


თამარ ჩაჩიბანიძე



**საქმიანო საქმიანობის  
სამართლებრივი  
ნორმების  
ბიოეთიკური  
ასპექტები**

თბილისი  
2002

თამარ ჩაჩიბაია

„საექიმო საქმიანობის  
სამართლებრივი ნორმების  
ბიოეთიკური ასპექტები“

თბილისი  
2002

თამარ ჩაჩიბაია

„საქმიმრო საქმიანობის  
სამართლებრივი ნორმების  
ბიოეთიკური ასპექტები“

**2002**

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

**ISBN 99928 0 135 2**

- © თამარ ჩაჩიბაია, 2002
- © „ჯანდაცვის სფეროს სამართალდამცველთა ჯგუფი“.
- © შპს „KCS“

## 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 ნორმების 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. ჟან 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 გამამყარებელ 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 ჩაუდენელი 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 მუ-

ხლი „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 უკანასკნელი 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. ამავდროს, მკურნალობაზე უარის თქმა პაციენტის ძირითადი უფლებაა და ექიმის ქმედება არ არის არაეთიკური მაშინაც კი, როცა ექიმის მიერ პაციენტის სურვილის შესრულებას ამ

უკანასკნელის სიკვდილი მოყვება“. ამგვარად, ექიმის ქმედება არა მარტო არ დაიგმობა, არამედ სისხლისსამართლებრივაც არ დაისჯება. „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 სისტემაში 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 გადანერგვის 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“, „წამლისა და ფარმაცევტული საქმიანობის 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 ყველანაირი 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 რეალიზაციაზე, 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 მიუხედა-



ვად, მაინც ვერ იქნება აცილებული დაპირისპირებები პაცი-  
ენტსა და ექიმს შორის სამართლის, თავისუფლების, ინტერე-  
სების სფეროში. ასეთი ურთიერთდაპირისპირებები შემთხვე-  
ვითი არ არის, რაც დაკავშირებულია იმასთან, რომ ნორმატი-  
ული პრინციპები და ზნეობრივი ფასეულობები ყოველთვის  
ერთმანეთს არ ემთხვევა და ზოგჯერ, პირიქით, შეუსაბამობა-  
შიც არიან ერთმანეთთან.

ზნეობის და კანონის არსებული შეუსაბამობები ქმნის  
პირობებს იმისათვის, რომ ევროპის და ამერიკის ქვეყნებში  
ერთდროულად მოქმედებს, როგორც დეტალურად შემუშავე-  
ბული სამართლებრივი რეგლამენტები, ასევე, პროფესიული  
სამედიცინო გაერთიანებებისათვის ეთიკური კოდექსებიც. მაგა-  
ლითისთვის განვიხილოთ „დეკლარაცია სამედიცინო აბორტე-  
ბზე“, რომელიც მიღებულია მსოფლიო სამედიცინო ასოცი-  
აციის მიერ 1993 წელს. ამ დეკლარაციის მე-6 პუნქტში ნა-  
თქვამია: „თუ პირადი მოსაზრებები ექიმს არ აძლევენ საშუ-  
ალებას ურჩიოს ან გააკეთოს სამედიცინო აბორტი (იმ ქვეყნე-  
ბშიც კი, სადაც აბორტი კანონით ნებადართულია), მან პაცი-  
ენტი უნდა გადააბაროს კომპეტენტურ კოლეგას.“ ხოლო, „სა-  
ქართველოს 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 შე-  
ესაბამება შვილის ყოლის „ღვთიური მადლის“ ცნებას იმ  
ადამიანებისათვის, რომელთა ზნეობრივი ფასეულობებიც აგე-  
ბულია რელიგიურ აღმსარებლობაზე.

ანალოგიური მაგალითები მრავლად მოიპოვება, რაც მე-  
ტყველებს განსხვავებებზე კანონიერებასა და ზნეობრიობას  
შორის. აშკარაა, რომ არა მარტო დამსჯელობითი მართლმსა-  
ჯულების არსებობისას, არამედ დამცველობითი სისტემის დო-  
მინირების პირობებშიც, ბიოეთიკა ასრულებს ექიმის პიროვნე-  
ბის დაცვის ფუნქციას, საფუძვლიანად ამყარებს მის პოზი-  
ციას, 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 ისტორია – ორიენტაციის საკითხები**

ბიოეთიკის განვითარება 1965-1980 წლებიდან დაიწყო მთელ მსოფლიოში. ლათინური სიტყვა ethice ნიშნავს სწავლებას ზნეობრიობაზე. როგორც ზოგადი, ასევე პროფესიული ეთიკის ამოცანაა არა მარტო ჩამოთვალოს ძირითადი (კერძო სპეციალობის) ფასეულობები და აკინძოს ისინი გარკვეულ პრაქტიკულ შეგონებებად, არამედ განმარტოს და დაასაბუთოს, თუ რომელი ფასეულობები იმსახურებენ ძირითადის სტატუსს, როგორია მათი ბუნება და მათი აუცილებლობის მიზეზი, როგორ დამოკიდებულებაშია პროფესიონალური ეთიკის ფასეულობები საექიმო მოღვაწეობის რეგულირების სხვა ფორმებთან, კერძოდ, სამედიცინო სამართალთან.

მეოცე საუკუნის 70-იან წლებში ბიოეთიკა გადარჩენის საშუალებად იქცა იმ აღამიანებისათვის, რომელნიც თვითონ არ იყვნენ დაკავებულნი მედიცინით და კვლევებით, მაგრამ

აღმოჩნდნენ რისკის და უარყოფითი შედეგების პირისპირ, რომლების გაკონტროლება ექიმებსა და მკვლევარებს ან არ შეეძლოთ, ან არ უნდოდათ.

ამჟამად სამედიცინო მეცნიერებას შეუძლია გადაჭრას პრაქტიკულად ყველა ავადმყოფობის პრობლემა. მეცნიერული კვლევებით და პროგრესით გატაცებამ ექიმები დააშორა პაციენტს, გაჩნდა ახალი სახის პრობლემები, განსაკუთრებით ზნეობრივი. პაციენტების მხრიდან ექიმების მიმართ მოთხოვნილებების გაზრდის შედეგია ის, რომ ხშირად სასამართლოში წყდება დაზარალებული პაციენტის მატერიალური და მორალური ზარალის ანაზღაურების საკითხი. გარდა ზნეობრივისა წარმოიქმნება სამართლებრივი პრობლემები ბიოლოგიასა და მედიცინაში მეცნიერული მიღწევების განვითარებასთან ერთად. თანამედროვე მედიცინის მიღწევები საშუალებას იძლევა ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით ჩარევა მოხდეს ადამიანის რეპროდუქციის პროცესებზე, ფსიქიკაზე, გენებზე და თვით სიკვდილის პროცესზეც კი. არც თუ უსაფუძვლოდ მიიჩნევენ, რომ მრავალი სამედიცინო ზემოქმედება აგრესიულია. ასე, რომ ადამიანებს ესაჭიროებათ ახალი, დამატებითი დაცვის საშუალებები და მექანიზმები.

დღეისათვის „ბიოეთიკა“ ჩვენს ლექსიკაში უკვე დამკვიდრებული ტერმინია. თუმცა სულ რაღაც 15 წლის წინ ინგლისში და ამერიკაში გამოცემულ ენციკლოპედიებში და განმარტებით ლექსიკონებში იგი ჯერ არ იყო შესული. 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 სისტემატიურად გაანალიზება ზნეობრივი ფასეულობების და პრინციპების სფეროში“.

ენციკლოპედიურ საერთაშორისო ლექსიკონში „ეთიკა“, რომელიც ერთ-ერთი ბოლო გამოცემაა (1995 წ.), (ექვსტომეული „ბიოეთიკის ენციკლიპედია“ - მთავარი

რედაქტორი ე. პელეგრინო რამდენიმე წლით ადრე გამოიცა), განმარტებულია – „ბიოეთიკა არის ადამიანის იმ პრობლემების მულტიდისციპლინური გამოკვლევა, რომლებიც წარმოიქმნება მედიცინის და სამეცნიერო ტექნოლოგიების მიღწევების შედეგად და განიხილება მორალური ფასეულობების და პრინციპების თანახმად“.

