

Ս.Ն. ԴԱՎԹՅԱՆ

ՔՐՈՆՈԹԻԿԱ

Դասագիրք

Երևան 2009թ.

ДАВТЯН С.А.

БИОЭТИКА

УЧЕБНИК

DAVTYAN S.H.

BIOETHICS

MANUAL

ՀՏԴ 17:61(07)
ԳՄԴ 87.7+5 y7
Դ 234

ՀՀ կրթության և գիտության նախարարության
27.02.09-ի թիվ134-Ա/Ք հրամանով Ս.Յ. Դավթյանի «Բիոտեխնոլոգիա»
աշխատանքը հաստատված է որպես դասագիրք բժշկական բուհերի
ուսանողների համար:

Դ 234 Դավթյան Ս.Յ. Բիոտեխնոլոգիա: Դասագիրք- Եր.:
Երեւանի պետ.բժշկ. համալս., 2009- 208 էջ:

Ազգային լեզվով այս առաջին դասագիրքը նախատեսված է
ուսանողների, ասպիրանտների, հայցորդների և ընթերցող լայն
շրջանակների համար:

Դասագիրքն ունի ուսումնամեթոդական ուղղվածություն, մաս-
նագիտացված տերմինաբանական բառարան, հատուկ դասընթաց-
ների, գործնական պարապմունքների, գիտական զեկուցումների,
ինքնուրույն աշխատանքի համար հարցաշար, առաջարկվող գրա-
կանություն:

ԳՄԴ 87.7+5 y7

ISBN 978-99941-40-69-5

© Ս. Դավթյան, 2009թ.

Դասընթացի թեմատիկ կառուցվածքը սահմանեց, ընթերցելու համար հանձնարարվող նյութերը ընտրեց, ուսումնամեթոդական ձեռնարկը կազմեց և հրատարակման պատրաստեց փիլիսոփայական գիտությունների թեկնածու, դոցենտ Ս.Յ. Դավթյանը:

Այս աշխատությամբ սկսվում է «XX-XXI դարերի բիոէթիկական միտքը» մատենաշարի հրատարակումը:

Մատենաշարի խմբագիր՝

ՀՀ ԳԱԱ փիլիսոփայության ամբիոնի վարիչ Մ.Ա. Հարությունյան

Գրախոսներ՝

բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր, ԱՊՀ երկրների էթիկական կոմիտեների համաժողովի հիմնադիր նախագահ

Օ. Ի. Կուբար (Սանկտ-Պետերբուրգ)

բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր, «Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդեսի» գլխավոր խմբագիր

Ռ.Ա. Հովհաննիսյան (Երևան)

փիլիսոփայական գիտությունների թեկնածու, դոցենտ

Վ. Դ. Դարբինյան (Երևան)

փիլիսոփայական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր ՌԴ ԳԱԱ

ակադեմիկոս. Բ. Գ. Յուդին (Մոսկվա)

Համակարգչային շարվածքը՝

Լ. Չիթյանի

Ա. Հովհաննիսյանի

Ա. Պետրոսյանի

Ա. Բալայանի

Համակարգչային ձևավորումը՝

Մ. Ավետիսյանի և Վ.Քոչարի

Հեղինակի բոլոր իրավունքները պաշտպանված են: Այս հրատարակության ոչ մի բաժին (որևէ մաս) չի կարող մուտքագրվել համակարգչի հիշողության մեջ կամ որևէ կերպ վերարտադրվել առանց հեղինակի կամ հրատարակչի թույլտվության:

Հեղինակն իր պարտքն է համարում անկեղծ շնորհակալություն հայտնել աշխատության ձեռագրի մասին արժեքավոր դիտողություններ հայտնած բոլոր մասնակիցներին, ինչպես նաև բոլոր նրանց, ովքեր քաջալերել և իրենց խորհուրդներով օժանդակել են դասագրքի հրատարակմանը՝

պրոֆեսոր Ամնոն Քարմիրին՝ ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի բիոթեկայի ամբիոնի վարիչ, բժշկական իրավունքի համաշխարհային ընկերակցության նախագահ (Իսրայել),

պրոֆեսոր Մ.Յա. Յարովինսկուն՝ Սեչենովի անվան բժշկական ակադեմիայի բիոթեկայի կուրսի վարիչ (Մոսկվա),

ակադեմիկոս Միրսի Իֆրիմին՝ Օրադեա (Ռումինիա),

պրոֆեսոր Գ.Պ. Քյալյանին՝ Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ռեկտոր (Երևան),

պրոֆեսոր Օ.Ի. Կուբարին՝ ԱՊՀ երկրների էթիկական կոմիտեների ֆորումի հիմնադիր նախագահ (Ս. Պետերբուրգ),

դոցենտ Մ.Ա. Հարությունյանին՝ ՀՀ ԳԱԱ փիլիսոփայության ամբիոնի վարիչ (Երևան),

Հ. Ասատրյանին՝ ԱՊՀ երկրների էթիկական կոմիտեների ֆորումի առաջին քարտուղար (Սանկտ-Պետերբուրգ),

պրոֆեսոր Ռ.Ա. Հովհաննիսյանին՝ «Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդեսի» գլխավոր խմբագիր, բժշկական գիտ. դոկտոր (Երևան),

դոցենտ Վ.Դ. Դարբինյանին՝ փիլիսոփայական գիտությունների թեկնածու, (Երևան),

պրոֆեսոր Հենկ Տեն Հավեին՝ ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի գիտության, տեխնոլոգիաների էթիկայի բաժնի վարիչ (Հոլանդիա),

ակադեմիկոս Բ.Գ. Յուդինին՝ փիլիսոփայական գիտությունների դոկտոր (Մոսկվա),

պրոֆեսոր Պ.Դ. Տիշչենկոյին, փիլիսոփայական գիտությունների դոկտոր (Մոսկվա)

պրոֆեսոր Ռ.Ա. Ապրեսյանին՝ ՌԴ ԳԱԱ փիլիսոփայության ինստիտուտի էթիկայի բաժնի վարիչ (Մոսկվա):

պրոֆեսոր Սերլին Վալտոնին՝ Սիդնեյ (Ավստրալիա)

Հեղինակը երախտագիտությամբ կընդունի բոլոր այն դիտողություններն ու առաջարկները, որոնք կօգնեն վերացնել աշխատանքի թերությունները, եթե, կամոքն Աստծո, հնարավորություն տրվի այն երկրորդ անգամ լույս ընծայել:

Ինձ համար իրապես հաճելի է հեղինակին շնորհավորել նրա նոր գրքի կապակցությամբ:

ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի բիոէթիկայի ամբիոնն իր երկրորդ Միջազգային համաժողովն անցկացրեց Էյլաթում (Իսրայել), 2002 թվականին:

Պրոֆեսոր Սուսաննա Դավթյանն այս միջազգային միջոցառմանն ակտիվ մասնակցություն ունեցավ, և նրա հետաքրքիր զեկույցը բոլոր մասնակիցների կողմից գնահատվեց որպես լավագույններից մեկը: Նրա փայլուն ելույթը սկիզբ դրեց մտքերի փոխանակության և ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի ամբիոնի տնօրենների հետ մտերիմ շփման:

ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի ամբիոնի լիազորություններից է ողջ աշխարհում խթանել բժշկական կրթական հաստատություններում բիոէթիկայի ուսումնասիրությունը: Այս նպատակին հասնելու համար ամբիոնը քաջալերում է բժշկական էթիկայի և բժշկական իրավունքի դասագրքերի հրատարակումը՝ ուսանողներին և դասախոսներին օգնելու համար:

Պրոֆեսոր Ս. Դավթյանի հանգամանալից շարադրված գիրքը ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի ամբիոնի կողմից գնահատվում է որպես Հայաստանում կատարված կարևոր ներդրում, իսկ գրքի անգլերեն թարգմանությունը հնարավորություն է տալիս այլազգի ընթերցողներին ծանոթանալ Հայաստանի բարոյագիտական և իրավական նորմերին:

Երևանի պետական բժշկական համալսարանի ղեկավարության և մասնավորապես համալսարանի ռեկտորի՝ բիոէթիկայի ուսումնասիրությանն ու դասավանդմանն ուղղված ծրագրերն ու ջանքերը բարձր են գնահատվում ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի բիոէթիկայի ամբիոնի կողմից: Պրոֆեսոր Ս. Դավթյանի դասագիրքն, անկասկած, ժամանակին և տեղին է որպես պատշաճ միջոց այս կարևոր գործն իրականացնելու համար:

պրոֆեսոր Ա. Քարմի,

ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի բիոէթիկայի ամբիոնի վարիչ,
բժշկական իրավունքի համաաշխարհային ընկերակցության նախագահ,
Իսրայել

Հետևելով Արևմուտքի և Ռուսաստանի օրինակին՝ բիոէթիկան արդեն 9-րդ տարին է դասավանդվում է Երևանի պետական բժշկական համալսարանում, իսկ դոցենտ Ս.Յ. Դավթյանը կանոնավոր մասնակցում է ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի շրջանակներում գործող բիոէթիկայի համաձայնագրի գործունեությանը, զեկուցումներով հանդես է գալիս միջազգային գիտական կոնֆերանսներում, համագործակցում բիոէթիկայի խոշոր կենտրոնների, այդ թվում Սանկտ Պետերբուրգի, Մոսկվայի, Ջահրեբի, Տարտուի, Չայֆայի և այլ բժշկական բուհերի համապատասխան ամբիոնների հետ:

2005թ. ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի կողմից հրավիրվել է՝ որպես փորձագետ (էքսպերտ) մասնակցելու բիոէթիկային նվիրված տարածաշրջանային խորհրդակցությանը ու որպես համանախագահ, ակադեմիկոս Բ.Գ. Յուդինի և պրոֆեսոր Տ.Վ. Միշատկինայի հետ ղեկավարել գիտական չորրորդ նստաշրջանը:

Վստահ եմ, որ ազգային լեզվով այս առաջին դասագիրքը սկիզբ կդնի հետագա հրատարակումների, որոնք կօգնեն ձեռք բերել անհրաժեշտ գիտելիքներ բիոէթիկայից:

Աշխատանքը շահեկանորեն աչքի է ընկում նրանով, որ նրանում ներկայացված են բիոէթիկայի բնագավառում թե՛ միջազգային կազմակերպությունների և թե՛ ՀՀ Աժ կողմից ընդունված օրենսդրական առավել կարևոր ակտերը և հռչակագրերը,

- արժարժված են հայ միջնադարյան փիլիսոփայական և բժշկագիտական մտքի ներկայացուցիչների դատողությունները (Նարեկացի, Դավիթ Անհաղթ և այլք),

- տեսական նյութը համեմված է ուսանողների և դասախոսների շրջանում անցկացված սոցիոլոգիական հարցումների արդյունքներով,

- չեն շրջանցվել նաև կիրառական էթիկայի հարցերը,

- ներկայացված են տարբեր երկրների բժիշկների պրակտիկայից մեջբերված կոնկրետ իրավիճակներ (case study-ներ) և դրանց նկատմամբ բարոյագիտական տարբեր մոտեցումների վերլուծություններ, որոնք ոչ միայն կօգնեն ուսանողներին ձեռք բերել փորձ և ընդլայնել իրենց պատկերացումները, այլև կծնավորեն բիոէթիկական վերլուծության հմտություններ:

2007թ. Ս.Յ. Դավթյանը դարձյալ ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի հրավերով մասնակցեց էթիկական կոմիտեների գործունեությանը և բիոէթիկական կրթությանը նվիրված միջազգային գիտապրակտիկ կոնֆերանսին, որի շրջանակներում տեղի ունեցավ նաև «Կենսաբժշկական հետազոտությունների էթիկական փորձաքննությունն ԱՊՀ երկրներում (սոցիալ-մշակութային ասպեկտները)» գրքի ռուսերեն և անգլերեն տարբերակների շնորհանդեսը:

Գրքում տեղ էր գտել նաև Ս.Յ. Դավթյանի ծավալուն հոդվածը, որտեղ ներկայացվում է Հայաստանում բիոէթիկական կրթության վիճակը, պատմական և մշակութային հիմքերը, բիոէթիկական խնդիրների իրավական և նորմատիվ կարգավորման մեխանիզմները, միջազգային համագործակցության ձևերը և հեռանկարները:

Ուրախ եմ, որ ԵրՊԲՀ ղեկավար, պրոֆեսոր Գ.Պ. Քյալյանն ըստ արժանվույն է գնահատում թե՛ առարկայի կարևորությունը, թե՛ ժամանակի պահանջներին համապատասխան բուժաշխատող պատրաստելու ուղղությամբ տիկին Ս.Յ. Դավթյանի բեղմնավոր գործունեությունը:

Բարի երթ եմ մաղթում այս ուշագրավ և կարևոր ձեռնարկին:

Օ. Ի. Կուրբար

ԱՊՀ երկրների էթիկական կոմիտեների
համաժողովի հիմնադիր նախագահ
բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր,

Բիոտեխնոլոգիայի և մարդու իրավունքների մասին համընդհանուր հռչակագրի 19-րդ հոդվածի 4-րդ կետը (2005թ. նոյեմբերի 19, ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի գլխավոր ասամբլեայի 33-րդ նստաշրջան) հորդորում է «ջանք չխնայել աջակցելու հասարակության տեղեկացվածությանը, բիոտեխնոլոգիայի հարցերի վերաբերյալ կրթվածությանը և բիոտեխնոլոգիայի առջև ծառայած խնդիրները լուծելու համար ներգրավել ոչ միայն ուսանողությանը, այլև հասարակության ամենալայն խավերին»:

Բիոտեխնոլոգիայի հումանիստական գաղափարների լայն տարածման նպատակը հետևյալն է. գիտնականների շրջանում արթնացնել մասնագետի խիղճը, խիղճ, որ նրանց ետ կպահի գենային ինժեներիայի մեթոդներով և առաջին հերթին կլոնավորման մեթոդով մարդ արարած ստեղծելու անհեռատես, անխոհեմ փորձերից:

Այսօր անհրաժեշտություն է հասարակական գիտակցության մեջ ամրապնդել բիոտեխնոլոգիայի հումանիստական գաղափարները, քանի որ դա թույլ կտա լուծելու բարդ հարցերի մի հսկայական շարք, որն առաջանում է գիտնականների «մեղքով»: Գիտնականներ, ովքեր երբեմն բարոյական տեսակետից խիստ կասկածելի գործողություններով մարդկային հասարակությունը ոչ միայն կանգնեցնում են անդունդի եզրին, այլև հանգեցնում են մարդկության հավանական ոչնչնացմանն ու վերացմանը: Սա՝ է իրականությունը:

Ահա թե ինչու է այդքան կարևոր ու անհրաժեշտ ձևավորել բժիշկ-գիտնականների բարոյափիլիսոփայական, իրավական ինքնագիտակցությունը:

Բիոտեխնոլոգիայի դասավանդողը պետք է աչքի ընկնի բազմակողմանի զարգացածությամբ, լայնախոհությամբ, բարեկրթությամբ, նրբազգացությամբ ու մարդասիրությամբ, պետք է լինի ակտիվ, նախաձեռնող, ունենա ոչ միայն ստեղծագործական ջիղ, այլև կամք և վճռականություն՝ ազգի և պետության առջև ծառայած խնդիրները առավել արդյունավետ լուծելու համար:

Այս իմաստով ողջունում և խրախուսում եմ դոցենտ Ս. Գ. Դավթյանի սույն ձեռնարկի հրատարակությունը: Վստահ եմ, որ այն օգտակար կլինի ոչ միայն ուսանողության, այլև Հայաստանի Հանրապետության հասարակության բիոտեխնոլոգիական գիտակցության ձևավորման համար:

Բ. Գ. Յուրիև,

ՌԴ ԳԱԱ Մարդու ինստիտուտի տնօրեն,
Փիլիսոփայական գիտությունների դոկտոր,
պրոֆեսոր, ակադեմիկոս

