცვის გარეშე.

პაციენტის მიერ სიმართლის თქმის მოვალეობა დაფუძნებულია პრინციპზე „არ ავნო“. როცა, მაგალითად, პაციენტი

ექიმთან მიღებაზე მიდის, მისი მორალური ვალია შეატყობინოს თავისი ინფექციური ავადმყოფობის შესახებ, რომლის გამოც შესაძლოა საფრთხე შეექმნას ექიმს, ან სხვა პაციენტებს. პაციენტს, რომელიც დაავადებულია შიდსით, ჰეპატიტით ან ტუბერკულოზით, მაშინ მისი მორალური ვალია გააფრთხილოს ამის შესახებ ექიმი და ექთანი, რათა მათ გამოიჩინონ შესაბამისი სიფრთხილე გასინჯვის დროს და სამკურნალო-სადიაგნოზო პროცედურების ჩატარებისას. სხვა არგუმენტი პაციენტის მიერ სიმართლის თქმის ვალდებულებისა არის ის, რომ პაციენტთან ურთიერთობის პროცესში ექიმს უჩნდება გამოცდილება და უგროვდება ცოდნა ამა თუ იმ სიმპტომის მნიშვნელობის შესახებ, რომელიმე ავადმყოფობის ზუსტი დიაგნოზის დასადგენად, დანიშნული მკურნალობის ეფექტიანობის შესახებ. თუ პაციენტი არ ატყობინებს ექიმს თვითნებურად შეცვლილი მკურნალობის შესახებ, ან განგებ დამახინჯებულ ინფორმაციას აწვდის ჩვილებზე, მაშინ პაციენტი პასუხისმგებელი ხდება მკურნალი ექიმის მიერ მცდარი წარმოდგენის ფორმირებაზე გამოყენებული სამკურნალო საშუალების ეფექტიანობის ან არაეფექტიანობის შესახებ. ასეთი მცდარი ცოდნით შეიძლება ექიმმა არასწორად უმკურნალოს, როგორც თვით არამართებულ პაციენტს, ასევე სხვა პაციენტებსაც.

სიმართლის ცოდნის უფლება

სიმართლის თქმის და ცოდნის უფლება აბსოლუტურად განსხვავდება სიმართლის თქმის და ცოდნის მოვალეობისაგან იმით, რომ პიროვნული ფასეულობების ორიენტაციის ფორმა შინაგანიდან გარდაიქმნება სოციალური დამოკიდებულებების გარეგნულ ფორმად.

როცა, მაგალითად, ისმის კითხვა: „აქვს თუ არა X პიროვნებას ამა თუ იმ საქციელის ჩადენის უფლება?“ ამ კითხვაზე პასუხის გაცემისას მინიშნებული იქნება რომელიმე კონკრეტული კანონი ან სოციალური ნორმა (მაგალითად,

ადათი), რითაც ნებადართული ხდება საქციელი, ან პირიქით – აკრძალული.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ჯანდაცვის კანონმდებლობაში დადგენილია პაციენტის სამართლებრივი უფლება, იცოდეს სიმართლე საკუთარი ავადმყოფობის დიაგნოზის, პროგნოზისა და მკურნალობის მეთოდების შესახებ. ექიმის უფლება (არა მოვალეობა) შეატყობინოს პაციენტს მართებული ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ შეზღუდულია მოთხოვნით ეს ინფორმაცია მიაწოდოს გასაგებად („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ – მე-19 მუხლი) და ისეთი ფორმით, რომ პაციენტს ზიანი არ მიაყენოს, ან საერთოდ არ შეატყობინოს არაფერი, თუკი პაციენტს წინასწარ გაცხადებული აქვს ასეთი მოთხოვნა („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ - 20-ე მუხლი*). ხოლო ექიმის უფლება იცოდეს სიმართლე სპეციალურად არ არის რეგლამენტირებული კანონით. სანაცვლოდ, გამყარებულია საექიმო ტრადიციებით და თანამედროვე მედიცინის ადმინისტრაციული ნორმებით. თანაც, საქმე ეხება არა მკურნალი ექიმის უფლებას, არამედ მკურნალობის პროცესში მონაწილე სხვა სამედიცინო პერსონალის უფლებასაც. თანამედროვე ამბულატორიებსა და საავადმყოფოებში სამედიცინო დახმარების გაწევა ხდება არა ერთი ექიმის მიერ, არამედ სპეციალისტთა ჯგუფის მიერ, რომელთაგან თითოეულს ესაჭიროება მართებული ინფორმაცია პაციენტის მდგომარეობის შესახებ. მათი უფლება ამგვარი ინფორმაციის ხელმისაწვდომობაზე ადმინისტრაციული ნორმებით არის უზრუნველყოფილი, ან კანონით.

უფრო რთულად დგას საკითხი სტუდენტებისთვის სამედიცინო ინფორმაციის მიღებაზე, რომლებიც უშუალოდ არ მონაწილეობენ პაციენტის მკურნალობის პროცესში. პაციენტის საწოლთან პრაქტიკული ცოდნის შექმნა სამედიცინო

* პაციენტს უფლება აქვს უარი განაცხადოს მე-18 მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაციის მიღებაზე, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ინფორმაციის მიუწოდებლობამ შეიძლება სერიოზული ზიანი მიაყენოს პაციენტის ან/და მესამე პირის ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს.

განათლების მიღების მნიშვნელოვანი ელემენტია. კლინიკების ტრადიციები და ადმინისტრაციული ნორმები არეგულირებენ სტუდენტების უფლებას მონაწილეობა მიიღონ პაციენტის გასინჯვაში, გამოცდილი სპეციალისტების ხელმძღვანელობით სამკურნალო და სადიაგნოზო მანიპულაციების ჩატარებისას, ესე იგი მიიღონ სამედიცინო ინფორმაცია. ვინაიდან სტუდენტების მონაწილეობა კონკრეტული პაციენტის ინტერესებს არ ითვალისწინებს, სამედიცინო ინფორმაციასა და სამკურნალო სადიაგნოზო მანიპულაციებზე სტუდენტების დაშვება დასაბუთებული უნდა იყოს პაციენტის ან მისი ოჯახის წევრების ნებაყოფლობითი თანხმობით, („კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ – მე-8.3 მუხლი; მე-9 მუხლი; „კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ – 26.1-ე მუხლი). თავის დროზე ამ პრობლემას ძალიან მწვავედ აყენებდა ვ. ვერესევი წიგნში „ექიმის ჩანაწერები“.

უდავოა, რომ პაციენტი მოვალეა შეატყობინოს ექიმს სიმართლე საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ და ავადმყოფობის აღმოცენების გარემოებების შესახებ. თუმცა, „სიმართლე“, რომელიც პაციენტმა უნდა გაამჟღავნოს საკუთარი ავადმყოფობის შესახებ, შეიძლება მხოლოდ მას არ ეხებოდეს. აქვს თუ არა უფლება პაციენტს, რომელსაც სიფილისის დიაგნოზი დაუდგინდა, შეატყობინოს ექიმს თავისი პარტნიორის შესახებ, რომლისგანაც ალბათ გადაედო ეს ავადმყოფობა. პასუხი ამ კითხვაზე დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად გადასწონის ორი ფასეულობიდან ერთ-ერთი კონკრეტულ საზოგადოებაში. თუ უპირატესობა ენიჭება საზოგადოების ინტერესებს, რათა მინიმუმამდე იქნეს შემცირებული ინფექციური ავადმყოფობის გავრცელების რისკი, მაშინ პაციენტს არა მარტო უფლება ეძლევა, არამედ მოვალეობა ეკისრება (არა მარტო მორალური, არამედ კანონითაც) განაცხადოს თავისი პარტნიორის შესახებ. იმ საზოგადოებაში კი, რომელშიც პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა მეტად ფასობს და შესაბამისად, დაცულია კანონითაც, მაშინ პაციენტის მიერ ექიმისთვის მართებული ინფორმაციის გაცხადების

უფლება შეზღუდული იქნება და ნებადართული იქნება მხოლოდ პარტნიორის თანხმობის შემდეგ. დაპირისპირება ისეთ ფასეულობებს შორის, როგორებიცაა, ერთის მხრივ, საზოგადოების ინტერესები და, მეორეს მხრივ, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა, ჩვენს საზოგადოებაში აღრეც და დღესაც პირველის სასარგებლოდ წყდებოდა. თუმცა, ბოლო დროს პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა მეტ მხარდაჭერას და აღიარებას იძენს (მათ შორის სამართლებრივსაც, სსსკ-ის 157-ე მუხლი: „პირადი და ოჯახური საიდუმლოს ხელყოფა“). ასე რომ, უპირობო პრიორიტეტი საზოგადოების ინტერესებისა შენარჩუნებულია მხოლოდ განსაკუთრებულად საშიში ინფექციური ავადმყოფობების ჯგუფისათვის. („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ – 28.1ბ მუხლი;* „კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ – 42-ე მუხლი**). უფრო მეტიც, საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 247-ე მუხლი ითვალისწინებს პასუხისმგებლობას „სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის საფრთხის შემქმნელი გარემოებების შესახებ ინფორმაციის დამალვისა ან გაყალბებისათვის“. რაც უფრო სოციალურად ნაკლებსაშიშია ავადმყოფობა, მით უფრო მეტ როლს ასრულებს ფასეულობები, რომლებიც დაკავშირებულია პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობასთან.

ფასეულობების შორის წონასწორობის შენარჩუნება ვერ ხერხდება რაიმე მზა წესებით. გასათვალისწინებელია, რომ სიმართლის თქმის უფლება ყოველთვის ვერ იქნება გამოყენ-

* სამედიცინო მომსახურების გამწვევის მიერ კონფიდენციური ინფორმაციის გამჟღავნება დასაშვებია, თუ ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირის (რომლის ვინაობაც ცნობილია) სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას.

** მედიცინის მუშაკი და სამედიცინო დაწესებულების ყველა თანამშრომელი ვალდებულია დაიცვას სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა კონფიდენციური ინფორმაციის გამჟღავნებას მოითხოვს გარდაცვლილის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი, სასამართლო, საგამოძიებო ორგანოები, ან ეს აუცილებელია საზოგადოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, სხვათა უფლებებისა და თავისუფლებების დასაცავად.

ბული, ვინაიდან სხვა ადამიანის პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა წარმოადგენს მნიშვნელოვან სამართლებრივ ნორმას და მორალურ ფასეულობას თანამედროვე ცივილიზებული საზოგადოებისთვის.

შესაძლებელია თუ არა სიმართლის ცოდნა?

ეს საკითხი ეხება სიმართლის თქმის ან აღქმის შესაძლებლობას. ის მოიცავს ორ ქვესაკითხს – გნოსეოლოგიურს და ფსიქოლოგიურს. გნოსეოლოგიური თვალთახედვით, ექიმს არ შეუძლია გაამჟღავნოს სრული სიმართლე პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, ვინაიდან თვითონაც არ ფლობს სრულად ამის შესახებ ცოდნას. ხშირად სამედიცინო ცოდნა არაზუსტია, პრობლემური და სავარაუდოც. ზუსტი და ობიექტური ინფორმაცია აისბერგის ზევით მდებარეობს, ხოლო ძირითადი ცოდნა დაფარულია სამედიცინო ინტუიციისა და გამოცდილების სიღრმეში, რომელსაც ვერბალური ახსნა არა აქვს. სწორედ ამიტომ ექიმს არასოდეს ძალუძს გადმოსცეს სრული სიმართლე. რაც უნდა ითქვას, ის ყოველთვის აღმოჩნდება სანახევრო სიმართლე ან მისი ნაწილი. პაციენტი ვერასოდეს მიიღებს სრულ სიმართლეს, რამდენადაც მისი სრულად გადმოცემა შეუძლებელია ექიმთან რუტინული ურთიერთობის დონეზე. მართებულობის პრინციპის გნოსეოლოგიური კრიტიკა სიმართლესა და ჭეშმარიტებას აცალკევებს. ექიმი მართებული უნდა იყოს და ზუსტად უნდა მიაწოდოს მხოლოდ ის ინფორმაცია, რომელიც დაზუსტებულია, ხოლო რაც დაუზუსტებელია – უნდა ითქვას, რომ პრობლემური და სავარაუდოა. მართებულობის წესი მოითხოვს, რომ ექიმმა და ექთანმა საკუთარი კომპეტენციისა და ცოდნის ზღვარი თვითონვე იცოდნენ, რათა ყოვლისშემძლედ არ წარმოიდგინონ თავი. თვით ყველაზე გამოცდილი ექიმიც კი, როცა გაანალიზებს კონკრეტულ კლინიკურ შემთხვევას, შესძლებს მხოლოდ გარკვეული ალბათობით შეაფასოს, თუ რამდენ ხანს იცოცხლებს პაციენტი, რომელიც მძიმე მდგომარეობაში იმყოფება,

მაგალითად კიბოს ტერმინალური სტადიის დროს. აღნიშნულ ვითარებაში მართებული პასუხი შეიძლება იყოს მხოლოდ სავარაუდო. ექიმი ატყუებს პაციენტს და მისი ოჯახის წევრებს, შეიძლება თვითონაც თავს იტყუებს, როცა თანამედროვე მედიცინის ფუნდამენტური სტატისტიკური კანონზომიერებების სანაცვლოდ აკეთებს ფსევდო-დეტერმინისტულ, უაპელაციო განცხადებებს რომელიმე კონკრეტული პაციენტის დარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობის შესახებ. ასე რომ, სიმართლე იმაშია, რომ ექიმი სრულად არ ფლობს სიმართლეს და არა აქვს მორალური უფლება პაციენტის წინაშე ითამაშოს „ყოველისშემძლის“, ფსევდო-დამერთის როლი, რომლისთვისაც ჭეშმარიტება სრულად არის ხელმისაწვდომი.

ანალოგიურად, პაციენტის მიმართ მართებულობის წესის გამოყენებისას გასათვალისწინებელია, რომ მისთვისაც არ არის ბოლომდე ცნობილი სიმართლე საკუთარი თვითშეგრძნების შესახებ. ავადმყოფ ადამიანს არ შეუძლია დაიკავოს მიუკერძოებელი ობიექტური დამკვირვებლის პოზიცია, თითქოს მისთვის შესაძლებელი იყოს მხოლოდ აღწეროს ესა თუ ის მდგომარეობა მეთოდოლოგიის ბუნებრივი სტანდარტების შესაბამისად. ექიმებს ბრძნული წესი აქვთ – საკუთარი სერიოზული ავადმყოფობის შემთხვევაში ყოველთვის სთხოვონ კონსულტაცია კოლეგას, რათა თავიდან აიცილონ თავის მოტყუება, რომელიც სავსებით ბუნებრივია კრიზისულ მდგომარეობაში მყოფი ადამიანისთვის საკუთარი მდგომარეობის, ავადმყოფობის წარმოშობის გარემოებების, მისი მაპროვოცირებელი ფაქტორების შეფასებისას.

ასე რომ, პაციენტს გააჩნია უფლებაც და მოვალეობაც, რათა ის მართებული იყოს მედიცინის მუშაკის მიმართ, თუმცა ეს გარემოება არ იძლევა გარანტიას, რომ მის მიერ ჩვილდების და თვითშეგრძნების შეფასება ყოველთვის მართებულია. აქ ჩვენ მიუვახლოვდით საკითხის ფსიქოლოგიურ ასპექტს – ყოველთვის შეუძლიათ პაციენტს და ექიმს ერთმანეთს სიმართლე უთხრან?

თუმცა, მიიხედავით, რომ მართებულობის პრინციპი არ ეხება ექიმის ურთიერთობებს ბავშვებთან, რომლებსაც ფსიქიკა ჯერ არა აქვთ ჩამოყალიბებული და ფსიქიატრიულ ავადმყოფებთან, რომელთა სულიერი მდგომარეობა არ იძლევა საშუალებას ადეკვატურად აღიქვან მართებული ინფორმაცია საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. ზოგი თვლის, რომ ონკოლოგიური პაციენტების უმრავლესობა უკუაგდებს ფატალურ ინფორმაციას და ამიტომ არ შეუძლიათ საკუთარი ავადმყოფობის შესახებ სიმართლის მიღება. უდავოა, რომ ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს თავისი პაციენტების ფსიქოლოგიური და ასაკობრივი თავისებურებები. თუმცა, პაციენტის მიერ სიმართლის აღქმის შესაძლებლობის დიაპაზონი არ წარმოადგენს ისეთ ფაქტორს, რომელიც ტყუილს გაამართლებდა. ექიმი უნდა იყოს მართებული, როგორც ბავშვთან, ასევე ფსიქიატრიულ და ონკოლოგიურ პაციენტთან. ამასთანავე, სავალდებულოა გააზრებული იქნას, რომ ზოგ შემთხვევაში ძალიან რთულია ფსიქოლოგიური წინააღმდეგობის დაძლევა, რაც აბრკოლებს მართებულობის პრინციპის რეალიზაციას.

როცა განვიხილავთ ექიმსა და პაციენტს შორის მართებული ურთიერთობების ფსიქოლოგიურ ასპექტებს, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ჩვენი მოქალაქეები და ექიმები სრულებით არ არიან დადებითად განწყობილნი „მსხნელი“ ტყუილის მიმართ, როგორც ზოგჯერ ფიქრობენ. გამოკითხულ ექიმთა 70% ამტკიცებს, რომ თავიანთ პაციენტებს სიმართლეს ეუბნება, ხოლო 11% სიმართლეს სისტემატურად მალავს. ამასთანავე, მხოლოდ 27% თვლის, რომ პაციენტებმა უნდა იცოდნენ სიმართლე სიცოცხლისათვის სახიფათო დიაგნოზის შესახებ, პრაქტიკულად კი მათგან მხოლოდ 17% ატყობინებდა პაციენტებს ასეთ დიაგნოზს იშვიათ შემთხვევებში. გამოკითხულ მოქალაქეთა შორის 60%-მა გამოხატა სურვილი, რათა ექიმებმა შეატყობინონ მათ არასასურველი დიაგნოზი. ცივილიზებული ქვეყნების მოქალაქეები მძაფრად გამოხატავდნენ მოცილების სოციალურ რეაქციებს მათ მიმართ, ვისაც დაუდგინდა დიაგნოზი „შიზოფრენია“, „მომაკვდავი“, „ავთვისებიანი სიმსი-

ვნე“. მსგავსი დიაგნოზი ადამიანს საზოგადოებისგან გარიყულად აქცევდა. დაღდასმული ადამიანის და მისი ოჯახის წევრების გარშემო იქმნებოდა სოციალური ვაკუუმი – ნაცნობები აღარ ურეკავდნენ, აღარ ეპატიებოდნენ. მაშინაც კი, როცა თავისი ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობის მიხედვით ფსიქიატრიულ და ონკოლოგიურ პაციენტს ჯერ კიდევ შეეძლო ნაყოფიერად მუშაობა, მათთვის შეუძლებელი ხდებოდა სამსახურში მოწყობა ან სწავლის გაგძელება. ცხოვრების დასახული მიზნები, სურვილები, ოცნებები, ინტერესები, მოლოდინი, მისწრაფებები – ყოველივე წყდებოდა საბედისწერო დიაგნოზის დადგენასთან ერთად. პაციენტისთვის სიმართლის თქმა ნიშნავდა მის მოკვლას არა ფიზიკურად, არამედ სოციალურად – სიმართლის თქმა ნიშნავდა მის მოწყვეტას სოციალური ცხოვრებისგან. ყველა ექიმს არ შეუძლია თავის თავზე აიღოს ასეთი ტვირთი. არც ყველა პაციენტს შეუძლია გაუძლოს ასეთ სიმართლეს, გაიგოს და მიიღოს ის, რითაც აქამდე ცხოვრობდა, აზრი დაეკარგა, რომ მისი „ნორმალური“ ცხოვრება დამთავრდა და ერთადერთი, რაც დარჩენია – არის ფსიქიატრიული საავადმყოფოს პალატა ან გარდაუვალი სწრაფი სიკვდილი. კიდევ უფრო ძნელია მიიღოს სიმართლე გარდაუვალ მოახლოვებულ სიკვდილზე არარელიგიური აზროვნების ადამიანმა, ანუ არამორწმუნეთა უმეტესობისათვის ტანჯვას და სიკვდილს აზრი არა აქვს. ამიტომ, ინსტიტუტურად მომაკვდავიც და მისი გარემომცველი ხალხი, მათ შორის მედიცინის მუშაკებიც ზურგს აქცევენ სიმართლეს. ფილიპ არიესი აღწერს ტიპურ სიტუაციას, რომელშიც „თითოეული თანამონაწილე ხდება ტყუილის, რომელიც გააძევებს სიკვდილს იატაკქვეშეთში“. მომაკვდავი და მისი გარემოცვა წარმოდგენის მონაწილეებივით იქცევიან და თამაშობენ „არაფერი არ მომხდარა“, „ცხოვრება ძველებურად გრძელდება“ ან „ჯერ ყველაფერი შეიძლება“.

შესაძლებელია თუ არა გადაიღახოს ასეთი ძლიერი ძალის კოლექტიური და ინდივიდუალური გაუცნობიერებლობა? იქნებ საჭიროა მორჩილად მიხედობა „მსხნელ“ ტყუილზე?

უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ექიმის და ახლობლების მიერ ნათქვამი ტყუილი პაციენტს არ იცავს არასასურველი ონკოლოგიური ან ფსიქიატრიული დიაგნოზისაგან და სასიკვდილო ან პიროვნული ცვლილებების პროგნოზის რეალობისაგან. ადრე თუ გვიან, თითქმის ყველა ონკოლოგიური ან ფსიქიატრიული პაციენტი, პრაქტიკულად ყველა მომაკვდავი გარკვეულწილად ზუსტად გებულობს საკუთარ დიაგნოზს და არასასურველ პროგნოზს. როგორც კვლევის შედეგებით ირკვევა, სკოლამდელი ასაკის ბავშვები და მით უმეტეს სკოლის ასაკის ბავშვები ლეიკოზის ერთი წლის მკურნალობის შემდეგ ასე თუ ისე ზუსტად ინფორმირებული ხდებიან საკუთარი დიაგნოზის და სიცოცხლისათვის საშიში პროგნოზის შესახებ.

ამიტომ, „მხსნელი“ ტყუილი ნიშნავს გარშემომყოფთა მიერ უარის თქმას პაციენტთან ურთიერთობაზე მისთვის მტკივნეულ თემაზე. ავადმყოფი მარტო რჩება თავის განსაცდელთან. ლაპარაკია არა შეცოდებაზე და თანაგრძობობაზე, არამედ მასთან ურთიერთობის სურვილის უქონლობაზე და უუნარობაზე, იმისთვის, რომ სიკვდილზე ფიქრი თავიდან აიცილონ, როგორც ახლობლებმა, ასევე ექიმებმა და თვით პაციენტმაც.

მორალურად უფრო გამართლებულია თანამედროვე ჰოსპისების მომხრეთა მოძრაობა, მოხალისეთა ასოციაციის აქტივისტების პოზიცია, რომლებიც აერთიანებენ ონკოლოგიურ და ფსიქიატრიულ პაციენტებს, ასევე მათ მშობლებს, რომლებიც თვითონვე სწავლობენ და საზოგადოებასაც ასწავლიან რთულ და მართებულ დამოკიდებულებას იმ ხალხთან, რომლებიც აღმოჩნდნენ ასეთ კრიტიკულ მდგომარეობაში. მართებული ლაპარაკის უნარი მომაკვდავთან, ფსიქიატრიულ და ონკოლოგიურ პაციენტთან ნიშნავს მასთან ერთად უმძიმესი სულიერი ტანჯვის გაზიარების სურვილს და დახმარებისთვის მზადყოფნას. ამით პაციენტი იღებს მისთვის საჭირო დახმარებას, მათ შორის პროფესიონალურ დახმარებას – ექიმის, ექთნის, სოციალური მუშაკის, ფსიქოლოგის, მოძღვრის.

სიმართლის თქმის მიზანშეწონილობა

სიმართლის თქმა იქცევა ინსტრუმენტად, საშუალებად სხვა განსხვავებული მიზნის მისაღწევად. ეს მიზნები შეიძლება იყოს, როგორც ფსიქო-სოციალური, ასევე ფიზიკური (კლინიკურ-ფიზიოლოგიური). ექიმი არ ეუბნება სიმართლეს ონკოლოგიურ პაციენტს, თუკი მას ჰიპერტონული კრიზისი საშიშროება ემუქრება. ამ ვითარებაში ტყუილი იქცევა საშუალებად ფიზიკური მიზნის მისაღწევად – ნორმალური წნევის შესანარჩუნებლად. თავის მხრივ პაციენტს შეუძლია მოითხოვოს მისთვის სიმართლის თქმა საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, რათა შეადგინოს ანდერძი, ან გადასცეს თავისი საქმე საიმედო პირს, ან უზრუნველყოს შვილების და უახლოესი ნათესავების კეთილდღეობა. ამ შემთხვევაში მიზანი ფსიქო-სოციალურია, რომლის მიმართაც მართებულობა ასევე მხოლოდ საშუალებაა.