საექიმო ჩარევების დიაპაზონი, ანუ როგორც ამჟამად არის მიღებული, სამედიცინო ტექნოლოგიები განუსაზღვრელად გაფართოვდა, შესაბამისად, გაიზარდა პაციენტებისთვის სარგებლობაც. მაგრამ ამასთან ერთად, გაიზარდა რისკიც. თვითონ ექიმისაგან პაციენტისთვის რისკსა და სარგებლობას შორის თანაფარდობის განსაზღვრა ხშირად გაძნელებულია. ტრადიციული გადაწყვეტილებები მოძველებულია, ან არასაკმარისი. ასე რომ, ბიოეთიკა თანამედროვე ეტაპია და მისი მიზანია მედიცინის ახალი შესაძლებლობების გააზრება, მედიცინაში ჰუმანიზაციის გზების ძიება, სამართლიანობის მიღწევა. საზოგადოება და მისი თითოეული წევრი დაინტერესებულია, რომ ყველაზე მთავარი ბიოეთიკური პრინციპების დაცვის რეგულაცია და კონტროლი კანონით ხდებოდეს. იგივე ინტერესი ამოძრავებს სამედიცინო საზოგადოებასაც, ვინაიდან ბიოეთიკური პრინციპების დაცვა ხელს უწყობს სამედიცინო მეცნიერების და ჯანდაცვის სისტემის ავტორიტეტის გაზრდას და გადააქცევს მას პრიორიტეტულად. ამავე დროს, იზრდება პასუხისმგებლობის ხარისხიც მკვლევარების, ექიმების მხრიდან, თანაც უფრო მეტად არის დაცული უფლებები და ღირსება ყველა მონაწილე მხარის, პაციენტის ჩათვლით.

უშუალო პირველწყაროს იმ პრობლემებისა, რომლებიც ბიოეთიკაში განიხილება, წარმოადგენს ბიოლოგიური და სამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების უსწრაფესი განვითარება, რაც ასე დამახასიათებელია XX საუკუნის ბოლო მეცნიერებისათვის. უცნაურია, რომ სწორედ ის, რაც ჩაფიქრებულია და კეთდება ადამიანის ტანჯვის შესამსუბუქებლად, მისი სიცოცხლის გასახანგრძლივებლად და გასაუმჯობესებლად, პრობლემების მიზეზი ხდება. უახლოეს ისტორიაში უამრავი მაგალითია იმისა, თუ ახალი ცოდნა და ახლებური ქცევა რო-

გორ აბნევს ადამიანებს სირთულეების და პრობლემების ლაბირინთებში. 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 გადაწყვეტის ძიების გზები – არა მხოლოდ სპეციალისტების ვიწრო წრისთვის არის ხელმისაწვდომი. ბიოეთიკა, როგორც კვლევის სფერო, როგორც ასპარეზი საზოგადოებრივი დისკუსიებისა და მორალური გადაწყვეტილებებისთვის, ჩვენს ქვეყანაში პირველ ნაბიჯებს დგამს. პუბლიკაციების რაოდენობა, რომელიც ამ საგანს ეძღვნება ჯერ ძალიან მწირია. ბიოეთიკისთვის ზედმიწევნით 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. აქედან გამომდინარეობს, რომ სწორი გადაწყვეტილებების მიღება ბიოეთიკაში დიალოგის საფუძველზე უნდა მოხდეს, ერთის მხრივ, პროფესიონალებს, ანუ მეცნიერებსა და, მეორე მხრივ, არაპროფესიონალებს, ანუ მთლიანად საზოგადოებას შორის.

## 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 საფუძველად, ასევე როგორია სხვადასხვა პრინციპებს შორის ურთიერთდამოკიდებულება. ყველაზე ფართო აღიარება მოიპოვა კონცეფციამ, რომელიც შემოგვთავაზეს ცნობილმა ამერიკელმა სპეციალისტებმა ტომ ბიჩამპმა და ჯეიმს ჩი-

ლდრესმა წიგნში „ბიოსამედიცინო ეთიკის პრინციპები“. (თავისთავად ცხადია, რომ აღიარებასთან ერთად ამ კონცეფციას კრიტიკაც შეეხო, ზოგჯერ საკმაოდ მწვავეც.) უნდა აღინიშნოს, რომ ბინამის 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“.

### პრინციპი „არ ავნო“

ეს პრინციპი უძველესია სამედიცინო ეთიკაში. (ლათინურად *primum non nocere* – პირველ ყოვლისა არ ავნო), რაც ნიშნავს რომ ეს პრინციპი ყველაზე მნიშვნელოვანია ექიმის მოღვაწეობაში. ხშირად ამ გამონათქვამში ჰიპოკრატეს საექიმო ეთიკის პრინციპი მოიაზრება. ჰიპოკრატეს ფიცში ნათქვამია: „მე მიემართავ ავადმყოფის რეჟიმს მის საკეთილდღეოდ ჩემი შესაძლებლობების და მოსახზრების მიხედვით, თავს შევიკავებ მისთვის ყოველგვარი ზიანის მიყენებისაგან და უსამართლობისაგან“.

„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 ზიანისაგან პასუხისმგებლობა განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით“.

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:

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

-ზიანი, მიყენებული არაკეთილსინდისიერი, ბოროტი ან ანგარებანი ზრახვით;

-ზიანი, გამოწვეული არასწორი, გაუთვლელი ან არაკვალიფიციური მოქმედებით;

-ზიანი, მიყენებული კონკრეტულ ვითარებაში ობიექტური აუცილებლობით გამოწვეული მოქმედებით;

ზიანის ყველა კატეგორია შეფასებული იქნება ცალცალკე. რაც შეეხება პირველს – დახმარების გაუწევლობა, უმეტეს შემთხვევაში ჩვენ საქმე გვაქვს სამართალდარღვევა-სთან, ანუ ისეთი მოვალეობის შეუსრულებლობასთან, რომელსაც ავალდებულებს კანონი ან სხვა ნორმატიული აქტი. ასე, რომ კონკრეტულად თუ ვიმსჯელებთ, პრობლემა არა იმდენად მორალურია, რამდენადაც იურიდიული ან ადმინისტრაციული.

უმოქმედობის გამო სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საკითხი დგება მაშინ, თუ არსებობს მიზეზობრივი კავშირი ბრალეულ ქმედებას (ამ შემთხვევაში უმოქმედობა) და მართლსაწინააღმდეგო შედეგის დადგომას შორის. (მაგალითად, „უმოქმედობით გამოწვეული სიცოცხლის განზრახ მოსპობა“). უმოქმედობა განზრახვად მაშინ ჩაითვლება, როცა „პირს ჰქონდა სამართლებრივი გარანტიის მოვალეობა, შეეძლო ემოქმედა და ამ მოქმედებით აცილებული იქნებოდა მართლსაწინააღმდეგო შედეგი“. (სსსკ-ის მე-8 მუხლი, III პუნქტი). როცა იმპერატივი „აკეთე სიკეთე“ არ სრულდება და უმოქმედობის შედეგი სიცოცხლის მოსპობა ან ჯანმრთელობის რაიმე ხარისხით დაზიანებაა, ასეთი უმოქმედობა კვალიფიცირდება, როგორც განზრახვა (და არა შეცდომა, დაუდევრობა).

უმოქმედობის (სსსკ-ის მე-8 მუხლი, III პუნქტი) შემადგენლობას წარმოადგენენ ბრალეული მართლსაწინააღმდეგო ქმედებები, როგორებიცაა „დაუხმარებლობა“ - 129-ე მუხლი, „განსაცდელში მიტოვება“ - 128-ე მუხლი, „ავადმყოფისათვის 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 სიცოცხლის განზრახ მოსპობის“ 119-ე მუხლით ან „ჯანმრთელობის განზრახ დაზიანების“ გამო (117-ე, 118-ე მუხლები).

პასუხისმგებლობა ასე თუ ისე შეიძლება მოეხსნას იმ შემთხვევაში, თუ ექიმი იძულებული იყო დრო და ენერჯია დაეხარჯა სხვა პაციენტის დასახმარებლად, რომელიც უფრო მძიმე მდგომარეობაში იმყოფებოდა („საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი“ – მართლწინააღმდეგობის გამომრიცხველი ზეკანონური გარემოებები – 32-ე მუხლი - მოვალეობის კოლიზია). მიუხედავად ამისა, პაციენტს ან მის ნათესავებს შეუძლიათ 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 ზეკანონიერი გარემოება“ - ტრაგიკული კოლიზია, 38-ე მუხლი). ამ შემთხვევაში ექიმის მიერ პაციენტის დაუხმარებლობა არ კვალიფიცირდება, არც სიცოცხლის მოსპობის განზრახვა 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 სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობა შეიძლება დაეკისროს ექიმს 129-ე მუხლით „დაუხმარებლობა“ და 128-ე მუხლით „განსაცდელში მიტოვება“. „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“. 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 „ბრალის 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 ჯანდაცვის კანონის“ 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.