Բովանդակություն

Ներածություն	10
ԲԱԺԻՆ 1. Ի՞նչ է էթիկան, ինչպե՞ս է այն օգնում բժշկին	14
ԲԱԺԻՆ 2. Փոփոխվում է արդյոք բժշկական էթիկան	20
ԲԱԺԻՆ 3. Ինչպե՞ս են որոշում, թե ինչն է բարոյական	24
ԲԱԺԻՆ 4. Բիոէթիկայի առարկան, հիմնախնդիրները և ծագման նախապատմությունը	28
ԲԱԺԻՆ 5. Բիոէթիկայի տեսական հիմքերը և զարգացման փուլերը	38
ԲԱԺԻՆ 6. Բիոէթիկայի պատմական մոդելները և բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների տիպերը	48
ԲԱԺԻՆ 7. Բժշկի պարտականություններն ու հիվանդի իրավունքները	62
ԲԱԺԻՆ 8. Բժշկի բարեկրթությունը	70
ԲԱԺԻՆ 9. Հոգեկան հիվանդների, մտավոր թույլ զարգացածների իրավունքները, նրանց հարկադրական հոսպիտալացումը և ամլացումը	76
ԲԱԺԻՆ 10. Իրազեկված համաձայնություն	82
ԲԱԺԻՆ 11. Հղիության արհեստական ընդհատման բարոյաիրավական հիմնախնդիրները	88
ԲԱԺԻՆ 12. Գենային տեխնոլոգիաների և կլոնավորման էթիկական հիմնախնդիրները	94
ԲԱԺԻՆ 13. Կյանքի և մահվան հիմնահարց	102
ԲԱԺԻՆ 14. Էվթանազիա. կյանքի սոցիոլոգիայի հարցեր	110
ԲԱԺԻՆ 15. Էվթանազիան Հայաստանում	119
ԲԱԺԻՆ 16. Պալիատիվ բժշկություն	126
ԲԱԺԻՆ 17. Հայ միջնադարյան փիլիսոփայական և բժշկագիտական միտքը. Նարեկը՝ բժշկարան	142
ԲԱԺԻՆ 18. Սոցիալական արդարությունը և քաղաքականությունը առողջապահության բնագավառում	160
ԲԱԺԻՆ 19. Կոնկրետ իրավիճակներ և դրանցից դուրս գալու գործնական ելքեր	166
Հավելված	183
Բիոէթիկական եզրերի հայերեն-ռուսերեն-անգլերեն բառարան	200
Առաջարկվող գրականություն	202

Ներածություն

*Հիպոկրատեսի հետ դուք ոչ միայն
լավ բժիշկ, այլև լավ մարդ կլինեք:
Մուդրով*

Նախքան որևէ գիտության ուսումնասիրությունն սկսելը հարկ է պարզել, թե հարցերի ի՞նչ շարք է ուսումնասիրում տվյալ գիտությունը, ե՞րբ է ծագել, զարգացման ի՞նչ էտապներ է անցել, ի՞նչ հարաբերության մեջ է հարակից այլ գիտությունների հետ և վերջապես, պրակտիկ ի՞նչ նշանակություն ունի այդ գիտության ուսումնասիրումը մարդու համար:

Հարցերի այս շարքն է ուսումնասիրում ներածական մասն այն գիտության, որն արդեն 50 տարի է կոչվում է բիոէթիկա:

Ի՞նչ է բիոէթիկան, ո՞րն է նրա դերը մեր աշխարհում, ինչո՞վ է այն տարբերվում ավանդական բժշկական էթիկայից:

Բիոէթիկան այսօրվա մշակույթի անբաժան մասը, առաջացել է ԱՄՆ-ում 20-րդ դարի 60-ական թվականներին: Բիոէթիկա տերմինն առաջարկել է Վան Ռենսսելլեր Պոտերը 1970թ.:

Որոշ ժամանակ անց այդ տերմինի իմաստը փոխվում է, և առաջին պլան են մղվում կենսաբժշկական տեխնոլոգիաների (գենետիկ, ռեպրոդուկտիվ, փոխպատվաստման և այլ) միջառարկայական՝ մարդաբանական, բարոյական, սոցիալական և իրավական հիմնահարցերի ուսումնասիրությունները:

1970-ական թվականներին ԱՄՆ-ում ստեղծվում են կրթական և հետազոտական առաջին կենտրոնները, իսկ այն հարցերը, որոնցով զբաղվում էին այդ կենտրոններն սկսում են ուշադրություն հրավիրել թե՛ քաղաքագետների, թե՛ լրագրողների, թե՛ կրոնական գործիչների ու հասարակության ամենալայն խավերի ուշադրությունը:

1970-ական թվականների վերջին բիոէթիկան ճանաչում է ստանում արևմտյան Եվրոպայում, իսկ 1990-ական թվականների սկզբից՝ արևելյան Եվրոպայի երկրներում՝ (ներառյալ Ռուսաստանը) և Ասիայիում (Ճապոնիա և Չինաստան):

Ո՞րն է բիոէթիկայի խնդիրը:

Դուրս հանել, ի ցույց դնել բարոյական հիմնահարցերի այն ամենատարբեր մոտեցումները, դիրքորոշումները, որ հեղեղի պես ծնում է կենսաբժշկական գիտությունների ու տեխնոլոգիաների աննախընթաց զարգացումը.

Կարելի՞ է արդյոք մարդ կլոնավորել:

Բարոյակա՞ն է արդյոք մտածել, որ մարդը կարող է էվոլյուցիոն զարգացման համահեղինակ դառնալ՝ մարդ-արարած ստեղծել ...

Թույլատրելի՞ են գենային նոր մեթոդներով ֆիզիկական և մտավոր բարձր հատկանիշներով օժտված մարդկանց «նոր ցեղ, տեսակ» ստեղծելու փորձերը:

Պե՞տք է մեռածի հարազատներից թույլտվություն վերցնել պատվաստման նպատակով նրա օրգանները օգտագործելու համար:

Պետք է և կարելի՞ է հիվանդին ասել անբուժելի հիվանդության մասին, թե՞ պետք է երբեմն անտեսել հիվանդի՝ իր հիվանդության մասին ճշմարտությունն իմանալու իրավունքը:

Էվթանազիան հանցագործություն՞ է թե՞ գթասրտություն և այլն, և այլն:

Նման հիմնահարցերին ընդունելի որոշումներ, լուծումներ տալուն է ծառայելու բիոէթիկան:

Ծագում է օրինական հարց. ինչու՞ էր պետք ստեղծել բիոէթիկան, եթե դարեր շարունակ բժշկությունը և բարոյագիտությունը փորձել են լուծել նմանատիպ հարցեր. ո՞րն է բիոէթիկայի և ավանդական էթիկայի տարբերությունը:

Հիմնական տարբերությունն այն է, որ հիպոկրատյան կամ ավանդական բարոյագիտությունն ունի կորպորատիվ բնույթ, ըստ որի բժիշկը միակ սուբյեկտն է, որն ազդում է պասիվ հիվանդի վրա (patient – լատիներեն մարդ, որն իր վրա կրում է դրսի ազդեցությունը):

Մինչդեռ բիոէթիկան ելնում է ակտիվ հիվանդի գաղափարից: Ակտիվ հիվանդն ազատ է և հնարավորություն ունի երկխոսության մեջ մտնել, երբեմն էլ ազդել որոշումների, բուժման ընթացքի վրա, մրցակցել բժիշկների հետ բուժման եղանակների վերաբերյալ՝ պարտադրելով իր մոտեցումները:

Ավանդաբար եկող արժեքները՝ գթասրտություն, բարեգործություն, հիվանդին չվնասել, բժշկի պատասխանատվությունը հիվանդի հանդեպ բոլորովին չեն փոխվել, պարզապես այսօրվա սոցիալական և մշակութային իրադրության մեջ նոր հնչողություն և նշանակություն են ձեռք բերել: **Ավելի մեծ ուշադրություն է դարձվում մարդու, որպես անկրկնելի, բացառիկ արժեք ներկայացնող էակի, նրա՝ ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու իրավունքի վրա:**

Բարոյական գիտակցության կենտրոնում հայտնվել է մարդու ինքնիշխանությունը, նրա այն իրավունքը, որն ամրագրվել է միջազգային և ազգային օրենքներում. նրա կյանքին և առողջությանը վերաբերող առավել կարևոր որոշումներն ընդունել ինքնուրույն:

Նշենք նաև, որ եթե բժիշկներն ու կենսաբաններն ունեն ավելի խոր, հավաստի գիտելիքներ, օրինակ, այն մասին, թե տեխնիկապես ինչպե՞ս պետք է իրականացնել մարդու կլոնավորումը (ռեպրոդուկտիվ՝ վերարտադրողական, թերապևտիկ, թե՞ մեկ այլ ճանապարհով, օգտագործվում են ցողունային, թե՞ այլ բջիջներ և այլն), ապա նման գործողությունների բարոյական և իրավական թույլատրելիության հարցը գտնվում է նրանց մասնագիտական իրավասությունից (կոմպետենցիայից) դուրս:

Հենց այդ պատճառով բիոէթիկան զարգացնում են մի շարք գիտությունների ներկայացուցիչներ՝ բժիշկներ, փիլիսոփաներ, աստվածաբաններ, կենսաբաններ, հոգեբաններ, իրավաբաններ, քաղաքագետներ և այլք:

Ահա թե ինչու բիոէթիկան միջառարկայական տիրույթ է, և այն հիմնահարցերը, որոնք ծնվում են կենսաբանության և բժշկության առաջընթացի արդյունքում, այնքան բարդ ու բազմազան են, որ պահանջում են տարբեր փորձ, հմտություն, գիտելիք ունեցող մարդկանց ուժերի համախմբում, ինչպես նաև ազգային, մշակութային և այլ բնույթի գործոնների նկատառում:

Նշենք բիոէթիկայի ևս մեկ առանձնահատկություն: Պատմությունը ցույց է տալիս, թե ինչքան վտանգավոր է հասարակությանը պարտադրել գաղափարախոսական, կամ կրոնական արժեքների մեկ միասնական համակարգ: Մենք իրարից տարբերվում ենք արժեքային համակարգերով (արժևորման սկզբունքով), թեև նույն հասարակության քաղաքացիներն ենք: Չնայած բոլոր տարբերություններին, առավել ևս լիարժեք հարգելով դրանք, անհրաժեշտ է ձևավորել համատեղ կյանքի հմտություններ, այնպես որ յուրաքանչյուրն իրա-

վունք ունենա ուրիշներից տարբերվելու՝ իհարկե, չափի զգացումը պահելով, ազգի, ավանդույթները, մշակույթը հարգելով, ծայրահեղությունների մեջ չընկնելով:

Ահա թե ինչու բիոթիկան ուսումնասիրում է ոչ միայն գիտատեխնիկական առաջընթացով պայմանավորված բարոյագիտական հարցերը, այլև մասնակցում է բազմակարծ (պլյուրալիստական) հասարակություններին բնորոշ քաղաքական նոր ինստիտուտների ստեղծման գործընթացներին:

Այդ գործում կարևոր դեր ունեն էթիկական կոմիտեները:

էթիկական կոմիտեները սոցիալական ինստիտուտ են, որոնք պետական,



Բժշկի դիմանկար

հասարակական, միջազգային կազմակերպությունների բազմամակարդակ ցանց են: Էթիկական կոմիտեներ գործում են թե՛ գիտահետազոտական հիմնարկներում, հիվանդանոցներում, թե՛ պետական հիմնարկություններում (Ազգային ժողով, նախագահի աշխատակազմ), թե՛ միջազգային կազմակերպություններում (ՅՈՒՆԵՍԿՕ, ՄԱԿ, ԱՅԿ և այլն): Այդ կոմիտեներում կարևոր դեր ունեն նաև մարդու իրավունքների պաշտպանության հետ առնչվող մարմինները:

2006թ. նմանատիպ կոմիտե (հանձնաժողով) գործում է նաև ԵրԴԲԳ-ում պրոֆեսոր Մ.Ի. Աղաջանյանի նախագահությամբ:

Ինչպես նշվում է Եվրոխորհրդի «Մարդու իրավունքների և արժանապատվության պաշտպանությունը կեն-

սաբանության և բժշկության նվաճումների կիրառման հետ կապված. մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության կոնվենցիայի» հոդված 28-ում, **«Կողմերը պետք է մտահոգվեն այն մասին, որ կենսաբանության և բժշկության առաջընթացով պայմանավորված հիմնահարցերը (առավելապես սոցիալ-տնտեսական, էթիկական և իրավաբանական ասպեկտները) հասարակական լայն քննարկաման և համապատասխան խորհրդատվությունների առարկա դառնան»:**

Բացի այդ, բիոթիկայի գաղափարները զարգանում և սոցիալապես իրագործվում են տարբեր հասարակական կարգակերպությունների և շարժումների շրջանակներում. բավական է նշել անկախ բժշկական ընկերակցությունները, հիվանդի իրավունքները պաշտպանող, արբորտի կողմակիցների և դրան դեմ կանգնածների, կենդանիների իրավունքները պաշտպանող և այլ կազմակերպությունները: Կենսաբանական նոր տեխնոլոգիաների աաջընթացով պայմանավորված սուր հիմնահարցերը լուծելու գործում անհրաժեշտ է էթիկական կրթության բարելավում և ընդլայնում՝ մարդկանց գրագետ մասնակցություն

ապահովելու համար:

Ռուսաստանում 1995թ. բիոտեխնիկական ընդգրկվել է պարտադիր առարկաների ցանկը բժշկական բոլոր բուհերում (իսկ Մոսկվայի Սեչենովի անվան ակադեմիայում բիոտեխնիկայի դասընթացը պարտադիր առարկաների շարքում ընդգրկվել է 1996թ.): Որոշ երկրներում՝ ԱՄՆ-ում, Ֆրանսիայում, Ռուսաստանում և այլն, բիոտեխնիկական դասավանդվում է նաև այլ մասնագիտություններ ուսումնասիրողներին՝ կենսաբաններին, փիլիսոփաներին, հոգեբաններին, իրավաբաններին և աստվածաբաններին:

Հայաստանի Հանրապետության բուհերի շարքում ԵՐՊԲՀ-ն առաջինն էր, որ 2000թ. սկսեց դասավանդել բիոտեխնիկա առարկան:

Այդ ընթացքում անցկացվել են ուսանողական գիտական կոնֆերանսներ, որին մասնակցել են թե՛ տեղացի, թե՛ արտասահմանցի ուսանողներ աշխարհի ավելի քան 20 երկրներից: Դրական պետք է համարել, որ 2007-2008 ուս. տարվանից ԵՐՊԲՀ-ում բիոտեխնիկական ընդգրկված է պարտադիր առարկաների ցանկում՝ 34 ժամաքանակով, միջանկյալ երկու հարցումով: Դասընթացն ավարտվում է քննությամբ:

Առարկան ուսումնասիրում են ոչ միայն ԵՐՊԲՀ առաջին կուրսի բոլոր ֆակուլտետների ուսանողները՝ հայերեն, ռուսերեն, անգլերեն լեզուներով, այլև օրդինատորները, հայցորդները և ասպիրանտները: Համալսարանի ղեկավարության նախաձեռնությամբ անցկացվում են դասընթացներ նաև ստորին, միջին և վերին բուժանձնակազմի համար:

Մեր հանրապետությունում բիոտեխնիկան իր առաջին քայլերն է անում, և բնական է , որ բիոտեխնիկական կրթության առկա համակարգը կատարելագործման կարիք ունի:

Հայերենով ներկայացվող դասագիրքը, մայրենի լեզվով առաջինը լինելով մեր հանրապետությունում, բնական է, չի հավակնում լիարժեք պատասխանելու բոլոր հարցերին, բայց հուսով ենք, որ այն թույլ կտա ոչ միայն ուսանողներին, այլև ընթերցող լայն շրջանակներին խորացնել իրենց գիտելիքները բիոտեխնիկայի վերաբերյալ, ձեռք բերել քաղաքացիական ավելի ակտիվ դիրքորոշում այն հարցերի նկատմամբ, որոնք վերաբերում են ոչ միայն բիոտեխնիկային, այլև պետությանը, հասարակությանն ու ազգին:

Եվ հետևելով հնոց իմաստությանը՝ ուզում են անկեղծորեն դիմել ընթերցողին՝

- Lectori benovolo, salutem! (լատ).