ორივე ვითარებაში მართებულობის მიზანშეწონილობის საკითხი მორალური განსჯის საზღვრებს სცილდება და ინსტრუმენტულია (ინსტრუმენტად იქცევა). ამ ვითარებაში უფრო შესაფერისია მეცნიერული და არა მორალური შეფასება. ეთიკის სპეციალისტს არ შეუძლია უკუაგდოს შემდეგი სახის განსჯა: „კიბოს მართებული დიაგნოზის თქმით შეიძლება პროვოცირება მოხდეს სუიციდის ან ჰიპერტონული კრიზისი“. მართალია ეს თუ არა, ამას გადაწყვეტს კონკრეტული მეცნიერული კვლევა ამ მიმართულებით. თუმცა, ერთი შენიშვნა გასათვალისწინებელია. მართებულობა, ისევე, როგორც სხვა საშუალება გულისხმობს მისი გამოყენების ცოდნას. სკალპელი არც კურნავს და არც ასახიჩრებს. გამოუცდელ ხელში იგი საშიშია პაციენტის სიცოცხლისათვის, ხოლო გამოცდილი ქირურგის ხელში – იგი ხშირად გადარჩენის საშუალებაა. ასეთივე ძალისაა სიტყვაც, რომელიც შეიძლება იყოს, როგორც მხსნელი, ასევე ურთულესი ფსიქო-სომატური დარღვევების გამომწვევიც. ასე რომ, ექიმს სიმართლის თქმის აკრძალვა ან ნებართვა არ სჭირდება. მომავა-

ღმა ექიმებმა უნდა ისწავლონ სიტყვის გამოყენება პაციენტისათვის მაქსიმალური სარგებლობისათვის.

მართებულობა და პლაცებოს გამოყენება

განსაკუთრებული სიძნელებები წარმოიქმნება მართებულობის წესის დაცვისას პლაცებოს გამოყენებისას სამედიცინო პრაქტიკაში და სამედიცინო გამოკვლევებში. პლაცებო წარმოადგენს ფარმაკოლოგიურად ინდიფერენტულ ნივთიერებას, რომელიც გარეგნული ფორმით და გემოთი მსგავსია გარკვეული სამკურნალო საშუალებისა. მიუხედავად ფარმაკოლოგიური ნეიტრალურობისა, პლაცებოს გააჩნია ზოგ შემთხვევებში თერაპიული ეფექტი – პაციენტი თვლის, რომ ნამდვილ წამალს იღებს. ასეთ შემთხვევაში „მოტყუება“ თავისებური თერაპიული საშუალება ხდება. როგორც ცნობილია, ექიმბაშები ხშირად მიმართავენ კლიენტის წინასწარ განზრახულ მოტყუებას, ზოგჯერ აღწევენ კიდევ შედეგს. ორივე შემთხვევაში, როგორც პლაცებოს გამოყენებისას, ასევე ექიმბაშის პრაქტიკაშიც რეალურად მოქმედები აგენცია პაციენტის რწმენა, რომ ჩატარებული პროცედურები შედეგს გამოიღებს.

მორალური პრინციპების, ექიმობის წესების (კერძოდ, მართებულობის წესის) სიწმინდის დასაცავად საჭიროა თუ არა უარი ითქვას თერაპიული ეფექტის მქონე ტყუილზე ან პლაცებოს გამოყენების აკრძალვა? როგორც მრავალი მკვლევარი აღნიშნავს, პრაქტიკულად ყოველთვის მიიღება პლაცებოს ეფექტი – მაშინაც კი, როცა ძლიერი მოქმედების ფარმაკოლოგიური საშუალება გამოიყენება. ამავე დროს, წამლის ან პლაცებოს გამოყენებლად, ექიმის მხრიდან ყურადღების ნებისმიერი გამოვლინება კეთილისმყოფელად მოქმედებს პაციენტის თვითმეგრძნებაზე და ფიზიკურ მდგომარეობაზე. ცნობილია, რომ მრავალი სომატური ავადმყოფობის ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ფსიქოლოგიური ფაქტორები, რომელთა მიმართებაშიც პლაცებოს ფსიქოთერაპევტული ეფექტი შეიძლება ჩაითვალოს პათოგნომურად, ესე

იგი სწეულების გამომწვევე მიზეზზე ზემოქმედების მქონედ. ამ ვითარებაში სრულიად მართებულია პლაცებოს წამალი ვუწოდოთ. ექიმი ასევე არ არის დამნაშავე პაციენტისათვის მნიშვნელოვანი ინფორმაციის დაფარვაში, თუკი ის არ შეატყობინებს სამკურნალო საშუალების ქიმიური შემადგენლობის შესახებ, ვინაიდან ეს არ ასრულებს არანაირ როლს ასეთ ვითარებაში.

როგორც გერეტი და თანაავტორები გვთავაზობენ, მორალური თვალსაზრისით უფრო კორექტულია პლაცებოს გამოყენებისას არ მოატყუნონ პაციენტი, არამედ შემოისაზღვრონ მსგავსი სახის ინფორმაციით: „ვცადოთ ამ წამლის გამოყენება, ამან უნდა გიშველოთ“. როგორც წესი, ასეთი ინფორმაცია სრულიად საკმარისია პაციენტის თანხმობის მისაღებად. თუკი კითხვა წამლის შემადგენლობის შესახებ მაინც დაისმება, ასეთ შემთხვევაში ტყუილი არ იქნება იმის მტკიცება, რომ ეს წამალი წარმოებულია უვნებელი დისაქარიდების საფუძველზე, ისევე, როგორც პაციენტისთვის ცნობილი სხვა წამალი, ასეთი სახის ინფორმაცია პაციენტს ტანჯვას შეუქმნებუბუქებს. საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება ასევე აღინიშნოს, რომ მისი მოქმედების მექანიზმი მეცნიერთათვის კარგად არ არის ცნობილი, მაგრამ პრაქტიკულად დამტკიცებულია მისი თერაპიული ეფექტურობა. ყოველივე ზემოთ თქმული სრულიად მართებული ინფორმაციაა. სხვა სიტყვებით, პლაცებოს გამოყენების დროსაც კი საფასებით შესაძლებელია პაციენტის მოტყუების თავიდან აცილება და სამედიცინო პროფესიის მაღალი მორალური სტანდარტის შენარჩუნება.

ასეთია ძირითადი პრობლემები, რომლებიც ეხება მართებულობის წესის გამოყენებას თანამედროვე მედიცინაში. „ბევრ ცოდნაში ბევრი მწუხარებაა, და ის, რაც ზრდის ცოდნას, ზრდის მწუხარებას“ – (ეკლეზიასტე). მართებული დამოკიდებულებისას ეს მწუხარება განაწილებულია ექიმსა და პაციენტის ნათესავებს შორის, ხოლო ტყუილზე აგებული ურთიერთობისას ეს პაციენტს სულიერ ტკივილს ანიჭებს, რომელიც თავის უკურნებელ ავადმყოფობასთან პირისპირ მარტო რჩება.

კონფიდენციურობის წესი

მაშინ, როდესაც მართებულობის წესი მოითხოვს პარტნიორების გულახდილობას სოციალური ურთიერთობებისას, კერძოდ, ექიმსა და პაციენტს შორის, ხოლო კონფიდენციურობის წესი კი იცავს საზოგადოების ამ სოციალურ რგოლს ისეთი გარეშე ჩარევისაგან, რომელიც არ არის ნებადართული ამ ურთიერთობის უშუალო მონაწილეების მიერ. აკრძალულია პაციენტის ნებაართვის გარეშე მესამე პირისათვის პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გადაცემა, რომელსაც ექიმში იგებს ან თვითონ პაციენტისგან, ან მისი გამოკვლევის შედეგად.

საექიმო საიდუმლოს ცნების სახით კონფიდენციურობის წესი დაფიქსირებულია მრავალ ეთიკურ კოდექსში და სამართლებრივ ნორმატიულ აქტებში, დაწყებული ჰიპოკრატეს ფიცით და დამთავრებული „საქართველოს კანონით საექიმო საქმიანობის შესახებ“. „კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კონფიდენციურობას ეთმობა 42-ე მუხლი - „საექიმო საიდუმლო“.* ასევე, „კანონში საექიმო საქმიანობის შესახებ“ 48.1-ე მუხლი - „ინფორმაციის კონფიდენციურობა“, „კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ“ მე-5 თავი: „პირადი ცხოვრების კონფიდენციურობა და ხელშეუხებლობა“, 27-ე მუხლი.* საექიმო საიდუმლოს შენახვასთან დაკავშირებით საქართველოს კონსტიტუციაში (41.2-ე მუხლი) დეკლარირებულია რომ, „ოფიციალურ ჩანაწერებში არსებული ინფორმაცია, რომელიც დაკავშირებულია ადამიანის ჯანმრთელობასთან არავისთვის არ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი, თვით ამ ადამიანის თანხმობის გარეშე, გარდა კანონით დადგენილი შემთხვევებისა, როდესაც ეს აუცილებელია სახელმწიფო უშიშროების ან საზო-

* „მედიცინის მუშაკი და სამედიცინო დაწესებულების ყველა თანამშრომელი ვალდებულია დაიცვას სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო“;

* „სამედიცინო მომსახურების გამწევი ვალდებულია პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციურობა დაიცვას როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ“.

გადღობრივი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, ჯანმრთელობის, სხვათა უფლებების და თავისუფლებების დასაცავად“. ტერმინის – საექიმო – გამოყენება ტრადიციულია, მაგრამ არაზუსტი, ვინაიდან საუბარია ვალდებულებებზე, რომლებიც ეხება არა მარტო ექიმებს, არამედ სხვა სამედიცინო და ფარმაცევტიულ მუშაკებსაც, აგრეთვე პასუხისმგებელ პირებს, რომელთაც სამედიცინო სახის ინფორმაცია გადაეცათ კანონის თანახმად.

კონფიდენციურობის საგანს წარმოადგენს დიაგნოზი, მონაცემები ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, პროგნოზი და ყველა ის მონაცემი, რომლებსაც ექიმი იღებს გამოკვლევების შედეგად ან პაციენტის ჩვილების მოსმენისას. კონფიდენციურად უნდა იქნას შენახული არასამედიცინო ხასიათის ინფორმაცია პაციენტსა და მის ახლობლებზე, რომელიც ექიმისთვის ცნობილი გახდა მისი მოვალეობის შესრულებისას. კანონმდებლობით განსაზღვრულია საკმაოდ ვიწრო წრე იმ ვითარებებისა, რომელთა დროსაც სამედიცინო მუშაკი უფლებამოსილია გადასცეს მისთვის ცნობილი ინფორმაცია მესამე პირს. უპირველეს ყოვლისა, ლაპარაკია იმ ვითარებებზე, როდესაც პაციენტს დამოუკიდებლად არ შეუძლია საკუთარი ნების გამოხატვა ცნობიერების დაკარგვის გამო ან არასრულწლოვანობის მიზეზით. თანაც, არასრულწლოვანობის შემთხვევაში განსაზღვრულია მხოლოდ 16 წლამდე ასაკი („საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“, 40-ე მუხლი, I პუნქტი). კონფიდენციურობის წესი მოქმედებს კანონით განსაზღვრულ კერძო შემთხვევებში, როცა სამედიცინო ინფორმაცია შეიძლება არ გაუმჟღავნდეთ მშობლებს ან კანონიერ წარმომადგენელს 14-იდან 18 წლამდე არასრულწლოვანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, რომელმაც ექიმს მიმართა სქესობრივად გადამდები დაავადების ან ნარკომანიის მკურნალობის, კონტრაცეპციის არაქირურგიული მეთოდების შესახებ კონსულტაციის მიღების ან ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მიზნით („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ მე-40 მუხლი, II პუნქტი, „ა“, „ბ“ ქვეპუნქტები). კანონი

ათავისუფლებს კონფიდენციურობის წესის დაცვისაგან, როცა არსებობს ინფექციური ავადმყოფობის გავრცელების საშიშროება, მასიური ქიმიური მოწამვლები, სხივური, თერმული დაზიანების შემთხვევაში. ისევე, როგორც სხვა ქვეყნების კანონმდებლობით, დაშვებულია კონფიდენციურობის წესის დარღვევა, როცა ექიმს საფუძველი აქვს იფიქროს, რომ პაციენტის ჯანმრთელობის დაზიანება გამოწვეულია კანონსაწინააღმდეგო მოქმედებით („კანონი ჯანდაცვის შესახებ“, 45-ე მუხლი). მაგალითად, ცეცხლსასროლი და დანით მიყენებული ჭრილობები.

კანონმდებლობა წარმოიშვება ქმედებების გარკვეული მორალური კვალიფიკაციის მინიჭების საფუძველზე იმ ადამიანების მიერ, რომლებიც ანსხვავებენ რა არის „კარგი“, დასაშვები და რა არის „ცუდი“, ის რაც კონკრეტულ საზოგადოებაში არ იქნება მიღებული. თუმცა, კანონი მოქალაქეებს ანიჭებს მორალური რეგულაციის მინიმალურ დონეს, რომელიც ყველასთვის აუცილებელია. ამასთანავე, ცალკეული მოქალაქეები და გარკვეული სოციალური ჯგუფები უფლებამოსილნი არიან დაადგინონ თავისთვის მორალური მოთხოვნების უფრო მაღალი დონე.

ეს შენიშვნა სრულად ეხება სამედიცინო პროფესიას. მიუხედავად მნიშვნელოვანი კულტურული და იდეოლოგიური განსხვავებისა, კონფიდენციურობის წესმა მედიცინაში მიიღო განსაკუთრებული მნიშვნელობა. როგორც აღნიშნავს სამედიცინო ეთიკის ექსპერტი რ. ედვარდსი, კონფიდენციურობის მორალური ნორმა წარმოადგენს მრავალი პროფესიული ჯგუფის სოციალური ეფექტიანობის საფუძველს. სამედიცინო კოდექსების გარდა ეს წესი ჩართულია იურისტების, ფსიქოლოგების, მასწავლებლების, არქიტექტორების, ვეტერინარების, ბიბლიოთეკარების ეთიკურ კოდექსებში. რ. ედვარდსი შვიდ ძირითად ფაქტორს გამოყოფს, რომელთა შესრულება უზრუნველყოფს კონფიდენციურობის საკმაოდ დიდ მნიშვნელობას პროფესიული მოღვაწეობის მრავალ სფეროში, განსაკუთრებით კი მედიცინაში:

1. კონფიდენციურობა პროფესიონალსა და კლიენტს შორის (ექიმსა და პაციენტს შორის) მნიშვნელოვანია ისეთი ფუნდამენტური ფასეულობის დასაცავად და დასასაბუთებლად, რომელსაც შეესაბამება ინგლისური ტერმინი - privacy, რაც ყველაზე კარგად გამოიხატება ცნებით „პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა“ და რომელიც გამოიყენება სამოქალაქო სამართალში („საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი“, I თავი, მე-18 მუხლი: „პირადი არაქონებრივი უფლებები“). ყველა ადამიანს გააჩნია სხვებისგან დაფარული შინაგანი სამყაროს რაღაც ნაწილი, საკუთარი ფიქრები, განცდები, მოგონებები, ინფორმაციები სომატური, ფსიქოლოგიური ან სოციალური თავისებურებების შესახებ.

მკურნალობის პროცესში ექიმმა შეიძლება შეიტყოს პაციენტის შინაგანი სამყაროდან რაიმე, რაც მათი ერთობლივი განხილვის და განსჯის საგანი შეიძლება გახდეს. ზოგჯერ ექიმს ზუსტი დიაგნოზის დადგენისათვის და მკურნალობისათვის ესაჭიროება პაციენტის პირადი ცხოვრების ძალიან ინტიმური წვრილმანები. ექიმის მხრიდან კონფიდენციურობის უტყუარი დაცვის სრული გარანტია პაციენტს შესაძლებლობას აძლევს იყოს გულახდილი, თანაც ამავე დროს დარწმუნებული, რომ არაფერი დაემუქრება თანამედროვე ადამიანისათვის ეგ ზომ მნიშვნელოვან მორალურ ფასეულობას, როგორცაა პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა. (სსსკ-ის 157-ე მუხლი: „პირადი და ოჯახური საიდუმლოს ხელყოფა“).

2. კონფიდენციურობის წესი პაციენტის სტატუსის დაცვის პირობაა. ჩვენ არასრულყოფილ სამყაროში ვცხოვრობთ, რომელშიც საკმაოდ ხშირად დიაგნოზი ან სხვა სამედიცინო ინფორმაცია შეიძლება დაღად (სტიგმად) იქცეს, რაც მნიშვნელოვნად ზღუდავს ადამიანის სოციალური თვითდამკვიდრების შესაძლებლობებს. ადამიანს დაღს ასევე ინფორმაცია, მაგალითად, ფსიქიკური ავადმყოფობის, შიდსის, ავთვისებიანი სიმსივნის, გენეტიკური ნაკლის, ჰომოსექსუალური ორიენტაციის, ვენერიული სნეულების, სექსუალური პრობლემების შესახებ. როგორც კი საჯაროდ ცნობილი ხდება მსგავსი სა-

ხის ინფორმაცია, ხშირად გარშემომყოფთა გაუცნობიერებელ რეაქციას იწვევს, რომელიც გამოვლინდება დალდასმული პაციენტის სოციალური იზოლაციით. შედეგად, მის გარშემო თავისებური სოციალური ვაკუუმი იქმნება. ყოველი ადამიანისთვის მნიშვნელოვანია მისი სოციალური ადგილი, სოციალური სტატუსი, რომელიც მან დაიმსახურა სოციალურ გარემოში. კონფიდენციალობის წესის დარღვევა უშუალოდ უქმნის მუქარას ამ ადამიანურ ფასეულობას. აღსანიშნავია, რომ ამ ფასეულობას აქვს დამოუკიდებელი მნიშვნელობა – იგი არ არის დამოკიდებული ფინანსური ზარალის არსებობაზე ან არარსებობაზე. მაგალითად, თუკი კოლეგები აიძულებენ შიდასიან ქალს თავი დაანებოს უბნის ექიმად მუშაობას და ის იძულებული გახდება დამლაგებლად იმუშაოს მეტროში, მისი ხელფასი შეიძლება მეტიც კი იყოს და უფრო სტაბილურიც, ვიდრე ადრინდელ სამუშაოზე. მაგრამ განა ფინანსური სარგებლობა იმ ზარალის კომპენსაციას შესძლებს, რაც მის სოციალურ სტატუსს, ან ღირსების და თამოყვარების შელახვას მიადგა.

3. კონფიდენციალობის წესი ამასთანავე იცავს პაციენტების ეკონომიურ ინტერესებს. ეს ფაქტორი ნაწილობრივ წინამორბედის შედეგია. ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ ადამიანი ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადდა, ამან შეიძლება ხელი შეუშალოს მის დაწინაურებას სამსახურში ან არჩევით თანამდებობის მიღებაში. ინფორმაციის გახმაურება იმის შესახებ, რომ ადვოკატი ან ფსიქიატრი აივ-ინფიცირებულია, ამით შეიძლება მისი კლიენტების რაოდენობა მნიშვნელოვნად შემცირდეს და, შესაბამისად, შემოსავალიც, თუმცა, რეალურად ვირუსის მატარებლობა კლიენტებს არ უქმნის რაიმე სერიოზულ საფრთხეს.

4. ურთიერთობების კონფიდენციალობა პროფესიონალებსა და კლიენტებს შორის საჭიროა მათ შორის გულახდილი დამოკიდებულებისათვის. განსახილველი ადვოკატთან საუბრისას არ უნდა შიშობდეს, რომ მის მიერ ნათქვამი გულახდილი ინფორმაცია შეიძლება გამოყენებული იქნას მის წინააღმდეგ

სასამართლოში. ანალოგიურად, პაციენტიც, რომელიც ექიმის წინაშე შიშვლდება, როგორც ფიზიკურად, ასევე სულიერად, დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ ამას არასასურველი შედეგები არ მოჰყვება. პაციენტი გულახდილი მაშინ იქნება, როცა იგი დარწმუნდება კონფიდენციურობის კეთილსინდისიერად დაცვაში, გულახდილობის გარეშე შეუძლებელია ექიმის ნორმალური პროფესიული საქმიანობის რეალიზაცია. არ უნდა დავივიწყოთ, რომ პროფესიონალისთვის წარმატებას მნიშვნელობა აქვს არა მარტო ჰონორარის მიღებისთვის, არამედ მისი პიროვნული თვითრეალიზაციისთვისაც. შესაბამისად, კონფიდენციურობის დაცვისას, ექიმი იცავს არა მარტო პაციენტის ინტერესებს, არამედ საკუთარ პიროვნულ ინტერესებსაც.

5. ექიმების იმიჯი და მათი პოპულარობა საზოგადოებაში უშუალოდ არის დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენად ეფექტიანად შეუძლიათ ინფორმაციის კონფიდენციურობის შენარჩუნება თავიანთი პაციენტების შესახებ. თანამედროვე ჯანდაცვის კანონმდებლობა უზრუნველყოფს პაციენტის უფლებას აირჩიოს ექიმი და სამედიცინო დაწესებულება თავისი შეხედულებისამებრ („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ მე-7-8 მუხლები). ბუნებრივია, რომ არჩევანის არსებობისას უპირატესობა მიენიჭება იმას, ვინც მაღალ პროფესიონალიზმთან ერთად ფლობს და ავლენს საკმაოდ მაღალ მორალურ სტანდარტებს, რომელთაგან ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კონფიდენციურობის დაცვაა.

6. რ. ეღვარდისის მიერ ჩამოთვლილ ფაქტორებიდან ეს ერთ-ერთი მნიშვნელოვანია. ექიმის მიერ კონფიდენციურობის ეფექტურად დაცვა უზრუნველყოფს პაციენტთან ურთიერთობისას ნდობის ჩამოყალიბებას. ნდობის ცნება უფრო ფართოა, ვიდრე გულახდილობა. მაგალითად, როცა პაციენტი საავადმყოფოშია, იგი შეიძლება აღმოჩნდეს ისეთ ვითარებაში, როცა ავადმყოფობის არასასიკეთო განვითარების შემთხვევაში ან სამედიცინო მანიპულაციის ჩატარების შედეგად, მის მდგომარეობაზე კონტროლი მთლიანად ექიმების ხელში

აღმოჩნდება. პაციენტი ექიმს უნდა ენდობოდეს, სჯეროდეს, რომ ის ყველა მსგავს ვითარებაში იხელმძღვანელებს პირველ რიგში მისი ინტერესებით.

7. ბოლოს, რ. ედვარდსი აღნიშნავს კონფიდენციალობის წესის დაცვის განსაკუთრებულ მნიშვნელობას პაციენტის ავტონომიის უფლების რეალიზაციისათვის. მთელ რიგ ასპექტებში ეს უფლება უპირისპირდება პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის დაცვას, სოციალური სტატუსის გარანტიის აუცილებლობას და პაციენტის ეკონომიურ ინტერესებს. თუმცა, პაციენტის ავტონომიის უფლება უფრო ზოგადი ხასიათისაა. ადამიანი საკუთარ თავს მაშინ აღიქვამს სრულფასოვან, პასუხისმგებლობის მქონე და თვითდეტერმინისტულ პიროვნებად, როცა მას შეუძლია ეფექტიანად აკონტროლოს მოვლენები, რომლებიც მის ცხოვრებაში ხდება. ამაში მდგომარეობს მისი პირადი თავისუფლების წინაპირობა, მინიმალური დამოკიდებულება გარეშე ფაქტორებისაგან. სამედიცინო ინფორმაციის გახმაურება ადამიანს მოწყვლადად და დამოკიდებულად გადააქცევს ამ მიმართებაში.

კონფიდენციალობის წესის დაცვის აუცილებლობის მიუხედავად, რომელიც საჭიროა, რათა სამედიცინო მოღვაწეობის მაღალი სტანდარტები შენარჩუნებული იქნას, არსებობს მთელი რიგი ვითარებებისა, რომელთა დროს ამ ეთიკური წესის გამოყენება არა მარტო პრობლემურია, არამედ შეზღუდულიც იმ გამონაკლის შემთხვევებში, რომლებიც გათვალისწინებულია მოქმედი კანონმდებლობით. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ექიმი ვალდებულია, რომ გააკეთოს ყველაფერი, რაც მასზე არის დამოკიდებული იმისთვის, რომ გააფრთხილოს მისთვის ცნობილი საშიშროების შესახებ (გადამდები ავადმყოფობების, სხეულის ფიზიკური, ქიმიური, თერმული, სხივური დაზიანების შესახებ) სხვა ადამიანები, რომელთა ჯანმრთელობას საფრთხე ემოქმედება. თუმცა, საეჭვოა, რომ ყველა ურთიერთობა მხოლოდ კანონის საშუალებით ამომწურავად დარეგულირდეს.

ერთ-ერთი ყველაზე მწვავე კოლიზია წარმოიშება მაშინ, როდესაც კონკრეტული პაციენტის შესახებ სამედიცინო სახის ინფორმაცია მესამე პირის სასიცოცხლო ინტერესებსაც ეხება – ნათესავებს, ან მათ, ვისთანაც პაციენტი კონტაქტში იმყოფება გამომდინარე თავისი პროფესიული და სხვა ვალდებულებების შესრულებისას. საილუსტრაციო მაგალითია ვითარება, რომელიც წარმოიქმნება ინდივიდის გენეტიკური ტესტირების შედეგად. დიაგნოზის დადგენა, რომელიც ადასტურებს, რომ ინდივიდი მატარებელია გენის, რომელიც განაპირობებს სერიოზული ავადმყოფობის განვითარების ან მიდრეკილების მაღალ რისკს, მნიშვნელოვანია არა მარტო ამ პაციენტისთვის, არამედ იმ პირებისთვისაც, რომლებიც მისი გენეტიკური ნათესავები არიან, ან მასთან ქორწინებაში იმყოფებიან. პაციენტი ყოველთვის არ არის განწყობილი გაუზიაროს მსგავსი ინფორმაცია თავის ნათესავს, თუმცა, ამით, ის დაიცავდა მათ მოსალოდნელი საშიშროებისგან. (მაგალითად, აუტოსომურ დომინანტური ავადმყოფობა ჰანტინგტონის ქორეა, რომელიც 100%-იანი პენეტრანტობით ხასიათდება. იწყება 40 წლის ასაკში, ვლინდება ხასიათის აგრესიული შეცვლით, პროგრესიული დემენციით). ერთის მხრივ, კონფიდენციალობის წესი ავადმყოფებს ექიმს გაითვალისწინოს კონკრეტული პაციენტის ინტერესები და არ გაამჟღავნოს ინფორმაცია მისი თანხმობის გარეშე, ხოლო, მეორეს მხრივ, სპეციფიური სამედიცინო კანონმდებლობა ითვალისწინებს, რომ ექიმისგან „კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება დასაშვებია, თუ ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირის (ვისი ვინაობაც ცნობილია) სიცოცხლეს და/ან ჯანმრთელობას“ („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“, 28,1ბ-ე მუხლი). წარმოიშება ფასეულობათა კონფლიქტი (სამართლებრივი და ეთიკური), რომელიც არ შეიძლება ყოველთვის გადაიჭრას წმინდა სამართლებრივი, ან ეთიკური ნორმების გამოყენების გზით.