ზიანის მომდევნო კატეგორია გამოწვეული არაკეთილსინდისიერი ქმედებით – თავისი პირდაპირი მოვალეობების არასათანადო შესრულებით, 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, 124-ე მუხლებით; XIX თავის - „დანაშაული სიცოცხლის წინააღმდეგ“ - 108-109-ე მუხლებით.

ზიანის კიდევ ერთი მიზეზი – გამოწვეული ექიმის არასაკმარისი კვალიფიკაციით. ექიმის უუნარობა ხარისხიანად შეასრულოს თავისი მოვალეობები ეს არის დაუდევრობა, თვითიმედოვნება, შეცდომა და სამსახურეობრივი გულგრილობა. ამასთან დაკავშირებით უნდა აღინიშნოს, რომ თვითონ ექიმის კვალიფიკაციის ცნებას არა იმდენად ზედმიწევნით ტექნიკური დატვირთვა აქვს, რამდენადაც მორალური. ეს ნიშნავს, რომ 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 წაყე-

ნებული აქვს გაზრდილი მოთხოვნები, თანაც არა მარტო სპეციალობის მხრივ, არამედ მორალური გაგებითაც. ხოლო სისხლის სამართლის კოდექსის თანახმად პასუხისმგებლობა შეიძლება დაეკისროს 36-ე მუხლით „შეცდომა“.

სსსკ-ით გათვალისწინებული 36-ე მუხლი „შეცდომა“, წარმოადგენს „ბრალის გამომრიცხველ ზეკანონიერ გარემოებას“. ექიმი მხოლოდ იმ შემთხვევაში აგებს პასუხს, თუ შეცდომამ გამოიწვია ჯანმრთელობის მძიმე ან ნაკლებად მძიმე დაზიანება 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 მიადგა.

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.

ბოლოს, განვიხილავთ ზიანს, რომელიც მიყენებულია კონკრეტულ ვითარებაში ობიექტური აუცილებლობით გამოწვეული მოქმედებით. ერთი შეხედვით საკითხის ასე დაყენება პარადოქსულად ჟღერს, პაციენტი ხომ ექიმს მიმართავს სწორედ იმიტომ, რომ მიიღოს გარკვეული სარგებლობა, მაგალითად, განთავისუფლდეს ტკივილისგან. ამავე დროს, თუ კარგად დავუკვირდებით, 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 მიადგება პაციენტს იმ შემთხვევაში, თუ მას მართებული ინფორმაცია მიწოდება უხეში ფორმით, მისი ფსიქიკური მდგომარეობის გა-

უთვალისწინებლად. ზიანის მომტანია ექიმის მიერ სამედიცინო სახის ინფორმაციის გამჟღავნება მესამე პირისათვის (ირღვევა კონფიდენციაურობის 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 არავისთვის 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 ადგება 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 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 ზეკანონური 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 გარკვევს 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) (მერაბ ტურავა. „სისხლის სამართალი. მიმოხილვა“). იგივეს მოწმობს „საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ 25-ე მუხლი (თუ ქმედუწუნარო 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 ქმედუუნარობის შემთხვევაში, მისი ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი, მოითხოვს ამას ან ნებას რთავს ექიმს გაუწიოს სამედიცინო დახმარება, აგრეთვე, ნაგულისხმები თანხმობის შემთხვევაში, როცა ქმედუუნარიანი პაციენტი არ გამოხატავს რაიმე ფორმით წინააღმდეგობას სამედიცინო დახმარების აღმოჩენისას).

მოსალოდნელია პაციენტი იტანჯებოდეს სასიკვდილო სენისაგან, რომელსაც ძლიერი ტკივილებიც ახლავს და მან შეიძლება გადაწყვიტოს, რომ სწრაფი და უმტკივნეულო სიკვდილი 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, იქნება ეს პასიური თუ აქტიური ევთანაზია იგი დაისჯება განზრახი მკვლელობის მუხლით. (საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის XIX თავში: „დანაშაული სიცოცხლოს წინააღმდეგ“, 110-ე მუხლი - „მკვლელობა მსხვერპლის თხოვნით“).

სისხლის სამართლის კოდექსის 110-ე მუხლის თანახმად მსხვერპლის თხოვნით მკვლელობის ზოგიერთ შემთხვევაში

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 პაციენტი 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 ვარიანტებთან 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 მოქმედებებს. მისი გამოსატყა ხდება ისეთი ფრაზებით, როგორებიცაა ქველმოქმედება, კეთილის ქმნა, გულმოწყალება, ფილანტროპია.

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 მეოფის მიმართ სამართლებრივი გარანტიის მოვალეობის არსებობას, არამედ აგრეთვე საფრთხის წყაროს მიმართ ასეთი მოვალეობის არსებობას. მაგალითად, ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ზედამხედველი ვალდებულია დაიცვას არა მარტო ფსიქიური ავადმყოფი, არამედ აგრეთვე ფსიქიური ავადმყოფისაგან სხვა პირები და სხვა სამართლებრივი სიკეთეები“. (მ. ტურავა „სისხლის სამართალი. 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 პროგრესული მიმდინარეობა, ან სულაც მხოლოდ ტკივილები ან ტანჯვა შეუშლუბუქონ მომაკვდავს პალიატიური მეურნელობისას.

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 მოდელი, 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.

## პაციენტის ავტონომიის პაცივისციემის პრინციპი

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 გარემო შემოქმედებების 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 წარმოადგენს 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, დეკლარაციასა და სხვა დოკუმენტს, რომლებიც არეგულირებენ ადა-



მიანის 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 ამაღლებულისთვის 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 უტილიტარიზმის თეორიის მიხედვით. ის მიუთითებდა იმ გარემოებას,

რომ გარეშე კონტროლი ინდივიდის მოქმედებებზე სავალდებულოა მხოლოდ იმისთვის, რომ თავიდან აიცილოს ზიანი სხვა ინდივიდებისათვის და 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 მოთხოვნილებების არსში სწორედ ამ სხვა პიროვნების პატივისცემას გულისხმობს. ფუნდამენტური განსხვავებების მიუხედავად ორივე მოაზროვნე ასაბუთებენ ერთ საერთო პრინციპს – ავტონომიის პატივისცემას. ავტონომიის პრინციპი ასაბუთებს პიროვნების გეგმებსა 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 გვისდება 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 შეიძლება დასრულდეს, მისი ფსიქიური 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). აღვნიშნავთ, 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“). ამავე დროს 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 (გამოსა-

ცდელს) შორის არასიმეტრიულია იმ გაგებით, რომ ერთი ფლობს ცოდნას, რომელიც მეორესთვის მიუწვდომელია. ამიტომ, ერთმა მეორეს უნდა შეატყობინოს არა მარტო სავა-  
ლდებულო ინფორმაცია, არამედ აუხსნას კიდევ პაციენტს და  
ნებაყოფლობითი გადაწყვეტილება მიიღოს მისგან. უფრო მე-  
ტიც, ექიმი განსაკუთრებულ ნდობაზე აგებულ ურთიერთობებს  
ამყარებს თავის პაციენტთან. ამერიკელი სპეციალისტი ა. ჰო-  
ლდერი წერს: „ყველა, ვინც ექიმის, ადვოკატის, მოძღვრის  
მსგავსად ნდობაზე და გულახდილობაზე აგებულ ურთიერთო-  
ბებს ამყარებს, ვალდებულია გახსნას საქმესთან დაკავშირე-  
ბული ყველა ფაქტი. ვინაიდან პროფესიონალთან ურთიერთო-  
ბის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ პროფესიონალმა იცის  
უფრო მეტი იმაზე, ვინც მისგან დახმარებას ელოდება, ამი-  
ტომ არსებობს დადებითი ვალდებულება შეატყობინოს მას  
ინფორმაცია“.

უნდა აღინიშნოს, რომ ავტონომიის პაციენციების პრი-  
ნციპის მოქმედება ბუნებრივად შეზღუდულია მათ მიმართ, ვი-  
საც ავტონომიურად მოქმედება არ შეუძლია – ბავშვები, ზო-  
გიერთი ფსიქიატრიული პაციენტი, ნარკოტიკული და ალკოჰო-  
ლური ზემოქმედების ქვეშ მყოფი პირები. 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“).  
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.  
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 იმოქმედე, 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.

### სამართლიანობის პრინციპი

სამართლიანობა საკმაოდ ხშირად გვესმის ყოველდღიურ ცხოვრებაში, რაც გასაგებს და ფამილარულს ხდის ამ ტერმინს, 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 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. ხევემ უწოდა პირველი დონის მიუკერძოებლობა, ხოლო მეორე დონის მიუკერძოებლობა კი

---

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

არის წესების და კანონების შემუშავებისას, დადგენისას და მიღებისას გამორჩენილი 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 დაცვა; ვისაც ძალაუფლება არ გააჩნიათ.