- Ողջուն բարեհաճ ընթերցողին:



ԲԱԺԻՆ 1

**Ի՞նչ է երթիկան եզ ինչպե՞ս է
այն օգնում բժիշկներին**

Էթիկան ուսմունք է բարոյականության, բարք ու վարքի, նիստ ու կացի, դրանք կարգավորող արժեքների, նորմերի մասին: Այն բարոյական որոշումների և վարքի հանգամանալից, համակարգված վերլուծությունն է:

Էթիկան անսահման պատասխանատվությունն է այն ամենի հանդեպ, ինչ ապրում է (Ա. Շվեյցեր):

Բարոյականությունը մարդկային որոշումների և վարքի արժեքային գնահատման չափանիշն է: Բարոյականության մասին խոսելիս հաճախ են գործածում իրավունք, պատասխանատվություն առաքիություններ, գոյականներն (հասկացությունները) ու բարի, չար, ճիշտ, սխալ, արդար, անարդար ածականները: Էթիկական ուսուցման նպատակն է մարդկանց օգնել, որպեսզի նրանք կողմնորոշվեն, թե ինչպես վարվել կոնկրետ իրավիճակներում:

Էթիկան առնչվում է մարդկային կյանքի բոլոր կողմերին, այդ իսկ պատճառով այն ունի բազմաթիվ ճյուղեր: Ամենահետաքրքիր ճյուղերից է բժշկական էթիկան, որը թեև սերտորեն կապված է բիոէթիկայի հետ, այնուամենայնիվ, տարբերվում է նրանից:

Բժշկական էթիկան բիոէթիկայի մի մասն է, քանի որ եթե առաջինը քննում է միայն բժշկական պրակտիկայի հետ առնչվող բարոյական խնդիրները, ապա երկրորդը՝ կենսաբժշկական գիտությունների բուռն զարգացումների հետ առնչվող խնդիրները:

Ինչու՞ է անհրաժեշտ սովորել բժշկական էթիկա:

Չնայած էթիկայի կարևորությունն ընդգծող ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի և առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունների միջազգային այլ փաստաթղթերին, նրանց կազմակերպած կոնֆերանսներին, կոնգրեսներին, այդուհանդերձ հաճախ կարելի է լսել նման կարծիքներ.

- Կարևորն այն է, որ բժիշկն ունենա մասնագիտական գիտելիքներ, մնացածն ավելորդ է:

- Էթիկա, վարվեցողություն մարդիկ պետք է սովորեն ընտանիքում, մանկապարտեզում, դպրոցում, ոչ թե բուհում:

- Բժշկական էթիկա կարելի է սովորել փորձառու բժիշկների վարքը, վարվելակերպը, գործելակերպն ուսումնասիրելով, ոչ թե գիրք կարդալով կամ դասախոսություն լսելով...

- Էթիկան շատ կարևոր է, բայց մեր դասացուցակներն արդեն ծանրաբեռնված են և հասարակագիտական առարկաներին այդքան տեղ տալ չենք կարող:

Այո, հանդիպում ենք նման կարծիքների: Սակայն դրանք մասամբ և միայն մասամբ են ճշմարտանման: Ողջ աշխարհում բժշկական բուհերը, որոնք գնալով ավելի ու ավելի են կարևորում և մեծ տեղ հատկացնում էթիկային, համալրում են բուժաշխատողների բանակը իսկական, բարձրակարգ մասնագետներով և արժանանում այնպիսի կազմակերպությունների խրախուսանքին, ինչպիսիք են Առողջապահության համաշխարհային ընկերակցությունը, Բժշկական կրթության համաշխարհային դաշնությունը, ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ն և այլ:

Էթիկան բժշկական պրակտիկայի կարևոր, կենտրոնական, հիմնարար մասն է կազմել դարեր շարունակ: Բժիշկ- հիվանդ հարաբերությունների կարևոր սկզբունքներից են հարգանքը հիվանդի և նրա իրավունքների նկատմամբ, տեղեկացված (իրազեկված) համաձայնությունը և բժշկական գաղտնիքի պահպանումը: Այս սկզբունքների կիրառումը, որոշ յուրահատուկ իրավիճակներ

րում հաճախ պրորբլեմատիկ է և անհրազորօժեղի, քանի որ թե՛ բժիշկները, թե՛ հիվանդները և թե՛ նրանց ընտանիքի անդամները կարող են համակարծիք չլինել այն հարցի շուրջ, թե տվյալ իրավիճակում, ո՞րն է լուծումը, որն է ճիշտ գործելակերպը: Էթիկան ուսումնասիրելն ապագա բժիշկներին օգնում է գիտակցել իրադրության բարդությունն ու այդ դժվարությունները լուծել ռացիոնալ և առավել արդյունավետ եղանակով:

Բժշկական էթիկա, բժշկական պրոֆեսիոնալիզմ, մարդու իրավունքներ և օրենք

Էթիկան բժշկության կարևոր մաս է եղել դեռևս Հին աշխարհում (Հայաստան, Հունաստան, Հնդկաստան, Չինաստան, Բաբելոն): Հիպոկրատեսը (մ.թ.ա. 5-



Գրիգոր Տաթևացին իր աշակերտների հետ

րդ դար) գտնում էր, որ բժշկությունն առանձնահատուկ մասնագիտություն է:

Այն կոչում է, աստվածատուր շնորհ:

Նրա ժամանակներից ի վեր բժիշկները հանրության առջև երդվում են, որ հիվանդի շահերն իրենց անձնական շահերից բարձր կդասեն:

Արդի ժամանակաշրջանում բժշկական էթիկան և իրավունքը բավական սերտ կապեր են հաստատել: Մարդու իրավունքների միջազգային գաղափարները հնարավորություն են տալիս հաղթահարելու ազգային և մշակութային տարբերությունները և բժշկական պրակտիկայի համար գտնելու համընդհանուր դաշտ:

Բազմաթիվ երկրներում գոյություն ունեն իրավական նորմեր, որոնք պատասխանում են այն հարցին, թե ինչպես պետք է վար-

վեն բժիշկներն այս կամ այն իրավիճակում: Այս երկրներում բուժապասարկման լիազորագրեր, արտոնագրեր տվող հաստատությունները և իրավապահ մարմինները խստորեն պատժում են բժշկական էթիկայի նորմերը խախտող բուժաշխատողին:

Էթիկան հաճախ պահանջում է, որ մարդիկ խախտեն իրավական նորմերը, երբ դրանք հակասության մեջ են մտնում բարոյական նորմերի հետ: Ավելին, իրավական նորմերը հաճախ տարբերվում են տարբեր երկրներում, մինչդեռ բարոյական նորմերը համամարդկային են:

Ահա թե ինչու բիոէթիկայի այս ձեռնարկը ևս ուշադրությունը բևեռում է բնականաբար էթիկայի, քան իրավունքի վրա:

Բժշկությունը գիտություն է թե՞ արվեստ

Բժշկությունը և՛ գիտություն է, և՛ արվեստ: Գիտություն է այնքանով, որքանով, ուսումնասիրում է, թե ինչպես կարելի է հիվանդության նշանները դիտարկել, բացահայտել և մարդու առողջությունը վերականգնել: Սակայն այս գիտությունը սահմանափակ է, առավել ևս այն դեպքում, երբ խոսքը վերաբերում է մարդու անհատականությանը, մշակույթին, կրոնին, մարդկային ազատությանը, իրավունքներին և պատասխանատվություններին:

«Բժշկություն-արվեստը» ավելի լայն հասկացություն է. այն ընդգրկում է բժշկագիտությունը, բժշկական տեխնոլոգիաները և հնարները կոնկրետ անհատի նկատմամբ կիրառելը: Մարդկանց միջև տարբերությունները և ֆիզիկական են, և՛ հոգևոր: Այս հանգամանքի գիտակցումն է, որ առաջ է մղում արվեստը, հումանիտար և հասարակական գիտությունները՝ այդ թվում էթիկան: Հիվանդն ունի իր ներաշխարհը, հոգեկերտվածքը, տարիքային առանձնահատկությունները: Եվ հաշվի չնստել դրանց հետ, կնշանակի ծախողել բուժումը, կնշանակի բուժել ոչ թե հիվանդին, այլ հիվանդությունը: Իսկ դա ոչ մի լավ արդյունքի չի հանգեցնի թե՛ հիվանդի և թե՛ բժշկի համար:

Բժշկական էթիկայի հիմնական սկզբունքները

Այս բաժինը յուրացնելով, դուք կկարողանաք՝

- բացատրել, թե ինչու՞ է էթիկան կարևոր բժշկության համար,
- պատկերացնել բժշկական էթիկայի հիմնական սկզբունքները,
- հասկանալ, ըմբռնել, բացատրել բժշկական պրակտիկայում որոշումներ կայացնելու տարբեր տեսանկյունները, այդ թվում Ձերը:

Ո՞րն է բժշկության՝ որպես կոնկրետ մասնագիտության, առանձնահատկությունը

Մարդկության պատմության ողջ ընթացքում, աշխարհի բոլոր երկրներում բժիշկ լինելը նշանակում էր զբաղվել մի շատ կարևոր և յուրահատուկ գործով: Մարդիկ բժշկի են գնացել իրենց ամենից շատ անհանգստացնող խնդիրները լուծելու՝ ցավից ազատվելու և առողջությունը վերականգնելու համար: Նրանք թույլ են տվել, որ բժիշկները տեսնեն, շոշափեն իրենց մարմնի անգամ ամենախնտին մասերը: Մարդիկ այսպես են վարվում, որովհետև հավատացած են, որ բժիշկները գործում են ի շահ հիվանդի:

Այսօր բժշկի կարգավիճակը տարբեր է տարբեր երկրներում, և նույնիսկ նույն երկրի տարբեր վայրերում, սակայն, ընդհանուր առմամբ, բժշկի հեղինակությունը, թվում է, թուլանում է, արժեզրկվում: Շատ բժիշկներ կարծում են, որ այսօր իրենց ավելի քիչ են հարգում, քան անցյալում: Կամ հեքիմներին ավելի վստահությամբ և հաճախ են դիմում, քան մասնագետ բժիշկներին:

Որոշ երկրներում առողջապահության վերահսկողությունը բժիշկների ձեռքից անցել է արհեստավարժ կառավարիչների ձեռքը: Նրանցից շատերը առողջապահական համակարգի բարեփոխումների գործում բժիշկներին դիտում են ոչ թե որպես գործընկերների, այլ որպես խոչընդոտողների:¹²²

Եթե անցյալում հիվանդներն աներկբայորեն ընդունում էին բժշկի խորհուրդները, ապա այժմ կարող են պահանջել, որ բժիշկներն իրենց խոսքը հիմնավորեն: Որոշ գործողություններ, աշխատանքներ, որ առաջ կատարում էին միայն բժիշկները, այժմ կարող են անել նաև բուժքույրերը, բժշկական տեխնիկական անձնակազմը և այլք:

Չնայած այս ամենին՝ բժշկությունն այնուամենայնիվ, այսօր էլ մի մասնագիտություն է, որը հասարակության մեջ մեծ հարգանք է վայելում: Բժշկությունը,

որպես մասնագիտություն, շարունակում է գրավել բազմաթիվ շնորհալի, աշխատասեր և նվիրված ուսանողների: Անհրաժեշտ է, որ ապագա բժիշկները յուրացնեն բժշկության հիմնական արժեքները՝ խորագիտակությունը, կարեկցանքը և ինքնուրույնությունը: Դրանք մարդու հիմնական իրավունքների հետ կազմում են բժշկական էթիկայի հիմքը:

Ո՞րն է բժշկական էթիկայի յուրահատկությունը

Կարեկցանքը, խորագիտակությունն ու ինքնուրույնությունը միայն բժշկությանը զբաղվողներին չէ, որ պետք է հատուկ լինեն: Այնուամենայնիվ, բժիշկները պետք է այս հասկացությունները շատ ավելի լավ պատկերացնեն, քան բազմաթիվ այլ մասնագիտությունների ներկայացուցիչներ:

Կարեկցանքը սահմանվում է որպես մեկ այլ անձի դժվարությունների ըմբռնում և այդ դժվարությունների մտահոգություն: Այն բժշկական պրակտիկայի էական տարր է: Որպեսզի լուծվեն հիվանդի առողջության հետ առնչվող խնդիրները, բժիշկը պետք է բացահայտի վերջինիս ախտանիշերի պատճառները և ձգտում ու կամք ունենա վերացնելու դրանք:

Հիվանդը բուժման գործընթացից ավելի մեծ օգուտ է քաղում այն դեպքում, երբ նա զգում է, որ բժիշկն ընկալում, հասկանում, զգում է իր մտահոգությունները, բուժում է ոչ միայն մարմինը, այլև հոգին:

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

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

Պատահական չէ, որ 1967թ. Փարիզում միջազգային դեռնթոլոգիական համաժողովը Հիպոկրատեսի երդման տեքստում ընդամենը մեկ լրացում արեց. **«Երդվում են ամբողջ կյանքում սովորել»:**

Եվ իրոք, գիտելիքը, եթե այն պարբերաբար չի լրացվում, չի՛ ճշգրտվում, չի՛ բազմապատկվում, ապա սկսում է ետ մնալ արդի գիտության զարգացման պահանջներից: Բուժաշխատողները պարտավոր են ոչ միայն ունենալ գիտական գիտելիք և պրակտիկ հմտություններ, անընդհատ հարստացնել իրենց գիտելիքները, այլև ունենալ և պատրաստական լինել հարստացնել իրենց էթիկական գիտելիքները, քանի որ վերջիններս անընդհատ ձևափոխվում են՝ կախված սոցիալական իրավիճակներից, ժամանակաշրջանից:

Ինքնուրույնությունը (ավտոնոմիան) բժշկության այն արժեքն է, որն ամենաշատն է փոփոխվել ժամանակի ընթացքում: Ավանդաբար, բժիշկները մեծ ինքնիշխանություն են ունեցել իրենց հիվանդներին սպասարկելու գործում: Անցյալում բժիշկներն ազատ էին բժշկական կրթության և բժշկական պրակտիկայի չափանիշները որոշելու առումով:

Ինչպես հավանաբար ընթերցողը նկատեց, այս հարցում աշխարհի շատ երկրներ արդեն փոխվել են. կառավարությունները մասնակցում են բժշկական ծառայությունների կազմակերպմանը և վերահսկում բժիշկներին: Չնայած այս սահմանափակումներին՝ բժիշկները բարձր են գնահատում իրենց կլինիկական և մասնագիտատական ինքնուրույնությունը և ուժերի ներածին չափով ձգտում են պահպանել այն:

Միևնույն ժամանակ, աշխարհն այսօր ձգտում է պարտադրել բժիշկներին՝ ընդունելու հիվանդի ինքնուրույնությունը, որը նշանակում է, որ հենց հիվանդը պետք է կայացնի իր կյանքի համար կարևոր որոշումները:

Ո՞վ է որոշում, թե ինչն է բարոյական:

Էթիկան բազմակարծիքային է: Անհատները հաճախ տարակարծիք են այն հարցի շուրջ, թե ինչն է ճիշտ, ինչը՝ ոչ: Հաճախ, նույնիսկ երբ նրանք համաձայնում են, համաձայնում են տարբեր պատճառներով: Որոշ երկրներում չհամաձայնելը նորմալ երևույթ է, և քանի դեռ մեկի գործողությունները չեն վնասում մեկ ուրիշին, նա կարող է ազատ վարվել իր նախընտրած ձևով:

Սակայն, ավելի ավանդապահ հասարակություններում, բարոյականության չափանիշների շուրջ մեծ համաձայնություն կա և այս կոլեկտիվ, հասարակական համաձայնությունը, երբեմն, թվում է թե օրենքի ուժ ստանալով, ճնշում է, սահմանափակում այլ կերպ վարվելու ցանկություն ունեցողների քայլերը: Այսպիսի երկրներում բարոյական վարքի չափանիշը որոշելու հարցում հաճախ մեծ դեր է խաղում սովորույթը, ավանդույթը, մշակույթը և կրոնը:

Այսպիսով, «Ո՞վ է որոշում, թե ինչն է բարոյական» հարցին տարբեր հասարակություններում կարող են տալ տարբեր պատասխաններ: Պատասխանները կարող են տարբեր լինել նույնիսկ միևնույն հասարակության մեջ:

Ազատական (լիբերալ) հասարակություններում անհատներն ունեն լայն ազատություններ և իրենք են որոշում, թե որն է բարոյական: Թեև բնական է, որ նրանց վրա կազդեն իրենց ընտանիքի անդամները, ընկերները, կրոնը, լրատվամիջոցները և այլ արտաքին ազդակներ:

Համեմատաբար ավելի ավանդապահ հասարակություններում ընտանիքը, կրոնական հեղինակություններն ու քաղաքական գործիչները սովորաբար ավելի մեծ տեղ ունեն բարոյականի և անբարոյականի հարցերում:

Բժշկական բարոյական վարքականոններն ընդհանուր համաձայնության դրսևորումներ են, այդ իսկ պատճառով հարկ է հետևել դրանց, քանի դեռ լուրջ հիմքեր չկան հրաժարվելու դրանցից:



Բժիշկը հիվանդին զննելու պահին



ԲԱԺԻՆ 2

**Փոփոխվում է
արդյոք բժշկական էթիկան**

Բժշկական բարոյական վարքականոնի որոշ տարրեր պատմության ընթացքում փոփոխվել են: Օրինակ, մինչև վերջերս բժիշկների իրավունքն էր որոշել, թե ինչ բուժում պետք է ստանա հիվանդը և հիվանդի համաձայնությունն ստանալու մասին չէին էլ մտածում:

Այսօր պատկերը ճիշտ հակառակն է: Այսօր շատ հիվանդներ կարծում են, որ իրենք են իրենց առաջին բժիշկը, իսկ բժիշկներն իրենց խորհրդատուներն են...