განვიხილოთ სხვა საილუსტრაციო მაგალითი. ექიმმა ეპილეფსიის დიაგნოზი დაუდგინა პაციენტს, რომელიც ავტო-

ბუსის მძღოლად მუშაობს. პაციენტი უარს აცხადებს, რომ ექიმმა შეატყობინონ მის სამუშაო აღვიღე ეს ინფორმაცია, ვინაიდან მას დაითხოვენ სამსახურიდან და კვალიფიკაციის შეცვლა მიუწევს. ამავე დროს, თუკი მას ეპილეფსიის შეტევა დაეწვება ავტობუსის მართვის დროს, ეს მეზავრთა შორის მრავალრიცხოვანი მსხვერპლის მიზეზი შეიძლება გახდეს, ხოლო ექიმი, თუ ამის შესახებ არ გააფრთხილებს პაციენტის ხელმძღვანელობას, ამით იგი მეზავრების სიცოცხლეს და ჯანმრთელობას სერიოზულ საფრთხეს შეუქმნის. ამ ვითარებაშიც სახეზეა ფასეულობების კონფლიქტი, მაგრამ კონკრეტულ შემთხვევაში მისი გადაწყვეტა ცალსახად რეგულირდება კანონით. ექიმის საქციელს სისხლის სამართლის დანაშაულის კვალიფიკაცია შეიძლება მიენიჭოს („საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი“, 32-ე თავი, 247-ე მუხლი: „სიცოცხლისათვის ან ჯანმრთელობისათვის საფრთხის შემქმნელი გარემოების შესახებ ინფორმაციის დამალვა ან გაყალბება“).

ანალოგიური სახის ფასეულობების კონფლიქტი შეიძლება მოხდეს ფსიქოთერაპევტის და ფსიქიატრის პრაქტიკაშიც. მაგალითად, კონსულტაციის დროს პაციენტი უმხელს ფსიქიატრს თავის ზრახვებს, რომ მას სურს მოკლას ან დაასახინროს ახლობელი ადამიანი. რა ვაღდეულება ეკისრება ექიმს: გააფრთხილოს „მომავალი მსხვერპლი“, თუ კონფიდენციურობა შეინარჩუნოს? როცა ფსიქიატრი ახლობლებს აცნობებს საშიშროების შესახებ, ამას შეიძლება მოჰყვეს პაციენტის მხრიდან მის მიმართ ნდობის დაკარგვა და მკურნალობის პროცესის გაძნელება. ხოლო თუ არ გააფრთხილებს, ამით იზრდება რისკი, რომ სხვა ადამიანის სიცოცხლეს საფრთხე შეექმნება.

ბიოეთიკის ლიტერატურაში კლასიკურ მაგალითად გადაიქცა შემთხვევა, რომელიც 1969 წელს კალიფორნიაში, ამერიკაში მოხდა და ეწოდება „ტატიანა ტარასოვას კაზუსი“. ფსიქოთერაპევტს შეიტყობინა პაციენტმა, რომ მას აკვიატებული ჰქონდა მოეკლა ახალგაზრდა ქალი ტატიანა ტარასოვა, რომელიც მის გრძნობებს არ პასუხობდა. ექიმმა არა-

ფერი აცნობა არც ქალიშვილს, არც მის ნათესავებს მოსალოდნელი საფრთხის შესახებ, სამაგიეროდ შეეცადა დაერწმუნებინა თავისი კლიენტი ასეთი საქციელი არ ჩაედინა. პაციენტი სიტყვიერად დაეთანხმა ექიმს, მაგრამ რამდენიმე ხნის შემდეგ მან მაინც მოკლა ტატიანა. სასამართლოს სპეციალურ დაღვენილებაში ექიმებს სავალდებულოდ დაეკისრათ მესამე პირების გაფრთხილება იმ საშიშროების შესახებ, რომელიც მათ ემუქრებათ, რაც ექიმმა გაიგო პაციენტთან მუშაობის პროცესში. ამ გადაწყვეტილებამ სამედიცინო პროფესიის ცნობილი წარმომადგენლების სერიოზული პროტესტი გამოიწვია, ვინაიდან ისინი თვლიდნენ, რომ ექიმის მიმართ სრული ნდობის გარეშე სამედიცინო პრაქტიკა შეუძლებელია.

როგორ უნდა გადაიჭრას მსგავსი კონფლიქტები, თუკი ისინი რეალურ პრაქტიკაში ჩნდება? პირველ ყოვლისა, აჩქარება საჭირო არ არის. სიტუაცია დეტალურად უნდა იქნას განხილული თვითონ პაციენტთან. ზოგჯერ სასარგებლოა ვითარების გარჩევა კოლეგებთანაც (რომლებიც ასევე ვალდებულნი ხდებიან კონფიდენციაურობის წესი დაიცვან ინფორმაციის მიღების შემდეგ). შეიძლება აღმოჩნდეს, რომ პაციენტის უარი ინფორმაციის გადაცემაზე განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ ის ან ჯეროვნად ვერ აფასებს საკუთარი მდგომარეობის საშიშროების ზომას, ან აზვიადებს იმ პრობლემებს, რომლებიც, მისი ვარაუდით, წარმოემყვება განმაურების შემთხვევაში.

მაშინ, როცა პაციენტის დარწმუნება არ ხერხდება, ექიმმა გადაწყვეტილება დამოუკიდებლად უნდა მიიღოს და თვითონვე ზიდოს პასუხისმგებლობის მთელი ტვირთი მიღებულ გადაწყვეტილებაზე. ყველა ცხოვრებისეულ ვითარებაზე მზარეცებტი არ არსებობს. ერთი უდავოა, რაც უფრო ზნეობრივად არის ჩამოყალიბებული ექიმი, რაც უფრო მეტი გამოცდილება აქვს განსაჯოს და გადაჭრას მსგავსი ვითარებები, რაც უფრო მეტად არის გაცნობილი კოლეგების გამოცდილებას, მით უფრო საპასუხისმგებლო და ზნეობრივად დასაბუთებული იქნება მისი არჩევანი. კერძოდ, „საქართველოს კანონში ფსი-

ქიატრიული დახმარების შესახებ“ ნათქვამია, რომ ექიმი პასუხს არ აგებს პაციენტის ნებისმიერი ქცევისათვის, რომელიც გაწერილია სტაციონარიდან აღნიშნული კანონის მოთხოვნების გათვალისწინებით.

კონფიდენციალობა და შრომის განაწილება მედიცინაში

მნიშვნელოვანი პრობლემები კონფიდენციალობის წესის რეალიზაციისთვის წარმოიქმნება სამედიცინო პრაქტიკაში შრომის განაწილების პროგრესულად მზარდი პროცესის შედეგად. თანამედროვე საავადმყოფოში პაციენტთან ათობით აღამიანი მუშაობს – სხვადასხვა სპეციალობის ექიმები, მედდები, ადმინისტრატორები. ამიტომ კონფიდენციალობა მორალურ თვისებად იქცევა არა მარტო ინდივიდუალური ექიმისათვის, არამედ გარკვეული გაგებით სამედიცინო კოლექტივისთვისაც.

მ. სიგლერი აღბათ არასამართლიანად მიიჩნევს, რომ კონფიდენციალობის წესი მოძველებულია და გამუდმებით ირღვევა რუტინული სამედიცინო პრაქტიკის მსვლელობისას. როგორც სამართლიანად ამტკიცებს მ. მაღლინა: „როცა დახმარების გაწევა ხდება სამედიცინო დაწესებულებაში, მაშინ საიდუმლოს შენახვის მოვალეობა მთლიანად ეკისრება ამ დაწესებულებას“. კანონში კი მითითებულია: „სამედიცინო მომსახურების გაწევისას დასაშვებია მხოლოდ მასში უშუალოდ მონაწილე პირთა დასწრება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტი თანახმაა ან მოითხოვს სხვა პირთა დასწრებას“. („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ – 30-ე მუხლი).

გასათვალისწინებელია, აგრეთვე სამედიცინო ინფორმაციის შენახვის და დამუშავების პროცესში კომპიუტერული მეთოდების სულ უფრო მზარდი გამოყენება, რაც არა მარტო საგრძნობლად აიოლებს და აუმჯობესებს ამ პროცესს, არამედ არასანქციონირებული შეღწევისგან იცავს სამედიცინო დოკუმენტებს. კონფიდენციალობის წესის განხორციელება დამოკიდებულია საიმედო თანამედროვე სოციალურ-ტექნიკური

სისტემებზე, რომლებიც შედგება სამედიცინო მუშაკებისგან, სამედიცინო კოლექტივისგან და კომპიუტერული საინფორმაციო სისტემებისგან.

კონფიდენციალობა და სამამულო მედიცინის ტრადიციები

კონფიდენციალობის პრობლემის სპეციფიკა ჩვენს ქვეყანაში მდგომარეობს იმაში, რომ სახელმწიფოს ინტერესები პრიორიტეტული იყო პირადთან შედარებით. სახელმწიფო ცდილობდა მაქსიმალური კონტროლი შეენარჩუნებინა მოქალაქეთა ცხოვრების ყველა ასპექტზე, მათ შორის იმ საკითხებზეც, რომლებიც ადამიანების ჯანმრთელობას ეხებოდა. საბჭოთა ჯანდაცვის ორგანიზატორების აზრით, საექიმო საიდუმლო ბურჟუაზიული გადმონაშთი იყო და უნდა გამქრალიყო კომუნისმის მშენებლობის გზაზე.

თუმცა, XX საუკუნის 60-იანი წლებიდან დაწყებული დამოკიდებულება საექიმო საიდუმლოების მიმართ შეიცვალა. ჯანდაცვის სამინისტრო აქვეყნებდა შესაბამის ნორმატიულ დოკუმენტებს. პაციენტის პირად ცხოვრებაზე და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მონაცემების საიდუმლოდ შენახვის ვალდებულება დაფიქსირდა „საბჭოთა კავშირის ექიმის ფიცში“. მიუხედავად ამისა, სამედიცინო პროფესია მთლიანად ექვემდებარებოდა პარტიულ-სახელმწიფოებრივ კონტროლს, ამიტომ კონფიდენციალობის ნორმა მხოლოდ დეკლარაციულ ხასიათს ატარებდა.

ლაპარაკია არა მარტო ავადმყოფობის ისტორიების და სხვა ინფორმაციის წყაროებზე შეუფერხებელ ხელმისაწვდომობაზე ხელისუფლების წარმომადგენლებისთვის. უფრო მეტად პრობლემური იყო კონფიდენციალობის წესის პრაქტიკული რეალიზაციისთვის ექიმების ძვალსა და რბილში გამჯდარი ჩვევა არ აეკრძალათ კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება პაციენტის ოჯახის წევრებისთვის. უფრო მეტიც, ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის დადგენის შემთხვევაში, ან სიცოცხლისთვის არასასურველი პროგნოზისას სწორედ ოჯა-

ხის წევრები იღებდნენ მართებულ ინფორმაციას, რომელიც იმავე დროს დაფარული იყო პაციენტისგან. ბიოეთიკის კანონების მიხედვით ამგვარი პოზიცია დაუშვებელია. ბიჩამპი და ჩილდრესი დასაბუთებენ: „რა უფლებით უმუღაფნებს ინფორმაციას ოჯახის წევრებს ექიმის პაციენტის ნებართვის გარეშე? მართალია, ოჯახი უზრუნველყოფს პაციენტის შესაბამის მოვლას და მხარდაჭერას, მაგრამ ავტონომიურ პაციენტს მორალური უფლება აქვს ვეტო დაადოს ოჯახის ჩარევის ნებისმიერ მცდელობას“. ავტორები იცავენ ინდივიდის უფლების პრიორიტეტულობის პოზიციას, თანაც მესამე პირთა უფლებები ფორმირდება პაციენტის ნებაყოფლობითი თანხმობის შემთხვევაში მათთვის უფლებების ნაწილობრივ მინიჭებით. სამედისინო ინფორმაციის განხილვა ოჯახის წევრებთან ერთად პაციენტის ზურგს უკან ითვლება კონფიდენციალობის წესის დარღვევად. („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ – 27-ე მუხლი). კონფიდენციალობის წესის დაცვისას გასათვალისწინებელია კუთხურობა და ადათები, რომელიც კონკრეტული ეთნო-ნაციონალური ჯგუფისთვის არის დამახასიათებელი. სოციოლოგიური გამოკვლევების შედეგად გაირკვა, რომ კავკასიის რეგიონში პირველხარისხოვან მორალურ სუბიექტად მიჩნეულია არა ცალკეული მოქალაქე, არამედ ოჯახი და გვარი. ექიმმა პაციენტი უნდა სცეს ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენლების მორალური თვითშეგნების სპეციფიკურობას და გამოიყენოს კონფიდენციალობის წესი არა ცალკეული პაციენტის მიმართ, არამედ ოჯახისა და გვარის მიმართ, გააკეთოს ყველაფერი იმისთვის, რომ სამედიცინო ინფორმაცია, რომელიც ეხება ამ ოჯახის ან გვარის წევრებს არ გახდეს ცნობილი უცხოთათვის.

პაციენტის გამოკითხვისას და გასინჯვისას ექიმმა ტაქტით უნდა გაარკვიოს რომელი სოციალურ-კულტურული ჯგუფის წარმომადგენელია, ვის შეიძლება გადაეცეს ინფორმაცია, რომელიც მის ჯანმრთელობას ეხება. თუკი უკომფლიქტო ოჯახში ცოლი და ქმარი ერთმანეთის ნდობით აღჭურვილი პირები არიან, არასტაბილურ ოჯახში კი პირიქით,

ნდობით აღჭურვილი პირი შეიძლება იყოს პაციენტის მშობელი, ან მეგობარი. მორწმუნე ადამიანმა შეიძლება აირჩიოს თავისი მოძღვარი („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ 28.1-ე მუხლი). ყველა ეს ასპექტი უნდა გაითვალისწინოს ექიმმა, როცა იგი პრაქტიკაში კონფიდენციალობის წესს იცავს.

„ექიმო განკურნე თავი შენი“

(ლუკას სახარება 4, 23)

ექიმის ქცევა, ისევე, როგორც მისი შინაგანი მისწრაფებები, ასევე გარეგნული გამოხატვა პაციენტის ინტერესებით და კეთილდღეობით უნდა იყოს მოტივირებული. ჰიპოკრატე მიიჩნევდა, რომ ექიმის გულმოწყალება და თავგანწირვა, პაციენტის ინტერესებზე თავისი თავის დაქვემდებარება, არა მარტო ექიმის პიროვნების ღირსების აღიარებაა, არამედ მისი პროფესიონალიზმისაც: „რომელ სახლშიც არ უნდა შევიდე, პაციენტის სარგებლობისთვის უნდა შევიდე, ვიქნები შორს წინასწარგანზრახულისგან, არამართებულისგან და დამღუპველისგან“ – წერდა ჰიპოკრატე. პრაქტიკული დამოკიდებულება ექიმისა პაციენტის მიმართ, თავიდანვე ორიენტირებულია ზრუნვაზე, დახმარებასა და თანადგომაზე, უდავოდ წარმოადგენს პროფესიული საექიმო ეთიკის ძირითად მახასიათებლებს. ჰიპოკრატე სამართლიანად აღნიშნავდა უშუალო დამოკიდებულებას ექიმის კაცთმოყვარეობასა და პროფესიონალური მოღვაწეობის შედეგიანობას შორის. კაცთმოყვარეობა წარმოადგენს არა მარტო ძირითად კრიტერიუმს, არამედ უშუალოდ მოქმედებს საექიმო მოღვაწეობის წარმატებაზე, გარკვეულწილად განსაზღვრავს საექიმო ხელოვნების საზომს. „იქ სადაც ადამიანთა სიყვარულია – იქვეა საკუთარი ხელოვნების სიყვარული“.

მარადიულ ეთიკურ ფასეულობებს განეკუთვნება გულმოწყალება, ზრუნვა, თანაგრძნობა, სიცოცხლის გადარჩენა. იოანე ოქროპირის სიტყვები ამის დასტურია: „ასეთია გულმოწყალების ძალა: იგი უკვდავია, უხრწნელი და არასოდეს და-

იღუპება“. სწორედ ეს ფასეულობებია ცენტრალური და განმსაზღვრელი პროფესიული საექიმო და სამედიცინო ეთიკისთვის. მიუხედავად იმისა, თუ რომელ კონტინენტზე მუშაობს ექიმი, ან რომელ ქვეყანაში ცხოვრობს პაციენტი, მიუხედავად საზღვრების არსებობისა, კულტურულ-ნაციონალური განსხვავებებისა, სიცოცხლისა და შემწყნარებლობის ფასეულობები მისაღებია ყველა ექიმისა და პაციენტისათვის. („კანონი ჯანდაცვის შესახებ“, 30-ე მუხლი: „სამედიცინო პერსონალმა უნდა იხელმძღვანელოს ეთიკური ფასეულობებით – ადამიანის პატივისა და ღირსების აღიარების, სამართლიანობის, თანაგრძნობის პრინციპებით“.

ამგვარად, პროფესიული საექიმო მორალის პრინციპულ თავისებურებას მიეკუთვნება მისი უნივერსალური, ინტერნაციონალური, ყოვლისმომცველი ხასიათი. საექიმო მორალი შეიძლება განიმარტოს, როგორც ვალდებულებების სისტემა, რომელსაც იღებს და ასრულებს ექიმი, როცა დახმარებას უწევს ავადმყოფ ადამიანს.

ამკარაა ტიპოლოგიური სიახლოვის არსებობა სამედიცინო პროფესიონალურ და რელიგიურ-დეონტოლოგიურ ეთიკას შორის. შემთხვევითი არ არის, რომ ჯანდაცვის სოციალური ინსტიტუტის პირველი მოდელი, როგორც გულმოწყალების და კაცთმოყვარეობის ქმედითი გამოვლინებისა, რეალიზებული იყო ქრისტიანულ მონასტრებში. ღრმად სიმბოლურია წითელი ჯვრის სიმბოლიკა სამედიცინო დახმარების საერთაშორისო ორგანიზაციის, რომელიც მსოფლიოს ყველა კუთხეში წვდება შეჭირვებულებს. მართლმადიდებლობა ისტორიულად და ლოგიკურად წარმოადგენს პირველ ქრისტიანულ სარწმუნოებას, რომელმაც ჩამოაყალიბა ზნეობრიობის ტრადიცია. სწორედ ამიტომ მართლმადიდებლურ ზნეობრივ ფილოსოფიაში მორალური ფასეულობები და მათ შორის უპირველესი – ღმერთის სიყვარული და მოყვასის სიყვარული – არა მარტო ქცევის ნორმაა. ეს ყოფიერების პრინციპია, „სამყაროს მოწყობის“ კანონია, რომლის დაცვის გარეშეც ირღვევა „დროთა კავშირი“ და ადამიანური ცხოვრების აზრი. ადამიანური ცხო-

ვრების აზრი ქრისტიანული ეთიკაში უშუალოდ მოყვასის მსახურებას უკავშირდება. ამასთან დაკავშირებით, ექიმობა უნიკალურია პროფესიებს შორის, რომლის აზრი და დანიშნულება მაქსიმალურად ემთხვევა „სიკეთის ქმნას“, გულმოწყალების, კაცთმოყვარეობის და სიცოცხლის ხსნის ქრისტიანულ ფასეულობებს. მრავალი ექიმის მიერ მიღებულია ეთიკური პოზიცია: „ნამდვილ ექიმს უნდა შეეძლოს ავადმყოფის სიყვარული“ (Леви В. «Кассирский о врачевании». – «Вопросы философии» #1, 1971, с. 153).

ავადმყოფის სიყვარულის უნარი ექიმს, ჯერ ერთი ღმერთისგან აქვს მინიჭებული, ანუ „ადამიანის ბუნებაში არის ფესვგადგმული“ (პარაცელსი), მეორეც, ადამიანს შეიძლება ვალდებულებით ეკისრებოდეს, ანუ ჩამოყალიბებული ჰქონდეს აღზრდის შედეგად, სწავლით, განათლებით, პროფესიული გამოცდილებით. მედიცინა ფლობს კონკრეტულ ცოდნას, რომელიც შეიძლება გამოდგეს სხვადასხვა მიზნების მისაღწევად. ამ ვითარების საილუსტრაციოდ კანტი თავის დროზე ასეთ მაგალითს ასახელებდა: „ექიმის დანიშნული სამკურნალო დოზა, რათა საფუძვლიანად განკურნოს პაციენტი თითქმის იგივეა, რაც სასიკვდილო დოზა“. (Кант И. Основы метафизики нравственности. Соч. в 6-ти томах. М. 1965, т. 4(1), с. 253).

მართლაც, ისტორიამ დაადასტურა კანტისეული მაგალითი, როცა 1981 წელს ოკლაჰომას შტატის სასამართლომ გადაწყვეტილება მიიღო სასიკვდილო განაჩენის აღსრულების ახალი მეთოდის შემოღების შესახებ წამლის სასიკვდილო დოზის ინტრავენური შეყვანის გზით. მსოფლიოს სამედიცინო ასაბლევა იძულებული გახდა მიეღო და გაეგრძელებინა პრესრელიზი, რომელშიც გარკვევით არის განსაზღვრული ექიმის ფუნქციები საზოგადოებაში: „არც ერთი ექიმი არ უნდა მონაწილეობდეს სიკვდილით დასჯაში. სამედიცინო პრაქტიკა არ გულისხმობს ჯალათის ფუნქციის შესრულებას“ და თანმიმდევრულად უნდა მისდიოს ექიმობის მიზნებს - „ექიმების მოწოდებაა სიცოცხლის

შენარჩუნება“ („ექიმთა ასოციაციები, სამედიცინო ეთიკა და ზოგადი სამედიცინო პრობლემები. ოფიციალური დოკუმენტების კრებული“, 1995 წ.).

მნიშვნელოვან როლს „პაციენტის სიყვარულის უნარში“ ასრულებს „კანტისეული კომპონენტი“, რაც მდგომარეობს ექიმის უნარში, გონებასა და ნებაზე დაყრდნობით (კერძოდ „პრაქტიკულ გონებაზე“), იმოქმედოს ზნეობრივი პრინციპებისა და მიზნების მიხედვით, ანუ პროფესიული ვალის შესაბამისად.

საექიმო მორალური შეგნების მიზნები და პრინციპები ისტორიულად არის ჩამოყალიბებული საექიმო პრაქტიკით, ადამიანთა საზოგადოების ფუნდამენტური მოთხოვნილებების გამოვლენის შედეგად და უპირისპირდება სპეციალური პროფესიული მორალის ფორმით მრავალგვარ კერძო, სიტუაციურ ინტერესებს, პრაქტიკულ მიზნებს, მეყსეულ ამოცანებს, გეგმებსა და მისწრაფებებს. „კანტისეული კომპონენტი“, რომელიც პროფესიულ სამედიცინო მორალს ახასიათებს, იმაში მდგომარეობს, რომ „ვალდებულების მოდუსს“ (მაგალითად, სამართლიანობის პრინციპის დაცვა) უპირატესობა ენიჭება სიტუაციურ-პრაქტიკულ ინტერესებთან შედარებით. ჩნდება კითხვა, თუ როგორ მუშაობს რეალურ სამედიცინო პრაქტიკაში ასეთი მიდგომა. კერძოდ, შესაძლებელია თუ არა მათზე დაყრდნობით, ტრანსსპლანტოლოგების წინაშე წამოჭრილი საკითხების გადაწყვეტა, მაგალითად, სამართლიანად ჩაითვლება თუ არა ღვიძლის გადანერგვა ჯერ ალკოჰოლიკისათვის, როცა მომლოდინეთა სიაში შემდეგი ბავშვია? რა თქმა უნდა ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის უფლება – ეს ის სამოქალაქო უფლებებია, რომელიც გააჩნია ნებისმიერ ადამიანს, ასაკის, მატერიალური მდგომარეობისა და სხვა ფაქტორების მიუხედავად. მაგრამ, ისევ და ისევ დგება საკითხი ამ უფლების სოციალურ-პრაქტიკული მიზანშეწონილობის შესახებ კონკრეტული სამედიცინო პრაქტიკის კონტექსტში. უნდა ვადიაროთ თუ არა მორალურ ნორმად

სამართლიანობის ასეთი პერამეტრები, რაც შეზღუდავდა ადამიანის უფლებას გადასანერგი (დეფიციტური) ორგანოების განაწილებისას? „რეზოლუციაში ექიმების მოქცევის შესახებ ადამიანთა ორგანოების ტრანსპლანტაციის დროს“ კონსტატირებულია, რომ „არსებობს სერიოზული შეშფოთება უფრო და უფრო მეტი შეტყობინებების შესახებ ექიმების მონაწილეობის შესახებ ორგანოთა და ქსოვილების ტრანსპლანტაციის ოპერაციებში, რომლებიც ამოღებული იყო სხეულებიდან, რომლებიც ეკუთვნოდა ტუსადებს, სიკვდილმისჯილებს, ვისაც წინასწარ თანხმობა არ გაუცხადებია და არ ჰქონდათ საშუალება უარი ეთქვათ; პირებს, რომლებიც ფიზიკური ან ფსიქიკური ნაკლი გააჩნდათ და მათი სიკვდილი მიიჩნეეს ტანჯვისგან გათავისუფლებად და ორგანოს აღების საფუძვლად; ღარიბ ადამიანებს, რომლების კომერციული მოსაზრებებით დათანხმდნენ საკუთარი ორგანოების გაღებას; ამ მიზნით გატაცებულ ბავშვებს“ („ექიმთა ასოციაციები, სამედიცინო ეთიკა და ზოგადი სამედიცინო პრობლემები. ოფიციალური დოკუმენტების კრებული“, 1995 წ.)