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

კრიტიკრიუმი 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 კრიტიკრიუმის გამოყენება, ანუ მოთხოვნების კრიტიკრიუმის. აქაც თითქმის იგივე პრობლემას ვაწყდებით, რასაც წინა შემთხვევაში, ამიტომ მიზანშეწონილია ფუნდამენტური, სასიცოცხლო მნიშვნელობის მოთხოვნის გონივრული დახარისხება. თუმცა, ჩნდება კიდევ ერთი პრობლემა – ხშირად ესა თუ ის რესურსი საკმარისი არ არის თუნდაც ფუნდამენტური მოთხოვნებით ყველას დასაკმაყოფილებლად. ასე ხდება, მაგალითად, როცა ძალიან საჭიროა ძვირადღირებული და უახლესი, უნიკალური სამედიცინო აღჭურვილობა. ამის გამო უნდა მივმართოთ განაწილების სხვა კრიტიკრიუმს: „ყველას მიეგოს თავისი შრომის (ღვაწლის) შესაბამისად.“ უკეთესი იქნება თუ დავაზუსტებთ, შრომითი მიღწევებისა და შედეგების შესაბამისად. არსებობს მცდელობა ამ კრიტიკრიუმში მოექცეს ჯანდაცვის რეფორმების მიმართულება – მედიცინის მუშაკების ხელფასები უნდა განისაზღვროს არა სამუშაო საათების რაოდენობის მიხედვით, არამედ პაციენტების რაოდენობითა და მკურნალობის ხარისხით.

მომდევნო კრიტიკრიუმია: „თითოეულის წილი განისაზღვრება დამსახურებით“. მაგალითად, პირველ რიგში ოპერაციას იმსახურებს ის კონკრეტული პაციენტი, ვინც დონორის გულს ელოდება გადაანერგვისათვის 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, „კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ - 34-ე მუხლი. იხ. გვ. 99); აგრეთვე 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, დონორის გულის გადაანერგვისას 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 სახაფს 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 „ფორენზისი“, „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? იმის გარანტიები არ არსებობს, რომ კრიტერიუმების ერთობლივი გამოყენებისას ტენდენციურობა იქნება თავიდან 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.

## **სამართლიანობის პრობლემები თანამედროვე მედიცინაში**

### **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 – ადამი-

ანის უფლება. მიუხედავად განსხვავებებულ 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 შემაღვენელი 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 მონაპო-

ვარს. ამიტომ, ექიმის მოვალეობა – გაუწიოს დახმარება თანამოქალაქებს – 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 უხდიან ჰონორარს, ან თუ უხდიან – 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 უკურთხავს სახით ბაღებს 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 მომენტიდან დაიწყო 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 დაუბრუნდეს 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.

## 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 კონფიდენციაურობის წესები. ამ წესებთან მიმართებაში ბიოეთიკის ძირითადი პრინციპები სხვადასხვანაირად განიხილება ავტორების მიერ. ერთნი მიიჩნევენ რომ ისინი გამომდინარეობენ ძირითადი პრინციპებიდან, სხვანი კი თვლიან, რომ ისინი დამოუკიდებელ სტატუსში უნდა იქნან განხილულნი. მიუხედავად მართებულობის, კონფიდენციაურობის და ინფორმირებული თანხმობის წესების განსხვავებული თეორიული ინტერპრეტაციისა, პრაქტიკულად არავინ დაობს 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 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 შეგრძობების (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 ნაცისტი ექიმების საკონცენტრაციო ბანაკებში „სამეცნიერო“ მოღვაწეობის გამოძიების შედეგებმა. „ნიურბერგის პროცესის“ შემდეგ, რომელზეც გამოაშკარავდა საზარელი სამედიცინო ექსპერიმენტების დამადასტურებელი ფაქტები, პაციენტის მიერ თანხმობის გაცხადება გახდა ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი საკითხი ბიოეთიკისთვის. ტერმინი „ინფორმირებული თანხმობა“ (informed consent) ნიურბერგის პროცესიდან ათი



წლის შემდეგ გაჩნდა და დეტალურად იქნა გამოკვლეული დაახლოებით 1972 წლისთვის.

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“ (IV თავი – „თანხმობა“;) და „კანონში საექიმო საქმიანობის შესახებ“ (44-ე მუხლი: „ინფორმირებული თანხმობა“).

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

## ინფორმირებული თანხმობის პრინციპის მიზნები და შინაარსი

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

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

- მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი მორალური და მატერიალური ზარალის ალბათობა, რაც შეიძლება 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 საფუძვლიანი პიროვნული ურთიერთობების გაღრმავებას ექიმსა და

პაციენტს შორის მთლიანად მკურნალობის პროცესში ან სამეცნიერო კვლევის დროს. მეთოდური თვალსაზრისით საჭიროა განირჩეს ინფორმირებული თანხმობის წესის პროცედურული ნაწილი და მორალური შინაარსი. პროცედურულად მთავარია, თუ როგორი კონკრეტული ფორმით გამოიხატება იგი. საუბარია შემდეგ საკითხებზე: პაციენტს ინფორმაცია მიეწოდება ზეპირად, თუ წერილობითი ფორმით; რამდენად დეტალურად; საჭიროა თუ არა, რომ ინფორმირებული თანხმობის ფორმულარს ხელი მოაწეროს ექიმისა და პაციენტის გარდა მესამე პირმაც მოწმის სახით; ორგანიზაციულად როგორ არის უზრუნველყოფილი პაციენტის ან გამოსაცდელის დაცვა შესაძლო ზეწოლისგან ან მანიპულაციისგან მისი არჩევანის მიუხედავად.

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

სალოდნელი, უმჯობესია ინფორმაცია პაციენტს ზეპირი სა-  
უბრისას გადაეცეს. („კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ – მე-8.1  
მუხლი, „კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ - 22-ე  
მუხლი)

ინფორმირებული თანხმობის მიღების პროცედურის არსი  
მდგომარეობს მორალური იდეის რეალიზაციაში, რომლის  
ამოსავალი წერტილია პაციენტის ან გამოსაცდელის პიროვნე-  
ბის აღიარება, როგორც სამედიცინო პერსონალის უფლებამო-  
სილი თანამონაწილის, რათა მკურნალობის საკითხების გადა-  
წყვეტაში მანაც მიიღოს მონაწილეობა. გარკვეული ეთიკური  
ნორმების ფორმით ინფორმირებული თანხმობის წესის შინა-  
არსი თავის გამოხატულებას ჰპოვებს ეთიკური კოდექსების  
სახით და დეკლარაციების სახით, რომლებიც მიღებულია სა-  
ერთაშორისო და ნაციონალური სამედიცინო ასოციაციებისა  
და გაერთიანებების მიერ.

### **ინფორმირებული თანხმობის „ელემენტები“**

ინფორმირებული თანხმობის წესის საფუძვლიანი განსჯი-  
სათვის მოსახერხებელია გამოვიყენოთ ბიჩამპის და ჩილდრე-  
სის მიერ თეორიულად დაყოფილი შემადგენელი ელემენტები.  
ამ წესს აქვს შემდეგი სახე:

I „ზღვრული“ ელემენტები (წინაპირობები):

1. კომპეტენტურობა (გადაწყვეტილების მიღების და გა-  
გების);

2. ნებაყოფლობითობა (გადაწყვეტილების მიღების).

II საინფორმაციო ელემენტები: 3. მნიშვნელოვანი ინფორ-  
მაციის გადაცემის პროცედურა; 4. რეკომენდაციების შეთა-  
ვაზება (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 ქმელუუნაროდ. ქმელუუნარო 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 სადაო 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 მოზარდილების ჩაურევლად საპასუხისმგებლო გადაწყვეტილება მიიღოს, რომელიც მისი მკურნალობის მეთოდებს ეხება. მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ მოზარდილი ადამიანი მთლიანად ცვლის მოზარდს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. დასაშვებია, რომ ასე ცალსახად იქნას იგნორირებული არასრულწლოვანი პაციენტის პიროვნება? ალბათ, უფრო გამართლებულია დიფერენცირებული მიდგომა, რომელიც მცირეწლოვანის ინდივიდუალური განვითარების დონის მიხედვით მას მიანიჭებდა მეტ-ნაკლები მოცულობით მონაწილეობის უფლებებს საკუთარი მკურნალობის პროცესში გადაწყვეტილების მიღებისას. ასეთ ნორმებს შეიცავს, კერძოდ, „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“, რომელიც მიღებულია 1996 წელს ევროსა-

ბჭოს მიერ. უნდა აღინიშნოს რომ საქართველოს სამოქალაქო კოდექსში არასრულწლოვანის ქმედუნარიანობა მატულობს ინდივიდის ასაკობრივი მომწიფების მიხედვით. შვიდი წლის ასაკამდე არასრულწლოვანი ქმედუნაროდ 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 უვიცობის 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“ – 25,3-ე მუხლი; „თუ ქმედუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტი გადაუღებლად

საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გაწევის გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, ხოლო მისი ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი სამედიცინო მომსახურების წინააღმდეგია, სამედიცინო მომსახურების გამწევი იღებს გადაწყვეტილებას პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად“.)