1995 թ. ԲՅԸ Հիվանդի իրավունքների հռչակագիրն էլ ավելի ամրացրեց այս թեզը (տես հավելված):

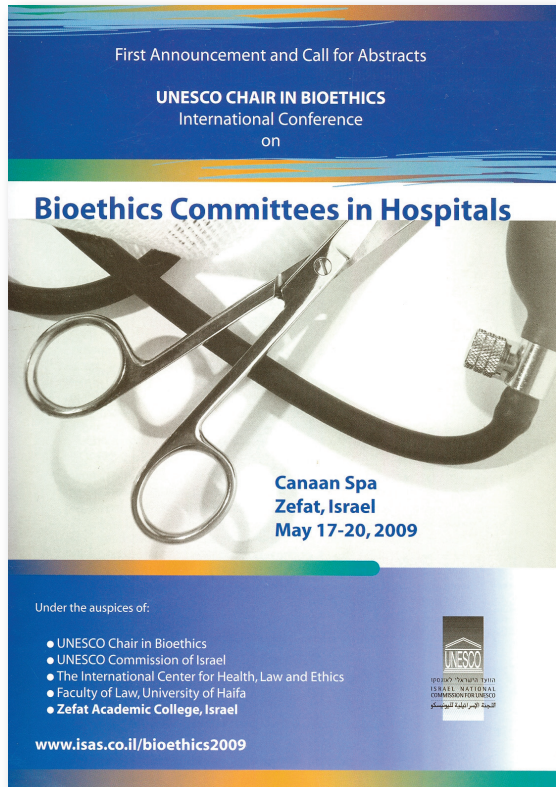
Մինչև վերջերս բժիշկները հաշվետու էին միայն իրենք իրենց, իրենց գործընկերների և, եթե բժիշկը հավատացյալ էր, Աստծո առջև:

Այսօր կան նոր անձինք կամ կառույցներ, ուն առաջ բժիշկը հաշվետու է հիվանդին ինքը, հիվանդանոցը, առողջապահական կազմակերպությունները, բժշկությանը զբաղվելու արտոնագիր տվող կազմակերպությունները, իսկ երբեմն դատարանը:

Բժիշկների դրությունն էլ ավելի դժվար է դառնում, երբ հաշվի է առնվում այն, որ այս հասցեատերերը հաճախ ունենում են լրացուցիչ այլ պահանջներ:

Բժշկական էթիկայի չափանիշները փոփոխվել են: Մինչև վերջերս շատ երկրներում արգելված էր հղիության արհեստական ընդհատումը կամ ամլացումը: Բնականաբար, հարց անգամ չէր կարող լինել գենետիկայի արագընթաց զարգացումներով պայմանավորված առաջարկների մասին: Բժշկական ընկերակցությունները բժշկության հետ առնչվող արդի բարդ խնդիրներին լուծում տալու հարցում բժիշկներին օգնելու նպատակով ստիպված են դիմել տարբեր վերլուծական մեթոդների, որովհետև եղած վարքականոններն այդ հարցերին հաճախ դժվարանում են լիարժեք պատասխան տալ:

Ճիշտ այնպես, ինչպես բժշկական բարոյագիտության նորմերը փոփոխվում են ժամանակի ընթացքում, դրանք փոխվում են նաև տարածության մեջ՝ երկրից երկիր՝ կախված նույն հանգամանքներից: Օրինակ՝ էվթանազիայի հարցի շուրջ տարբեր երկրների բժշկական ընկերակցությունների կարծիքները խիստ տարբերվում են: Որոշ երկրներում, բժշկական նորագույն տեխնոլոգիաների առաջ



Ինչպե՞ս է ԲՅԸ-ն որոշում, թե ինչն է բարոյական

Չեչտ բան չէ հակասական էթիկական խնդիրների շուրջ միջազգային համաձայնության գալը: ԲՅԸ-ն որևէ սկզբունք ընդունված է համարում միայն այն դեպքում, երբ ամենամյա համաժողովի առնվազն 75%-ը հավանություն է տալիս տվյալ դրույթին: Այսպիսի համաձայնության հասնելու նախապայմաններն են լայնածավալ քննարկումները, ԲՅԸ Բժշկական էթիկայի վարքականոցի հանձնաժողովի դիտարկումների հաշվառումը, փաստաթղթերի խնամքով և բազմիցս վերանշակումը և այլն: Համաձայնության հասնելու գործընթացը կարող է շատ երկար տևել, օրինակ՝ Չեխոսլովակիայի հռչակագրի շուրջ քննարկումները սկսվել են 1997թ. սկզբին և ավարտվեցին միայն 2000 թ. հոկտեմբերին: Նույնիսկ այս պարագայում, որոշ հարցեր դեռ քննարկման և վեճերի տեղիք են տալիս:

Բացի քննարկման այս ձևական, պաշտոնական կողմն ապահովելուց, ԲՅԸ-ն հոգ է տանում նաև այն մասին, որ վերջնական արդյունքներն արտացոլեն էթիկայի առաջատար մասնագետների, ազգային և միջազգային կազմակերպությունների տեսակետները, ինչպես նաև անցյալի բարոյական դիրքորոշումները: Բնական է, որ որոշ հարցերում ԲՅԸ-ն հեշտորեն հասնում է համաձայնության, սակայն մյուս հարցերում, օրինակ բժշկական գաղտնիքի վերաբերյալ հարցերում բժիշկների կարծիքի վրա ազդում են առողջապահական համակարգի և առևտրային ձեռնարկությունների կարծիքներն ու դիրքորոշումները, ինչպես նաև տվյալ ազգի (կամ անձի) հոգեկերտվածքը, ավանդույթները և այլն:

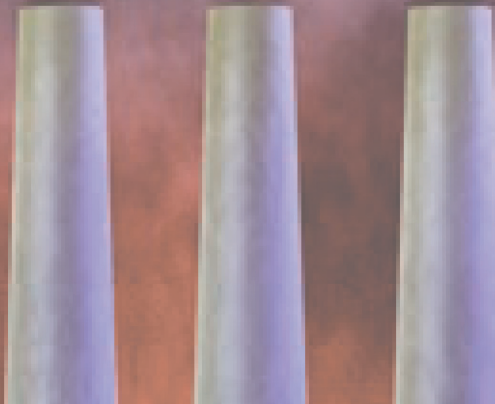
ԲՅԸ-ն մեծ ավանդ ունի նաև տարբեր երկրների բժիշկների երկխոսության հաստատման գործում:





Բաժին 3

**Ինչպե՞ս են անհատները
որոշում, թե ինչն է բարոյական**



Բժշկի կամ բժշկական բուհ ընդունված ուսանողի համար բարոյականությունը միայն ԲՅԸ-ի խորհուրդներին հետևելը չէ: Կան բարոյական խնդիրներ, որոնց վերաբերյալ բժշկական վարքականոններում խորհուրդներ չկան, բացի այդ, վարքականոններում արձանագրված դրույթներն այնքան ընդհանուր են, որ հաճախ դժվար է հասկանալ՝ տվյալ կոնկրետ իրավիճակում դրանք կիրառելի՞ են, թե՞ ոչ:

Ընդունված է բարոյական որոշումները տարանջատել ռացիոնալ և ոչ ռացիոնալ որոշումների¹²⁰: Այստեղ կարևոր է շեշտել, որ ոչ ռացիոնալ չի նշանակում իռացիոնալ, այլ նշանակում է, որ որոշումը չի հենվում բանականության, համակարգված և վերլուծողական մտածողության վրա:

Ոչ ռացիոնալ մոտեցումներ

Զնազանությունը բարոյական որոշումներ կայացնելու տարածված ձևերից է հատկապես երեխաների հետ և ավտորիտար համակարգերում աշխատողների համար (ոստիկանություն, բանակ և այլն): Այս դեպքում հեղինակություններին ենթարկվելը հանդես է գալիս որպես բարոյական պահանջ:

Նմանակումն օրինակելի որևէ անձի վարքին հետևելու սկզբունքն է: Այստեղ նույնպես մարդը ճշտի և սխալի վերաբերյալ իր դատողությունների փոխարեն գերապատվությունը տալիս է մեկ ուրիշ դատողություններին: Սա հավանաբար եղել է բժշկական էթիկա սովորելու ամենատարածված եղանակը:

Զգացմունքները և ցանկությունը որոշում կայացնելու և գործելու համար սուբյեկտիվ հիմքեր են: Այս մոտեցումը կարելի է ամփոփել հետևյալ կերպ. այն, ինչ թվում է ճիշտ և բավարարում է անձի ցանկությունները, ճիշտ է, իսկ այն, ինչ թվում է սխալ և չի բավարարում անձի ցանկությունները, սխալ է: Բարոյականության չափանիշն անհատի մեջ է: Այն կարող է տարբեր լինել տարբեր մարդկանց մոտ, նույնիսկ միևնույն անհատը, տարբեր ժամանակահատվածներում տարբեր չափանշներ կարող է ունենալ:

Ինտուիցիան որևէ իրավիճակում ճիշտ վարվելու, իրավիճակն անմիջապես ընկալելու կարողությունն է: Այն շատ նման է ցանկությանը, քանի որ այն ամբողջովին սուբյեկտիվ է: Ինտուիցիան ո՛չ համակարգված է, ոչ էլ մտածողություն է ենթադրում. այն ակնթարթային մի որոշում է:

Սովորությունը բարոյական որոշումներ կայացնելու ավանդական եղանակ է, քանի որ այն հնարավորություն է տալիս ամեն անգամ չանդրադառնալու նույն կամ նմանատիպ խնդրի, այլ միայն օգտագործելու հարցի այն պատասխանը, որն ստացվել է անցյալում: Սակայն կան լավ և վատ սովորություններ, ինչպես նաև ոչ ստանդարտ վիճակներ, որոնք պահանջում են նոր մոտեցումներ:

Ռացիոնալ մոտեցումներ

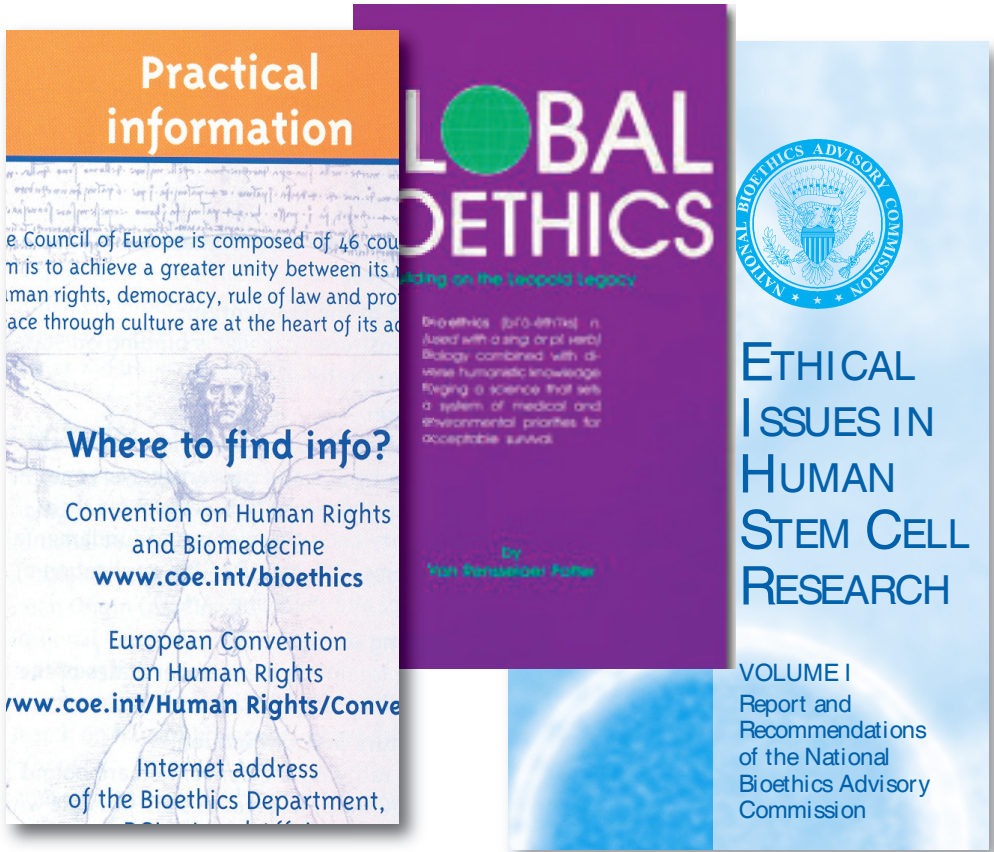
Էթիկան գիտակցում և ընդունում է որոշում կայացնելու ոչ ռացիոնալ եղանակների առկայությունը, սակայն այն հետաքրքրված է նախ և առաջ ռացիոնալ մոտեցումներով:

Դեոնոլոգիան ենթադրում է լավ հիմնավորված այնպիսի կանոնների որոնում և բացահայտում, որոնք կարող են ծառայել որպես բարոյական որոշումներ կայացնելու ռացիոնալ հիմք: Նման կանոնի օրինակ է «Վարվիր հիվանդի հետ այնպես, ինչպես կուզենայիր, որ քեզ հետ վարվեին, եթե ինքդ հիվանդ լի-

Նեիր» կամ **«Բոլոր մարդկանց հետ վարվե՞ք նույն կերպ»** սկզբունքը: Սրա հիմքը կարող է լինել կրոնական կամ ոչ կրոնական, բայց դա կարևոր չէ: Երբ սկզբունքը հաստատվում է, այն պետք է կիրառվի: Այստեղ՝ արդեն՝ կիրառման բնագավառում, անհամաձայնություններ և անորոշություններ կարող են ծագել:

Կոնսեքվենտալիզմը բարոյական որոշումներ կայացնելու հիմքում դնում է այդ որոշումների հնարավոր հետևանքների նկատառումը:

Այստեղ, իհարկե, կարող են տարբեր կարծիքներ լինել այն հարցի շուրջ, թե որն է լավ արդյունքը: Կոնսեքվենտալիզմի ամենահայտնի տարատեսակներից է ուտիլիտարիզմը (օգտապաշտությունը):



Ուտիլիտարիզմը բարոյականության չափանիշը համարում է օգուտը (utility /օգտակարություն/) և այն սահմանում է որպես **«առավելագույն օգուտ առավել մեծ թվով մարդկանց համար»**: Այսինքն՝ ուտիլիտարիզմի համար բարոյական է այն, ինչ առավել մեծ օգուտ է ապահովում առավել մեծ թվով մարդկանց համար:

Առողջապահության բնագավառում բարոյական որոշումներ կայացնելու մեկ այլ մոտեցում է որոշման հիմքում ծախսերը և կյանքի որակի QALY (quality-adjusted life-years), DALY (disability-adjusted life-years) հարցերը դնելը՝ այսինքն որոշումը կայացվում է՝ հաշվի առնելով այն իրականացնելու համար անհրաժեշտ ծախսերը և ակնկալվող արդյունքները: Կոնսեքվենտալիզմի կողմնակիցները, շատ քիչ են ապավինում բարոյական սկզբունքներին. նրանց հետաքրքրում է միայն որոշման արդյունքը: Սկզբունքներից հեռու մնալու կոնսեքվենտալիզմի այս մոտեցումը, հանգեցնում է «նպատակն արդարացնում է

միջոցները» սկզբունքին (օր. անհատ մարդու իրավունքները, շահերը կարելի է զոհաբերել հանուն հասարակական, ազգային որևէ նպատակի):

Սկզբունքայնությունը բարոյական որոշումներ կայացնելու հիմքում դնում է բարոյական սկզբունքներ, այսինքն դրանք կիրառում է կոնկրետ իրավիճակների նկատմամբ՝ ձգտելով բացահայտել, թե որն է ճիշտ քայլը:

Բժշկական պրակտիկայում կարևոր են մաս **բարեգործության, չվնասելու և արդարության** սկզբունքները: Սակայն այս սկզբունքները որոշ կոնկրետ դեպքերում հակադրվում են իրար:

Առաքինության բարոյականությունը կենտրոնանում է ավելի շուտ որոշում կայացնողների կերպարի, քան թե որոշում կայացնելու ընթացքի վրա: Առաքինությունը բարոյական կատարելության տեսակ է: Ինչպես արդեն նշվել է, բժիշկների համար կարևոր առաքինություններից մեկը կարեկցանքն է: Մյուս առաքինություններից են ազնվությունը, խոհեմությունը, նվիրվածությունը: Այն բժիշկներն, ովքեր այս առաքինություններն ունեն, ավելի մեծ հավանականությամբ կկայացնեն խելամիտ որոշումներ:

Նկարագրված մոտեցումներից ոչ մեկն էլ համընդհանուր համաձայնության չի արժանացել: Մոտեցումներից յուրաքանչյուրն ունի իր ուժեղ և թույլ կողմերը: Չավանաբար ռացիոնալ որոշում կայացնելու լավագույն եղանակը նշված եղանակների դրական կողմերի միավորման արդյունքով ստեղծվածն է:

Թե որ եղանակով է պետք լուծել որևէ տրված խնդիր, բարդ հարց է, որը լուծելու համար անհրաժեշտ է.