შეიძლება თუ არა მორალურად გამართლებულად ჩაითვალოს ამ კატეგორიის ხალხის გამოყენება პროტენციური დონორების სახით ტრანსპლანტაციისათვის ან სხვადასხვა სამკურნალო საშუალებების და მეთოდების გამოცდისას? ამგვარი გამოყენების და სხვადასხვა გამოცდების სიტუაციურ-პრაქტიკული ინტერესი განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია პრაქტიკოსი და მკვლევარი ექიმისთვის და დიდია შანსები, რათა „კაცობრიობამ ნანატრი“ შედეგები მიიღოს ასეთი „ექსპერიმენტული მასალის“ არსებობისას. „კანონის ჯანდაცვის შესახებ“ მე-12 მუხლის თანახმად აკრძალულია სისხლისა და სისხლის კომპონენტების აღება წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირისაგან, ხოლო 44-ე მუხლში კი გაცხადებულია: წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელის აღსრულების

დაწესებულებაში მყოფი პირისთვის ექიმი ვალდებულია უარი თქვას ისეთ ჩარევაზე, რომელიც ეწინააღმდეგება სამედიცინო და ეთიკურ ნორმებს. წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელის აღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირისათვის სამედიცინო დახმარება, მათ შორის შიმშილობის დროს, დასაშვებია მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში, გარდა გადაუდებელი და სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობისა, როცა თანხმობის მიღება პაციენტის (პატიმრის) მძიმე მდგომარეობის გამო.

ცნობილია, რომ ბევრ ქვეყანაში ექიმები უშუალოდ მონაწილეობდნენ პატიმართა „დამუშავების“ პროცესში, არა მარტო ესწრებოდნენ დაკითხვებს, არამედ მათზე წამების მეთოდებსაც ამუშავებდნენ ყველაზე „ეფექტური“ ზემოქმედების მიზნით. მაგალითად, ურუგვაის სამხედრო სკოლებში ექიმები ასწავლიდნენ პატიმართა წამების შემდეგ რეანიმაციის მეთოდებს. ცნობილია, ასევე ექიმთა წამებაში თანამონაწილეობის ისეთი შემთხვევებიც, როგორც პატიმართა გამოკვლევა იმ მიზნით, რომ გაარკვიონ წამების გაგრძელება შესაძლებელია თუ არა. თანამედროვე სამედიცინო საშუალებად ადამიანის წინააღმდეგობის დასათრგუნად და მისგან ინფორმაციის მიღების საშუალებად იქცა ფსიქოტროპული საშუალებების ე.წ. „სიმართლის შრატის“ გამოყენება. სამედიცინო დახმარების და „კვლევის საშუალებების“ გამოყენება იქცევა ექიმობის მორალური საფუძვლების გამოვლენის და დამკვიდრების სოციალურ ფაქტორად. ექიმი, რომელიც ჩართულია ასეთ ურთიერთობებში, გამოდის, როგორც დამოუკიდებელი მესამე მხარე. საერთაშორისო და ნაციონალური საზოგადოებრივი ორგანიზაციები მას მიაკუთვნებენ (მაგალითად, მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია) განსაკუთრებულ უფლებებსა და უფლებამოსილებებს. ეს არის წამების ფაქტების რეგისტრაციის უფლება და ამ ფაქტების მიტანა ადმინისტრაციულად პასუხისმგებელ პირებამდე.

საზოგადოებრიობამდე და საერთაშორისო თანამეგობრობამდე. 1975 წელს მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია ტოკიოში იღებს „დეკლარაციას“, რომელიც შეიცავს „რეკომენდაციებს ექიმების პოზიციების შესახებ წამების, დასჯის და სხვაგვარი წვალების, ასევე დაკავებასთან ან დაპატიმრებასთან დაკავშირებული არაჰუმანური ან დამამცირებელი მკურნალობის მიმართ“, 1997 წელს ჰამბურგში დეკლარაციას „ექიმებისთვის მხარდაჭერის შესახებ, როცა ისინი უარს ამბობენ წამებაში ან სასტიკი არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობის სხვა ფორმებში მონაწილეობაზე ან მათ დაფარვაზე“, 1992 წელს მალტის დეკლარაცია მოშიმშილეთა შესახებ.

საქართველოს კონსტიტუციის მე-17 მუხლში ასახულია ეს ძირითადი მოთხოვნები: დაუშვებელია ადამიანის წამება, მის მიმართ არაჰუმანური, სასტიკი ან პატივისა და ღირსების შემლახველი მოპყრობის თუ დასჯის მეთოდების გამოყენება.

კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ, ისევე როგორც კანონში საექიმო საქმიანობის შესახებ, გათვალისწინებულია სპეციალური კონტინგენტის, მათ შორის პატიმრების უფლებები („კანონი ჯანდაცვის შესახებ“, 6,2-ე მუხლი: დაუშვებელია სასჯელის აღსრულების დაწესებულებებში მყოფი პაციენტის დისკრიმინაცია სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას). პროფესიის უმაღლესი იდეალების მსახურება ექიმისთვის გაუხუნარ მორალური კატეგორიის ფასეულობას წარმოადგენს. ეთიკური მრწამსი აქაც აღმატებულია სამართლებრივ რეგულაციაზე. ყველაზე ნათლად სამედიცინო საქმიანობის ჰუმანურობა საზოგადოებისგან მოკვეთილი და შერისხული ადამიანების მიმართ სამართლიან დამოკიდებულებაში აისახება. ამ დოკუმენტებში სამართლიანობის იდეა ლეგალური ხდება და ამით დასტურდება, რომ „თუკი სამართლიანობა ქველმოქმედებასა და გულმოწყალებას მოითხოვს, მაშინ

ნათელია, რომ ასეთი სამართლიანობა არა მარტო ღირსებაა, არამედ საზოგადოებაში უკვე დამკვიდრებული ალტრუიზმის საყოველთაო პრინციპია, რომელსაც გააჩნია გამოყენების სხვადასვა ხარისხი და ფორმა, თანაც ყოველთვის მოიცავს თავის თავში სამართლიანობის იდეას“. (Соловьев Вл. Оправдание добра. Нравственная философия. Соч. в 2-х томах. М. 1988, Т. I, с. 189.).

ფსიქიატრიის რეფორმის ბიოეთიკური და სამართლებრივი რეგულაციის თავისებურებები

ფსიქიატრიული პროფესიული ეთიკა და სამედიცინო ეთიკა საერთო საწყისებზეა დაფუძნებული. „ფსიქიატრიული ეთიკის“ გამოყოფა დამოუკიდებელ ნაწილად არ ნიშნავს მის დაცალკევებას ზოგადი სამედიცინო ეთიკისგან, არამედ მოწმობს პრობლემური სიტუაციების სპეციფიკას, რომლებიც მოითხოვენ ცალკე ეთიკურ ანალიზს.

ფსიქიატრია ყველაზე სოციალური დისციპლინაა თავისი სტატუსით, გამოკვლევათა მეთოდოლოგიებითა და პრაქტიკული მოქმედებებით. სოციალური ფაქტორებია არა მარტო მოსახლეობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობა, არამედ ის, რომ საზოგადოებას ექმნება წარმოდგენები იმის შესახებ, თუ სად გადის ზღვარი ფსიქიკურ პათოლოგიასა და ნორმას შორის, მის არსზე, ფსიქიკური ჩარევის მეთოდებსა და მიზნებზე. სხვადასხვა იდეოლოგიების მწვავე დაპირისპირების მიზეზი ყოველთვის იყო ფსიქიატრიის სოციალური ორიენტაცია, ასევე ამ დარგის სამართლებრივი და ეთიკური კონცეფციები, ამიტომ ფსიქიატრებს ეკისრებათ უდიდესი ზნეობრივი პასუხისმგებლობა საზოგადოების წინაშე.

ფსიქიატრიული რეფორმის ორგანიზებისას მისი დუალისტური ხასიათი ვლინდება; ერთის მხრივ, ანტაგონიზმი ვლინდება ექიმისა და იურისტის როლების დაპირისპირებაში, მეორეს მხრივ, ექიმსა და პაციენტს შორის პატერნალისტური და პარტნიორული მოდელების არსებობაში, მესამეს მხრივ, ინფორმირებული თანხმობისა და

მკურნალობაზე უარის გაცხადების უფლების ცნებებში, მეოთხეს მხრივ, ნებაყოფლობითი და იძულებითი მკურნალობის თანაარსებობაში, მეხუთეს მხრივ, ინსტიტუციონალიზაციისა და დეინსტიტუციონალიზაციის პრობლემაში, მეექვსე მხრივ, პაციენტისა და საზოგადოების ინტერესების დაცვაში და, ბოლოს, საექიმო საიდუმლოს დაცვისა და საფრთხის გამჟღავნების აუცილებლობაში. ეს საკითხები ფსიქიატრიისთვის ყოველთვის წინააღმდეგობრივი იყო და ბოლომდე არც ამჟამად არის ამოწურული ის პრობლემური ვითარებები, რომლებიც მათი დაპირისპირებისას წარმოიშვება.

როგორია ფსიქიატრიის თავისებურებები, როგორც ეთიკური რეგულაციის და კონტროლის ობიექტის?

ფსიქიატრიის პირველი თავისებურება მდგომარეობს იმაში, რომ ფსიქიატრიას საქმე აქვს სოციალურად მოუფუნეციე პიროვნებასთან, პაციენტის ავადმყოფობა მოიცავს მის დეფორმირებულ სოციალურ ურთიერთობებს, ამასთანავე, პათოგენური ფაქტორების რიცხვს მიეკუთვნება რთული სოციალური ვითარებებიც. ფსიქიატრია თანდათან აფართოვებდა კომპეტენციის სფეროს - დაწყებული სულით ავადმყოფობის ყველაზე გამოხატული ფორმებით და ე.წ. მოსაზღვრე მდგომარეობებით და დამთავრებული ჯანმრთელ ადამიანებთან მიმართებაში ისეთი ასპექტებით, რომლებიც ასახავენ ფსიქიკური დაავადების განვითარების რისკს. გაჩნდა საშიშროება ფსიქიკური პათოლოგიების განზოგადების, განვრცობის, ფსიქიკური დაავადებების პიპერდიაგნოსტიკის, კლინიკური ინტერპრეტაციების და ტერმინების გადატანის მთელ რიგ ინდივიდუალურ თავისებურებებისა და ქცევების მიმართ. ვითარებას ართულებს ისიც, რომ არასრულყოფილად არის გამიჯნული კრიტერიუმები ნორმასა და პათოლოგიას შორის, სოციალურად განპირობებულ პიროვნულ დეფორმაციას, ჯანმრთელი ადამიანების ქცევის გადახრებსა და ფსიქიკური ავადმყოფობების გარეგნულად მსგავს გამოვლინებებს შორის. ამასთანავე, ფსიქიატრიის

შემოჭრა ყოველდღიურ ცხოვრებაში საზოგადოებას უჩენს გარკვეულ მოლოდინს, მოითხოვს კონკრეტულ დასკვნებსა და პრაქტიკულ ღონისძიებებს.

ფსიქიატრების მიმართ განსაკუთრებით მწვავედ და მომთხოვნად დგება საკითხები მოქალაქეების მიერ სოციალური ნორმების დარღვევის დროს: „ჯანმრთელია, თუ ავადმყოფია?“, „შეუძლია თუ არა საკუთარ საქციელზე აგოს პასუხი?“, „აღმზრდელობითი ღონისძიებები უნდა ჩაუტარდეს, დაისაჯოს, თუ სამკურნალოა?“ და ა. შ. კლინიკური კონცეფციებისა და სადიაგნოზო კრიტერიუმების ცვალებადობის პირობებში იზრდება საშიშროება არა მარტო მცდარი მოსაზრებების გაჩენის, არამედ ჭეშმარიტების განგებ დამახინჯების, ფსიქიატრების მიერ ყალბი დიაგნოზების დადგენის სოციალური გარემოებების ზეწოლის ან სუბიექტური წინასწარგანწყობის შედეგად. ვინაიდან ასეთი დამახინჯების ფასი საკმაოდ დიდია, პროფესიული ეთიკა ფსიქიატრისგან მოითხოვს უკიდურეს პატიოსნებას, ობიექტურობას და პასუხისმგებლობას გამოსაკვლევი პირის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ დასკვნის გამოტანისას. სამართლიანი დამოკიდებულება პაციენტის მიმართ წარმოადგენს ექიმის ერთ-ერთ ძირითად მორალურ მოვალეობას. ექიმი უნდა იყოს თავისუფალი, რათა მიიღოს მონაწილეობა ექსპერტიზაში, კონსილიუმებში, კომისიებსა და კონსულტაციებში. ექიმი მოვალეა მკაფიოდ და ღიად განაცხადოს საკუთარი პოზიციის შესახებ, საკუთარი შეხედულება დაიცვას, ზეწოლის შემთხვევაში კი მიმართოს იურიდიულ და საზოგადოებრივ დაცვას. „საქართველოს კანონში ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ 34-ე მუხლში გაცხადებულია: „ექიმის პროფესია თავისი არსით თავისუფალი პროფესიაა. ნებისმიერ ვითარებაში დაუშვებელია, ხელისუფლების წარმომადგენელმა ან კერძო პირმა მოსთხოვოს ექიმს ამ კანონში მოცემული პრინციპების, საექიმო საქმიანობის ეთიკური ნორმების საწინააღმდეგო მოქმედება, მიუხედავად მომთხოვნი პირის

თანამდებობისა და საზოგადოებრივი მდგომარეობისა. ყოველგვარი ქმედება, რაც ხელს უშლის სამედიცინო პერსონალს პროფესიული მოვალეობის შესრულებაში, იწვევს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ პასუხისმგებლობას, კერძოდ, "საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის" 168-ე მუხლის თანახმად: „შრომის თავისუფლების ხელყოფა“* ან 335-ე მუხლით: „ჩვენების ან დასკვნის მიცემის იძულება“.**

ფსიქიატრიის მეორე თავისებურებაა ის, რომ ფსიქიკური დარღვევის დიაგნოზი იმდენად ნეგატიური სოციალურ-ეთიკური დატვირთვის მატარებელია, რაც არც ერთ სხვა კლინიკურ ტერმინს არ გააჩნია არც ერთი სამედიცინო სპეციალობაში. ფსიქიატრიული პაციენტისთვის ეს იქცევა სტიგმატიზაციის, საზოგადოებრივი ნდობის დაქვეითების, სოციალური განდევნის მიზეზად, ღირსების შემლახველად, უფლებების შემზღუდველად. ყველა იმ შეზღუდვების მთლიანად მოხსნა, რომლებსაც საზოგადოება სულით ავადმყოფებს აკისრებს, შეუძლებელია, ვინაიდან სწორედ სულით ავადმყოფობა ზღუდავს ადამიანის სიცოცხლისუნარიანობას, აძნელებს მის სოციალურ ადაპტაციას, იწვევს ქცევით დარღვევებს, რიგ შემთხვევებში ზრდის სახიფათო მოქმედებების ჩადენის რისკს. თუმცა, სოციალური შეზღუდვების ხასიათი და მოცულობა უნდა შეესაბამებოდეს პაციენტის დაავადების სიმძიმის ხარისხს და არ უნდა იქცეს საბედისწერო აუცილებლობად ყველასათვის, ვისაც ფსიქიატრის დახმარებისთვის მიუძარ თავს. აქედან გამომდინარეობს ფსიქიატრიული ეთიკის მნიშვნელოვანი ამოცანა -

* შრომის თავისუფლების ხელყოფა, ესე იგი ნებისმიერი სახის კანონიერ შრომით საქმიანობაში ხელის შეშლა ძალადობით ან ძალადობის მუქარით,- ისჯება ჯარიმით ან გამასწორებელი სამუშაოთი ვადით ერთ წლამდე ანდა თავისუფლების აღკვეთით ვადით ორ წლამდე.

** 1. პროკურორის, გამომძიებლის ან მომკვლევის მიერ მუქარით ან სხვა უკანონო ქმედებით ეკვიტანის, ბრალდებულის, განსასჯელის, დაზარალებულის ან მოწმის იძულება ჩვენების მიცემისათვის ანდა ექსპერტისა - დასკვნის მიცემისათვის,- ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით სამ წლამდე.

2. იგივე ქმედება, რასაც თან ერთვის ძალადობა, აბუჩად ადგება ან წამება,- ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ორიდან რვა წლამდე.

საზოგადოების ტოლერანტობის გაზრდა ფსიქიკური გადახრების მქონე პირთა მიმართ, მიკერძოების დაძლევა, გაუცხოების, ასევე სოციალური სანქციების რეგულაცია ფსიქიატრიული პაციენტების მიმართ.

ფსიქიატრიის მესამე მნიშვნელოვან თავისებურებად, რომელიც ფსიქიატრიას გამოარჩევს სხვა სამედიცინო დისციპლინებისგან, წარმოადგენს ზოგიერთი კატეგორიის პაციენტების მიმართ არანებაყოფლობითი ზომების მიღება - იძულება და ზოგჯერ ძალადობაც. დახმარების აღმოჩენა პაციენტის მხრიდან თავისუფალი ნების გამოხატვის გარეშე წინააღმდეგობასთან არის დაკავშირებული, ერთის მხრივ იმ მიზეზის გამო, რომ, როცა გარდაუვალია სამედიცინო ღონისძიებების აღმოჩენა იმ პირთათვის, რომელთა მდგომარეობა ავადმყოფობის გამო სახიფათოა, ან ისინი ვერ აცნობიერებენ საფრთხეს, და მეორეს მხრივ, სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაზე მათ მიერ უარის გაცხადება. თანაც, ვითარება მნიშვნელოვნად რთულდება ისეთ დროს, როცა ავადმყოფობა ყველასათვის თვალშისაცემი არ არის (მაგალითად, როგორებიცაა, მწვავე ფსიქოზი, გონებასუსტობა) და საქმე გვაქვს ფორმალურად ორგანიზებული ქცევის ზომიერად გამოხატულ ნიშნებთან, მაგალითად, პარანოიალური ბოღვის დროს. ასეთ შემთხვევაში იძულების გამოყენება მოულოდნელია პაციენტისთვის და გარშემომყოფთათვის და ზოგჯერ „თვითნებობის“, „რეპრესიის“ აქტად უფრო აღიქმება, ვიდრე დახმარებად. გარდა ამისა სისხლისსამართლებრივი რეგულაციის ობიექტადაც შეიძლება გადაიქცეს (სსსკ-ის XXIII თავი: „დანაშაული ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლებების წინააღმდეგ“ - 150-ე მუხლი: „იძულება“). არანებაყოფლობით ზომად შეიძლება პირობითად მივიჩნიოთ ფსიქიატრიული დიაგნოზის დადგენაც, რომელსაც პაციენტი შეიძლება არ ეთანხმებოდეს და აქტიურად აპროტესტებდეს.

„კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ“ მე-17 მუხლში ნათქვამია: „პაციენტს, ხოლო მისი თანხმობის ან

ქმედუნარობის შემთხვევაში, ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს გაეცნონ სამედიცინო ჩანაწერებს და მოითხოვონ პაციენტის შესახებ არსებულ ინფორმაციაში შესწორებების შეტანა. სამედიცინო ჩანაწერებში ინახება, როგორც შესწორებამდე არსებული, ისე პაციენტის, მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მიერ ახლად მიწოდებული ინფორმაცია“.

ძალადობის აღბათობა, პირდაპირი იქნება ეს, თუ ირიბი, ფსიქიატრიის გარშემო ქმნის შიშისმომგვრელ გარემოს, საზოგადოებაში იწვევს უნდობლობას, არა სულით ავადმყოფების მიმართ, არამედ, ფსიქიატრების მიმართ და მოქალაქეებს ბუნებრივად უნდებათ სურვილი თავი აარიდონ პირად ცხოვრებაში უსაფუძვლო და დაუკითხავ ჩარევას.* მით უმეტეს, რომ საქართველოს კონსტიტუციაში ნათლად არის დეკლარირებული: „ოფიციალურ ჩანაწერებში არსებული ინფორმაცია, რომელიც დაკავშირებულია ადამიანის ჯანმრთელობასთან არავისთვის არ უნდა იყოს ხელმისაწვდომი“ (41.2-ე მუხლი), ასევე „საქართველოს კანონში პაციენტის უფლებების შესახებ“ 27-ე მუხლში ნათქვამია: „სამედიცინო მომსახურების გამწვევი ვალდებულია მის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა დაიცვას, როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ“. უფრო მეტიც, დაცულია „პირადი და ოჯახური საიდუმლოს ხელყოფა“ სსსკ-ის 157-ე მუხლით, ასევე „საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის“ I თავის 18-ე მუხლით: „პირადი არაქონებრივი უფლებები“.

და მაინც, თუკი ფსიქიატრიაში იძულება გარდაუვალია, მანამ, სანამ იარსებებს მძიმე ფსიქიკური დარღვევები, სამაგიეროდ, საგსებით შესაძლებელია

* კანონი ფსიქიატრიული დაზარების შესახებ, მუხლი 14. სამედიცინო საიდუმლოების დაცვა:1. პირი, რომელმაც სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულების პროცესში შეიტყო, მოქალაქე დაავადებულია ფსიქიკურად, და დაუდევრობით ან განზრახ გამოიყენებს ამ ინფორმაციას მისი ან სხვა პირის საზიანოდ, ისჯება მოქმედი კანონმდებლობით.

2. მოქალაქის ფიზიკური მდგომარეობის შესახებ დაწვრილებითი ინფორმაციის მიღება შეუძლიათ მხოლოდ სამედიცინო და ადმინისტრაციულ დაწესებულებებს, ოფიციალური მოთხოვნის საფუძველზე.

სოციალური კონტროლის დაწესება იძულებითი ზომების აღმოჩენისას. ასე, რომ ფსიქიატრიული ეთიკის ამოცანაა იძულების სფეროს შეზღუდვა ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას იმ ზღვრამდე, რომელიც გამოწვეულია სამედიცინო აუცილებლობით, რაც უკვე ადამიანის უფლებების დაცვის გარანტიის წინაპირობაა.

ფსიქიატრიის მეოთხე თავისებურება მდგომარეობს იმაში, რომ, პაციენტები თავისუფალი ნების გამოხატვის შესაძლებლობის მიხედვით ძალიან განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან და მეტად დიფერენცირებულ კონტინუუმს ქმნიან. ერთ პოლუსზე არიან პაციენტები, რომელთაც ფსიქიკის მძიმე დაზიანებების გამო არ შეუძლიათ არა მარტო დამოუკიდებლად დაიცვან საკუთარი ინტერესები, არამედ თუნდაც გამოხატონ ისინი. საპირისპირო პოლუსზე კი არიან ისინი, ვინც თავისი პიროვნული ავტონომიის სამართლებრივი და ზნეობრივი განვითარების მიხედვით ტოლს არ უდებენ ექიმს, მიუხედავად მოსაზღვრე ფსიქიკური აშლილობის არსებობისა. ამ ორ საპირისპირო პოლუსს შორის მოქცეულია „ზონა“, რომელიც წარმოდგენილია უამრავი გარდამავალი ვარიანტით. აქედან გამომდინარეობს ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობების მოდელების არაერთგვაროვნება.

პირველი კატეგორიის პაციენტებთან მიმართებაში, რომლებიც შეპყრობილნი არიან ფსიქოზითა და ჭკუასუსტობით, ადეკვატურად ითვლება პატერნალისტური მოდელი, რაც ექიმს უტოვებს გადამწყვეტი სიტყვის უფლებას ფსიქიატრიული დახმარების მეთოდების არჩევაში და ზღუდავს პაციენტის მონაწილეობას გადაწყვეტილების მიღებისას. თუმცა პატერნალისტური მიდგომა არ გულისხმობს (როგორც ხშირად შეცდომით მიიჩნევენ) პაციენტის მოსაზრებების, ან არჩევანის სრულ იგნორირებას, მისი ნების დათრგუნვას და ზღვარგადასულ იძულებას. პირიქით, ექიმი ცდილობს, უპირველეს ყოვლისა, ურთიერთგაგებას მიაღწიოს, არ შეუზღუდოს პაციენტს თავისუფლება, ინიციატივა და მხოლოდ გადამწყვეტ

მომენტში იყენებს სრული მოცულობით მისთვის მინიჭებულ უფლებებს. თუმცა, ეს უფლება იმდენად დიდია, რომ არ უნდა დარჩეს ეთიკური კონტროლის მიღმა. ექიმი-ფსიქიატრის ზნეობრივ მუხრუჭებად კეთილსინდისიერება და პასუხისმგებლობა გვევლინება.