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

ყველაზე გავრცელებული მუქარა, რომელიც პაციენტის წინააღმდეგ გამოიყენება – ეს არის ექიმების მიერ მკურნალობის შეწყვეტის მუქარა ან უფასო მკურნალობის ჩატარებაზე უარის გაცხადება ან შეზღუდვა. თანაც, სრულებით არ არის აუცილებელი, რომ ექიმები და მკვლევარები 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 მუხლი)

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, ინფორმაციის გადაცემის ზეპირი ფორმა პაციენტს ან გამოსაცდელს მისი გადაწყვეტილების მანიპულირების პირობებს უქმნის. მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდების შესახებ არასწორი ინფორმაცია, გაჩუმება, ცნობების დამალვა ნეგატიური შედეგის შესახებ, მოსალოდნელი წარმატების შანსების გაზვიადება – ყოველივე ეს არღვევს ნებაყოფლობითობის პრინციპს. გასათვალისწინებელია, რომ ამგვარი დარღვევები ექიმების მიერ შეიძლება წინასწარგანზრახვის გარეშე მოხდეს. ასალი 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 მეტი პრაქტიკულ ინტერესს იმსახურებს „საექიმო პროფესიული სტანდარტი“, „რაციონალური პიროვნების სტანდარტი“ და „სუბიექტური სტანდარტი“.

„საექიმო პროფესიული სტანდარტის“ მიხედვით ინფორმაციის მოცულობა და შინაარსი განისაზღვრება პრაქტიკით, რომელიც ტრადიციულად ჩამოყალიბდა კონკრეტულ სამედიცინო საზოგადოებაში. სწავლის პროცესში მომავალი ექიმი თავისი პედაგოგისგან სწავლობს არა მარტო მკურნალობის მეთოდებს, არამედ პაციენტთან ურთიერთობის ელემენტარულ ჩვევებსაც. ეს არის სამედიცინო პრაქტიკაში სტიქიურად წარმოქმნილი სტანდარტი, რომელსაც ექიმები გაუცნობიერებლად ითვისებენ. სტაბილურ საზოგადოებაში, სადაც განვითარებული ჯანდაცვის სისტემაა და მოქმედებს საზოგადოებისთვის მისაღები საექიმო მორალის ნორმები – ასეთი სტანდარტი საკმაოდ ეფექტურია. თუმცა, თანამედროვე საზოგადოებაში მნიშვნელოვანი სოციალურ-პოლიტიკური გარდაქმნები მიმდინარეობს, შესაბამისად, სტრუქტურულად იცვლება მთელი ჯანდაცვის სისტემა, ხოლო ახალი მორალური სტანდარტები ჯერ მხოლოდ ფორმირდება. შეიცვალა პირობები, ამიტომ საჭიროა ახალი ტრადიციების და ახალი მორალური სტანდარტების შეთვისება, რომლებიც შესაფერისია თანამედროვე პირობებისთვის. ასეთ პირობებში უფრო მისაღებია „რაციონალური პიროვნების სტანდარტი“, რომელიც გვთავაზობს წარმოვიდგინოთ „სამუშალო 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“ სახავეს ინდივიდუალიზაციის ტაქტიკას გადასაცემ ინფორმაციაზე.

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

ლური რისკის შესახებ, მისი მხრიდან მევეთორი 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 (ფერბალურად) საკუთარი დიაგნოზი, შეიძლება ამავე დროს თავს ირწმუნებდეს, რომ სწეულებას კეთილთვისებიანი მიმდინარების ხასიათი აქვს. ამიტომ, მცდარად დაიმიედებულმა შეიძლება უარი თქვას შეთავაზებულ ქიმიოთერაპიაზე ან ოპერაციულ ჩარევაზე.

როგორც სოციოლოგიური გამოკვლევებით ირკვევა, პაციენტები ყოველთვის არ გამოხატავენ სურვილს შეიტყონ მომავალი სამედიცინო ჩარევის ნიუანსები და მასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ. ისინი არჩევენს მიანდობენ მეკურნალ 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, საექვოა 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 ერთმანე-

თის მიმართ, ადგენენ პასუხისმგებლობის ფორმებს და ხარისხს.

ინფორმირებული თანხმობა და ნდობის პრობლემა ექიმებისა და პაციენტის ურთიერთობებში ისტორიულად ისე განვითარდა, რომ ინფორმირებული თანხმობის წესის პირველი საფუძვლიანი კონცეპტუალური დამუშავება მოხდა ამერიკის შეერთებულ შტატებში. რაც იმას უკავშირდება, რომ აღმოჩენილი იყო პაციენტების უფლებების და ინტერესების სერიოზული დარღვევების შემთხვევები ექიმების მხრიდან კომერციული ან მეცნიერული მიზნებისთვის. როგორც ამერიკის, ასევე ევროპის ჯანდაცვის სისტემაში ინფორმირებული თანხმობის მიღების პროცედურა შემოღებული იყო სწორედ ამ დარღვევების რისკის მინიმალიზაციისათვის. არანაირი საფუძველი არ არსებობს ვივარაუდოთ, რომ ჩვენს ქვეყანაში დასავლეთთან შედარებით ნაკლები რისკი იარსებებს იმისა, რომ პაციენტის უფლებებით და ეკონომიური ინტერესებით მანიპულირება მოხდეს არაკეთილსინდისიერი ექსპერიმენტატორების მიერ. ამიტომ ჩვენს ქვეყანაში ინფორმირებული თანხმობის წესი საკმაოდ მნიშვნელოვანია თანამედროვე სამედიცინო მორალური და სამართლებრივი სტანდარტების ნორმალური განვითარებისათვის. თუმცა, ახალი მორალური სტანდარტის საფუძველზე ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობების პრაქტიკულად გარდაქმნას და გაუმჯობესებას შეიძლება ახლდეს ნეგატიური შედეგები, არასასურველი გართულებები. ინფორმირებული თანხმობის წესის გენერალიზაცია, მისი გადაქცევა აუცილებელ წინაპირობად ყველა სამედიცინო ჩარევის წინ შეიძლება სერიოზულ ფაქტორად გადაიქცეს, რომელიც ნდობას შეურყევს სამედიცინო პროფესიას. პაციენტს ექმნება აზრი: „თქვენ უნდა აკონტროლოთ ექიმების მოქმედება, თორემ თქვენ (თქვენს ჯანმრთელობას და თქვენს ინტერესებს) საფრთხე ემუქრება“. თავს მოხვეული ეჭვის 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 მი-

დწევბა 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. ამავდროს 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 საშუ-

აღებაა 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 ურთიერთდაშორებულების 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 მი-

აყენებს, 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 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, ხოლო სსსკ-ის 167-ე მუხლი ითვალისწინებს პასუხისმგებლობის დაკისრებას ინფორმაციის დაფარვისთვის. გასათვალისწინებელია, რომ პაციენტის უფლება მართებულ ინფორმაციაზე არ მოიცავს ექიმთან ურთიერთობის მეტად რთული და წინააღმდეგობრივი პროცესების ყველა ასპექტს. გასათვალისწინებელია, რომ 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 სა-



ექიმო 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.

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 უმაღლავნ 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 გაძნელება 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. ტრადიციული 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 ვალდებულების და არა უფლების შესახებ იცოდეს სიმართლე. ამ საკითხის გა-

რჩევა უნდა მოხდეს პაციენტის პოზიციების გათვალისწინებით. თანაც, თუ დავუშვებთ, რომ ყოველი ადამიანი პოტენციური ან აქტუალური პაციენტია. 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 მოსაზრებებით, 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 გადაბარების, 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 ტრადიციული 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 გადახაწილებულია მის სასარგებლოდ. ეს გარემოება კიდევ ერთი დამატებითი საფუძველია პაციენტის მორალური ვალდებულებებისა, რათა ეფექტიანად ითანამშრომლოს ექიმთან შეზღუდული რესურსების ყაირათი-

ანად გამოყენებისათვის, რაც წარმოუდგენელი იქნებოდა პაციენტის მიერ მართებულობის წესის დაცვის გარეშე.