- Որոշել, թե արդյոք քննարկվող հարցը էթիկական հարց է,
- Մտերիմների կամ գործընկերների հետ պետք է պարզել, թե ինչպես են սովորաբար բժիշկները վարվում նման դեպքերում,
- Սկզբունքները հաշվի առնելով քննարկել խնդրի այլընտրանքային լուծումները և բացահայտել գործողությունների հնարավոր հետևանքները,
- Քննարկել ձեր առաջարկած պատասխանն այն մարդկանց հետ, ում վրա այն կազդի,
- Որոշում կայացնել և գործել,
- Գնահատել ընդունված որոշումն ու գործողությունները և դասեր քաղել ապագայի համար:

Բժշկական պրակտիկայում էթիկական խնդիրներ լուծելիս ճիշտ է հիշել բժիշկների բազմադարյան փորձը և օգտվել դրանից: ԲՅԸ և նմանատիպ կազմակերպությունները բժիշկներին տրամադրում են օգտակար ուղեցույցներ, սակայն բժիշկները միշտ էլ անորոշ իրավիճակում են հայտնվում և անհամաձայնության եզրեր գտնում կոնկրետ իրավիճակների բախվելիս: Էթիկական բարդ խնդիրներ լուծելիս բժիշկների համար կարևոր է հիշել, որ կան տարբեր էթիկական դիրքորոշումներ:

Բազմակարծության պայմաններում սա նրանց կօգնի ճիշտ ընտրություն կատարել:

Քաժիւն 4

**Քիւտեթիկայի առարկան,
հիմնախնդիրները եւ ծագման
նախապատմութիւնը**

Եվ այսպես, ի՞նչ է բիոթեխկան՝ նոր դիսցիպլին, հիմնախնդիրների խճճված կծիկ թե՞ ...:

Անվիճելի է, որ բիոթեխկան XX դ. մարդկության քաղաքակրթության զարգացման, մասնավորապես բժշկության և կենսաբանության մեջ նոր տեխնոլոգիաների աննախադեպ զարգացման, ինչպես նաև էկոլոգիական մարտահրավերների վտանգի հավաքական գիտակցության խտացված արդյունքն է:

Եթե ուզում ենք հասկանալ, թե ինչ է տեղի ունենում արդի հասարակության մեջ, դեպի ու՞ր է այն շարժվում, ի՞նչ նոր հիմնախնդիրներ են նրա առջև կանգնած, ապա պետք է ըմբռնենք բարոյական արժեքների փոփոխությունների միտումը, այդ փոփոխությունների կապը կենսաբժշկական նոր տեխնոլոգիաների, բուժման հեռանկարային մեթոդների և կենսահամակարգի կառավարման հրատապ խնդիրների հետ:

Բարոյական արժեքողմնորոշումների, շարժառիթների դերն ու նշանակությունը բիոթեխկայի կայացման գործում ընդունում են գրեթե բոլոր ժամանակակից կենսաբանները, բժիշկները, մարդաբանները, մշակութաբանները:

Չետևաբար խոսքը կարող է վերաբերել միայն այդ ֆենոմենի տարբեր մեկնաբանություններին:

«Բիոթեխկա» (կենսաբարոյագիտություն) եզրը մասնագիտական գրականության մեջ ներմուծել է ամերիկացի ուռուցքաբան Վան Ռենսելեր Պոտերը (1911-2001թթ.): Նա բիոթեխկան համարում էր նոր ուսմունք, առարկա, յուրօրինակ կամուրջ կենսաբանության և տեխնոլոգիայի միջև, բնագիտական, տեխնիկական և հումանիտար գիտությունների հետաքրքրությունների հատման կետ:

1971թ. հրատարակվել է Պոտերի «Բիոթեխկա. կամուրջ դեպի ապագա» գիրքը, որում հեղինակը կոչ է անում համախմբել բնագետների (նախ և առաջ կենսաբանների, բժիշկների) և հումանիտար գիտությունների ներկայացուցիչների ջանքերը՝ մարդկանց արժանավայել կյանք, կենսապայմաններ ապահովելու նպատակով:

Չենց այս ըմբռնումն է կյանքի կոչել «բիոթեխկա» եզրը, որի շրջանառության ոլորտներն օրավուր ընդլայնվում են: Դրան համընթաց էապես փոխվում, փոխակերպվում է եզրի նախնական իմաստը, առաջ են մղվում մարդաբանական, բարոյական, սոցիալական և իրավական հիմնախնդիրների միջառարկայական համալիր ուսումնասիրությունները, որոնք կապված են նորագույն կենսաբժշկական տեխնոլոգիաների (գենետիկ, վերարտադրողական, փոխպատվաստաբանական և այլն) զարգացման հետ:

Բիոթեխկայի ծագման, ակունքների մասին խոսելիս, սովորաբար կանգ են առնում հետևյալ տարեթվերի և անվանումների վրա:

1961թ. Բելդինգ Աքրայբերը (Belding Scriiber, Սիեթլ, ԱՄՆ) *ստեղծեց արհեստական երիկամների արդյունավետ աշխատող սարք /ապարատ/: Քրոնիկ հեմոդիալիզի մեթոդը էականորեն երկարացրեց երկամային անբավարարությամբ տառապող հիվանդների կյանքը:*



Բելդինգ Աքրայբեր

Արհեստական երիկամների արդյունավետ աշխատող սարքի ստեղծողը

9 նոյեմբերի 1962թ.

«Լայֆ» ամսագիրը տպագրեց Շանա Ալեքսանդերի /Shana Alexander/ «Նրանք են որոշում՝ ով պետք է ապրի, ով՝ մահանա» հոդվածը:

Եվ որպեսզի որոշեն, թե ում ապրելու հնարավորություն տալ, իսկ ում զրկել այդ հնարավորությունից, Սիեթլ քաղաքում ստեղծեցին առաջին էթիկական կոմիտեն: Կոմիտեն բաղկացած էր մի խումբ քաղաքացիներից, որոնցից բժշկ էին միայն մի քանիսը:

Կոմիտեի ստեղծման պատճառները

Պայքար խտրականության դեմ (ռասայական, գենդերային և այլ):

Կենսաբժշկության նվաճումները, ձեռքբերումները չպետք է դառնան նոր խտրականությունների պատճառ՝ ով պետք է ապրի, ով՝ ոչ:

Բիոէթիկայի զարգացման հաջորդ դրոշմապատճառը

1969թ. հունիսի 16-ին Հարվարդի բժշկական դպրոցի անեսթեզիոլոգիայի ամբիոնի պրոֆեսոր Հենրի Բիչերը (Henry Beecher) հրատարակեց «Էթիկան և կլինիկական հետազոտությունները» հոդվածը «Անզլիական բժշկագիտական նոր ամսագրում», որում ուշադրություն էր հրավիրում այն բանի վրա, որ զանգվածային գիտափորձեր են կատարվում մարդկանց /հիվանդների/ մասնակցությամբ՝ առանց նրանց նախնական համաձայնությունը ունենալու, առանց նրանց կարծիքը հաշվի առնելու, առանց նրանց նույնիսկ տեղեկացնելու:

1947թ. Նյուրնբերգյան ռազմական դատարանը (տրիբունալը) բացահայտեց նացիստական 23 բժիշկների կողմից համակենտրոնացման ճամբարներում բանտարկյալների մասնակցությամբ անցկացվող անթույլատրելի գիտափորձերի փաստեր:

Բացահայտվեց նաև, թե ի՞նչ անհուսալի, թույլ է մարդ արարածը պաշտպանված այլ մարդկանց (առավել ևս բժիշկների) ոտնձգություններից (ցավալի է, տխուր, բայց՝ փաստ է):



Ք. Բեննարդ (1922-2001)
Փոխպատվաստման
(տրանսպլանտոլոգիայի)
հիմնադիր

Քրիստիան Բերնարդի երևույթը

1967թ. դեկտեմբերի 3-ին հարավաֆրիկացի վիրաբույժ Քրիստիան Բերնարդն աշխարհում առաջին անգամ փոխպատվաստեց սիրտը:

Նա փրկեց անբուժելի հիվանդի կյանքը՝ ավտոմոբիլային վթարից ուղեղը անդառնալիորեն վնասված կնոջ դեռ բաբախող սիրտը հանելով և տեղադրելով մեկ այլ մարդու մարմնի մեջ...

Աշխարհը բաժանվեց երկու մասի՝ մարդկանց մի մասը Բերնարդին համարեց հերոս: Հերոս, որ բացահայտել է հազարավոր անբուժելի հիվանդների կյանքը հեղափոխական նոր ճանապարհով փրկելու միջոց (չէ՞, որ բժշկության մեջ նշում են, որ եթե ուղեղը մահացել է, ուրեմն մարդն էլ է մահացել): Մարդկանց երկրորդ խումբը սարսռաց. ի՞նչ հերոս, նա պարզապես մարդասպան է: Մարդու դեռ բաբախող սիրտը հանել և տեղադրել ուրիշի մարմնի մեջ... Ի՞նչ իրավունքով...

Ունե՞ր արդյոք այդպես վարվելու բարոյական իրավունք...

1968թ. Ուղեղի մահվան հարվարդյան չափանիշը

Չափանիշը մշակված էր Գ. Բիչերի ստեղծած հատուկ կոմիտեում, որի կազմում բժիշկներից բացի ընդգրկված էին իրավաբաններ, աստվածաբաններ, փիլիսոփաներ: Հաշվի էր առնված «աստվածային կոմիտեի» փորձը:

Բանավեճի թեման՝ ի՞նչ է մահը՝

կենսաբանական փափստ թե՞ սոցիալական սահմանում (դեֆինիցիա):

1969թ. Վան Ռենսելեր Պոտտեր

«Ողջ մնալու գիտությունը՝ բիոէթիկան, պետք է լինի ոչ թե պարզապես գիտություն, այլ նոր իմաստություն, որ կմիավորի երկու կարևոր և խիստ անհրաժեշտ տարրեր՝ կենսաբժշկական գիտելիքները և համամարդկային արժեքները»:¹²¹

1969թ.-ին Ղեն Քելեհենը /Dan Callahan/ և Ուիլլ Գեյլինգը /Will Gayling/ ստեղծեցին բիոէթիկայի առաջին հետազոտական կենտրոնը /the Hastings Center/:

1970թ. Անդրե Հելեգերսը /Andre Hellegers/ հիմնեց «Քենեդիի անվան համալսարան», որտեղ և պարտադիր առարկաների ցանկում սկսվեց բիոէթիկայի՝ որպես ակադեմիական դիսցիպլինի դասավանդումը:

1974-1978թթ. գործում է ԱՄՆ-ի Կոնգրեսի կողմից ստեղծված «Կենսաբժշկական և վարքաբանական գիտությունների հետազոտությունների և մարդկանց իրավունքների պաշտպանության ազգային կոմիտեն»:

1985թ. Բիոէթիկան ընդգրկվեց Եվրոպայի խորհրդի գործնետության շարքը: Նպատակը՝ հավասարակշռություն հաստատել գիտական առաջընթացի և մարդկային գոյության պաշտպանության միջև:



Վ.Ռ. Պոտտեր (1911-2001)
Ամերիկացի օնկոլոգ,
ուռուցքաբան, բիոէթիկա
եզրի ստեղծողը

Բիոէթիկա

Եվ այսպես, բիոէթիկան գիտելիքների միջառարկայական ոլորտ է, ակադեմիական դիսցիպլին, սոցիալական ինստիտուտ (կամ կառույց), որն առաջացել է ի պատասխան մարդաբանական, բարոյագիտական այն բարդ խնդիրների, որոնք առաջ են եկել կենսաբժշկագիտության և պրակտիկայի բուռն, աննախադեպ զարգացումով:

Բիոէթիկական մոտեցման առանձնահատկությունները

Բիոէթիկական իրավիճակներում պատասխանատու որոշումների իմաստավորումը և ընդունումը չի կարող իրականացվել միայն բժիշկների և կենսաբանների փորձաքննական եզրակացության հիման վրա: Անհրաժեշտ է համագործակցել հումանիտար դիսցիպլինների ներկայացուցիչների հետ:

Գոյություն չունի փիլիսոփայական, բարոյագիտական կամ կրոնական որևէ դոկտրին, որ օրեցօր շատացող կոնֆլիկտների և դժվարությունների համընդա-

հանուր լուծման համար կարող է առաջարկել ընդունված արժեքների կամ մարդաբանական գաղափարների մի համընդհանուր համակարգ:

Բիոէթիկայի՝ որպես սոցիալական ինստիտուտի կազմավորման աղբյուրները՝

Էկոլոգիական շարժումները,
իրավապաշտպանական բնույթի շարժումները,
գիտության աննախադեպ նվաճումները,
մշակութային բազմակարծության (պլյուրալիզմի) գաղափարախոսությունը
հատուկ իրավապաշտպան շարժումներ՝ բեղմնավորված սաղմի կյանքի և
կնոջ վերարտադրողական (ռեպրոդուկտիվ) ֆունկցիայի կառավարման իրա-
վունքի պաշտպանություն (աբորտ, հակաբեղմնավորիչ միջոցներ),
հիվանդի իրավունքների պաշտպանություն,
կենդանիների նկատմամբ հումանիստական վերաբերմունքի իրավունքի
պաշտպանություն,
էվթանազիայի իրավունք,
կանանց՝ տղամարդկանց հետ հավասար իրավունքներ ունենալու, իրա-
վունք և այլն:

Էթիկական կոմիտեն որպես բիոէթիկայի սոցիալական ինստիտուտ

Էթիկական կոմիտեն բիոէթիկայի սոցիալական ինստիտուտ է, որի նպա-
տակն է սուբյեկտների միջև համաձայնության հասնել
ա) բժիշկ (գիտնական)-հիվանդ հարաբերությունների պատերճախատական
մոդելի ապակենտրոնացման պայմաններում,
բ) տարբեր պարագաներում տեսակետների հնարավոր տարաձայնություն-
ները լուծելու պատրաստակամության պայմաններում՝ հակասությունների
քննարկման և համաձայնեցված որոշումների որոնման ճանապարհով:

Էթիկական կոմիտեները գործում են՝
գիտական ինստիտուտներին և բժշկական կենտրոններին կից,
մասնագիտական (ազգային և միջազգային) կազմակերպություններին կից,
պետական կազմակերպություններին կից (ակադեմիաներ, նախարարությո-
ւններ, կառավարություններ),
միջազգային կազմակերպություններին կից (ՄԱԿ, ՅՈՒՆԵՍԿՕ, Եվրոպական
խորհուրդ և այլն):

Էթիկական կոմիտեների գործունեության հիմնական դժվարությունները՝

Արտաքին ազդեցությունները /վարչական, գաղափարախոսական, ֆինան-
սական/
Ներքին ազդեցությունները /սեփական արժեքների և հետաքրքրություննե-
րի առաջնայնությունը/
Համատեղ քննարկումների միջոցով հիմնախնդիրները լուծելու ցանկության
և ունակության պակասը:

Բիոէթիկայի ընթացակարգային սկզբունքները

Մարդու արժանապատվության նկատմամբ հարգանք:
Գործի բարիք և խուսափիլ չարիք գործելուց:
Հարգանք անձի ինքնիշխանության նկատմամբ:
Արդարամտություն:

Բիոէթիկայի ընթացակարգային կանոնները

Կամավոր տեղեկացված /իրազեկված/ համաձայնություն:
Ճշմարտություն, արդարամտություն:
Կոնֆիդենցիալություն (զաղտնիություն):
Մասնավոր կյանքի անձեռնմխելիություն:

Որոնք են ձևախեղող ազդեցությունների դեմ պայքարի հիմնական միջոցները

Բիոէթիկական կրթությունը (առաջնակարգ դերը ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ինն է):
Հրապարակայնությունը:
Հաշվետու լինելը:
Հասարակության, գիտնականների կողմից ճանաչված լինելու համար պայքարը:
Պարտքի կատարման կամքը:

Բժիշկ /գիտնական/-հիվանդ հարաբերությունների պատերնալիստական մոդելը

Ավանդական պատերնալիստական մոդելի հիմքում ընկած է պատկերացումն այն մասին, որ բժիշկն ավելի լավ գիտի, թե ինչն է հիվանդի համար բարիք: Ահա թե ինչու հիվանդը պետք է հնազանդորեն և խոհեմաբար հետևի բժշկի ցուցումներին:

Պատերնալիզմի ճգնաժամի իմաստը

ա) մարդու մարմինը ոչ միայն օբյեկտ է, այլև միակ և անկրկնելի սուբյեկտի, անհատականության մարմնավորում:
բ) տառապանքը ախտ է /болезнь//disease/ և հիվանդություն /заболевание/ /illness/:

Տառապանքի կենսաբանական և կենսագրական կտրվածքները գիտելիքի և որոշում կայացնելու երկու հիմքերն են:

Եվ այսպես, XX դարի երկրորդ կեսին ԱՄՆ-ում ստեղծվում են բիոէթիկայի առաջին գիտակրթական կենտրոնները, իսկ նրանց կողմից ուսումնասիրվող հիմնախնդիրներն ավելի ու ավելի են գրավում քաղաքական գործիչների, լրագրողների, կրոնական գործիչների և հասարակության ամենալայն շրջանակների ուշադրությունը:

Հետագա տարիներին հետաքրքրության ալիքը տարածվում է դեպի Արևմտյան Եվրոպա, ինչպես նաև ճապոնիա, Չինաստան և Ռուսաստան:

Ընդհանուր առմամբ արձանագրվում է այն, որ բիոէթիկայի հիմնական խնդիրն է նպաստել բարոյական հարցերի վերաբերյալ տարբեր մոտեցումների բացահայտմանն ու դրանց կիրառմանը:¹²⁰

Բիոէթիկայի վերոնշյալ հարցերը միաժամանակ ցույց են տալիս, որ էթիկական խնդիրները մեզանում բավարար հասարակական հնչողություն չեն ստացել: Մասնագիտական գրականության մեջ առավելապես շեշտադրվում են արդի գիտության որոշ բարոյագիտական հիմնահարցեր միայն, որոնք չեն արտացոլում մեր ժամանակի բիոէթիկական մարտահրավերների տրամաբանությունը:

Բիոէթիկա հասկացության պարզ վերծանումն իսկ ցույց է տալիս, որ այն սերտորեն հարում է կենսաբանության էթիկական հիմնախնդիրներին: Նոր իմաստ փնտրելու կարիք չէր լինի, եթե խոսքը վերաբերեր միայն կենսաբանությանը՝ կյանքի մասին գիտությանը:

Կասկածից վեր է, որ այսօր փլուզվում են ավանդական բարոյական պատկերացումները, որոնք ներհատուկ են ցանկացած մարդկային գործունեությանը: Ակներև է, որ հիմնահարցերի այն փունջը, որ միավորված է «կենսաբարոյագիտություն» հասկացության մեջ, անհամեմատ ավելի լայն է: Այն իր մեջ ներառում է ոչ միայն կենսաբանության, այլև բժշկության, իրավագիտության, փիլիսոփայության, աստվածաբանության և հումանիտար այլ գիտությունների հրատապ հարցեր:

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

Թե՛ բժիշկներն ու կենսաբանները, թե՛ իրավագետները, փիլիսոփաներն ու աստվածաբանները դիմում են իմաստասիրության հին և նոր դասականներին (Պլատոն, Կանտ, Յեզեյ, Շվեյցեր և ուրիշներ) իրենց էթիկական մոտցումներն ու սկզբունքները հիմնավորելու, ինչպես նաև կենսաբարոյագիտական կրթության և գիտելիքների կարևորությունը շեշտադրելու համար:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության տվյալներով, արևմտյան բոլոր երկրների կրթական համակարգերում տեղ է գտել բիոէթիկայի դասընթացը, մշակվել են բիոէթիկական կրթության ժամանակակից չափորոշիչները: ԱՊՅ երկրների մեջ Ռուսաստանի Դաշնությունն առաջինն էր, որ բժշկական բուհերի ծրագրում ընդգրկեց բիոէթիկա առարկան (1995թ.):

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

Բիոէթիկան մեզ սովորեցնում է խոնարհվել կյանքի զարմանահարաշ երևույթի առաջ, սուրբ երկյուղածության զգացումով վերաբերվել կյանքի բոլոր դրսևորումներին: XX դարի սկզբին հայտնի բժիշկ, երգեհոնահար և փիլիսոփա Ա. Շվեյցերը գրեց իր «Մշակույթ և էթիկա» աշխատությունը, որտեղ բնությունը դիտեց ոչ թե նրա զուտ օգտակարության, այլ բնություն-հասարակություն փոխադարձ օրգանական միասնության մեջ:

Հումանիստը պնդում էր, որ մարդ պետք է գիտակցի, որ մարդը և հասարակությունը բնության մի մասն են: Եվ որ մարդը պատկանում է բնությանը ճիշտ այնպես, ինչպես բնությունը պատկանում է մարդուն: Բնությունը ոչ թե մարդուն թշնամի, կործանարար ուժն է, այլ մարդու դաշնակիցը, նրա կյանքի աղբյուրն է: Հետևաբար, բնության հանդեպ մարդու վերաբերմունքը ևս մտնում է բարոյական հարաբերությունների ոլորտի մեջ:

Գոյություն ունեն «բիոէթիկա» տերմինի տարբեր ըմբռումներ և մեկնաբանություններ: Բիոէթիկան, նախ և առաջ, նույնացվում է կենսաբժշկական էթիկայի հետ, դրանով նրա բովանդակությունը սահմանափակվում է «բժիշկ-հիվանդ» հարաբերությունների կարգավորման հարցերով: Բիոէթիկան կապում են առողջապահության ողջ համակարգի, սոցիալական, բարոյական, իրավական, էկոլոգիական և այլ հիմնահարցերի հետ:

Անդրադառնալով բիոէթիկայի խնդիրներին նշենք, որ դրանցից շատերը սերտորեն կապված են արդի բժշկության տեխնոլոգիական վերազինման, բժշկա-կլինիկական պրակտիկայում տեղի ունեցող արմատական տեղաշարժերի հետ, որոնք իրենց արտահայտությունը գտել են գենային ինժեներիայի, օրգանների փոխպատվաստման և այլ բնագավառներում հաջողությունների

մեջ, որոնք առաջին պլան են այսօր մղել էթիկական հիմնահարցերը: Դրանք ծառայած են ոչ միայն բժիշկների, այլև հիվանդների, նրանց հարազատների, բժշկական ողջ անձնակազմի առջև:

Արդյո՞ք, թույլատրելի է էվթանազիան, ո՞ր պահից պետք է համարել, որ մարդը մահացել է, ո՞ր պահից սաղմը կարելի է համարել կենդանի էակ, արդյո՞ք թույլատրելի են արբորտները թե՞ դրանք կենդանի էակների յուրօրինակ սպանություն են և այլն և այլն: Սրանք հարցեր են, որոնք հետաքրքրում են ոչ միայն բժիշկներին, այլև հասարակության ամենատարբեր շերտերին:

1978թ. հրատարակվում է «Բիոէթիկայի հանրագիտարանը»: Գործում են բիոէթիկայի հետազոտական կենտրոններ, որոնց թվում Մոնրեալի, Միչիգանի, Ջահրեբի, Չայֆայի և այլ: Այդ կենտրոններում բժիշկներն ու կենսաբանները համագործակցում են փիլիսոփաների, աստվածաբանների, սոցիոլոգների, բարոյագետների, իրավաբանների և հումանիտար այլ մասնագետների հետ:

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

Եվ այսպես, բիոէթիկան՝ որպես գիտական իմացության նոր բնագավառ, գտնվում է կազմավորման գործընթացում: Նրա զարգացումը խթանվում է մարդու իրավունքների, բժշկական նոր տեխնոլոգիաների հրատապ հիմնահարցերով:

Արդի բժշկության հնարավորությունները սերտորեն կապված են ոչ այնքան բուժման նոր մեթոդների, որքան կյանքի համակարգային կառավարման հրատապ խնդիրների հետ: Ինչ-որ իմաստով դրանք հակասության մեջ են մտնում արդեն կայացած բարոյական արժեքների ու սկզբունքների հետ:

Չենց այդ հակասությունը հաղթահարելու պահանջն է կյանքի կոչել բիոէթիկան՝ որպես մարդու կյանքն ու մահը կառավարելու թույլատրելի սահմանների մասին գիտելիքների ամբողջական համակարգ: Դրանք պահանջում են կատարելագործել բարոյաիրավական կարգավորման նոր մեխանիզմները՝ հիմնված նոր օրենսդրության վրա:¹⁰⁹

Չայաստանում բիոէթիկան զարգանում է տարբեր ուղղություններով: Դրանցում կարևորվում է կենսաբժշկական հետազոտությունների օրենսդրական կարգավորումը⁴³: Իրավական հիմնահարցեր են առաջանում նաև առողջապահության ասպարեզում, առանձնապես փոխպատվաստաբանության (տրանսպլանտոլոգիայի), մահվան պահի որոշման, անհուսալի հիվանդների կենսապահպանման, բուժման և այլ ոլորտներում:

Բիոէթիկայի զարգացմանը, բնականաբար, նպաստել է առարկայի դասավանդումը Երևանի Մ. Գերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում, ինչպես նաև էթիկական կոմիտեի ստեղծումն ու աշխատանքը:

Բիոէթիկան ազատական (լիբերալ) և պահպանողական (կոնսերվատիվ) համատեքստերում

Եվ այսպես, բիոէթիկան ավանդական մասնագիտական բժշկական էթիկայի /բարոյագիտության/ ժամանակակից ձևն է, որտեղ մարդկային հարաբերությունների կարգավորումը ենթարկվում է մարդկային ցեղի պահպանության կարևոր խնդրին:

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

Բնությունից մարդը ստացել է հակումներ, ձգտումներ, սեռական ցանկություններ, սպանելու, տիրելու, իշխելու, շահագործելու մղումներ, որոնք սառը, դաժան կերպով կործանում են մարդուն: Հենց այն պատճառով, որ բնության կողմից մարդուն նման վտանգ է սպառնում, մարդիկ համախմբվել և ստեղծել են մշակույթը, որը պետք է մարդկային հասարակական կյանքը դարձնի հնարավոր: Այսինքն՝ բարոյականը հանդես է գալիս որպես մի յուրօրինակ պաշտպան՝ բնության, բնական-կենսաբանական ակունքներից:

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

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

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

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

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

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

ա. ժամանակակից բժշկությունը, ինչպես տեսական, այնպես էլ պրակտիկ՝ գործիքային առումով դարձել է ավելի բարդ, քան առաջ: Սրա հետևանքով բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունները դիմազրկվել են:

Նեղ մասնագիտացումը, ինչպես նաև համապատասխան բժշկական հիմնարկների չափերի աննախադեպ մեծացումը (հիվանդանոցներ) ավելի խո-

րացրեց այդ հարաբերությունների դիմագրկման (դեպերսոնալիզացման, անանձնավորման) գործընթացը:

բ. Զգալիորեն աճել են յատրոգեն հիվանդությունները՝ այն

հիվանդությունները, որոնց պատճառը բժիշկն է, նրա անուշադիր վերաբերմունքը, բժշկի անզգույշ արտահայտվելը և այլն: Այսօր մարդկանց մի զգալի մասը երբեմն գերադասում է դիմել ժողովրդական բժիշկների, հեքիմների և ոչ «պրոֆեսիոնալ» բժիշկների:

գ. Պարզ դարձավ, որ հիվանդն իր իմացության մակարդակով կարող է հաճախ մրցել անգամ բժշկի հետ:

Չաճախ պատերճալիստորեն տրամադրված որոշ բժիշկներ պնդում են, որ հիվանդները չեն ուզում իմանալ ճշմարտությունը՝ վատ նորությունը, իրենց հիվանդության մասին, քանի որ այդ տեղեկությունը նրանց պարզապես մեծ վնաս կհասցնի, կառաջացնի հոգեկան ընկճվածություն (Թ. Մապս, Ա. Բոկ): Որոշ հեղինակներ ենթադրում են, որ այս պնդումները բավարար հիմնավորված չեն, ընդհակառակը, հետազոտելով հիվանդների, նրանք եկել են այն համոզման, որ նրանց մի զգալի մասն անպայման ցանկանում է իմանալ ճշմարտությունը, և որ բժիշկների հատուկ է մտածել, թե «վնաս կտանք, եթե ասենք» և չտեսնել ճշմարտությունն ասելու դրական ազդեցությունը: Ոչ հազվադեպ իրենց անբուժելի հիվանդության մասին տեղեկացված հիվանդներ կան, ովքեր կամքի մեծ ուժ դրսևորելով ձգտում են գիտակցությունից դուրս մղել ստացված տեղեկությունը: Ինչպես նշում են որոշ ամերիկյան հետազոտողներ (Ա. Բոկ), նույնիսկ եթե ստացած տեղեկությունից հետո հիվանդը որոշի ինքնասպան լինել, ապա միևնույնն է, դա չի կարող պատճառ հանդիսանալ, կատարվածը բարոյականության դիրքերից անթույլատրելի համարելու համար¹²¹: Կեղծիքի, ստի, անընդունելիության տեսակետը վերոհիշյալ մտածողները հիմնավորում են կլինիկական կոնկրետ հետազոտության հիման վրա: Ընդունելով, որ դա ընդհանուր ամամբ ճիշտ է, և որ հիվանդի իրավունքն է իմանալ ճշմարտությունը ճիշտ այնպես, ինչպես բժշկի իրավունքն է ասել ողջ ճշմարտությունը, այդուհանդերձ, ուստիլիտարիզմի կողմնակիցները երբեմն պնդում են, թե բժիշկն իրավունք ունի որոշ դեպքերում դիմել ստի օգնությանը: Սա մասնավորապես այն դեպքերում, երբ հայտնի է, որ որ հիվանդը չի ուզում իմանալ ճշմարտությունը, կամ երբ բժիշկների համար ակնհայտ է, որ այդ ճշմարտությունը հիվանդի համար կրեի միայն և միայն լուրջ վնասներ:

Ըստ Կանտի Կատեգորիկ իմպերատիվի մարդ անհատը (տվյալ դեպքում բժիշկը) սուտ խոսելու իրավունք չունի, քանի որ դրանով խախտվում է անձի ամբողջականությունը:

Այո, բժիշկը նախ և առաջ հոգեբան պետք է լինի, ունենա նրբազգացություն, հեռատեսություն, որ կարողանա հստակ տեսնել տվյալ հիվանդի հոգեբանական տիպը. վատ լուր ստանալուց նա կձգտի դեպի կյանք, թե՞ մահ:

Ըստ այդմ բժիշկը կկողմնորոշվի, թե պե՞տք է հիվանդին ասել ողջ ճշմարտությունը, թե՞ ոչ: Պակաս կարևոր չէ նաև ասելու ձևը կամ եղանակը, որը պետք է բարոյապես արդարացված լինի: Չաճախ պրակտիկայում լարվածություն է առաջացնում ո՛չ այնքան բուն ճշմարտության մատուցումը, որքան դրա իրականացման ձևը, ոճը:



Բաժին 5

**ԲՈՒԹԻՎԱՅԻ ՏԵՍԱԿԱՆ
ՀԻՄՔԵՐԸ ԵՎ ԶԱՐԳԱՅՄԱՆ
ՓՈԻԼԵՐԸ**

Ձեռնամուխ լինելով նոր առարկայի ուսումնասիրությանը՝ հարկ է անդրադառնալ նրա պատմությանը:

Անտիկ շրջանի էթիկայի հիմնադիրը Սոկրատեսն է (մ.թ.ա. 469-399): Նա առաջիններից էր, ով ուսումնասիրեց մարդկանց վարքը՝ փորձելով պարզել, թե ինչպես պետք է մարդ վարվի այս կամ այն իրավիճակում: Սոկրատեսը գտնում է, որ մարդն իր էությանը բարի է (բարոյական է) և, եթե որևէ մեկն անբարո արարք է թույլ տալիս, ապա բարոյական այդ անկատարության պատճառը էթիկական գիտելիքի պակասն է, չիմացությունը: Ըստ Սոկրատեսի՝ ոչ թե հարստությունն է առաքինություն ծնում, այլ հակառակը՝ առաքինությունն է հարստություն ծնում: Հետևաբար ոչ թե մարմնի մասին պետք է հոգալ, այլ հոգու, որպեսզի այն դառնա առավել կատարյալ: Մարմինը հոգու ծառան ու գործիքն է:

Սոկրատեսի էթիկայի հիմնական սկզբունքը բարեպաշտության և գիտելիքի միասնությունն է: Նրա կարծիքով բարեպաշտությունը՝ որպես բարոյականության աղբյուր, ենթակա է խորագնին ուսումնասիրման: Ըստ Սոկրատեսի՝ մարդու վարքը պետք է լինի բանական և խելամիտ: **Եվ չնայած զգացմունքը, բնազդները հաճախ ավելի առաջ են ընկնում, սակայն բանականությունն ի գորու է կառավարելու մարդու կամքը, զսպելու կրքերն ու բնազդային մղումները:**

Կարծես թե, այս միտքն են շարունակում Ավետիք Իսահակյանի հետևյալ տողերը.