პაციენტების მეორე კატეგორია, რომელთაც ნაკლებად მძიმე აშლილობები აქვთ, სავსებით შეუძლიათ თვითგამორკვევა, საკუთარი ინტერესების გამოხატვა, სარგებლობის და ზიანის გარჩევა. ასეთ ვითარებაში პატერნალისტული მოდელი არაადეკვატური და მიუღებელია.

ექიმისა და პაციენტის ურთიერთდამოკიდებულებები დამყარებულია პარტნიორობის პრინციპებზე, უფლებამოვალეობების სრული გამიჯვნით. პარტნიორულ მოდელში იძულებას არა აქვს ადგილი, დახმარების აღმოჩენა ხდება ნებაყოფლობით. თუმცა, ამ მოდელსაც აქვს ეთიკურად სუსტი მხარეები. მაშინ, როდესაც პატერნალისტური ურთიერთობებისას პაციენტზე ზრუნვა დამყარებულია პაციენტის თავისუფლების შეზღუდვასა და ექიმის ჩარევაზე, პარტნიორული ურთიერთობებისას პაციენტის თავისუფლების დაცვა და ექიმის ჩაურევლობა ზოგჯერ შეიძლება პაციენტის ბედის მიმართ გულგრილობაში გადაიზარდოს. ამიტომ, უფრო მიმზიდველად ჩანს სათათბირო მოდელი, რომლის დროსაც აქტიურად დაინტერესებული განხილვის ტაქტიკა, განმარტება, დარწმუნება (ე.ი. „აქტიური არაძალადობა“) განსხვავდება, როგორც იძულებისგან, ასევე პასიური ჩაურევლობისგან.

უნდა ვადიაროთ, რომ ყველა აღნიშნული მოდელის გამოყენება შესაძლებელია ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში. საქმე ეხება მხოლოდ მათ ადეკვატურ გამოყენებას. პარტნიორული ურთიერთდამოკიდებულება სასწრაფო დახმარების აღმოჩენისას ბოძების ან ჭკუასუსტის მიზეზით ჰოსპიტალიზაციის დროს უმწეო მდგომარეობაში მყოფი პაციენტისთვის მორალურად და პროფესიონალურადაც მიუღებელია, ისევე, როგორც

პატერნალისტული მიდგომა იმ პირის მიმართ, ვისაც ნევროზი აქვს.

პატერნალიზმი და პარტნიორობა წარმოადგენს ალტერნატიულ ვარიანტებს კონკრეტულ პაციენტთან მიმართებაში, მაგრამ არ არის ალტერნატიული ფსიქიატრიასთან მიმართებაში ზოგადად. უფრო მეტიც, ერთსა და იმავე პაციენტთან მიმართებაში აღნიშნული მოდელები ერთმანეთთან მონაცვლეობენ ავადმყოფობის მიმდინარეობის სხვადასხვა ეტაპებზე, მაგალითად, გამწვავების ან რემისიის პერიოდში. შედეგად, ფსიქიატრიული ეთიკის მომდევნო ამოცანა შეიძლება ჩამოვაყალიბოთ, როგორც ოპტიმალური ურთიერთობების დამყარება ექიმსა და პაციენტს შორის, რომელიც ხელს შეუწყობდა პაციენტის ინტერესების რეალიზაციას კონკრეტული კლინიკური ვითარების გათვალისწინებით.

და, ბოლოს ფსიქიატრიის, როგორც ეთიკური რეგულაციის ობიექტის მეხუთე თავისებურებაა მისი ორგვაროვანი ფუნქცია, ანუ პაციენტისა და საზოგადოების ინტერესების დაცვა. ამ მოთხოვნის წინააღმდეგობრიობა მდგომარეობს იმაში, რომ არ ხდება კერძო და საზოგადოების ინტერესების თანხვედრა, რაც, რა თქმა უნდა, არ გულისხმობს მათ სრულ დაპირისპირებას. ზოგად მორალურ და იურიდიულ ფასეულობას, რომლისგანაც გამომდინარეობს ნებისმიერი სამედიცინო, მათ შორის ფსიქიატრიული პრაქტიკაც, წარმოადგენს ჯანმრთელობის და ადამიანის სიცოცხლის უზენაესობა: „ადამიანის ინტერესები და კეთილდღეობა უზენაესია საზოგადოების და მეცნიერების ინტერესებთან შედარებით“ (კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ, I თავი, მუხლი 2). ჯანმრთელობის შენარჩუნება, აღდგენა და გამტკიცება შეესაბამება ყოველი ცალკეული ადამიანის და საზოგადოების ინტერესებს. ამ ზნეობრივ პოსტულატს აქვს პრინციპული მნიშვნელობა სამი ტიპის კონფლიქტური ვითარებების დროს, მაშინ, როცა: 1. ავადმყოფის ქცევა ეწინააღმდეგება მისსავე ობიექტურ ინტერესებს; 2.

ავადმყოფის ქცევა ეწინააღმდეგება საზოგადოების ინტერესებს; 3. საზოგადოება ან მისი ცალკეული წევრები ზიანს აყენებენ პაციენტის ინტერესებს.* პირველი და მეორე ტიპის ვითარებების დროს ფსიქიატრი უწინარეს ყოვლისა ცდილობს პაციენტის ისევე, როგორც გარშემომყოფთა სიცოცხლის და ჯანმრთელობის საფრთხის აცილებას. თანაც, მძიმე ფსიქიკური აშლილობების არსებობისას, რომლებიც სახიფათოა პაციენტისათვის, აღნიშნული ზნეობრივი პრინციპის ზუსტი დაცვა არ იძლევა საშუალებას იმ ზღვარს გადაცდეს, რომელიც განაცალკევებს სამედიცინო დახმარებას, თუნდაც არანებაყოფლობით, „პოლიციური“ ზომებისგან და დასჯისგან. მესამე ტიპის ვითარებების დროს ექიმი, რა თქმა უნდა, იცავს პაციენტის ინტერესებს, მით უფრო აქტიურად, რაც უფრო ნაკლებადაა შენარჩუნებული პაციენტის თვითდაცვის უნარი და რაც უფრო მეტი რისკი არსებობს გარეშე ზიანის მიყენებისა მისი ჯანმრთელობისათვის და კეთილდღეობისათვის. ამ დროს ფსიქიატრი ოპოზიციაში ხედება იმის წინააღმდეგ, ვინც პაციენტის ინტერესებს ზღუდავს და მისი დაცვის მიზნით კანონს და საზოგადოების ზნეობრივ თვითშეგნებას იშველიებს. ასე, რომ ფსიქიატრიული ეთიკა, ისევე, როგორც კანონმდებლობა მიისწრაფის წონასწორობის დასამყარებლად პაციენტის და საზოგადოების ინტერესებს

*მუხლი 9. გადაუდებელი სტაციონალური დახმარება

1. გადაუდებელი სტაციონალური დახმარება ტარდება გადაუდებელი მდგომარეობის კრიტერიუმების არსებობას:

როდესაც პაციენტი საფრთხეს უქმნის ირვავლივ მყოფთა სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას; როდესაც პაციენტმა თავისი მოქმედებით შეიძლება მიიღოს ან სხვას მიაყენოს მნიშვნელოვანი მატერიალური ზარალი; როდესაც ფსიქიკური დაავადების გამო პაციენტის სიცოცხლეს ან ჯანმრთელობას საფრთხე ექმნება.

2. გადაუდებელი სტაციონარების დროს არ არის აუცილებელი პაციენტის, მისი მშობლების ან მეურვის თანხმობა.

3. გადაუდებელი სტაციონარების გადაწყვეტილებას ღებულობენ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების, ფსიქონერვოლოგიური დისპანსერის ექიმები ან ფსიქიატრიული სტაციონარის მორიგე ექიმი.

4. აღმინისტრაციული ორგანოები ვალდებული არიან გაუწიონ ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკებს პაციენტის გადაუდებელი სტაციონარებისათვის საჭირო დახმარება.

შორის მოქალაქეთა ჯანმრთელობის, სიცოცხლის, უსაფრთხოებისა და კეთილდღეობის ფასეულობების გათვალისწინებით. („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ 28,1 ბ მუხლი: სამედიცინო მომსახურების გამწვევის მიერ კონფიდენციური ინფორმაციის გამჟღავნება დასაშვებია, თუ ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირის (რომლის ვინაობაც ცნობილია) სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას და „კანონი ჯანდაცვის შესახებ - 42-ე მუხლი: მედიცინის მუშაკი და სამედიცინო დაწესებულების ყველა თანამშრომელი ვალდებულია დაიცვას სამედიცინო (საექიმო) საიდუმლო, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა კონფიდენციური ინფორმაციის გამჟღავნებას მოითხოვს გარდაცვლილის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი, სასამართლო, საგამოძიებო ორგანოები, ან ეს აუცილებელია საზოგადოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, სხვათა უფლებებისა და თავისუფლებების დასაცავად.)

ზოგჯერ, პირიქით სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საკითხიც შეიძლება წარმოიქმნას სსსკ-ის 247-ე მუხლის თანახმად: „სიცოცხლისათვისა და ჯანმრთელობისათვის საფრთხის შემქმნელი გარემოებების შესახებ ინფორმაციის დამალვისა და გაყალბებისათვის“. ამასთანავე, ექიმი პასუხს არ აგებს პაციენტის ნებისმიერი ქცევისათვის, რომელიც გაწერილია სტაციონარიდან კანონის მოთხოვნების გათვალისწინებით. („კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ მე-15,2 მუხლი*).

ფსიქიატრიის ისეთი თავისებურებები, როგორებიცაა მისი სოციალური ხასიათი, პაციენტის პიროვნებაზე ორიენტაცია, არანებაყოფლობითი ზომების გამოყენების აუცილებლობა და მასშტაბები, ფსიქიატრიული დიაგნოზის სოციალური შედეგები, ფსიქიატრის ნებისმიერი ქმედებების ზემოქმედების ხარისხი პაციენტის ბედზე - წარმოადგენს

* 2. ფსიქიატრიულ სტაციონარში მომუშავე სპეციალისტი, თუ ის მოქმედებს ამ კანონის შესაბამისად, პასუხს არ აგებს პაციენტის ნებისმიერი ქცევისათვის, რომელიც გაწერილია სტაციონარიდან აღნიშნული კანონის მოთხოვნების გათვალისწინებით.

იმის დადასტურებას, რომ ფსიქიატრია უნდა იყოს მოქცეული ეთიკური და სამართლებრივი რეგულაციისა და კონტროლის ზონაში. ამის მნიშვნელოვანი წინაპირობაა კონცეფტუალური აპარატი, რომელიც შეიმუშავა თანამედროვე ბიოეთიკამ - მეთოდოლოგიური მიდგომა და ნორმატიული ბაზა.

ბიოეთიკის ფორმირებასთან ერთად ფსიქიატრიის მორალურ-ეთიკური დილემის ანალიზი ხდება ერთ-ერთი ძირითადი მიმართულება ბიოეთიკური კვლევების, რომლებიც დაფუძნებულია საყოველთაოდ აღიარებულ პრინციპებსა და ნორმებზე. ბიოეთიკის პრინციპებს განეკუთვნება პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის პრინციპი, „არ ავნო“, „აკეთე სიკეთე“ და სამართლიანობის პრინციპი (ტ. ბიჩამპი, ჯ. ჩილდრესი: „ბიოსამედიცინო ეთიკის პრინციპები“)².

უფრო კონკრეტული ეთიკური წესები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ამ პრინციპების რეალიზაციას თავის თავში მოიცავს ნორმებს: ინფორმირებული თანხმობის, კონფიდენციაურობისა და მართებულობის.

ბიოეთიკის ბაზისური პრინციპები და წესები წარმოადგენენ ექიმის მოქმედების ოპტიმალურ ალგორითმებსა და ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენის პროფესიულ-ეთიკური სტანდარტებს. ისინი გამოსადეგია პრაქტიკული მნიშვნელობის საკითხების გადაწყვეტაში, ისეთების როგორებიცაა: სავალდებულოა თუ არა ფსიქიატრიული ჩარევა მოცემულ მომენტში; როგორ პირობებში უნდა იქნას აღმოჩენილი ფსიქიატრიული დახმარება; არსებობს თუ არა საფუძველი არანებაყოფლობითი ზომების მისაღებად; როგორ უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია პაციენტს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის და მკურნალობის შესახებ; როგორ უნდა შეფასდეს პაციენტის მიერ გადაწყვეტილების მიღების უნარი; როგორ უნდა მიიღოს ექიმმა ნებაყოფლობითი

2. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. 3 ed. Ed. Oxford Univ. Press, 1989.

თანხმობა მკურნალობაზე ან გამოკვლევის ჩატარებაზე; როგორი იქნება საექიმო ტაქტიკა პაციენტის მიერ მკურნალობაზე უარის გაცხადების შემთხვევაში და სხვა.

ფსიქიატრიასთან მიმართებაში შემუშავებული ბიოეთიკური პრინციპების, ნორმებისა და წესების სისტემა შეადგენს ფსიქიატრიული ეთიკის ნორმატიული აქტების შინაარსს, რომელთა შორის უნდა აღინიშნოს ისეთი საერთაშორისო დოკუმენტები, როგორებიცაა „ჰავაის“ (1977, 1983 წწ) და „მადრიდის“ (1996 წ) დეკლარაციები, მიღებული მსოფლიო ფსიქიატრიული ასოციაციის მიერ, „ფსიქიკური ავადმყოფობით შეპყრობილ პირთა დაცვის პრინციპები და ჯანდაცვის გაუმჯობესება ფსიქიატრიის სფეროში“ (გაერო, 1991 წ), ასევე მედიცინისა და ბიოლიგიისათვის ზოგადი მნიშვნელობის მქონე „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“, მიღებული ევროსაბჭოს საპარლამენტო ასამბლეის მიერ (1996 წ), „ღებულება ევროპაში პაციენტის უფლებების ხელშეწყობის შესახებ“ და სხვა. 1995 წელს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო „კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“. ეს არის მცდელობა კანონმდებლობაში განხორციელდეს საერთაშორისო თანამეგობრობის მიერ ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლების აღიარებული სტანდარტები.

ფსიქიკური დაავადებით შეპყრობილი პაციენტი „სარგებლობს ყველა იმ კონსტიტუციური უფლებით, რომლითაც სარგებლობენ საქართველოს რესპუბლიკის სხვა მოქალაქეები, თუ ცნობილი არ არის ქმედუწაროდ ფსიქიკური დაავადების გამო“. („კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ მე-3 მუხლი). კონსტიტუციური უფლებების ნაწილობრივ შეზღუდვა გათვალისწინებულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, ცნობილია ქმედუწაროდ. აკრძალულია უფლებების შეზღუდვა მხოლოდ ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზის საფუძველზე; შეზღუდვის საფუძველი შეიძლება იყოს მხოლოდ კონკრეტული პირის

ფსიქიკური მდგომარეობა. ფსიქიკური დაავადების გამო კონსტიტუციური უფლებების შეზღუდვა განსაზღვრულია ამ კანონის მე-4 - „პაციენტის უფლებათა ნაწილობრივ შეზღუდვა“ - და მე-13 - „პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა“ - მუხლებით.

1995 წლის „საქართველოს კანონის ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ თანახმად ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენა ხდება, როგორც ნებაყოფლობით, ასევე იძულებით. ფსიქიატრიული დახმარებისთვის ნებაყოფლობითი მიმართვისას ფსიქიატრიული სნეულებით შეპყრობილი პირის მკურნალობა ხდება მხოლოდ მისგან წერილობითი თანხმობის მიღების შემთხვევაში.³

16 წლამდე არასრულწლოვანისთვის, ასევე პირისთვის, რომელიც დადგენილი წესის თანახმად მიჩნეულია ქმედუნაროდ, ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენა ხდება კანონიერი წარმომადგენლის თხოვნით ან თანხმობით. ფსიქიატრიული სნეულებით შეპყრობილი პირის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობის გარეშე ფსიქიატრიული დახმარება შეიძლება ჩაუტარდეს მხოლოდ:

-სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ზომების გამოყენების დროს იმ საფუძველზე, რომელიც გათვალისწინებულია საქართველოს სისხლის სამართლისა⁴ და სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსებით.

-,ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ კანონის“ თანახმად არანებაყოფლობითი ანუ იძულებითი

3 კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, მე-8 მუხლი. ნებაყოფლობითი მკურნალობა -ნებაყოფლობითი მკურნალობისათვის სტაციონარში პაციენტი თავსდება მისი თხოვნით ან თანხმობით (სამედიცინო ჩვენების შემთხვევაში), 16 წლის ასაკამდე მშობლების ან მეურვის თანხმობით.

-თანხმობა სტაციონარში მთავსებისა და მკურნალობაზე დამოწმებული უნდა იყოს პაციენტის (16 წლის ასაკამდე- მშობლების, მეურვის) ხელმოწერით ავადმყოფობის ისტორიაში.

4 -სასამართლოს შეუძლია შეურაცხადის მიმართ გამოიყენოს ამ კოდექსით გათვალისწინებული სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება. (საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, თავი IX, ბრალის გამოძრისთვის გარემოებანი, მუხლი 34.2, შეურაცხადობა ფსიქიკური დაავადების გამო)

- შეზღუდულ შეურაცხადობას სასამართლო ითვალისწინებს სახჯელის დანიშვნის დროს და იგი შეიძლება გახდეს სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების დანიშვნის საფუძველი. (მუხლი 35. შეზღუდული შეურაცხადობა)

ფსიქიატრიული გასინჯვის, დისპანსერული დაკვირვების, კოსპიტალიზაციის დროს.⁵

სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიებები ხორციელდება სასამართლოს გადაწყვეტილებით საქართველოს სისხლის სამართლისა და სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსების საფუძველზე დადგენილი წესით იმ პირების მიმართ, რომლების ფსიქიკურად არიან დაავადებულნი და ჩაიდინეს საზოგადოებისთვის საშიში ქმედება. (საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, მუხლი 101. სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების დანიშვნის საფუძველი)⁶.

თუ საშიში ქმედება შეურაცხად მდგომარეობაშია ჩადენილი სისხლის სამართლის საქმე უნდა შეწყდეს. არის შემთხვევები, როცა დანაშაული შერაცხად მდგომარეობაშია ჩადენილი, ხოლო ფსიქიკურად პირი განაჩენის გამოტანამდე დაავადდა, სასამართლოს შეუძლია ასეთ პირს შეუფარდოს სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება, რომელიც გათვალისწინებულია სსსკ-ის 101 მუხლის 1-ე პუნქტის თანახმად. თუ დაავადება განუკურნებელია – სისხლის სამართლის საქმე უნდა შეწყდეს. ხოლო, თუ დაავადება დროებითი ხასიათისაა – საქმე უნდა შეჩერდეს, სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების შემდეგ, როცა პირი გამოჯანმრთელდება, იგი შეიძლება დაისაჯოს. სასჯელის ვადაში ჩაითვლება ფსიქიატრიულ

⁵ კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, მუხლი 10. იძულებითი მკურნალობა ფსიქიატრიულ სტაციონარში

-პაციენტისათვის იძულებითი მკურნალობის დანიშვნის გადაწყვეტილებას იღებს სასამართლო სასამართლო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზის კომისიის დასკვნის საფუძველზე.

⁶ საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, მუხლი 101, სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების დანიშვნის საფუძველი

1. სასამართლომ სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება შეიძლება დანიშნოს, თუ:

ა) პირმა ამ კოდექსის კერძო ნაწილის მუხლით გათვალისწინებული ქმედება ჩაიდინა შეურაცხადობის მდგომარეობაში;

ბ) დანაშაული ჩადენილია შეზღუდული შერაცხადობის მდგომარეობაში;

გ) პირი დანაშაულის ჩადენის შემდეგ ფსიქიკურად დაავადდა, რაც შეუძლებელს ხდის სასჯელის დანიშვნას ან აღსრულებას;

დ) პირს ესაჭიროება განკურნება ალკოჰოლიზმისაგან ან ნარკომანიისაგან.

2. ამ მუხლის პირველ ნაწილში აღნიშნულ პირს სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება ენიშნება მხოლოდ მაშინ, როდესაც მისი ფსიქიკური მდგომარეობა საფრთხეს უქმნის თვითონ მას ან სხვას ანდა შეიცავს სხვაგვარი არსებითი ზიანის საშიშროებას.

საავადმყოფოში ყოფნის დრო (სსსკ-ის 106-ე მუხლი).

პაციენტის შეურაცხადად ან არაქმედითუნარიანად ცნობა შეუძლია მხოლოდ სასამართლოს შესაბამისი კანონმდებლობის საფუძველზე (კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, მე-4.1 მუხლი).

„შეურაცხადობა ხასიათდება ორი კრიტერიუმით: სამედიცინო და იურიდიული. იურიდიულ კრიტერიუმს განსაზღვრავს სასამართლო, როდესაც იგი აფასებს საშიში ქმედების ჩამდენი პირის ფსიქიკურ მდგომარეობას, როგორც ისეთს, რომლის დროსაც პირს არ შესწევს უნარი შეიგნოს თავისი მოქმედების ხასიათი ან უხელმძღვანელოს ამ მოქმედებას.

სამედიცინო კრიტერიუმი კი იძლევა პასუხს კითხვაზე, თუ სახელდობრ, რომელი ფსიქიკური დაავადება უკარგავს პირს თავისი მოქმედების შეგნების ან მისი ხელმძღვანელობის უნარს. კანონმდებელი ასეთად მიიჩნევს შემდეგი ფორმის ფსიქიკურ დაავადებებს: ქრონიკულ სულით დაავადებას, ფსიქიკური მდგომარეობის დროებით მოშლილობას, ჭკუასუსტობას და სხვა ავადმყოფურ მდგომარეობას.

ქრონიკულ სულით ავადმყოფობაში იგულისხმება განუკურნავი და ძნელად განკურნებადი დაავადება, რომელიც ხანგრძლივად მიმდინარეობს და პროგრესირებს. ასეთებია: შიზოფრენია, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი, პარანოია, ნეიროსიფილისის შედეგად განვითარებული მანია და დამბლა, მოხუცებულობის პროგრესული ჭკუასუსტობა და სხვადასხვა სახის ფსიქოზები.

დროებით აშლილობები ხანმოკლე პერიოდის განმავლობაში მიმდინარეობს და გამოჯანსაღებით სრულდება. მაგ. რეაქტიული ფსიქოზი, პათოლოგიური აფექტი, ალკოჰოლური ფსიქოზები (თეთრი ციებ-ცხელება, მწვავე ალკოჰოლური ჰალუცინაციები, ალკოჰოლური მელანქოლია), პათოლოგიური სიმთვრალე.

ჭკუასუსტობა (ოლიგოფრენია) არ წარმოადგენს ფსიქიკურ დაავადებას სიტყვის პირდაპირი მნიშვნელობით.

ეს არის გონებრივი უნარის თანდაყოლილი ან შექმნილი მნიშვნელოვანი ჩამოქვეითება, რომელიც მუდმივი ხასიათისაა. ჭკუასუსტობა (ინტელექტუალურად უნარშეზღუდულობა) ხასიათდება სამი ძირითადი ფორმით: იდიოტია, იმბეცილობა, დებილობა.

„სხვა ავადმყოფური მდგომარეობა“ არ წარმოადგენს სულიერი მოქმედების დროებით ან მუდმივ ავადმყოფურ მოშლას, თუმცა ფსიქიკის სხვადასვა ხარისხის დარღვევებით უახლოვდება მას. ასეთებია ფსიქოპათიისა და ფსიქოასთენიის მძიმე ფორმები, მწვავე ჰალუცინაციური ბოღვითი მდგომარეობა, მთვარეულობა და სხვა. ყოველთვის, როცა გამომძიებელი, პროკურორი, მოსამართლე ეჭვს შეიტანს პირის ფსიქიკურ მდგომარეობაში, ვალდებულია დანიშნოს სამედიცინო-ფსიქიატრიული ექსპერტიზა, რომელმაც ორ კითხვას უნდა გასცეს პასუხი: ა) აქვს თუ არა პირს კანონში აღნიშნული ერთ-ერთი ფსიქიკური დაავადება და ბ) აქვს თუ არა ამ დაავადებას ისეთი ხასიათი, რომ დაუკარგოს პირს საკუთარი მოქმედების შეფასებისა და ამ მოქმედების წარმართვის უნარი.

ექსპერტის დასკვნა აღნიშნულ საკითხზე არ არის სავალდებულო სასამართლოსთვის, მას სხვა მტკიცებულების თანაბარი მნიშვნელობა აქვს. მაგრამ, თუ სასამართლო არ გაიზიარებს ექსპერტის დასკვნას, მან უნდა გამოიტანოს მოტივირებული დადგენილება, სადაც სპეციალურად აღინიშნება დასკვნის მიუღებლობის საფუძველი.

თუ საშიში ქმედება შეურაცხად მდგომარეობაშია ჩადენილი სისხლის სამართლის საქმე უნდა შეწყდეს. არის შემთხვევები, როცა დანაშაული შერაცხად მდგომარეობაშია ჩადენილი, ხოლო ფსიქიკურად პირი განაჩენის გამოტანამდე დაავადდა. სასამართლოს შეუძლია ასეთ პირს შეუფარდოს სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება, რომელიც გათვალისწინებულია სსსკ-ის 34.3 მუხლის თანახმად. თუ დაავადება განუკურნებადია – სისხლის

სამართლის საქმე უნდა შეწყდეს. ხოლო, თუ დაავადება დროებითი ხასიათისაა – საქმე უნდა შეჩერდეს, სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების შემდეგ, როცა პირი გამოჯანმრთელდება იგი შეიძლება დაისაჯოს. სასჯელის ვადაში ჩაითვლება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში ყოფნის დრო (სსსკ-ის 106-ე მუხლი).