პაციენტის მიერ სიმართლის თქმის მოვალეობა დაფუძნებულია პრინციპზე „არ ანო“. 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 ჩივილებზე, 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 შეძენა სამედიცინო 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. ვერესევევი 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 ადრეც 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 ნაკლებსაშიშა 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 გამოყენებული, ვინაიდან სხვა ადამიანის პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა წარმოადგენს მნიშვნელოვან სამართლებრივ ნორმას და მორალურ ფასეულობას თანამედროვე ცივილიზებული საზოგადოებისთვის.

---

\* სამედიცინო მომსახურების გამწვევის მიერ კონფიდენციალური 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 კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნებას მოითხოვს გარდაცვლილის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი, სასამართლო, საგამოძიებო ორგანოები, ან ეს აუცილებელია საზოგადოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად, სხვათა უფლებებისა და თავისუფლებების დასაცავად.



## 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 თქვას, 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 საწინააღმდეგოდ აკეთებს ფსევდო-დეტერმინისტულ, უაპელაციო გა-

ნცხადებებს 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 იმ 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 ჩივილების და თვითშეგრძნების შეფასება ყოველთვის მართებულია. აქ ჩვენ მივუახლოვდით საკითხის ფსიქოლოგიურ ასპექტს – ყოველთვის შეუძლიათ პაციენტს და ექიმს ერთმანეთს სიმართლე უთხრან?

თუმცა, მიიჩნევენ, 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 უკუაგდება ფატალურ ინფორმაციას და ამიტომ არ შეუძლიათ საკუთარი

ავადმყოფობის შესახებ სიმართლის მიღება. უდავოა, რომ ექიმმა უნდა გაითვლისწინოს 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 გაახრებული 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 სრულეობით არ არიან დადებითად განწყობილნი „მხსნელი“ ტყუილის მიმართ, როგორც ზოგჯერ ფიქრობენ. გამოკითხულ ექიმთა 70% ამტკიცებს, რომ თავიანთ პაციენტებს სიმართლეს ეუბნება, ხოლო 11% სიმართლეს სისტემატურად მაღავს. 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 სიმსივნე“. მსგავსი დიაგნოზი ადამიანს საზოგადოებისგან გარიყულად აქცევდა. დაღდასმული ადამიანის და მისი ოჯახის წევრების გარშემო იქმნებოდა სოციალური ვაკუუმი – ნაცნობები აღარ ურეკავდნენ, აღარ ეპატიჟებოდნენ. 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 გააგრძელება. 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 ტიპიურ სიტუაციას, რომელშიც „თითოეული თანამონაწილე ხდება ტყუილის, რომელიც გააძევებს სიკვდილს იატაკეშეთში“. მომაკვდავი და მისი გარემოცვა წარმოდგენის მონაწილეებივით იქცევიან და თამაშობენ „არაფერი არ მომხდარა“, „ცხოვრება ძველებურად გრძელდება“ ან „ჯერ ყველაფერი შეიძლება“.

შესაძლებელია თუ არა გადაილახოს ასეთი ძლიერი ძალის კოლექტიური და ინდივიდუალური გაუცნობიერებლობა? იქნებ საჭიროა მორჩილად მინდობა „მხსნელ“ 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 თანაგრძნობაზე, 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 უძძიმესი 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 კრიზისის საშიშროება ემუქრება. ამ ვითარებაში ტყუილი იქცევა საშუალებად ფიზიკური მიზნის მისაღწევად – ნორმალური წნევის შესანარჩუნებლად. თავის მხრივ პაციენტს შეუძლია მოითხო-

ვოს 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 უკუაგლოს შემდეგი სახის განსჯა: „კიბოს მართებული დიაგნოზის თქმით შეიძლება პროვოცირება მოხდეს სუიციდის ან ჰიპერტონული კრიზის“. 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 მსხნელი, ასევე ურთულესი ფსიქოსომატური დარღვევების გამომწვევიც. ასე რომ, ექიმს სიმართლის თქმის აკრძალვა ან ნებართვა არ სჭირდება. მომავალმა ექიმებმა უნდა ისწავლონ სიტყვის გამოყენება პაციენტისათვის მაქსიმალური სარგებლობისათვის.

## **მართებულობა და პლაცებოს გამოყენება**

განსაკუთრებული სიძნელეები წარმოიქმნება მართებულობის წესის დაცვისას პლაცებოს გამოყენებისას სამედიცინო პრაქტიკაში და სამედიცინო გამოკვლევებში. პლაცებო წარმოადგენს ფარმაკოლოგიურად ინდიფერენტულ ნივთიერებას, რომელიც გარეგნული ფორმით და გემოთი მსგავსია გა-

რკვეული 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 აგენტია 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 თვითგერმინებაზე და ფიზიკურ მდგომარეობაზე. ცნობილია, რომ მრავალი სომატური ავადმყოფობის ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ფსიქოლოგიური ფაქტორები, რომელთა მიმართებაშიც პლაცებოს ფსიქოთერაპევტული ეფექტი შეიძლება ჩაითვალოს პათოგნომურად, ესე იგი სნეულების გამომწვევ 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 მოატყუონ პაციენტი, არამედ შემოისახდგონ მსგავსი სახის ინფორმაციით: „ვცადოთ ამ წამლის გამოყე-

ნება, 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 შეუძლებს. 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 საფსებით 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 კი პაციენტს სულიერ ტკივილს ანიჭებს, რომელიც თავის უკურნებელ ავადმყოფობასთან პირისპირ მარტო რჩება.

## კონფიდენციალობის წესი

მაშინ, როდესაც მართებულობის წესი მოითხოვს პარტნიორების გულახდილობას სოციალური ურთიერთობებისას, კერძოდ, ექიმსა და პაციენტს შორის, ხოლო კონფიდენციალობის წესი კი იცავს საზოგადოების ამ სოციალურ რგოლს ისეთი გარეშე ჩარევისაგან, რომელიც არ არის ნებადართული ამ ურთიერთობის უშუალო მონაწილეების მიერ.



აკრძალულია პაციენტის ნებართვის გარეშე მესამე პირისათვის პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გადაცემა, რომელსაც ექიმი 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 (41.1-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 საზოგადოებრივი 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 ფარმაცევტულ მუშაკებსაც, აგრეთვე პასუხისმგებელ პირებს, რომელთაც სამედიცინო სახის ინფორმაცია

---

\* „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“.

გადაეცათ კანონის თანახმად.

კონფიდენციურობის საგანს წარმოადგენს დიაგნოზი, მონაცემები ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, პროგნოზი და ყველა ის მონაცემი, რომლებსაც ექიმი იღებს გამოკვლევების შედეგად ან პაციენტის ჩივილების 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 გაუმჟღავნდებათ მშობლებს ან კანონიერ წარმომადგენელს 14-იდან 18 წლამდე არასრულწლოვანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, რომელმაც ექიმს მიმართა სქესობრივად გადამღები დაავადების ან ნარკომანიის მკურნალობის, კონტრაცეფციის 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 მუ-

ხლი). 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 მოთხოვნილებების უფრო მაღალი დონე.

ეს შენიშვნა სრულად ეხება სამედიცინო პროფესიას. მიუხედავად მნიშვნელოვანი კულტურული და იდეოლოგიური განსხვავებისა, კონფიდენციალობის წესმა მედიცინაში მიიღო განსაკუთრებული მნიშვნელობა. როგორც აღნიშნავს სამედიცინო ეთიკის ექსპერტი რ. ედვარდსი, კონფიდენციალობის 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 კონფიდენციალობის საკმაოდ დიდ მნიშვნელობას პროფესიული მოღვაწეობის მრავალ სფეროში, განსაკუთრებით კი მედიცინაში:

1. კონფიდენციალობა 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 ეგზომ 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 ასვამს ინფორმაცია, მაგალითად, ფსიქიური ავადმყოფობის, შიდსის, ავთვისებიანი სიმსივნის, გენეტიკური ნაკლის, ჰომოსექსუალური ორიენტაციის, ვენერიული სნეულების, სექსუალური პრობლემების შესახებ. როგორც კი საჯაროდ ცნობილი ხდება მსგავსი სახის ინფორმაცია, ხშირად გარშემომყოფთა გაუცნობიერებელ რეაქციას იწვევს, რომელიც გამოვლინდება დაღდასმული პაციენტის სოციალური იზოლაციით. შედეგად, მის გარშემო თავისებური სოციალური ვაკუუმი იქმნება. ყოველი ადამიანისთვის მნიშვნელოვანია მისი სოციალური ადგილი, სოციალური სტატუსი, რომელიც მან დაიმსახურა სოციალურ გარემოში. კონფიდენციურობის წესის დარღვევა უშუალოდ უქმნის მუქარას ამ ადამიანურ ფასეულობას. აღსანიშნავია, რომ ამ ფასეულობას აქვს დამოუკიდებელი მნიშვნელობა – იგი არ არის დამოკიდებული ფინანსური ზარალის არსებო-

ბაზე ან არარსებობაზე. მაგალითად, თუკი კოლეგები აიძულე-  
ბენ შიდსიან ქალს თავი დაანებოს უბნის ექიმად მუშაობას  
და ის იძულებული გახდება დამლაგებლად იმუშაოს მე-  
ტროში, მისი ხელფასი შეიძლება მეტიც კი იყოს და უფრო  
სტაბილურიც, ვიდრე ადრინდელ სამუშაოზე. მაგრამ განა  
ფინანსური სარგებლობა იმ ზარალის კომპენსაციას შე-  
სძლებს, რაც მის სოციალურ სტატუსს, ან ღირსების და თა-  
ვმოყვარეობის შელახვას მიაღება.