*Կյանքն է ամպի փախչող ստվեր,
Վայրկյանն է լոկ իրական.
Բախտի կռանը կանքն է թեպետ,
Բայց դիպվածն է տիրական:*

*Ջգացմունքն է գերիշխողը,
Խելքը՝ նրա լոկ ծառան:
Բայց դու խելքդ վրադ պահիր,
Ինչպես պողպատ, կուռ վահան:*

Հետևաբար, բարոյականությունը որոշվում է նրանով, թե որքանով է մարդուն հաջողվում վերահսկել իր բնական վիճակը, մղումներն ու բնազդները:

Ո՞րն է բարձրագույն բարիքը

Ըստ Սոկրատեսի՝ մարդկանց նեղ, անձնական շահերն ու նպատակները պետք է ենթարկվեն ընդհանուր և բարձրագույն մի նպատակի, որն էլ հենց գերագույն բարիքն է: Սոկրատեսի անձնական ողբերգությունը վկայում է, որ մեծ մտածողը ապրել է իր հայացքներին համապատասխան: Դատարանի վճռով նրան մեղադրում էին, որ խախտել է պետության օրենքները և այլասերել երիտասարդներին՝ մղելով ազատախոհության (ինչպիսի՜ «հանդգնություն») մղել ազատախոհության, ազատամտության): Հայտնի է, որ Սոկրատեսը նախընտրել է ոչ թե փրկվել փախուստով, այլ ինքնական թույն ընդունել: Այս օրինակը ցույց է տալիս, որ հասարակության բարոյական վերակառուցման համար բավարար չէ առաքինությունների մասին քարոզ կարդալը:

Ի՞նչ է նշանակում առաքինություն: Ե՞րբ է մարդը առաքինի

Անտիկ դարաշրջանի փիլիսոփա Պլատոնն (մ.թ.ա. 427-347) իր էթիկական ուսմունքում պնդում էր, որ միայն **վեհ գաղափարներով ոգեշնչված և գործուն կյանքը հասարակության մեջ կարող է նպաստել առաքինության հաստատման**

Ան: Առաքինությունը կարգուկանոնի ու հոգու ներդաշնակությունն է:

Ըստ Պլատոնի առաքինի մարդը պետք է լինի իմաստուն, խիզախ (արի), արդարամիտ (ուղղամիտ) և կարողանա տիրապետել ինքն իրեն: Հետևելով իր ուսուցչին՝ Սոկրատեսին, Պլատոնը գտնում է, որ մարդու բարձրագույն բարոյական պարտքը հոգու հանդեպ մտահոգությունն է, այսինքն՝ նրա մաքրումը: Իսկ դա հնարավոր է զգայական կյանքից վեր կանգնելու և հոգևորի մեջ կենտրոնանալու ճանապարհով: Սակայն մաքրման այդ միստիկական ուղին, ըստ Պլատոնի, ոչ թե ճգնաժամությունն է, այլ իմացությանը նվիրվելը: Ուստի



Միջնադարյան բժիշկ

իմացությունը ոչ միայն ճանաչողական գործունեություն է, այլև բարոյական ինքնակատարելագործման միջոց, որովհետև նրանով կարելի է ձգտել իմաստության, որն ինքնին արդեն առաքինություն է:

Ի դեպ, Հիպոկրատեսն իր «Բժշկի մասին» աշխատության մեջ պնդում է, որ բժիշկը պետք է բոլոր հանգամանքներում արդար լինի, քանի որ բոլոր գործերում էլ, առավել ևս բժշկական պրակտիկայում, արդարամտություն է պետք: Արդարության սկզբունքը կարևորվում է թե՛ համամարդկային և թե՛ բժշկական առումներով:

Անտիկ աշխարհի բարոյագիտական-փիլիսոփայական մտքի մյուս ներկայացուցիչն Արիստոտելն է (մ.թ.ա. 384-322թթ.): Արիստոտելը «Նիկոմախի էթիկա», «Մեծ էթիկա», «Էթիկա» աշխատություններում առաջարկել է սովորություններում առաջարկել է սովոր

ությունները, բարքն ու վարքը, բարոյականությունն ուսումնասիրող գիտությունն անվանել էթիկա (հուն. Ethos – սովորույթ, խառնվածք, բարոյականություն, բնավորություն):

Էթիկան գործնական, պրակտիկ փիլիսոփայությունն է: Այն իր էությամբ հակադրվում է աշխարհի մասին տեսական գիտելիքներին: Ցանկացած տեսական գիտելիք, ի վերջո, կարող է ունենալ գործնական նշանակություն: Ըստ Արիստոտելի բարոյագիտության առանձնահատկությունն այն է, որ մարդուն զինում է շրջակա աշխարհի ու նրանում ապրող մարդկանց վրա ազդելու մեթոդներով և միջոցներով: Դա հնարավոր է դառնում, եթե մարդկանց մոտ ձևավորվում են պատկերացումներ պարտքի, բարու և չարի իդեալների մասին: Ի դեպ, պատահական չէ, որ դեոնոթլոգիա տերմինը ծագում է հունարեն deontos բառից, որը նշանակում է պարտադիր, իսկ դեոնոթլոգիան ուսմունք է պարտադիր, պարտքի, պարտադրականության մասին: Ինքը՝ էթիկան, ուսմունք է մարդու կոչման ու կյանքի իմաստի, բարոյական սկզբունքների ու վարքի նորմերի մասին:

Սոկրատեսը մարդու բանականության նկատմամբ անսահման հավատ ուներ և այդ դիրքերից ինչ-որ չափով թեթևացնում կամ ամտեսում էր մարդկային կրքերը: Այսինքն, նրա կարծիքով, եթե մարդ հասկացա՞վ, ճիշտ էլ կվարվի: Մինչդեռ Արիստոտելը տեղ էր տալիս նաև կրքերին, չէր բացարձակացնում բանականության դերը մարդու կյանքում: Նրա կարծի-

քով բարոյականության էության ճանաչմանը միշտ չէ, որ հետևում է բարեպատշաճ արարքներ գործելու ցանկությունը: Դրա համար անհրաժեշտ է բարոյական կայունություն, բարոյական սկզբունքայնություն, այսպես ասած, հուզական-կամային համոզվածություն: Նրա կարծիքով **խկական բարիքը այն բարիքն է, որն իրագործված է մարդու գործողություններում ու արարքներում:** Այս տեսակետը հանգեցրեց նրան, որ էթիկայի մեջ սկսեցին տարբերակել բարոյագիտությանը վերաբերող տեսական և գործնական հարցերը: Օրինակ՝ այս կամ այն կոնկրետ իրավիճակում ինչպե՞ս պետք է մարդը վարվի, ի՞նչ քայլեր ու գործողություններ պետք է կատարի:

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

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

Հավասարակշռվածությունը բարկացկոտության և զգայական բթության միջինն է:

Առատաձեռնությունը շռայլության և գծուծության միջինն է:

Ազնվությունը պարծենկոտության և ստրկամիտ հնազանդության միջինն է:

Արիստոտելը վերլուծում է այնպիսի հատկանիշներ, ինչպիսիք են համեստությունը, իմաստնությունը, խելամտությունը, հնարամտությունը, կարգի-նությունը, հուճորի զգացումը և այլն:

Հագիվ թե այսօր էլ գտնվի մեկը, ով ժխտի Արիստոտելի վերոհիշյալ վերլուծական գնահատականների կարևորությունը մարդու, նրա բարոյական նկարագրի բացահայտման համար: Լիովին համամիտ ենք Արիստոտելի այն մտքի հետ, որ «թեկուզ բարոյականությունը կախված է գիտելիքներից, այնուամենայնիվ, այն արմատավորված է բարի կամքի մեջ»:

Մի բան է իմանալ, թե «ո՞րն է լավը» և «ո՞րը վատը», մեկ այլ բան է լավ արարք-ներ գործելու ձգտումը:

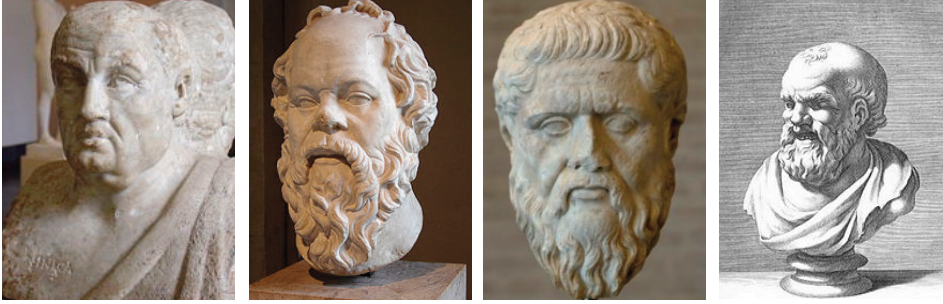
Այս ամենն առանձնահատուկ իմաստ է ստանում բժշկական պրակտիկայում: Բժիշկը, ավելի, քան որևէ այլ մասնագիտության տեր մարդ, պետք է լինի մարդասիրության, մեծահոգության և նվիրվածության տիպար: Նա շահեկանորեն պետք է տարբերվի այլ մասնագիտության տեր մարդկանցից ոչ միայն խորը գիտելիքներով, կրթվածությամբ, այլև խոսքի և լեզվի մշակությամբ, արտաքինով, իր բարեկիրթ շարժումներով և նրբազգացությամբ:

Այսպիսով, Սոկրատեսի, Պլատոնի և Արիստոտելի էթիկական մտքերը ոչ միայն իրենց յուրօրինակությամբ, այլև մարդկությանը մշտապես հուզող իմաստասիրական հարցադրումներով այնպիսի արժեքներ են, որ պահպանել են և այսուհետ ևս կպահպանեն իրենց իմաստն ու նշանակությունը: Դրանք արտահայտում են մարդկության հավերժ կենդանի մտահոգությունն աշխարհի, մարդկային գոյության ու էության մասին:

Բժշկի առաքելության բարոյաշունչ հարցերն իրենց ամփոփ արտահայտությունն ու մարմնավորումն են ստացել «Հիպոկրատեսի երդման» մեջ: Նկատենք, որ այդ երդումը ժամանակին տալիս էին ասկլեպիադների հռչակավոր դպրոցի շրջանավարտները, որի հիմնադիրը համարվում էր բժշկության աստված Ասկլեպիոսը: Ամենահայտնի շրջանավարտներից էր

Հիպոկրատես Երկրորդ Մեծն Կոսացին, որը ծնվել է մ.թ.ա. 460 թ. և, ըստ որոշ տվյալների, ապրել է 104 տարի:

Կարելի է ասել, որ Հիպոկրատեսի երդումը բժշկությամբ զբաղվող մարդկանց բարոյական կոդեքսն է: Բժշկապետը պատգամել է. «Որտեղ սերն է մարդկանց հանդեպ, այնտեղ և սերն է քո արվեստի նկատմամբ»: Յնարավոր է պատկերացնել մեկին, որ, իր մասնագիտությունը չսիրելով, մարդասեր, հումանիստ չլինելով, ուզում է մարդ բուժել*: Իհարկե ոչ, քանի որ մարդ բուժելը ոչ թե արհեստ կամ նույնիսկ արվեստ է, այլ ծանր խաչ:



Անտիկ շրջանի փիլիսոփաներ

Այսօրվա բժշկության առանցքը կազմող «բուժել հիվանդին և ոչ թե հիվանդությունը» արտահայտությունը նույնպես վերագրվում է Հիպոկրատեսին:

Մեկ այլ առիթով Հիպոկրատեսը գրել է. «Որ տուն էլ մտնեմ, ես այնտեղ կմտնեմ հիվանդի օգտի համար՝ հեռու լինելով ամեն մի կանխակալությունից, անարդարությունից և վնասարարությունից»³⁹:

Բժշկական էթիկայի պատմության մեջ նշանակալի հետք են թողել Ալ-Ռուխավիի «Բժշկի գործնական էթիկա», Ավիցենայի «Բժշկության կանոններ» աշխատությունները, որոնցից որոշ հատվածներ դարձել են թևավոր խոսքեր: Դրանք թարգմանվել են նաև հայերեն:

Ի դեպ, նկատենք, որ հայ բժշկագիտական միտքն ունի հազարամյակների հոգևոր ավանդույթներ, որը վկայում է մեր փառահեղ նախնիների բժշկական բարձր մշակույթի մասին: Հայ պատմիչների, բժիշկների մատյաններում կարող ենք կարդալ մտքեր բժշկի մասնագիտության, նրա վարվեցողության կանոնների մասին: Մասնավորապես V դարի պատմիչ Եղիշեի աշխատության մեջ հատվածներ կան, որոնք վերաբերում են բժշկի կերպարին:¹⁸ Մովսես Խորենացու «Գիրք անհրաժեշտ գիտելիքի մասին» աշխատության «Թունավոր նյութեր նշանակող բժիշկների մասին» գլխում նշվում է, որ «բժշկի մասնագիտություն պետք է ընտրեն առավել տաղանդավոր, փորձված մարդիկ», իսկ բժշկությունը համեմատվում է ծառի հետ, որի պտուղները նպաստում են կյանքի երկարացմանն ու հիվանդությունների բուժմանը:

Բժշկական էթիկայի, դեոնոլոգիայի, կյանքի և մահվան հարցերին անդրադարձել է VI դարի հայ նշանավոր փիլիսոփա Դավիթ Անհաղթը (ուն

* Այս առիթով ուսանողներին առաջարկվում է դիտել Գ. Սունդուկյանի անվան ազգային ակադեմիական թատրոնում «Փսիխոզ» բեմադրությունը, որտեղ ներկայացված բժիշկը ոչ միայն չի սիրում իր մասնագիտությունը, չի սիրում բժշկություն, այլև բացահայտ ատում է այդ մասին, մարդասեր չէ, տհաճությամբ, հարկադրաբար է աշխատում, բուժում է ոչ թե հիվանդին, այլ հիվանդությունը.. Կարծում են դժվար չէ պատկերացնել, թե ինչ, մեղմ ասած, անցանկալի հետևանքներ կարող է ունենալ նման բժշկի գործունեությունը:

ծննդյան 1500 ամյակը 1981թ. մեծ շուքով նշվեց ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի կողմից), Մխիթար Չերացին (XII դար,) Ամիրդովլաթ Ամիասիացին (XV դ), Մխիթար Սեբաստացին (XVI-XVII): «Անգիտաց անպետ» կոչվող 1482թ. Կ. Պոլսում տպված աշխատության մեջ Ա. Ամասիացին բարձր է գնահատել բժշկական էթիկային հետևելը:

Ինչպիսի՞ն պետք է լինի բժիշկն ըստ Ամասիացու՝ **խելացի, պարտքի զգացումով լի, հնազանդ, խորհրդատու, խրատատու, աղքատասեր, ողորմած, հավատարիմ, աստվածապաշտ ու մաքուր մարդ:**