შეურაცხადობის სამედიცინო კრიტერიუმი ჯერ კიდევ არ იძლევა პირის უდანაშაულოდ ცნობის საფუძველს. აუცილებელია შეურაცხადობის მეორე – იურიდიული კრიტერიუმის – არსებობა (სსსკ-ის 34-ე მუხლი).

შეურაცხადობის იურიდიული კრიტერიუმი გულისხმობს ან ინტელექტუალური სფეროს (არ შეეძლო ანგარიში გაეწია თავისი მოქმედებისთვის), ან ნებელობითი სფეროს მოშლას (არ შეეძლო ეხელმძღვანელა ამ მოქმედებისთვის) – ან ორივე ერთად. ნებელობითი სფეროს დაზიანების დროს პირს შეიძლება შენერხუნებული ჰქონდეს ინტელექტუალური უნარი. ასეთი ფსიქიკური ანომალიის მაგალითს წარმოადგენს პირომანია – დაუძლეველი მისწრაფება ცეცხლის წაკიდების, კლემპტომანია - ქურდობის დაუძლეველი სწრაფვა, აბსტინენციის მდგომარეობა (ნარკოტიკული შიმშილი) და ა.შ.

შეურაცხადად ცნობისათვის არ არის აუცილებელი ორივე ფუნქციის ინტელექტუალურის და ნებელობითის მოშლა, არამედ საკმარისია, თუ არ არის მხოლოდ ნებელობითი სფერო. (იხ. სსსკ-ის 34-ე მუხლი*).

ამრიგად, პირის შეურაცხადად ცნობისათვის აუცილებელია დადგენილ იქნას სამედიცინო კრიტერიუმის ნიშანთაგან ერთ-ერთი მაინც და იურიდიული კრიტერიუმის ან ორივე ნიშანი, ან ერთ-ერთი მაინც“ (ლ. სურგულაძე,

* საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, თავი IX, ბრალის გამომრიცხველი გარემოებანი, მუხლი 34. შეურაცხადობა ფსიქიკური დაავადების გამო: 1. ამ კოდექსით გათვალისწინებული მართლსაწინააღმდეგო ქმედება არ შეერაცხება ბრალად იმას, ვისაც ამ ქმედების ჩადენის დროს ქრონიკული ფსიქიკური ავადმყოფობის, ფსიქიკური მდგომარეობის დროებითი მოშლილობის, ჭკუასუსტობის ან სხვა ფსიქიკური დაავადების გამო არ შეეძლო გაეცნობიერებინა თავისი ქმედების მართლწინააღმდეგობა ან თუცა შეეძლო მისი გაცნობიერება, მაგრამ არ ჰქონდა უნარი ემოქმედა სხვაგვარად.

„დანაშაული“).

სასამართლოს შეუძლია დანიშნოს შემდეგი სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიება (სსსკ-ის 102-ე მუხლი): დისპანსერული ფსიქიატრიული მკურნალობა, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსება ჩვეულებრივი მეთვალყურეობით, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსება გაძლიერებული მეთვალყურეობით, ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსება მკაცრი მეთვალყურეობით, სპეციალიზებულ ნარკოლოგიურ სამედიცინო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებაში მოთავსება გაძლიერებული მეთვალყურეობით. როცა საქმე ეხება სხვადასხვა სიმკაცრის რეჟიმის სამედიცინო დაწესებულებაში იძულებითი მკურნალობის დანიშვნას, ზოგჯერ შეიძლება სადავო გახდეს გადაწყვეტილების სამართლიანობა. საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 565-ე მუხლი ითვალისწინებს სასამართლოს მიერ დანიშნული სასჯელის შეუსაბამობას ქმედების სიმძიმესთან და პიროვნებასთან. ამის მიზეზი შეიძლება გახდეს ექსპერტიზის ჩატარების დეფექტები. ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას მოქალაქის უფლებებისა და კანონიერი ინტერესების დაცვას ახორციელებს ადვოკატი (კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, მე-3, ე მუხლი).*

სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ღონისძიების გაგრძელება, შეცვლა ან შეწყვეტა ისაზღვრება საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის 105-ე და საქართველოს სისხლის სამართლის საპროცესო კოდექსის 614, 667, 668 მუხლებით. პაციენტისათვის იძულებითი მკურნალობის მოხსნის ან რეჟიმის შეცვლის გადაწყვეტილებას ღებულობს სასამართლო შესაბამისი

* კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, მუხლი 3. პაციენტის ძირითადი უფლებები და დაცვის გარანტიები: 2. ადვოკატის დახმარების მიღების უფლება. ფსიქონერვოლოგიური დაწესებულების ადმინისტრაცია ვალდებულია პაციენტის ადვოკატს წარუდგინოს პაციენტზე არსებული ყველა სახის დოკუმენტაცია; უზრუნველყოს ადვოკატის შეხვედრა მასთან პერსონალის ან სხვა მოწმეების გარეშე. გამოაკლისა იმ შემთხვევები, როდესაც პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა არ იძლევა ამის შესაძლებლობას;

საექიმო კომისიის დასკვნის საფუძველზე. პაციენტის გადამოწმება საექიმო კომისიის მიერ ხდება მისი სტაციონარში მოთავსებიდან არა უგვიანეს ექვსი თვისა. საექიმო კომისიის გადაწყვეტილება იძულებითი მკურნალობის მოხსნის ან რეჟიმის შეცვლის თაობაზე განიხილება სასამართლოს მიერ („კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“, მე-10 მუხლი).

ადრეც და დღესაც სხვადასხვა ქვეყნებში უსაფუძვლო ჰოსპიტალიზაციის წინააღმდეგ პერიოდულად ჩნდებოდა პროტესტი რომელიმე პაციენტის მხრიდან, თითქმის ყოველთვის არსებობდა უნდობლობა სამედიცინო დასკვნის მიმართ, რის საფუძველზეც ხდებოდა ადამიანის მოთავსება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში, იკიცხებოდა ნათესავების გადაჭარბებული როლი ასეთ ვითარებებში. ამიტომ, ეს საკითხიც კანონით რეგულირდება: „კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ მე-16 მუხლი – ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე პირზე საჩივრის შეტანა შეიძლება სასამართლოში, ასევე, საჩივრის შეტანა შეუძლიათ, როგორც პაციენტს, ისე მშობლებს ან მეურვეს.

არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები ეთიკურ-იურიდიული გაგებით ტიპური პრობლემური ვითარებაა, ვინაიდან პაციენტისთვის უზრუნველყოფილი უნდა იქნას სპეციალური გარანტიები მისი სამოქალაქო უფლებების დაცვისათვის. ნათელია, რომ არანებაყოფლობით ჰოსპიტალიზაციას ადგილი აქვს იმ პირებთან მიმართებაში, ვისაც ღრმა ფსიქიკური დარღვევები აქვთ, რაც სერიოზულად აზიანებს აზროვნების, რეალობის შეფასების და ქცევის უნარს. ასეთი პირების სამოქალაქო უფლებების დაცვა და მათი გარანტირება უფრო მეტად „პროტეზირებას“ ჰგავს იურიდიულ-საპროცესო მექანიზმების გამოყენებით. პირველ რიგში, ნებაყოფლობითი მკურნალობის პრინციპული უფლება აღიარებულია ყველა პაციენტისთვის, ანუ ნებისმიერი ჰოსპიტალიზაციის დროს (გამონაკლისია იურიდიულად დადგენილი შეურაცხაობის შემთხვევები)

ექიმი ვალდებულია ჯერ გამოითხოვოს „პაციენტის თანხმობა“. მეორეც, პაციენტს არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციისას რჩება უფლება (როცა მისი ფსიქიკური მდგომარეობა შეიცვლება) გადავიდეს სხვა მორალურ-იურიდიულ სტატუსში - როგორც ნებაყოფლობით მკურნალობაზე მყოფი და მაშინ მისი „უარის გაცხადება მკურნალობაზე“ ავტომატურად გამოიწვევს სტაციონარიდან გაწერას.

მესამეც, ავადმყოფის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში არანებაყოფლობით მოთავსების ნებისმიერი შემთხვევა დასაშვებია მხოლოდ კანონიერების მკაცრი დაცვით, რაც განსაზღვრულია სამედიცინო-კლინიკური და იურიდიული სტანდარტებით, სულ უფრო მეტად იძენს საყოველთაო მნიშვნელობის ხასიათს და აღიარებულია მთელი საერთაშორისო საზოგადოების მიერ. XX საუკუნის შუა პერიოდისათვის მოვლენები, რომელთაც უშუალოდ განაპირობეს თანამედროვე მიდგომა სულით ავადმყოფთა იძულებით მკურნალობის პრობლემისადმი, შემდეგნაირად განვითარდა.

1954 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ექსპერტთა კომიტეტის მიერ განსაზღვრული სოციალურად საშიშ ფსიქიკურ ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაცია სასამართლოს გადაწყვეტილებით მიჩნეულ იქნა, როგორც დამამცირებელი ზომა მათთვის და მათი ნათესავებისათვის, ხოლო ბევრ ქვეყანაში არსებული კანონმდებლობით რეგლამენტირებულ იძულებით მკურნალობას „არქაული“ ეწოდა, ვინაიდან ფაქტიურად სისხლისსამართლებრივი ანგარიშსწორების მოდელი იყო გადმოღებული. 1959 წელს ინგლისში მიღებული იყო კანონი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ, რომელშიც ფაქტიურად შეტანილი იყო ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენის ნებაყოფლობითი თანამედროვე პრინციპი (ე.წ. „არაოფიციალური ჰოსპიტალიზაცია“, რომლის დროსაც იურიდიული პროცედურები ამოღებული იყო ფსიქიკურად დაავადებულთა უმეტესობისათვის

სტაციონარში მოთავსებისას). ამ კანონის თანახმად, ჰოსპიტალიზაციის პრინციპი ფსიქიატრიაში ისეთივე უნდა იყოს, როგორც მედიცინის სხვა სფეროებში. არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის მხოლოდ ცალკეული შემთხვევები ფიქსირდებოდა. უკვე 50-იანი წლების ბოლოსთვის დიდ ბრიტანეთში ნებაყოფლობით ჰოსპიტალიზაციას ადგილი ჰქონდა დაახლოებით შემთხვევათა 75%-ში. ევროპის უმრავლეს ქვეყნებში, ასევე, აშშ-ში და კანადაში, შემთხვევათა 90%-ზე მეტი ფსიქიატრიულ სტაციონარებში ნებაყოფლობით ხდებოდა: „როცა სამედიცინო დახმარება ხარისხიანად ტარდება, როცა სტაციონარში კეთილისმყოფელი გარემოა, კვება მრავალფეროვანია და დასვენება სასიამოვნოა, ასეთ შემთხვევაში, როგორც წესი, პაციენტის არავითარი იძულება აღარ არის საჭირო.“⁷

„კანონში ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ნებაყოფლობითობის პრინციპი ყველა სხვა ნორმაზე მაღლა დგას, ანუ საკვანძოა. 1971 წლის ჯანდაცვის კანონის 56-ე მუხლში ნათქვამია: „ფსიქიკურად ავადმყოფები ექვემდებარებიან აუცილებელ მუდმივ დისპანსერულ დაკვირვებას და მკურნალობას“. იმ დროისთვის საექიმო პატერნალიზმი უსაზღვროდ იყო გაძლიერებული სახელმწიფო პატერნალიზმით, რაც სტიგმატიზაციის განსაკუთრებულად ხელსაყრელ პირობებს ქმნიდა სოციალური გაუცხოებისათვის ფსიქიკური აშლილობის მქონე პირთათვის. ტოტალური „აღრიცხვიანობის“, „კონტროლის“, „დაკვირვების“ სისტემაში (სტაციონარის გარეთაც კი) პაციენტის მიმართ უპატივცემულო დამოკიდებულება იყო რაღაც „დავალებული პროგრამა“, ხოლო ექიმის, მედპერსონალის პროფესიული საქმიანობა განწირული იყო დეჰუმანიზაციისთვის.

ფსიქიატრიული სამსახურის ლიბერალიზაცია ჩვენს ქვეყანაში 1988 წლიდან დაიწყო. იმ პერიოდის დოკუმენტმა:

7. Άϊνδέρ Έ. Νίαεπαάιέα ιδαά +აείαάέα ά ίαέαηδө ίεαείεყ ιηөөааөдө+აიერი მიიө (Ίδөიөერი ιδαά +აείაάέα)/Ίδαაί ө ηөөөааөдөყ. I., 1991. №. 313.

„დებულება ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენის პირობებისა და წესის შესახებ“ ფაქტიურად გააუქმა 56-ე მუხლი, ვინაიდან, ფსიქიატრიული დახმარების ძირითად პრინციპად ნებაყოფლობითობა გადაიქცა. დებულების მოქმედების პირველივე წელს ყოფილ საბჭოთა კავშირში დისპანსერული ფსიქიატრიული აღრიცხვიდან მოხსნილი იყო ერთ მილიონ ადამიანზე მეტი, ხოლო მიმართვები ფსიქონევროლოგიურ დისპანსერში გაიზარდა 3,5-ჯერ. 1989 წლის განმავლობაში იძულებითი ჰოსპიტალიზაციის რიცხვი შემცირდა 40-60%-ით. „დებულება“ (1988 წ.) დროებითი დოკუმენტი იყო, რომლის მოქმედებაც განსაზღვრული იყო ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ კანონის მიღებამდე. დებულების გარდამავალი ხასიათი გამოვლინდა არა მარტო იმაში, რომ მისი მომზადება ჯერ კიდევ უწყებრივი ხასიათის მატარებელი იყო, არამედ იმ კრიტიკაშიც, რომელიც მან გამოიწვია იურისტებისა და ფსიქიატრების მხრიდან. დებულების თანახმად (კანონის მიღებამდე მოქმედი), არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაცია (ავადმყოფის ან მისი ნათესავის თანხმობის გარეშე) ხდებოდა ექიმ-ფსიქიატრის გადაწყვეტილებით, თუკი ავადმყოფი თავისი ფსიქიკური მდგომარეობის მიხედვით უქმნიდა უშუალო საფრთხეს საკუთარ თავსა და გარშემომყოფთ. სტაციონარში დღეღამის განმავლობაში (დასვენების დღეების ჩათვლელად) ეს გადაწყვეტილება უნდა დაემოწმებინა (ან შეეცვალა – როცა პაციენტი სასწრაფოდ უნდა გაწერილიყო) ექიმ-ფსიქიატრთა კომისიას. თუ პაციენტი ან მისი ნათესავი დასკვნას არ ეთანხმება, მაშინ მათ აპელირების უფლება ჰქონდათ მთავარ ფსიქიატრთან (რაიონის, ქალაქის და ა.შ.). იურისტების კრიტიკა სწორედ ამ გარემოების წინააღმდეგ იყო მიმართული: არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის კონტროლი ხორციელდება მხოლოდ უწყებრივად. ამ წესის საპირისპიროდ „კანონში“ ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ გათვალისწინებულია, რომ პირველი 48 საათის განმავლობაში სტაციონარში დაყოვნების შემდეგ,

არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის საფუძვლის დასაბუთების შემდეგ, ექიმთა კომისიის დასკვნა გადაეცემა სასამართლოს პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით.*

რაც შეეხებათ ფსიქიატრებს, ისინი თავიანთ კრიტიკაში აღნიშნავენ, რომ „უშუალო საფრთხის“ კრიტერიუმი არაფრით არ შეიძლება იყოს პაციენტების არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის ერთადერთი საფუძველი. მხოლოდ ამ კრიტერიუმიდან გამომდინარე, ჩვენ ვტოვებთ მეურნალობის გარეშე იმ პაციენტთა მრავალრიცხოვან ჯგუფს, რომლებიც ფსიქიკური აშლილობების გამო არ აცნობიერებენ მეურნალობის აუცილებლობას, ამასთანავე, შეიძლება უკიდურესად დეზორიენტირებულნი იყვნენ სოციალურ გარემოში, სავსებით დაკარგონ (ან თითქმის მთლიანად) უნარი დამოუკიდებლად დაიკმაყოფილონ საკუთარი ძირითადი სასიცოცხლო მოთხოვნილებები.

ფსიქიკურად დაავადებულთა სამოქალაქო უფლებების პრობლემა უფრო რთულია, ვიდრე, მაგალითად, ინვალიდებისათვის დაცვის და უფლებების გარანტიის უზრუნველყოფა. როცა საქმე ეხება სულით ავადმყოფთა მნიშვნელოვან ნაწილს, ავადმყოფობით შეზღუდული თავისუფლება პრაქტიკულად ხშირად ილუზორული აღმოჩნდება. თანამედროვე ფსიქიატრიაში სულით ავადმყოფთა თავისუფლების უზრუნველყოფა მაქსიმალურად შესაძლებელი ზომით მათი სამოქალაქო უფლებების ტოლფასია, რომელთაგანაც უმთავრესია

* კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, მუხლი 9. გადაუდებელი სტაციონარული დახმარება

5. სტაციონარებიდან უახლეს 48 საათში (უქმე დღეების გარდა) საექიმო კომისიამ უნდა შემსწავლოს სტაციონირებული პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობა და საბოლოოდ გადაწყვიტოს სტაციონარების მიზანშეწონილობის საკითხი.

6. თუ საექიმო კომისია მივა დასკვნამდე, რომ გადაუდებელი სტაციონირება არ არის მიზანშეწონილი ან აუცილებელი, სტაციონირებული პაციენტი დაუყოვნებლივ უნდა გაეწეროს სტაციონარიდან.

7. იმ შემთხვევაში, თუ საექიმო კომისია მიზანშეწონილად მიიჩნევს პაციენტის სტაციონარში დატოვებას მისი სურვილის გარეშე, ამის შესახებ დაუყოვნებლივ (48 საათში, უქმე დღეების გარდა) უნდა ეცნობოს რაიონის პროკურორს და მის მეურვეს.

„მკურნალობის უფლება“.

ასე რომ, ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციის თანამედროვე სისტემების საფუძველს საექიმო პატერნალიზმის პარადიგმასთან და იურიდიული კონტროლის პარადიგმასთან ერთად (კანონიერების პატივისცემა) წარმოადგენს ფსიქიკურ ავადმყოფ პირთა სამოქალაქო უფლებების დაცვის და გარანტიის პარადიგმა. ახლა შეიძლება კონკრეტულად განისაზღვროს, თუ რაში მდგომარეობს სოციალური და ჰუმანისტური ურთიერთობების პროგრესი თანამედროვე საზოგადოებასა და სულთ ავადმყოფთა შორის. თუ ვიგულისხმებთ მხოლოდ ფსიქიატრიის ძირითად პრობლემურ ვითარებას (ზოგიერთ შემთხვევებში სამკურნალო ან უსაფრთხოების მიზნით იძულების გარდაუვლობა), მაშინ პროგრესი მდგომარეობს უფრო სრულყოფილი მექანიზმის ძიებაში იმ ორი კატეგორიის ავადმყოფებს შორის განმასხვავებელი ნიშნების შექმნაში, რომელთაგანაც ერთნი იღებენ ნებაყოფლობით დახმარებას, ხოლო მეორენი - იძულებით. აღნიშნული მექანიზმის მოქნილობა ვლინდება, პირველ რიგში, იმ განსაკუთრებულ როლში, რომელიც შეიძინა პაციენტსა და ექიმს შორის ისეთი ურთიერთობის რეგულაციაში, როგორცაა „ინფორმირებული თანხმობის“ და „მკურნალობაზე უარის გაცხადების“ ცნებამ. ეს ცნებები ნებაყოფლობითი მკურნალობის პრინციპიდან წარმოიქმნება, რომელიც ფსიქიატრიაში იძენს დამატებით აზრს - „კომპეტენტურობის, შერაცხადობის პრეზუმპციის“. ეთიკური-იურიდიული მექანიზმი, რომელზეც აქ არის საუბარი, არის პერმანენტული აპელაცია სულთ ავადმყოფის გონივრულობასთან, კეთილგონიერებასთან, მორალურ ავტონომიასთან ფსიქიატრიულ სამსახურებთან მისი ურთიერთმოქმედების მთელ სივრცეში.

უკვე 1959 წელს ინგლისში კანონში ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ ავადმყოფისგან თანხმობის მიღების მოთხოვნა ფსიქიატრიული მკურნალობის დანიშვნის თითოეულ შემთხვევაში განისაზღვრა, როგორც

პაციენტის სამართლებრივი დაცვის „ქეაკუთხედი“. აშშ-ში ავადმყოფის მართებული ინფორმაციით უზრუნველყოფის დოქტრინამ დამკვიდრება დაიწყო 70-იან წლებიდან, როგორც ფსიქიატრიაში, ასევე სხვა კლინიკურ სფეროებშიც, მაგალითად, ონკოლოგიაში. მომდევნო ორ ათწლეულში „ინფორმირებული თანხმობის“ ცნებამ შეიძინა დამატებითი აქტუალობა ბიოეთიკის კონტექსტში - ტერმინალური ავადმყოფების მიერ „მკურნალობაზე უარის გაცხადების“ პრობლემასთან დაკავშირებით (პასიური ევთანაზია), თანხმობის მიღებასთან დაკავშირებით დონორის ორგანოთა მიღებაზე და სხვა.

ამჟამად, მართებულობის ნორმა ცენტრალურად ითვლება ამერიკის სამედიცინო აკადემიისა და ამერიკის ფსიქიატრიული ასოციაციის სამედიცინო ეთიკაში, რაზეც შეიძლება ითქვას, რომ რაღაც მნიშვნელოვან ასპექტში შეესაბამება ამერიკელების რაციონალურ მენტალიტეტს. ჩვენს ქვეყანაში ექიმთა უმეტესობა ინარჩუნებს პაციენტთან ურთიერთდამოკიდებულების ტრადიციულ პეტარნალისტურ მოდელს, კერძოდ, მიაჩნია, რომ სამედიცინო პრაქტიკაში ეთიკურად გამართლებულია „მსხნელი“ ტყუილის დოქტრინა. ეს კონცეპტუალური პოზიცია, სამწუხაროდ, ერწყმის ჩვენი ექიმების საკმაოდ ფართოდ გავრცელებულ სამართლებრივ და ეთიკურ ნიჰილიზმს, მათთვის პაციენტების ინფორმირების საკითხი იშვიათად ექვემდებარება რეფლექსიას. სამამულო ონკოლოგებსა და ჰემატოლოგებს (სხვა ექიმებთან შედარებით ისინი უფრო ღრმად გაიაზრებენ ავადმყოფების ინფორმირების მნიშვნელობას) გააჩნიათ ტენდენცია შეატყობინონ პაციენტს იმ ავთვისებიანი სიმსივნის ან სისხლის ავადმყოფობის დიაგნოზის შესახებ, რომელიც მკურნალობას ექვემდებარება. იმავე პრობლემის გადაწყვეტა ფსიქიატრიაში შეიძლება რევოლუციურადაც კი ჩაითვალოს. „კანონში ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ პაციენტის კონკრეტული უფლებების ჩამონათვალი მოიცავს შემდეგს:

–პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს, მისთვის გასაგები ფორმით და მისი ფსიქიკური მდგომარეობის შესაბამისად, ინფორმაცია ფსიქიკური აშლილობის ხასიათის და მკურნალობის მეთოდების შესახებ;

–პაციენტს აქვს წინასწარ თანხმობის გაცხადების უფლება მკურნალობის დაწყების წინ (იმ შემთხვევების გარდა, რომლებიც გათვალისწინებულია აღნიშნულ კანონში);

–პაციენტს აქვს მკურნალობაზე უარის თქმის უფლება (ასევე იმ შემთხვევების გარდა, რომლებიც გათვალისწინებულია აღნიშნულ კანონში).

„ინფორმირებული თანხმობის“ პრობლემა ბიოეთიკისთვის საყოველთაოა, მისი ნორმატიული შინაარსი დეტალურად შემუშავდა. ფსიქიატრიაში პაციენტის თანხმობის მიღება ნებისმიერ ჩარევაზე (ჰოსპიტალიზაცია, გამოკვლევების ან მკურნალობის რაიმე საშუალებების დანიშვნა) შემდეგ ასპექტებს მოიცავს:

პირველი, ინფორმაცია, რომელიც ექვემდებარება ეთიკურ-იურიდიულ რეგულაციას, არის ცნობები ავადმყოფობის შესახებ, ავადმყოფობის სიმპტომების მნიშვნელობა; დიაგნოზი და პროგნოზი; გეგმა, მკურნალობის ხანგრძლივობა და მასთან დაკავშირებულ რისკი და ა.შ. მეორე, ექიმის პოზიციის ეთიკურ-იურიდიული საფუძველი ასეთია: პაციენტისგან „ინფორმირებული თანხმობის“ მიღება - ეს ექიმის მოვალეობაა; პაციენტისათვის მიწოდებული ინფორმაცია უნდა იყოს სრული და ამომწურავი, ავადმყოფის კითხვებზე პასუხების გაცემის ჩათვლით; განსაკუთრებით საშიში სახის მკურნალობის გამოყენება, ან ისეთი მეთოდებისა, რომლებსაც შეუძლიათ გამოიწვიონ შეუქცევადი ცვლილებები, ასევე, ფსიქიატრიაში კლინიკურ ექსპერიმენტზე თანხმობა მოითხოვს სულით ავადმყოფთა უფლებების დაცვის დამატებით გარანტიებს და ა.შ. („საქართველოს კანონი ჯანდაცვის შესახებ“, XIX თავი, სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევა 105-113 მუხლები).