3. კონფიდენციურობის წესი ამასთანავე იცავს პაციენტე-  
ბის ეკონომიურ ინტერესებს. ეს ფაქტორი ნაწილობრივ წინა-  
მორბედის შედეგია. ინფორმაცია იმის შესახებ, რომ ადამიანი  
ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადდა, ამან შეიძლება ხელი შე-  
უშალოს მის დაწინაურებას სამსახურში ან არჩევით თანამდე-  
ბობის მიღებაში. ინფორმაციის გახმაურება იმის შესახებ, რომ  
ადვოკატი ან ფსიქიატრი აივ-ინფიცირებულია, ამით შეიძლება  
მისი კლიენტების რაოდენობა მნიშვნელოვნად შემცირდეს და,  
შესაბამისად, შემოსავალიც, თუმცა, რეალურად ვირუსის მა-  
ტარებლობა კლიენტებს არ უქმნის რაიმე სერიოზულ სა-  
ფრთხეს.

4. ურთიერთობების კონფიდენციურობა პროფესიონალე-  
ბსა და კლიენტებს შორის საჭიროა მათ შორის გულახდილი  
დამოკიდებულებისათვის. განსასჯელი 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 შედე-  
გები არ მოჰყვება. პაციენტი გულახდილი მაშინ იქნება, როცა  
იგი დარწმუნდება კონფიდენციურობის კეთილსინდისიერად  
დაცვაში, გულახდილობის გარეშე შეუძლებელია ექიმის ნო-  
რმალური პროფესიული საქმიანობის რეალიზაცია. არ უნდა  
დავივიწყოთ, რომ პროფესიონალისთვის წარმატებას მნიშვნე-  
ლობა აქვს არა მარტო ჰონორარის მიღებისთვის, არამედ  
მისი პიროვნული თვითრეალიზაციისთვისაც. შესაბამისად, კონ-  
ფიდენციურობის დაცვისას, ექიმი იცავს არა მარტო პაცი-

ენცის 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. ედვარდსის 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 კონფიდენციურობის 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 პიროვნე-

ბად, 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.

კონფიდენციაურობის 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 ემუქრება. თუმცა, საეჭვოა, რომ ყველა ურთიერთობა მხოლოდ კანონის საშუალებით ამომწურავად დარეგულირდეს.

ერთ-ერთი ყველაზე მწვავე კოლიზია წარმოიშობება 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 აღასტურებს, 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 გაუხი-

აროს 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, კონფიდენციურობის წესი ავადმყოფებს ექიმს გაითვალისწინოს კონკრეტული პაციენტის ინტერესები და არ გაამჟღავნოს ინფორმაცია მისი თანხმობის გარეშე, ხოლო, მეორეს მხრივ, სპეციფიური სამედიცინო კანონმდებლობა ითვალისწინებს, რომ ექიმისგან „კონფიდენციური 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). წარმოიშვება 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 ავტობუსის მძღოლად მუშაობს. პაციენტი უარს აცხადებს, რომ ექიმმა შეატყობინონ მის სამუშაო ადგილზე ეს ინფორმაცია, ვინაიდან მას დაითხოვენ სამსახურიდან და კვალიფიკაციის შეცვლა მიუწევს. ამავე დროს, თუკი მას ეპილეფსიის შეტევა დაეწება ავტობუსის მართვის დროს, ეს შეიძლება მიზეზი გახდეს მგზავრთა შორის მრავალრიცხოვანი მსხვერპლის, ხოლო ექიმი, თუ ამის შესახებ არ გააფრთხილებს პაციენტის ხელმძღვანელობას, ამით იგი მგზავრების 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: „სიცოცხლი-



სათვის 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 დაასახიჩროს 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 რისკი იზრდება, რომ სხვა ადამიანის სიცოცხელეს საფრთხე შეექმნას.

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 არაფერი 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 დღგენილებაში 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, არ არის საჭირო აჩქარება. სიტუაცია დეტალურად უნდა იქნას

განხილული თვითონ პაციენტთან. ზოგჯერ სასარგებლოა ვითარების გარჩევა კოლეგებთანაც (რომლებიც ასევე ვალდებულნი ხდებიან კონფიდენციურობის 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 წარმოეშვება გახმაურების შემთხვევაში.

მაშინ, როცა პაციენტის დარწმუნება არ ხერხდება, ექიმმა გადაწყვეტილება დამოუკიდებლად უნდა მიიღოს და თვითონვე ზიდოს პასუხისმგებლობის მთელი ტვირთი მიღებულ გადაწყვეტილებაზე. ყველა ცხოვრებისეულ ვითარებაზე მზარეცეპტი 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. „საქართველოს კანონში ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ ნათქვამია, რომ ექიმი პასუხს არ აგებს პაციენტის ნებისმიერი ქცევისათვის, რომელიც გაწერილია სტაციონარიდან აღნიშნული კანონის მოთხოვნების გათვალისწინებით.

## **კონფიდენციურობა და შრომის განაწილება მედიცინაში**

მნიშვნელოვანი პრობლემები კონფიდენციურობის წესის რეალიზაციისთვის წარმოიქმნება სამედიცინო პრაქტიკაში შრომის განაწილების პროგრესულად მზარდი პროცესის შედეგად. თანამედროვე საავადმყოფოში პაციენტთან ათობით აღამიანი მუშაობს – სხვადასხვა სპეციალობის ექიმები, მედდები, ადმინისტრატორები. ამიტომ კონფიდენციურობა მორალურ თვისებად იქცევა არა მარტო ინდივიდუალური ექიმისა-

თვის, არამედ გარკვეული გაგებით სამედიცინო კოლექტივისთვისაც.

მ. სიგლერი ალბათ არასამართლიანად მიიჩნევს, რომ კონფიდენციაურობის წესი მოძველებულია და გამუდმებით ირღვევა რუტინული სამედიცინო პრაქტიკის მსვლელობისას. როგორც სამართლიანად ამტკიცებს მ. მალეინა: „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).

„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“

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, ისე პაციენტის, მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მიერ ახლად მიწოდებული ინფორმაცია“. ამ დროს გასათვალისწინებელია, რომ სსსკ-ის 341-ე მუხლის მიხედვით - „სამსახურებრივი სიყალბე“: „ყალბი ცნობის ან ჩანაწერის შეტანა ოფიციალურ დოკუმენტში“ - სისხლისსამართლებრივი პასუხისმგებლობის საკითხი დგება.

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 კომუნისტების 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 გა-

მჯდარი ჩვევა არ აეკრძაღათ კონფიდენციური ინფორმაციის გამჟღავნება პაციენტის ოჯახის წევრებისთვის. უფრო მეტიც, ავთვისებიანი სიმსივნის დიაგნოზის დადგენის შემთხვევაში, ან სიცოცხლისთვის არასასურველი პროგნოზისას სწორედ ოჯახის წევრები იღებდნენ მართებულ ინფორმაციას, რომელიც იმავე დროს დაფარული იყო პაციენტისგან. ბიოეთიკის კანონების მიხედვით ამგვარი პოზიცია დაუშვებელია. ბიჩამპი და ჩილდრესი ღაღადებენ: „რა უფლებით უმჟღავნებს ინფორმაციას ოჯახის წევრებს ექიმმა 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 მინიჭების შესახებ. სამედიცინო ინფორმაციის განხილვა ოჯახის წევრებთან ერთად პაციენტის ზურგს უკან ითვლება კონფიდენციურობის წესის დარღვევად. („კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“ – 27-ე მუხლი). კონფიდენციურობის 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 პატივი უნდა სცეს ეთნიკური ჯგუფების წარმომადგენლების მორალური თვითშეგნების სპეციფიკურობას და გამოიყენოს კონფიდენციურობის 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 ინფო-

რმაცია, 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 კონფიდენციურობის წესს იცავს.