მესამე, პაციენტის პოზიციის ეთიკურ-იურიდიული საფუძველი ასეთია: „ინფორმირებული თანხმობა“ - ეს კომპეტენტური პაციენტების უფლებაა; მათი თანხმობა გააზრებული და ნებაყოფლობითი უნდა იყოს, ანუ მიღებული მუქარის, იძულების და მოტყუების გარეშე; პაციენტმა თანხმობა შეიძლება უარით შეცვალოს („კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“, მე-3,2 მუხლი)*; სამედიცინო პროცედურაზე პაციენტის მიერ უარის გაცხადებამ არ უნდა იმოქმედოს ავადმყოფის მდგომარეობასა და მისადმი დამოკიდებულებებზე მედპერსონალის მხრიდან და სხვა.

ბიოეთიკური დილემების გადაწყვეტის იურიდიული და დეონტოლოგიური ფორმულები აქაც ღიად ტოვებს სამეცნიერო ლიტერატურაში არსებულ თეორიულ საკამათო საკითხებს. მაგალითად, ინგლისელი ექიმები სხვანაირად უდგებიან მოთხოვნას პაციენტისთვის სრული და ამომწურავი ინფორმაციის მიწოდების შესახებ ამერიკელებისგან განსხვავებით. ზოგჯერ „ინფორმირებული თანხმობის“ ცნებას უპირისპირდება „რეალური თანხმობის“ ცნება, ანუ მიღებული არა ყველა პროცედურული მოთხოვნის პედანტური დაცვით, არამედ საკმარისი და გასაგები ინფორმაციით ავადმყოფის მდგომარეობის შესაბამისად. ინფორმირებული თანხმობის ინსტიტუტის განსაკუთრებული მნიშვნელობის აღიარებით წინააღმდეგობების გადაწყვეტისთვის ზოგადი მიდგომა უნდა გამომდინარეობდეს საექიმო ვალის კონცეფციიდან.

პაციენტის მიერ მკურნალობაზე უარის გაცხადების უფლება წარმოადგენს თითქმის ყველაზე დრამატული ბიოეთიკური დილემების პირველწყაროს. მაგალითად, მომაკვდავი პაციენტის მიერ უარის გაცხადება მკურნალობაზე წარმოადგენს მის არჩევანს პასიური ევთანაზიის სასარგებლოდ. ერთის მხრივ, მკურნალობაზე

* მუხლი 3. პაციენტის ძირითადი უფლებები და დაცვის გარანტიები

2. პაციენტს გარანტირებული აქვს: მკურნალობაზე უარის თქმის უფლება, თუ აქვს უნარი მიიღოს გაცნობიერებული გადაწყვეტილება.

უარის გაცხადების უფლება აქაც წარმოადგენს საყოველთაოდ აღიარებულ ეთიკურ-ჰუმანისტურ ფასეულობას და იურიდიულ-სამართლებრივ ნორმას, რომელიც შეესაბამება აღიარებულ საერთაშორისო სტანდარტებს. მეორეს მხრივ, ამ ნორმის გამოყენება ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას, არა მარტო მნიშვნელოვნად ართულებს ექიმ-ფსიქიატრების მუშაობას, არამედ საყოველთაოდ აქტუალურს ხდის საფრთხის პრობლემას, რომელსაც უქმნის საკუთარ თავსა და გარშემომყოფებს ზოგიერთი სულით ავადმყოფი.

ფორმალურ-ლოგიკური თვალსაზრისით, მკურნალობაზე „თანხმობა“ და „უარი“ - ეს ერთი და იგივე საკითხია, რომელიც ან დადებითად გადაწყდება ან უარყოფითად. რეალურად კი, ეს ბევრად განსხვავებული სოციალური გადაწყვეტილებებია, კლინიკური ვითარებები და პაციენტის მორალურ-ფსიქოლოგიური მდგომარეობები. მკურნალობაზე „თანხმობა“ - გადაწყვეტილებაა, მკურნალობაზე „უარი“ კი უკვე ქმედებაა.

მკურნალობაზე უარის გაცხადებას აქვს მრავალი კონკრეტული ნიუანსი - სოციალური, სამედიცინო-კლინიკური, იურიდიულ-სამართლებრივი, საექიმო-ეთიკური და ფილოსოფიურ-ეულტურული კუთხითაც. მაშინ, როდესაც ამერიკულ ფსიქიატრიაში (70-იანი წლები) სამართალდაცვითი იდეებისადმი რომანტიკული დამოკიდებულებები სუფევდა, არანებაყოფლობითი მკურნალობის ჩვენებები უკიდურესად შეზღუდული იყო (და იურიდიულად განისაზღვრებოდა, როგორც „ავრესიის, თვითზიანის ან სუიციდის მნიშვნელოვანი ალბათობა“), შედეგად, ბოსტონის სახელმწიფო ჰოსპიტლის ორ მსხვილ სტაციონარულ განყოფილებაში ავადმყოფების იზოლაციაში მოთავსების აუცილებლობა მკვეთრად გაიზარდა. ამერიკის ზოგ რეგიონში კი ფსიქიატრია რეგრესიას განიცდიდა და „ნეიროლეპტიკებამდელ ერაში“ ჩარჩა.

ლიტერატურაში დისკუსიები იმართება სულით ავადმყოფთა უფლებაუნარიანობის „სპეციფიკური

შეზღუდვების“ გამო, როცა შეიძლება ჩაითვალოს, რომ პაციენტს შენარჩუნებული აქვს სხვა სამოქალაქო უფლებები, მაგრამ იმავე დროს - ჩამორთმეული აქვს მკურნალობაზე უარის გაცხადების უფლება. საქმე იმაშია, რომ ზოგიერთ სულით ავადმყოფს შეიძლება უპირატესად დაკარგული ჰქონდეს უნარი შეაფასოს მკურნალობის მეთოდები, რისკი და სარგებლობა, ისევე, როგორც უნარი შეაფასოს ავადმყოფობა (ანოზოგნოზიის ფენომენი - პაციენტის მიერ ავადმყოფობის უარყოფა მთლიანობაში, ან მისი ცალკეული გამოვლინებები).

ფსიქიატრიაში პაციენტის მიერ მკურნალობაზე უარის გაცხადების უფლების განხილვისას ახალი ასპექტები წარმოიქმნება პასუხისმგებლობის პრობლემის გამო. კანონში „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ნათქვამია, რომ პაციენტს, რომელმაც უარი განაცხადა მკურნალობაზე, ექიმი ვალდებულია აუხსნას შესაძლო შედეგები, თანაც მკურნალობაზე უარის გაცხადება შეიძლება პაციენტის გაწერის საფუძველი გახდეს. საზოგადოებისთვის საშიში მოქმედებების ჩადენის შემთხვევაში ასეთი პაციენტის მიერ დოკუმენტურად დადასტურებული ფაქტი მისი გაფრთხილების შესახებ ექიმის მიერ მკურნალობაზე უარის გაცხადების ან შეწყვეტის გადაწყვეტილების არაგონივრულობაზე, მართლმსაჯულებისათვის იძენს განსაკუთრებით მნიშვნელობას.⁸ აშშ-ში კანონი საერთოდ ზღუდავს ექიმის პასუხისმგებლობას გაწერილი ავადმყოფის მიერ აგრესიისათვის ან სუიციდის ჩადენისათვის.

ბოლოს, მკურნალობაზე უარის გაცხადების პრობლემას აქვს კიდევ ერთი ასპექტი, სამედიცინო სტანდარტების თვალსაზრისით, ფსიქიატრიაში მკურნალობაზე უარის გაცხადების ზოგიერთი ფაქტი შეფასებულია, როგორც არაგონივრული, ხოლო

⁸ საქართველოს კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ მუხლი 15.2.

ფსიქიატრიულ სტაციონარში მომუშავე სპეციალისტი, თუ ის მოქმედებს ამ კანონის შესაბამისად პასუხს არ აგებს პაციენტის ნებისმიერი ქცევისათვის, რომელიც გაწერილია სტაციონარიდან აღნიშნული კანონის მოთხოვნების გათვალისწინებით.

სოციალური და იურიდიული სტანდარტების თვალსაზრისით - საშიში. თუმცა, ამით სრულად არ ამოიწურება ამ საკითხის არსი. კლინიკურ ფსიქიატრიაში დასტურდება, რომ ცალკეულ შემთხვევებში, როცა პაციენტის მიერ უკვე კრიტიკულად ფასდება ავადმყოფური შეტევა, პაციენტმა შეიძლება ამჯობინოს ფსიქოზური განცდები იმ სიძნელეებს, რაც უკავშირდება ფსიქიატრიულ მკურნალობას, ან თუნდაც, გამოჯანმრთელების პროცესს. ეს გარემოება, მით უმეტეს, არ შეიძლება ყურადღების გარეშე დარჩეს, მაშინ, როდესაც ზოგადი მედიცინის პრაქტიკაში მკურნალობაზე უარის გაცხადება, ვთქვათ, რელიგიური მოსაზრებებით, იკიცხება საზოგადოების ერთი ნაწილის მიერ, სამაგიეროდ, გამართლებულია მეორე ნაწილის მიერ. თანამედროვე მედიცინაში „ინფორმირებული თანხმობის“ და „მკურნალობაზე უარის გაცხადების“ ცნებების განსაკუთრებული როლი განისაზღვრება არა მარტო სამართალდამცავი აქტივობის გაძლიერებით ჯანდაცვის სფეროში, არამედ, ბოლო პერიოდისთვის დამახასიათებელი იატროგენული (ექიმის მიერ გამოწვეული ავადმყოფობა) პრობლემის საგანგაშო გავრცელებით. საკმარისია აღვნიშნოთ ისეთი იატროგენული ფაქტორი, როგორცაა ზოგიერთი წამლის გაუმართლებელი და არარაციონალური გამოყენება (არსებობს ე.წ. „იატროგენული ავადმყოფობა“), რათა გარკვევით დავინახოთ, რომ XX საუკუნის მედიცინაში პრინციპი - „არ ავნო“ უფრო მეტად აქტუალურია.

ფსიქიატრიაში მრავალ იატროგენული ფაქტორთაგან პირველ ადგილზე ისევ რჩება ჰოსპიტალური ტრავმა - თვით ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ნეგატიური ზემოქმედება ბევრი პაციენტის თვითშეგრძნებაზე, ცხოვრების ხარისხზე. ამასთან დაკავშირებით, ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციის თანამედროვე პრინციპების სისტემა მოიცავს კიდევ ერთ მნიშვნელოვან პრინციპს - სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა ყველაზე ნაკლებად შემზღუდველ პირობებში (ანუ, როგორც

უწოდებენ საზღვარგარეთის ლიტერატურაში, „უმცირესი შეზღუდვის ალტერნატივა“).

აღნიშნული პრინციპის კონტექსტში ძირეულად იქნა ხელახლა გააზრებული ფსიქიატრიული სტაციონარის დანიშნულება. მისი ფუნქცია მდგომარეობს არა მარტო საშიშ პაციენტთა იზოლაციაში, არამედ მოთხოვნილებათა და საჭიროებათა დაკმაყოფილებაში, მათთვის ვინც აქ სამედიცინო დახმარებას იღებს, სამოქალაქო უფლებების გათვალისწინებით. იზოლაციის და შეზღუდვის ზომებიც შეიძლება გამოყენებული იყოს მინიმალურად. „კანონში ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ნათქვამია: „როცა ექიმ-ფსიქიატრის აზრით სხვა მეთოდებით შეუძლებელია პაციენტის მოქმედებების აღკვეთა, რომლებიც წარმოადგენენ უშუალო საფრთხეს საკუთარი თავისთვის და სხვა პირებისთვის ფიზიკური შეზღუდვის და იზოლაციის ზომები არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციისა და ფსიქიატრიულ სტაციონარში დაყოვნების დროს გამოიყენება მხოლოდ ასეთ შემთხვევებში, გარკვეული ფორმით და დროით და ხორციელდება სამედიცინო პერსონალის მუდმივი კონტროლის ქვეშ“. (კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ, მე-13 მუხლი: „პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა“).*

სხვა სიტყვებით, იზოლაციის ან შეზღუდვის ზომების გამოყენება დასაშვებია მხოლოდ „დროის ჩართული მრიცხველით“, „ეთიკური მონიტორინგის“ პირობებში, მუდმივად დამოწმებით, რომ სხვა გონივრული

* 1. ექიმ-ფსიქიატრს გარკვეულ შემთხვევაში განსაზღვრული ვადით აქვს უფლება გამოიყენოს სტაციონარში მყოფი პაციენტის ფიზიკურად შეზღუდვის მეთოდი, თუ დაასკნის, რომ შეუძლებელია სხვაგვარად პაციენტისათვის დახმარების გაწევა ან საზოგადოების დაცვა მისი საშიში ქმედებისაგან.

2. დაუშვებელია ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდების ან მედიკამენტების გამოყენება პაციენტის დასჯის ან დაშინების მიზნით.

3. პაციენტის ფიზიკური შეზღუდვა ხდება მკურნალი ექიმის ან სტაციონარის მორიგე ექიმის გადაწყვეტილების საფუძველზე. რისი დასაბუთებაც ფიქსირდება ავადმყოფის ისტორიაში.

4. პაციენტს, რომლის მიმართაც გამოყენებული იყო ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდი, აგრეთვე მშობლებს, მეურვეებს, სახელმწიფო ან საზოგადოებრივი ორგანიზაციების წარმომადგენლებს შეუძლიათ შეიტანონ საჩივარი სასამართლოში ფიზიკური შეზღუდვის მეთოდის გამოყენების საფუძვლიანობის შესახებ.

ალტერნატივა პაციენტის არსებული მდგომარეობის გათვალისწინებით უბრალოდ არ არსებობს. „უმცირესი შეზღუდვის ალტერნატივის“ პრინციპის გამოყენების რეალური გამოცდილება საზღვარგარეთის ფსიქიატრიაში საშუალებას აძლევს ზოგ ავტორს გარკვეულად კატეგორიული იმპერატივი ჩამოაყალიბოს: „არავინ არ შეიძლება იზოლირებული იყოს რამდენიმე დღეზე მეტ ხანს, საერთოდ, იზოლაციამ შეიძლება გასტანოს რამდენიმე წუთს ან საათს“. სამწუხაროდ, სამამული ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, სადაც ჯერ კიდევ ბევრი განყოფილების კარი კვლავ ჩარახულია და „დროის მრიცხველი“ ჯერ კიდევ არ არის ჩართული. არც თუ იოლი ვითარება ყალიბდება: „კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ უკვე მიღებულია და დროა ანჯამების ნაცვლად ექიმებმა და მედპერსონალმა დაიცვან იგი.

ერთი შეხედვით, „უმცირესი შეზღუდვის ალტერნატივის“ პრინციპი ფსიქიატრიის ისტორიისთვის ახალი არ არის. პინელის რეფორმის შემდეგ ღია კარის სისტემას პროპაგანდას კორსაკოვი უწევდა თავის „ფსიქიატრიის კურსში“ 1900 წელს. „უმცირესი შეზღუდვის ალტერნატივა“ ჩართულია სრულიად ახალ სოციალურ, მსოფლმხედველურ და ეთიკურ-იურიდიულ კონტექსტში. ამჟამად, ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაციებში ექიმისა და იურისტის ნაცნობი როლების გარდა არანაკლებ აქტიური ხდება თვით პაციენტის როლიც. ამიტომ, სრულიად არასწორია „უმცირესი შეზღუდვის ალტერნატივის“ პრინციპის დაყვანა მხოლოდ პინელისა და კონოლის იდეებამდე, ვინაიდან სრული სახით ეს პრინციპი უპირველეს ყოვლისა ასახავს სულით ავადმყოფთა იურიდიულ-პროცედურულ უფლებებს მათი ურთიერთობისას ფსიქიატრიულ სამსახურებთან. თანახმად „კანონისა ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ფსიქიატრიული საავადმყოფოს პაციენტს უფლება აქვს ცენზურის გარეშე დაწეროს საჩივარი და განცხადება, ადვოკატს ან მოძღვარს განცალკევებით შეხვდეს და სხვა. (სულ 12 იურიდიულად

გარანტირებული უფლება). ფრანგი (პინელის მიმდევრების) და ინგლისელი (კონოლის მიმდევრებისათვის) ფსიქიატრების დისკუსიის საგანი ოდიტოგანვე იყო „დამაწყნარებელი პერანგის“ გამოყენების დაშვება თუ აკრძალვა. ფრანგი ექიმების ერთ-ერთი არგუმენტი ძალიან თანამედროვედ ჟღერს: „დამაწყნარებელი პერანგის“ გარეშე ზოგიერთ პაციენტს სჭირდება საკმაოდ დიდი დოზით ნარკოტიკული საშუალებები, ხოლო ეს სხვა არაფერია, თუ არა „ქიმიური შეზღუდვა“. „უმცირესი შეზღუდვის ალტერნატივის“ პრინციპის შინაარსში ჩადებულია კიდევ ერთი ასპექტი - პაციენტების დაცვა გადამეტებული მკურნალობისგან, ვინაიდან, თანამედროვე ფსიქიატრიაში გამოიყენება ისეთი მეთოდები და საშუალებები, როგორებიცაა შოკური თერაპია, ძლიერმოქმედი ფსიქოტროპული საშუალებების დიდი არსენალი და სხვა.

ფსიქიატრიის ისტორიაში მრავალი მაგალითი არსებობს, როცა შეშლილობას, სიშმაგეს, სიგიჟეს, ირაციონალურს ექიმები უპირისპირებდნენ თერაპიული საშუალების სახით რაიმე ექსტრემალურს, ხოლო სამკურნალო ეფექტის ახსნა (ნამდვილისა თუ გამოგონილის), როგორც წესი, დაიყვანებოდა კვლავ ირაციონალურამდე. ჯერ კიდევ პინელმა, რომელიც ფსიქიატრიის რეფორმას ატარებდა, მტკიცედ უარყო მანამდე ფართოდ გამოყენებული „უხეში მკურნალობა, ზოგჯერ სასიკვდილოც“ - სისხლის მასიური გამოშვების პროცედურა მრავალჯერ, ძლიერი შხაპი, ცივი აბაზანები, თავზე ყინულის დადება. 1935 წელს პორტუგალიელი ფსიქიატრის ე. მონიშის მიერ პირველად ჩატარდა დაუოკებელ სულით ავადმყოფზე ყველაზე ცნობილი ფსიქოქირურგიული ოპერაცია - ლობოტომია (თავის ტვინის შუბლის წილებების გამტარი ბოჭკოების გადაკვეთა). განსაკუთრებით დიდი გავრცელება ლობოტომიამ 40-50-იან წლებში ჰპოვა. აშშ-ში ზოგი ქირურგი დღემდე 50-მდე ოპერაციას აკეთებდა (ზოგჯერ ამბულატორიის პირობებში). თუმცა, მალე ძალიან სერიოზული გართულებები -

ეპილეფსიური გულყრები, პაციენტის ქცევის გაუთვალისწინებელი ცვლილებები - „უსაზღვრო ინერტულობა“ ან „მუდმივი ზეაქტივობა“ აღინიშნებოდა.⁹ ჩვენს ქვეყანაშიც იყენებდნენ ლობოტომიას, მაგრამ გაცილებით მცირე მასშტაბით. 30-იან წლებში დაიწყო ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობის შოკური მეთოდების ფართოდ გამოყენება. ფსიქოტროპული სამკურნალო საშუალებების (50-იან წლებიდან) გამოყენების დაწყებას მოჰყვა მათი შეზღუდვა, მაგალითად, ელექტოგანმუხტვითი თერაპია (შოკური თერაპიის ერთ-ერთი მეთოდთაგანი) ინიშნებოდა მძიმე დეპრესიების დროს, რომლებიც ცუდად ექვემდებარებოდა მედიკამენტურ მკურნალობას. თუ რამდენად აქტუალურია მკურნალობის აღნიშნული მეთოდის გამოყენების მკაცრი ეთიკური-იურიდიული რეგულაცია, მოწმობს შემდეგი: სულ რაღაც 30 წლის წინ „ფსიქიატრიის ცნობარში“¹⁰ ავტორი მკითხველს აუღელვებლად აწვდიდა ინფორმაციას, რომ ელექტოგანმუხტვითი თერაპიის გართულებებს შორის „ქირურგიული გართულებები“ ყველაზე ხშირია - გრძელი ლულოვანი ძვლების, ძალების მოტეხილობები (!), ქვედა ყბის, მხრისა და სხვა სახსრების ღრძობა. „ფსიქიატრიის ცნობარის“ ავტორების ემოციური სიხისტე ასახავდა გარკვეულ მსოფლმხედველურ პოზიციას - საექიმო პატერნალიზმისა და პანკლინიციზმის სწორხაზოვნებას, რითაც დავიწყებას მიეცა უძველესი სამედიცინო-ეთიკური მაქსიმა: „წამალი არასოდეს უნდა იყოს ავადმყოფობაზე უფრო მწარე“. ძლიერმოქმედი ფსიქოტროპული წამლების გამოყენება ასევე ხშირად იწვევს საკმაოდ სერიოზულ იატროგენულ გართულებებს - წონასწორობის დაკარგვას, მოძრაობის დარღვევებს და სხვა. ცალკეულ შემთხვევებში ვითარდება ნეიროლექტიკური სინდრომი, რომლის დროსაც სიკვდილის ალბათობა აღწევს 15-30%-ს. სხვადასხვა მონაცემებით ეს გართულება 0,4-14%-ში

9. Чавкин С. Похитители разума. М., 1982. С. 40-43.

10. Справочник по психиатрии. М., 1974. С. 283.

ვლინდება ნეიროლექტიკებით მკურნალობის შედეგად.

ჩვენს ქვეყანაში ფსიქიატრიული მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების გამოყენების სამართლებრივი რეგულაციისთვის პირველი ნაბიჯები გადაიდგა (სახლდარგარეთის მდიდარი გამოცდილების გამოყენებით) 1989 წელს, როცა მაშინდელი ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ სპეციალური ბრძანების საფუძველზე გათვალისწინებული იყო პაციენტის ან მისი ნათესავის თანხმობის აუცილებლობა მკურნალობის შოკური მეთოდების და სულფოზინოთერაპიის (ძალიან მტკივნეული ინიექცია, რომელიც მაღალ ტემპერატურას იწვევს, ადგილობრივად კი კუნთოვანი ქსოვილის ნეკროზს) გამოყენებაზე. „კანონში ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ (მუხლი 5,9)¹¹ პაციენტის ავტონომიის პრიორიტეტულობა „სამედიცინო საჭიროების“ ყველანაირ მოსაზრებასთან მიმართებაში უფრო კატეგორიულადაა გამოსატყულები: „ფსიქიკური აშლილობების სამკურნალოდ ქირურგიული და სხვა მეთოდების გამოყენება, რომელთაც მოსდევთ შეუქცევადი შედეგები, ასევე, სამედიცინო საშუალებებისა და მეთოდების გამოცდა, დასაშვებია მხოლოდ პაციენტის თანხმობის შემთხვევაში“. მიზანშეწონილი იქნებოდა ამ სამართლებრივი ნორმისთვის დამატებით შემუშავებულიყო (როგორც ამას აკეთებენ ზოგიერთ სხვა ქვეყანაში)¹² ცალკე ეთიკური სტანდარტები მკურნალობის კონკრეტული მეთოდებისათვის და

¹¹ მუხლი 5. ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაცია

9. აქტიური ბიოლოგიური მეთოდებით მკურნალობა (შოკური, კრუნჩხვითი), კლინიკური და ან მკურნალობის ექსპერიმენტული მეთოდი პაციენტის მიმართ შეიძლება გამოყენებულ იქნეს მხოლოდ მისი (მეურვის, მშობლების) თანხმობით. თუ თავისი მდგომარეობის გამო პაციენტს არ შეუძლია მიიღოს გაცნობიერებული გადაწყვეტილება, ობიექტური მიზეზების გამო არ ხერხდება ახლობელთა თანხმობის დროული მიღება და აღნიშნული მეთოდი მდგომარეობის გაუმჯობესების ერთადერთი სავარაუდო საშუალებაა, იგი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს სპეციალურად ამ მიზნით შექმნილი დამოუკიდებელი ნეიტრალური ორგანოს ნებართვით და ზედამხედველობით.

¹² „დებულება ფსიქოტროპული საშუალებების გამოყენებისა და ბოროტად გამოყენების შესახებ“

მიღებული 29-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ ტოკიოში, იაპონიაში 1975 წლის ოქტომბერში შეტანილია ცვლილებები 35-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ ვენეციაში, იტალიაში 1983 წლის ოქტომბერში.

უპირველეს ყოვლისა, ფსიქოტროპული წამლებისათვის.