### „ექიმო განკურნე თავი შენი“

*(ლოუკას 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, არამართებულისაგან და დამღუპველისაგან“ – 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“.

გაუხუნარ ეთიკურ ფასეულობებს განეკუთვნება გულმო-  
წყალება, ზრუნვა, თანაგრძნობა, სიცოცხლის გადარჩენა. იო-  
ანე ოქროპირის სიტყვები ამის დასტურია: „ახეთია გულმო-  
წყალების ძალა: იგი უკვდავია, უხრწნელი და არასოდეს და-  
იღუპება“.\*

სწორედ ეს ფასეულობებია ცენტრალური და განმსა-  
ზღვრელი პროფესიული საექიმო და სამედიცინო ეთიკისთვის.  
მიუხედავად იმისა, თუ რომელ კონტინენტზე მუშაობს ექიმი,  
ან რომელ ქვეყანაში ცხოვრობს პაციენტი, მიუხედავად სა-  
ზღვრების არსებობისა, კულტურულ-ნაციონალური განსხვავე-  
ბისა, სიცოცხლისა და შემწყნარებლობის ფასეულობები მისა-  
ღებია ყველა ექიმისა და პაციენტისათვის. ამგვარად, პროფე-  
სიული საექიმო მორალის პრინციპულ თავისებურებას მიეკუ-  
თვნება მისი უნივერსალური, ანუ ინტერნაციონალური, ანუ  
ყოვლისმომცველი ხასიათი. საექიმო მორალი შეიძლება განი-  
მარტოს, როგორც ვალდებულებების სისტემა, რომელსაც  
იღებს და ასრულებს ექიმი, როცა დახმარებას უწევს ავა-  
დმყოფ ადამიანს.

ამკარაა ტიპოლოგიური სიახლოვის არსებობა სამედი-  
ცინო პროფესიონალურ და რელიგიურ-დენტოლოგიურ ეთი-  
კას შორის. შემთხვევითი არ არის, რომ ჯანდაცვის სოცი-  
ალური ინსტიტუტის პირველი მოდელი, როგორც გულმოწყა-  
ლების და კაცთმოყვარეობის ქმედითი გამოვლინებისა, რეალი-  
ზებული იყო ქრისტიანულ მონასტრებში. ღრმად სიმბოლურია  
წითელი ჯვრის სიმბოლიკა სამედიცინო დახმარების საერთა-  
შორისო ორგანიზაციის, რომელიც მსოფლიოს ყველა კუ-  
თხეში წვდება შეჭირვებულებს. მართლმადიდებლობა ისტორი-  
ულად და ლოგიკურად წარმოადგენს პირველ ქრისტიანულ  
სარწმუნოებას, რომელმაც ჩამოაყალიბა ზნეობრიობის ტრადი-  
ცია. სწორედ ამიტომ მართლმადიდებლურ ზნეობრივ ფილო-

---

\* „კანონი ჯანდაცვის შესახებ“, 30-ე მუხლი: „სამედიცინო  
პერსონალმა უნდა იხელმძღვანელოს ეთიკური ფასეულობებით –  
ადამიანის პატივისა და ღირსების აღიარების, სამართლიანობის,  
თანაგრძნობის პრინციპებით“.

სოფიაში 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 ცხოვრების 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 მიღებული ეთიკური პოზიცია: „ნამდვილ ექიმს უნდა შეეძლოს ავადმყოფის სიყვარული“.\*

ავადმყოფის სიყვარულის უნარი ექიმს, ჯერ ერთი ღმერთისგან აქვს მინიჭებული, ანუ „ადამიანის ბუნებაში არის ფესვგადგმული“, მეორეც, ადამიანს ვალდებულებით შეიძლება ჰქონდეს დაკისრებული, ანუ ჩამოყალიბებული აღზრდის შედეგად, სწავლით, განათლებით, პროფესიული გამოცდილებით. მედიცინა განაგებს 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“.\*

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 ასაბლეს იძულებული გახდა მიეღო და გაეგრძელებინა პრესრელიზი, რომელშიც გარკვევით არის განსაზღვრული

\* Леви В. «Кассирский о врачевании». – «Вопросы философии» #1, 1971, с. 153

\* Кант И. Основы метафизики нравственности. Соч. в 6-ти томах. М. 1965, т. 4(1), с. 253



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“.\*

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. ისმება კითხვა, თუ როგორ მუშაობს რეალურ სამედიცინო პრაქტიკაში ასეთი მიდგომა. კერძოდ, შესაძლებელია თუ არა მათზე დაყრდნობით, ტრანსპლანტოლოგების წინაშე წამოჭრილი საკითხის გადაწყვეტა: სამართლიანია თუ არა ღვიძლის გადანერგვა ალკოჰოლიკისათვის, თუ ბავშვისათვის? რა თქმა უნდა ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის უფლება – ეს სამოქალაქო უფლებებია, რომელიც გააჩნია ნებისმიერ ადამიანს, ასაკის, მატერიალური მდგომარეობისა და სხვათა მიუხედავად.

---

\* „ექიმთა ასოციაციები, სამედიცინო ეთიკა და საერთო სამედიცინო პრობლემები“. ოფიციალური დოკუმენტების კრებული. 1995წ.

მაგრამ, ისევ და ისევ დგება საკითხი ამ უფლების სოციალურ-პრაქტიკული მიზანშეწონილობის შესახებ კონკრეტული სამედიცინო პრაქტიკის კონტექსტში. უნდა გახდეს თუ არა ზემოთ ნახსენები პარამეტრები მორალური ნორმა, რომელიც შეზღუდავდა ადამიანის უფლებას გადასანერგი 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 ტუსაღებს, სიკვდილმისჯილებს, ვისაც წინასწარ თანხმობა არ გაუცხადებია და არ ჰქონდათ საშუალება უარი ეთქვათ; პირებს, რომლებიც ფიზიკური ან ფსიქიური 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“.\*

შეიძლება თუ არა მორალურად გამართლებულად ჩაითვალოს ამ კატეგორიის ხალხის გამოყენება პოტენციური 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 დიდი შანსია, რათა „კაცობრიობამ ნანატრი“ შედეგები მიიღოს ასეთი „ექსპერიმენტული მასალის“ არსებობისას.

„კანონი ჯანდაცვის შესახებ“ მე-12 მუხლის თანახმად აკრძალულია სისხლისა და სისხლის კომპონენტების აღება წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელის აღსრულების

\* „საექიმო ასოციაციები, სამედიცინო ეთიკა და ზოგადი მედიცინის პრობლემები. ოფიციალური დოკუმენტების კრებული“. 1995 წ.წ.

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 რენანიმაციის მეთოდებს. ცნობილია, ასევე ექიმთა წამებაში თანამონაწილეობის ისეთი შემთხვევებიც, როგორც პატიმართა გამოკვლევა იმ მიზნით, რომ გაარკვიონ წამების გავრძელება 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 საერთაშორისო სამედიცინო ასოციაცია 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).

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

---

\* Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы. Сборник официальных документов. М. 1995, с. 16.

თავისი არსით თავისუფალი პროფესიაა. ნებისმიერ ვითარებაში დაუშვებელია, ხელისუფლების წარმომადგენელმა ან კერძო პირმა მოსთხოვოს ექიმს ამ კანონში მოცემული პრინციპების, საექიმო საქმიანობის ეთიკური ნორმების საწინაარმდეგო 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 მუხლით: „შრომის თავისუფლების ხელყოფა“ ან 335-ე მუხლით: „ჩვენების ან დასკვნის მიცემის იძულება“.

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.



თავის რაიონის

«საქართველო საარჩევნო სისტემების განვითარების  
სააგენტოს პრეზიდენტის განცხადება»

შინაგანგებობა

დამოუკიდებლობისათვის ბრძოლისათვის და სამართალს შორის

ბრძოლის მხარე - დემოკრატიის საქმეებს

ბრძოლის პრინციპებს:

პრინციპი «არ არის»

პრინციპი «საქმე სიკვდილს»

პრინციპის მხარეების პრინციპების პრინციპი

სამართლებრივების პრინციპი

ბრძოლის წესებს:

დემოკრატიული მანქანის წესი

პრინციპული წესი

პრინციპული წესი

«საქმე განსჯის თავი უნდა»