ცალკე თემას წარმოადგენს - ფსიქიატრიის ბოროტად გამოყენება პოლიტიკური მიზნებისათვის. 1989 წელს ფსიქიატრების საკავშირო საზოგადოების „განაცხადში“, რომელიც გაკეთდა მსოფლიო ფსიქიატრიული ასოციაციის კონგრესისათვის (ქ. ათენი), ოფიციალურად აღიარებული იყო, რომ ჩვენს ფსიქიატრიაში „მომხდარა არასამედიცინო, მათ შორის პოლიტიკური მიზეზებით დარგის ბოროტად გამოყენება“.¹³

გარემოებებს შორის, რომლებმაც შესაძლებელი გახადეს ფსიქიატრიის ბოროტად გამოყენება პოლიტიკური მიზნებისთვის, უნდა აღინიშნოს, პირველ რიგში, შესაბამისი სოციალური შეკვეთა სამთავრობო ტოტალიტარული რეჟიმის მხრიდან; მეორეც, ეთიკური და სამართლებრივი ნიჰილიზმი სამამულო ექიმების გარემოში; მესამეც, სამამულო მეცნიერების მონოპოლიზმი, როცა ე.წ. „დუნე მიმდინარეობის შიზოფრენიის“ კონცეფციას, რომელსაც მოსკოვის ფსიქიატრიული სკოლა ემხრობოდა (ა.ვ. სნეჟნევსკის თაოსნობით), თითქმის არ დახვედრია სერიოზული კრიტიკა. საერთოდ, კი პაციენტებს ასეთი დიაგნოზი შეიძლება დაუდგინდეთ, თუმცა ეს ძალიან ძნელია. ექიმისგან საჭიროა დიფერენცირდეს ადამიანთა ერთ ჯგუფში (რომელიც პრაქტიკულად ჯანმრთელია) ერთგვაროვანი ქცევის ფაქტები, როგორც მხოლოდ და მხოლოდ პიროვნული თავისებურებები, ხოლო სხვა ჯგუფში კი აღნიშნული კვალიფიცირდეს, როგორც ავადმყოფური პროცესის სიმპტომური გამოვლინება. ამავე დროს, მეორე შემთხვევაში ექიმი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ აქ საბოლოოდ ჩამოყალიბდება სპეციფიკური შიზოფრენიული ფსიქიკის დეფექტი.

ფსიქიატრიის ბოროტად გამოყენება პოლიტიკური მიზნებისთვის შეიძლება ჩაითვალოს გაუკუღმართებული პატერნალისტური საექიმო პოზიციის შედეგად, თანაც, ძალიან ცინიკური ფორმით. დამახასიათებელია, რომ

¹³ Морозов П. В. Правда об Афинах//Врач. 1990. Февр. С. 25.

სამართლიანობისათვის მებრძოლი ბევრი აქტივისტი ჩვენს ქვეყანაში „დამსჯელობითი ფსიქიატრიის“ მსხვერპლად გადაიქცა. სწორედ მათი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დამოუკიდებელი სამედიცინო ექსპერტიზით გახდა შესაძლებელი აღშფოთების ტალღის აგორება მთელ მსოფლიოში (ხოლო „საჯაროობის“ დროს კი ქვეყნის შიგნითაც). შედეგად, 1988 წლიდან დაიწყო ფსიქიატრიის დემოკრატიზაცია - მისი დაქვემდებარება ეთიკური და იურიდიული საერთაშორისო სტანდარტებისადმი. 1995 წლის კანონში ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ გათვალისწინებულია, (მე-15 მუხლი: „ფსიქიატრიის დარგში მომუშავე სპეციალისტის პასუხისმგებლობა“). პირი, რომელიც წინასწარ განზრახვით ათავსებს ან გარკვეული დროით აკავებს პიროვნებას ფსიქიატრიულ სტაციონარში, უნიშნავს სამკურნალო საშუალებებს ან სნადის სხვა ქმედებებს, რითაც ხელყოფს პიროვნების ძირითად უფლებებს, ისჯება მოქმედი კანონმდებლობით, კერძოდ სსსკ-ის 149-ე მუხლის თანახმად: „უკანონო მოთავსება ან დაკავება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში“.

სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საკითხი დგება პიროვნების იძულებითი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში მისი თანხმობის გარეშე, როცა ის აშკარად არ საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას, დაუშვებელია პაციენტის სტაციონარში დაყოვნება იმაზე მეტი ხნით, რაც საჭიროა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისთვის (კანონი ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ - მე-7,4 მუხლი - სტაციონარული დახმარება). ასევე, 149-ე მუხლით კვალიფიცირდება პირის ფსიქიატრიულ სტაციონარში დაყოვნების ვადის უკანონი გახანგრძლივება, როცა ამის აუცილებლობა აღარ არსებობს. აღნიშნული დანაშაულის სუბიექტების წრე მოიცავს ნათესავებსა და სხვა დაინტერესებულ პირებს, ასევე ფსიქიატრიული სტაციონარის მუშაკებს, მოსამართლეებსა და სხვა თანამდებობის პირებს. სუბიექტური მხარე არის პირდაპირი განზრახვა. ხოლო, ამ დანაშაულის დამამძიმებელ

გარემოებებს განეკუთვნება პირის მიერ თანამდებობის ბოროტად გამოყენება, რასაც მოჰყვა გაუფრთხილებლობით სიცოცხლის მოსპობა, ან ჯანმთელობის, ან სხვა რაიმე მძიმე დაზიანება.*

კანონმდებლობით გათვალისწინებულია ექიმის ვალდებულებათა და პასუხისმგებლობის სფეროს გაზრდა, მაგალითად, ექიმი პასუხს აგებს ყალბი დასკვნის მიცემისათვის "საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის" 341-ე მუხლის მიხედვით - „სამსახურებრივი სიყალბე“: „ყალბი ცნობის ან ჩანაწერის შეტანა ოფიციალურ დოკუმენტში“ სისხლისსამართლებრივ პასუხისმგებლობას ექვემდებარება, ვინაიდან ექიმი ვალდებულია „დადგენილი წესით აწარმოოს ჩანაწერები სამედიცინო დოკუმენტაციაში“ („კანონის ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ 43-ე მუხლის თანახმად), რაც დეტალურად არის განსაზღვრული „კანონში საქიმო საქმიანობის შესახებ“ 56-ე მუხლში: „სამედიცინო ჩანაწერების წარმოების პირობები“.

რაც შეეხება კონკრეტულად ფსიქიატრიის ბოროტად გამოყენების თემას, „კანონში ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ნათქვამია: „სამედიცინო საშუალებები და მეთოდები გამოიყენება მხოლოდ სამკურნალო მიზნით ავადმყოფობის ხასიათის შესაბამისად და არ უნდა იქნას გამოყენებული ავადმყოფების დასასჯელად, ან სხვა პირთა კეთილდღეობისთვის“, ასევე: „ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენისას ექიმი-ფსიქიატრი დამოუკიდებელია საკუთარ გადაწყვეტილებებში და ხელმძღვანელობს მხოლოდ სამედიცინო ჩვენებებით, საქიმო მოვალეობითა და კანონით“.

თუკი გავითვალისწინებთ, რომ პრობლემური

* სსსკ-ის XXXIX თავი - სამოხელეო დანაშაული:

მუხლი 332. სამსახურებრივი უფლებამოსილების ბოროტად გამოყენება;

მუხლი 333. სამსახურებრივი უფლებამოსილების გადაამეტება;

მუხლი 342. სამსახურებრივი გულგრილობა: (2. იგივე ქმედება, რამაც გაუფრთხილებლობით გამოიწვია ადამიანის სიცოცხლის მოსპობა ან სხვა მძიმე შედეგი, ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ოთხ წლამდე.)

ვითარებების (ხელოვნური განაყოფიერება, სამედიცინო-ბიოლოგიური ექსპერიმენტები) მიმართ ბიოეთიკაში ჯერ კიდევ ბევრი სამუშაო არის ჩასატარებელი ექიმებისა და იურისტების მიერ, მაშინ შეიძლება დავასკვნათ: ყველაზე ადრე და საფუძვლიანად სწორედ ფსიქიატრიის სფეროში მოხდა ადამიანის უფლებების დაცვის და გარანტირების იდეოლოგიის გააზრება.

REFERENCES:

- 1) Ahronheim I., Moreno I., Lucherman C. Ethics in Clinical Practice. N. Y.: Little Brown and Company, 1994.
- 2) Alderson P. Consent to Children's Surgery and Intensive Medical Treatment // Journal of Law and Society. 1990, p. 52-65.
- 3) Alexander L. Medical Science under Dictatorship // New England J. of Medicine. 1949. Juli 14. P. 40.
- 4) Appelbaum P.S., Lidz Ch.V., Meisel A. Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice. N. Y.; Oxford, 1987;
- 5) Applied Ethics and ethical Theory, 1988.
- 6) Ayer A. Philosophical Essays. L., 1959. C. 246. Статья «The Analysis of Moral Indgements».
- 7) Barr A. D. The ethics of Soviet medical practice: behaviours and attitudes of physicians in Soviet Estonia // Journal of Medical Ethics. ь 22, p. 33-40.
- 8) Barr A. D., Field M. The Current State of Health Care in the Former Soviet Union: Implications for Health Care Policy and Reform // American Journal of Public Health. March 1996. V. 86. ь3, p. 307-312.
- 9) Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition. Oxford Univ. Press. N. Y.-Oxford, 1994.
- 10) Behnke J.A., Bok S. (eds.) The Dilemmas of Euthanasia. N. Y., 1975;
- 11) Bioethics. Ed. by Rem D. Edwards, Glen C. Graber. Jovanovich, publishers. San Diego, 1988.
- 12) Bon, A. en R. van Voren, eds. (1989). Nationalism in the USSR.
- 13) Boon, L., red. (1996). Zorgvisies en management.
- 14) Broad C.D. Ethics and the History of Philosophy. L., 1952. P. 244.
- 15) Brody H. Placebos and the The Philosophy of Medicine: Clinical, Conceptual, and Ethical Issues. University of Chicago Press. Chicago, 1980.
- 16) Brody B. Opposition to Abortion: A Human Rights Approach // Morality and Moral Controversies /Ed. by J.Arthur Prentice-Hall. Ync. Englewood Cliffs, New Jersey, 1981;
- 17) Bruininks, R.H. e.a. (1981). De-institutionalisation and Community Adjustment of Mentally Retarded People.
- 18) Carstairs G. M. Revolutions and the rights of man// Am. J. Psychiatry. 1977. V. 134, p. 979-983.
- 19) Chodoff P. Ethical conflicts in psychiatry: the Soviet Union vs. the US // Hosp. Community. Psychiatry.1985. V. 36, p. 925-928.
- 20) Clark R. A. Psychiatrists and psychoanalysts on war // Am. J. Psychother. 1965. V. 19, p. 540-558.

- 21) Crawshaw R. Complex and difficult questions: A tale of two medical cultures - US and USSR // *Pharos*. 1981. V. 44. № 2, p. 21-28.
- 22) Crawshaw R. Medical deontology in the Soviet Union // *Arch. Int. Med.* 1974. V. 134, p. 592-594.
- 23) Demarco I., Fox R.M. (eds.) *New Directions in Ethics: A Text of readings*. 3 ed. Ed. Belmont, Calif., Wadsworth, 1989.
- 24) Downing A.B. (ed.) *Euthanasia and the Right to Life: The Case for Voluntary Euthanasia*. L., 1969.
- 25) Edgerton, R.B. (1990). Quality of Life from a longitudinal research perspective. In: R.L. Schalock (Ed) *Quality of Life: Perspectives and Issues*.
- 26) Eichmann in Jerusalem. L., 1963. P. 90.
- 27) Emanuel E. J. *The Ends of Human Life: Medical Ethics in a Liberal Policy*. Harvard Univ. Press. Cambridge, Mass., 1991.<BIG>
- 28) Ethics. *International Encyclopedia of Ethics* /Ed. I.K.Roth, 1995. - "Applied Ethics" (p. 49-50).
- 29) Ethics. *International Encyclopedia of Ethics* /Ed. I.K.Roth. L.; Chicago. 1995. P. III.
- 30) Faden R., Faden A. False Belief and the Refusal of Medical Treatment // *Journal of Medical Ethics*. 1977. № 3, p. 133-136. 10.
- 31) Faden R.R., Beauchamp T. *A History and Theory of Informed Consent*. N. Y.; Oxford, 1986. Ch. 7.
- 32) Feinberg J. The Nature and Value of Rights // *The J. of Value Inquiry*. 4 (Winter 1970). P. 243-257. Reprinted in Samuel Gorovitz (ed.). *Moral Problems in Medicine* (Englewood Cliffs. N. Y., 1976).
- 33) Feinberg. *Human Rights* // *Moral Problems in Medicine*. P. 465.
- 34) Feinstein A. R. Clinical biostatistics. XXVI. Medical ethics and the architecture of clinical research // *Clin. Pharm. Ther.* 1974. V. 15. P. 316-334.
- 35) Field M. G. The Health Crisis in The Former Soviet Union: A Report From The "Post-War" Zone // *Social Science and Medicine*. V. 41. № 11, p. 470-478.
- 36) Fletcher G. Legal Aspects of the Decision Not to Prolong Life // *J. of the American Medical Association*. 1968. 203. № 1. P. 119-122. Reprinted in Gorovitz.
- 37) Foucault, M. (1961). *L'histoire de la folie*.
- 38) Garrett Th. M., Baillie H. W., Garrett R. M. *The Ethics of Testing and Screening / Health Care Ethics. Principles and Problems*. Prentice-Hall, Inc. New Jersey, 1989.
- 39) Gassmann, F. (2000). *On the Verge of Poverty*.
- 40) Gaylin W. *The Competence of Children: No Longer All or None* Hastings Center Report 12 April, p. 33-38.

- 41) Geneva Initiative on Psychiatry (different volumes.). Mental Health Reforms.
- 42) Gennep, A.Th.G. van (1997). Paradigma-verschuivingen in de visie op zorg voor mensen met een verstandelijke handicap.
- 43) Gert B. Morality. A new justification of the moral rules. Oxford Univ. Press, 1988. Chapter 14 "Applications of the Moral System" (p. 282-303),
- 44) Gluzman, S. (1989). On Soviet Totalitarian Psychiatry.
- 45) Green D. The Medvedev experience: 1984 and medicine // Persp. Bio. Med. 1976. V. 20, p. 145-155.
- 46) Hare R.M. Applications of Moral Philosophy. Cambridge, 1972.
- 47) Hastings Center Report (1995. Vol. 25, ' 7, Special Issul).
- 48) Holder A. R. Medical Malpractice Law. N. Y., 1975, p. 225.
- 49) Humber I.M. Abortion: The Avoidable Moral Dilemma // The J. of Value Inquiry. 1975. Vol. 9;
- 50) Hume D. Treatise. Book 111. Part 11. Sec. 1.
- 51) Jonas H. The Imperativ of Responsibility. In Search of an Ethics for the Technological Age. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1984.
- 52) Kebbon, I. (1996). Nordic Contribution to Disability Policies.
- 53) Kolakowski, L. (1981). Geschiedenis van het Marxisme.
- 54) Kubler-Ross E. On Death and Dyind. N. Y., 1969.
- 55) Loewy E. H. Textbook of Medical Ethics. Plenum Medical Book Company. N. Y.-London, 1989.
- 56) Lozano, B. (1993). Independent Living: Relation among Training, Skills and Success. American Journal on Mental Retardation, 98, no. 2.
- 57) Mans, I. (1998). Zin der Zotheid.
- 58) Manschot, M. en M. Verkerk, red. (1994). Ethiek van de zorg.
- 59) Mansell, J. and K. Ericsson, eds. (1996). Deinstitutionalization and Community Living.
- 60) Merz J. F., Fischhoff B. Informed Consent Does Not Mean Rational Consent // The Journal of Legal Medicine. 1990. № 11, p. 321-350.
- 61) Moral Dilemmas in Modern Medicine /Ed. M.Lackwood. Oxford Univ. Press, 1985.
- 62) Moral Issues /Ed. by I.Narveson. Toronto; N. Y.: Oxford Univ. Press, 1983.
- 63) Moral Problems in Medicine. Second Edition. Ed. by Gorovitz et al. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs. New Jersey, 1983.
- 64) Moral Problems: A Collection of Philosophical Essays. N. Y.: Harperd and Row, 1979.
- 65) Nagel Th. Death // Moral Problems. J.Rachels (ed.). N. Y., 1971. P. 362.
- 66) Nightingale E. O., Stover E. A question of conscience. Physicians in defense of human rights // JAMA.1986. V. 255, p. 2794-2797.

- 67) Nirje, B. (1969). The Normalization Principle – Trends, Perspectives and Challenges.
- 68) Panin D. The Notebooks of Sologdin. L., 1976. P. 66-67.
- 69) Peck A. Therapeutic abortion: patients, doctors, and society // *Am. J. Psychiatry*. 1968. V. 125, p.797-804.
- 70) Pelligrino E. D., Thomasma D. C. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford Univ. Press. N. Y.-Oxford, 1993.
- 71) President's Commission for the study of Ethical problems in medicine and Biomedical and Behavioral Research — *Defining Death: A Report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death* — Washington, D.C.: Government Printing Office, 1981.
- 72) Rachels J. Active and Passive Euthanasia // *New England J. of Medicine*. 292. 1 2 (January 9. 1975). P. 78-80.
- 73) Rachels J. *Moral Problems*. N. Y.: Harper and Row, 1979;
- 74) Raphael D.D. *Human Rights Old and New* // *Political Theory and the Rights of Man*. D.D.Raphael (ed.). L., 1967;
- 75) Rawls J. *A Theory of Justice*. Harvard Univ. Press. Cambridge, Mass., 1971.
- 76) Rorty R. *Justice as a larger loyalty / Justice and Democracy. Cross-Cultural Perspectives*. Ed. by R. Bontekoe, Marietta Stepaniants. University of Hawaii Press. Honolulu, 1997.
- 77) Ross S.L. *Abortion and the Death of the Fetus* // *Philosophy and Public Affairs*. 1982. Vol. 11, 1 3;
- 78) Ryan M. From the trial of a Soviet doctor // *Br.Med. J.* 1980. V. 280, p. 379-380.
- 79) Ryan M. USSR letter. Aspects of ethics (2) // *Br. Med. J.* 1979. V. 2, p. 648-649.
- 80) Schalock, R.L., ed. (1990). *Quality of Life: Perspectives and Issues*.
- 81) Searle I. *The Rediscovery of the Mind*. Cambridge, Mass., MIT Press, 1992.
- 82) Shaw A., Shaw I. Dilemma of Informed Consent in Children // *New England J. of Medicine*. 1973. 289. 1 17. P. 885-890. Reprinted in *Gorovitz...*.
- 83) Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry*.
- 84) Siegler M. Confidentiality in Medicine - A Decrepit Concept // *New England Journal of Medicine*. 1982. p. 1518-1521.
- 85) Simona de Beauvoir. *What is a Woman* // *The Second Sex*. 1952;
- 86) Singer P. *Practical Ethics*. 1979.
- 87) Strull W. M., Lo B., Charles G. Do Patients Want To Participate in Medical Decisionmaking? // *Journal of The American Medical Association*. 1984. № 252, p. 2990-2994.
- 88) Sumner L.W. *Abortion and Moral Theory*. Princeton; New Jersey: Princeton Univ. Press, 1981;

- 89) The new Encyclopedia Britannica, Macropaedia, Knowledge in Depth, The Univ. of Chicago, 1992. Vol. 10.
- 90) The Problem of Abortion and the Doctrine of Double Effect // Oxford Review. 1967. ¹ 5; reprinted in Rachels, Moral Problems, and Gorovitz, Moral Problems in Medicine.
- 91) Thimm, W. (1985). Das Normalisierungsprinzip – Eine Einführung.
- 92) Thomas Aquinas. Summa Theologica. First Part of the Second Part. Question 6, article 8; Question 19, articles 5 and 6.
- 93) Thomson J.J. A Defence of Abortion // Rights, Restitution and Risk. Essays in Moral Theory. Cambridge (Mass.); L.: Harvard Univ. Press, 1986.
- 94) Tooley M. In Defence of Abortion and Infanticide // Moral Issues /Ed. by I.Narveson. Oxford Univ. Press, 1983;
- 95) United Nations Development Programme. (1999). Human Development Report for Central and Eastern Europe and the CIS.
- 96) Veatch R. M. A Theory of Medical Ethics. Basic Books. N. Y., 1981.
- 97) Veatch R. M. Medical ethics in the Soviet Union// Hastings Cent. Rep. 1989. V. 19, p. 11-14.
- 98) Velasquez M., Rostanowski C. Ethics: Theory and Practice. 1985;
- 99) Venesaar, U. e.a. (1995). Economic and Social Changes in the Baltic States in 1992-1994.
- 100) Vucinich A. Science and morality: A soviet dilemma // Science. 1968. V. 159, p. 1208-1212.
- 101) Wasserstrom R. Today's Moral Problems. 1979;
- 102) White C. The debasing of medicine in the Soviet Union [editorial] // Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.) 1986. V. 293, p. 1524.
- 103) Wim. H. van der Sluijs, "Descending on steps which are never thy own". Horn, 2002
- 104) Wolfensberger, W. (1985). The Principle of Normalization in Human Services.
- 105) World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001 – Mental Health.
- 106) Аодашева Н.А. Проблемы гражданско-правового обеспечения прав личности в договоре на оказание медицинской помощи. Тюмень, 1996.
- 107) Апресян Р.Г. Материалы "Круглого стола": Мы и биоэтика // Человек. 1990. № 6. С. 98-100.
- 108) Аристотель. Соч. в 4-х томах. Т. 4. М.: Мысль, 1984.
- 109) Баженов Н. Н. История Московского Доллгауза. М. 1909. С.9.
- 110) Баженов Н. Н. Проект законодательства о душевнобольных и объяснительная записка к нему. М., 1911. С. 47.

- 111) Бакштановский В.И. и Согомонова Ю.В.: "Этика успеха" (1995, 1996).
- 112) Биоэтика: проблемы и перспективы. М., 1992.
- 113) Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. М., 1995.
- 114) Вульф С.М. Эвтаназия: не переходить границу // Человек. 1993. № 5. С. 53-61.
- 115) Гиппократ. Избранные книги. М.: Сварог, 1994, с.87.
- 116) Гиппократ. Сочинения. Т. 2-3. М., 1941-1944.
- 117) Гостин Л. Соблюдение прав человека в области оказания психиатрической помощи (Принципы прав человека)//Право и психиатрия. М., 1991. С. 313.
- 118) Гуревич И. Я. Любое Е. Б. Шмуkler А. Б. Актуальные социальные проблемы психиатрии: Обзор, информ. М., 1989. Вып.2. С. 6.
- 119) Гуревич И. Я. Сурожаква Я. А. Шмуkler А. Б. Современные тенденции в развитии организации психиатрической помощи за рубежом: Обзор, информ. М., 1988. Вып. 1.
- 120) Доссе Жан. Научное знание и человеческое достоинство / Курьер ЮНЕСКО, ноябрь 1994.
- 121) Ермоленко А.Н. Этика ответственности и социальное бытие человека. Современная немецкая практическая философия. Киев: Наукова Думка, 1994.
- 122) Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1973. № 3. С. 589-610;
- 123) Ильин И. А. Соч. в 2-х томах. М.: Медиум, 1993.
- 124) Кант И. Основы метафизики нравственности. Соч в 6-ти томах. М. 1965, т.4(1), с. 253.
- 125) Корсаков С. С. Избранные произведения. М., 1954. С. 460.
- 126) Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. М.: Издательство Бек, 1995.
- 127) Модели Т. Физиология и патология души. Л., 1971. С. 506.
- 128) Морозов П. В. Правда об Афинах//Врач. 1990. Февр. С. 25.
- 129) Молль, А. "Врачебная этика". Обязанности врача во всех отраслях его деятельности. Для врачей и публики. С.-Пб., 1903, с. 84.
- 130) Пеллеgrино Э. Медицинская этика в США: настоящее и будущее // Человек. 1990. № 2 С. 50.
- 131) Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. Медгиз, Ленинградское отделение, 1956.

- 132) Пинель Ф. Медико-философское учение о душевных болезнях. СПб., 1899. С. 13, 17, 77, 100, 104, 106, 109, 123 и т.д.
- 133) Проект Свода принципов и гарантии защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи//Право и психиатрия. М., 1991. С. 330.
- 134) “Растерянное общество” (М.: Мысль, 1975). Гл. III.
- 135) Соловьев Вл. Соч. в 2-х томах. Т. 1. М.: Мысль, 1988.
- 136) Соловьев Вл. Оправдание добра. Соч. в 2-х томах. Т. 1. М., 1988.
- 137) Семичев С. Б. Антипсихиатрическое движение: его современное состояние//Медицина и идеология. М., 1985. С. 170-185.
- 138) Соловьев Э. Ю. Прошлое толкует нас. Очерки по истории философии и культуры. М., 1991. С. 407-410.
- 139) Справочник по психиатрии. М., 1974. С. 283.
- 140) Тищенко П.Д. Право на помощь и право на жизнь // Человек. 1992. № 6.
- 141) Филос. науки. 1990. 1 6. С. 80-84.
- 142) Хабермас Ю. Демократия, Разум, Нравственность. М.: Academia, 1995.
- 143) Хеффе О. Политика, право, справедливость. М.: Гнозис, 1994.
- 144) Чавкин С. Похитители разума. М., 1982. С. 40-43
- 145) Юдин Б.Г. БИОЭТИКА: принципы, правила, проблемы. Москва 1998.
- 146) Юдин Б.Г. Социальная институционализация биоэтики // Биоэтика: проблемы и перспективы. М., 1992. С. 24.



თავარ ჩანიზაია

«საქიმიო საქმიანობის სამართლებრივი
ნორმების ბიოეტიკური ასპექტები»

შინაარსი

ბიოეტიკის ისტორია - ორიენტაციის საკითხები

ბიოეტიკა და პროფესიული სამედიცინო ეთიკა
დამოკიდებულება ბიოეტიკასა და სამართალს შორის

ბიოეტიკის პრინციპები:

პრინციპი «არ ავნო»

პრინციპი «აკეთე სიკეთე»

სამართლიანობის პრინციპი

პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის პრინციპი

ბიოეტიკის წესები:

ინფორმირებული თანხმობის წესი

მართებულობის წესი

კონფიდენციალურობის წესი

«ქიმიო განკურნე თავი შენი»

ფსიქიატრიის რეფორმის ბიოეტიკური და
სამართლებრივი რეგულაციის თავისებურებები