Իսկ ինչպիսի՞ն չպետք է լինի՝ հարբեցող, ազահ, ընչաքաղց:

Հարկ է նշել, որ հայ միջնադարյան մշակույթում կարևոր տեղ է հատկացվել նաև բժշկի մասնագիտական խախտումների հարցերին: Նշվել են պատժամիջոցներ ոչ միայն կանխամտածված ու ականա, այլև տգիտության պատճառով կատարված հանցագործությունների համար: (Մ. Գոչ «Դատաստանագիրք», II գիրք, հոդվածներ 119, 154)¹⁸:

Անդրադառնալով բժշկական մտքի վրա կրոնադավանաբանական ուսմունքների ազդեցության հարցին՝ ցանկանում ենք, թեկուզ հպանցիկ շեշտել բուդդիզմի դերը էթիկական գաղափարների զարգացման գործում: Հայտնի է, որ բուդդիզմի հիմնադիրը Սիդհարթհա Գաուտաման է, որը հայտնի է Բուդդա Շաքյա-Մունի անունով (մ.թ.ա. 622-543 թթ.):

Նրա քարոզած ուսմունքը հիմնվում էր չորս առաքինությունների վրա, որոնցից գլխավորը սերն է: Սիդհարթհայի կյանքի և գործունեության լավագույն ներկայացնողներից մեկը գերմանացի հայտնի գրող Հերման Հեսսեն է, ում «Սիդհարթհա» վեպը խորհուրդ ենք տալիս կարդալ³⁷:

Բուդդան ձևակերպել է բժշկի մասնագիտությանը վերաբերող էթիկական կարևորագույն մի սկզբունք. «Եղբայրներ, դուք չունեք ո՛չ հայր, ո՛չ մայր, և ոչ մեկը հոգ չի տանում ձեր մասին: Եթե դուք հոգ չտանեք մեկը մյուսի մասին, ապա ձեր փոխարեն ո՞վ կանի դա: Եղբայրներ, ով ինձ պաշտում է, թող պաշտի հիվանդին»:

Ակնհայտ է, որ այստեղ խոսքը գթասրտության և հիվանդին օգնելու ներքին պատրաստակամության մասին է:

Բուդդիզմի բարոյական այս նորմերը եղել են հոգեհարազատ նաև քրիստոնեական առաջին համայնքներին: Ըստ ավանդույթի՝ Հիսուսն իր երիտասարդ տարիներին սովորել է «թերապևտների» մոտ, որոնք քննախույզ ջանասիրությամբ ուսումնասիրել են բժշկական հին ձեռագրերը և ձգտել մարդկանց ազատել ֆիզիկական և հոգեկան ցավերից:

Անտիկ աշխարհի բժշկագիտական գաղափարները և քրիստոնեության կրոնաբարոյական արժեքները արդեն XI-XII դդ. Եվրոպայում կյանքի կոչեցին բժշկական առաջին դպրոցները, համալսարաններում բացվեցին բժշկական ֆակուլտետներ: Բժշկական կրթությանն ու պրակտիկային համընթաց՝ սկսեց զարգանալ էթիկական, իրավական միտքը: Գրվեցին բժշկա-



Սովեստ Խորենացի

կան էթիկայի առաջին դասագրքերը, եվրոպական տարբեր երկրներում բժշկական օրենսդրության հիմքերը դրվեցին:



Դ. Յյուն (1711-1776)

թյան հիմնադիր Ի. Կանտի (1724-1804) կողմից: Ըստ **Կանտի, մեր խիղճն է մեզ հուշում, թե ինչն է լավը և ինչը վատը: Մենք պետք է լսենք միայն մեր խղճի ձայնին:**



Իմանուիլ Կանտ (1724-1804)

հոգսերն ու տառապանքներն ընդունել, ինչպես մեր սեփականը: Պետք է ուրիշի ցավը զգանք, ինչպես մեր ցավը»:

Չիրավի, ժամանակը չէ՞ արդյոք, որ բոլորս հասկանանք ու գիտակցենք, որ երկիր մոլորակը և նրա վրա ապրող մարդիկ անկախ կրոնից, հավատքից, դավանանքից, կուսակցական, սեռային կամ այլ պատկանելությունից մեկ մարմին են, և եթե մարմնի մի օրգանը, բջիջը հիվանդանում է, ապա

1834թ. անգլիացի փիլիսոփա և իրավագետ Ե. Բենտամն իր «Դեոնթոլոգիան կամ բարոյականության մասին» գրքում ընդգծում է, որ դեոնթոլոգիան պետք է հիմնվի օգտակարության սկզբունքի վրա: Այսինքն՝ այս կամ այն արարքը կարող է գնահատվել լավ կամ վատ, արժանի կամ անարժան, եթե ավելացնում կամ նվազեցնում է հասարակական օգուտը, բարությունը:

Փիլիսոփայության մեջ այս մոտեցումը հայտնի է **ուտիլիտարիզմ** (օգտապաշտություն) անունով: Ուտիլիտարիզմը՝ որպես փիլիսոփայական ուղղություն և էթիկական ուսմունք, հիմնավոր քննադատության ենթարկվեց շոտլանդացի փիլիսոփա Դավիթ Յյունի (1711-1776) և գերմանական դասական փիլիսոփայու-

Ըստ Ի. Կանտի՝ մարդաբանական կարևոր սկզբունքներից մեկն այն է, որ մարդը ձգտում է «իր համար օրենք ստեղծել» և առանց որևէ արտաքին պարտադրանքի պայքարել այդ օրենքի գոյության համար: Այդ հատկությունը Կանտը անվանում է **«բարոյական ինքնավարություն»:** «**Ինքնավարությունը,- գրում է նա, - մարդու և ցանկացած բանական էակի արժանապատվության հիմքն է»:**

Դ. Յյունը ժխտում է էթիկայի զուտ ուտիլիտար, օգտապաշտական բնույթը: Ուսումնասիրելով էթիկայի շարժիչ ուժերը՝ Յյունը գալիս է այն հետևության, որ բարոյագիտությունը համակրանքի ու կարեկցանքի խնդիր է: «Բնությունը,- պնդում է Յյունը,- մեզ օժտել է ուրիշին կարեկցելու ունակությամբ: Դրանով բնությունը մեզ պարտավորեցրել է ուրիշի ուրախությունը,

մյուս մասը կամ ողջ մարմինն առողջ լինել չի՝ կարող: Այդպես էլ, եթե մոլորակի մի մասում (երկիր, տարածք, քաղաք և այլն) դժբախտություն է պատահում, պատերազմ է ծագում, աղետ, առավել ևս ողբերգություն, ապա չպետք է մտածել, որ դա մեզ չի վերաբերում: Մեզանից յուրաքանչյուրը պետք է հավատացած լինի, որ մենք բոլորս մեկ ամբողջություն ենք և, հետևաբար, կամ միասին պետք է առողջանանք և առաջ շարժվենք, կամ հիվանդանանք ու դուրսենք տեղում:

Սրա փայլուն օրինակն է հետևյալը. չեզոքություն որդեգրած Շվեյցարիայի ժողովուրդը, ձգտելով հրավիրել կառավարության և պետական մարմինների ուշադրությունը 1895-1896թթ. Թուրքահայաստանում կատարվող անօրինությունների, անարդարությունների վրա, 1897թ. մարտի 4-ին Շվեյցարիայի կառավարությանը ներկայացրել է կես միլիոն ստորագրություն կրող խնդրագիր՝ որպես բողոքի նշան Արևմտյան Հայաստանում կատարվող խժժությունների, հայկական կոտորածների դեմ:

Հիրավի, սա ապացույցն է այն բանի, որ բարեպաշտ մարդը կամ ազգը չի կարող իրեն լիովին երջանիկ և լիարժեք զգալ, երբ կողքի մարդը դժբախտության, առավել ևս ողբերգության մեջ է հայտնվել¹²:

Հարյուր տարի անց Շվեյցարիայի հայությունը շնորհակալագիր է ներկայացնում Շվեյցարիայի կառավարությանն այն մասին, որ 1897թ. մարտի 4-ին Շվեյցարիայի ժողովուրդը բողոքի ձայն էր բարձրացրել Արևմտյան Հայաստանում հայերի կոտորածների և, ընդհանրապես, թուրքական պետության որդեգրած հայահալած քաղաքականության դեմ: Սա բարոյական բարձր արժեքներով առաջնորդվելու մի օրինակ էր, որ ցուցաբերեց Շվեյցարիայի ժողովուրդը, որին երախտիքով պատասխանեցին տեղի հայերը:

Վերը խոսվում էր այն մասին, թե ինչ է առաքինությունը: Այո՛, **բարիք գործելը, պատասխանատու լինելը, ինչպես նաև երախտագետ ու շնորհակալ լինելը նույնպես առաքինություններ են, օրինակելի վարքագծեր:**

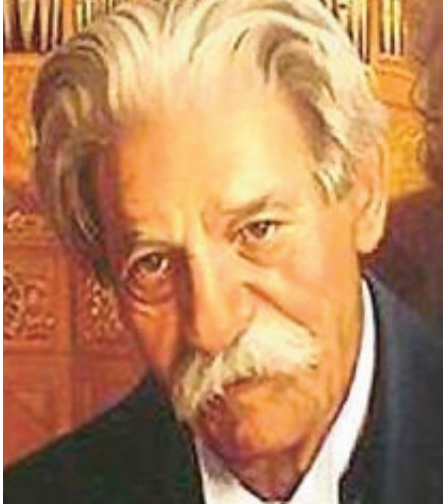
Ավելի ուշ, էկզիստենցիալիզմի հիմնադիրներից Ժան-Պոլ Սարտրը գրել է. «Պետք է իրականությունը զգալ, ինչպես սեփական ատամի ցավը, որպեսզի այն վերափոխելու մտադրությունը բխի մեր անձնական որակներից»: Այսպիսի հայացքները հանգեցրին նրան, որ Եվրոպայում աղքատների համար հիմնվեցին բազմաթիվ բարեգործական բժշկական հիմնարկություններ և հիվանդանոցներ²¹:

Բարոյագիտական իր ուրույն հայացքներով առանձնանում է Ալբերտ Շվեյցերը (1875-1965)¹⁰³: Այս մտածողն աչքի է ընկել ոչ միայն իր տեսական յուրօրինակ եզրահանգումներով, այլև բարոյաշունչ կյանքով և մեծ ազդեցություն է ունեցել իր ժամանակակիցների վրա: Բարձրագույն կրթությունն ստացել է Ստրասբուրգի, Բեռլինի և Փարիզի համալսարաններում: 1899թ. պաշտպանել է դոկտորական ատենախոսություն՝ «Կանտի կրոնի փիլիսո-



Ամիրդովլաթ Ամասիացի
(1420-1496)

փայլությունը» թեմայով: 1906թ. սկսել է ուսումնասիրել բժշկություն՝ իրեն նախապատրաստելով քարոզչական գործունեության: 1913թ. պաշտպանել է դոկտորական ատենախոսությունը և ստացել բժշկության դոկտորի գիտական աստիճան, այնուհետև մեկնել է Գաբոն (Յիուսիսային Աֆրիկա): Այստեղ Լամբարեն գյուղում իր միջոցներով բորոտների համար կառուցել է հոսպիտալ: Իր գործունեության համար 1932թ. արժանացել է Գյոթեի անվան մրցանակի, իսկ 1952-ին՝ խաղաղության համար Նոբելյան մրցանակի:



Ալբերտ Շվեյցեր (1875-1965)

Նրա էթիկայի կենտրոնում տառապող անհատն ու վերջինիս ճակատագիրն է: Շվեյցերը կրել է Կանտի, Գյոթեի, ուշ շրջանի ստոիկների, Լաո-Ցզիի, քրիստոնեության ազդեցությունը:

Նա ցույց է տվել, թե ինչպես են հիմնովին խախտվել արդի հասարակության բարոյական արժեքները, և թե ինչպես է անհատը հայտնվել կապանքների մեջ: Անհատը անազատ է, և դրա պատճառներից մեկը բանական իրականության մասին հեգեյան բանաձևն է: Պայքարելով Յեզելի, նրա պանլոգիզմի դեմ՝ Շվեյցերն ավելի է մոտենում Սյորեն Կյերկեգորի էկզիստենցիալիստական հայացքներին,

որոնց կենտրոնում **տվայտանքներով, անիմաստ ու անհեթեթ կյանքով ապրող մարդն է՝ զրկված բարոյական հենասյուներից:**

Նույն էկզիստենցիալիստական ոգով առաջադրում է կենսական երկու սկզբունք՝ կամքը՝ որպես ազատ ու բարոյական էակի դրսևորում, և գիտելիքը, որի հիմքում ընկած է արտաքին անհրաժեշտությանը ենթարկվելու պարտադրողականությունը:

Աշխարհի նկատմամբ իմաստավորված վերաբերմունքը հանգեցնում է սկեպտիցիզմի, բանականության նկատմամբ խոր անվստահության: Շվեյցերը կոչ է անում վճռականապես հրաժարվել բանականության ստրկությունից և հենվել կյանքի նկատմամբ ակտիվ ու պատասխանատու վերաբերմունքի վրա.

«Մենք այլևս չպետք է կյանքի հանդեպ մեր հայացքներն արտածենք աշխարհի մասին գիտելիքներից: Իմ գիտելիքներն ունեն վատատեսական բնույթ, սակայն իմ կամքը և իմ հույսն ունի լավատեսական բնույթ»¹⁰⁴:

Շվեյցերի աշխարհայացքի առաջնային սկզբունքը բուն կյանքի փաստն է, որը մեծ հումանիստը հակադրում է մտքի փաստին՝ որպես առաջինից ածանցյալ երևույթի: «Ես կյանքն եմ, որն ուզում է ապրել կյանքի մեջ, որը ցանկանում է ապրել»: Այստեղից էլ բխում է «**Կյանքի առաջ խոնարհվելու սկզբունքը: Կյանքի ցանկացած դրսևորում պահպանելու ձգտումը պետք է դառնա մարդկության բարոյական նորոգման, կատարելագործման հիմքը:** Նա պաշտպանում է մարդկային ոգու աստվածային ծագման հիմնադրույթը, որն իր բարձրագույն արտահայտությունը ստացել է Քրիստոսի վեհ կերպարի մեջ: Շվեյցերն առաջարկում է ռացիոնալիզմը փոխարինել նոր «մոգական» աշխարհայացքով՝ ջերմացած կյանքի սրբության հավատով: Կոչ է անում խոնարհվել կյանքի առաջ և պաշտպանել **մարդկայնությունը**՝ «անձնական արարքներով ու կոնկրետ գործողություններով»: Շվեյցերը համոզված է, որ կեցության, կյանքի փաստը նա-

խորդում է գիտակցության, մտածողության փաստին¹⁰⁴: Մեծ հումանիստը հստակ բանաձևում է բարին ու չարը:

«Բարին ծառայում է կյանքի պահպանմանն ու զարգացմանը, չարը՝ ինչը կործանում է կյանքը կամ արգելակում այն»:

«Յուրաքանչյուր մարդու գոյությունը, - պնդում է Շվեյցերը, - սերտորեն կապված է ուրիշ մարդկանց հետ: Այդ պատճառով մարդը չի կարող լինել օտար ուրիշ մարդու համար: Յուրաքանչյուր ոք պետք է մտածի ուրիշ մարդկանց մասին և պետք է հարցնի.

-Արդյոք ես ունե՞մ իրավունք քաղելու բոլոր այն պտուղները, ինչին կարող է հասնել ձեռքս»¹⁰⁴:

Չարկ է ոչ միայն մտածել ուրիշների մասին, այլև հաշվի առնել նրանց շահերը. այսպիսին է մարդուն ուղղված շվեյցերյան կոչի իմաստը: Մարդու գործողության եղանակի և բուն արարքի ընտրությունն, ըստ Շվեյցերի, պետք է ուղղված լինի մարդկանց շահերի սպասավորությանը, հասարակության բարելավմանը:

Գործուն, ակտիվ բարոյականության նպատակն է «բարելավել աշխարհը»: Բանավիճելով պարտքի կանտյան ըմբռնման հետ՝ հումանիստ իմաստասերը պաշտպանում է բարոյական ընտրության ազատությունը:

Նա գտնում է, որ «ամեն մի առանձին դեպքում մենք ինքներս պետք է վճռենք, թե ինչ չափով ենք ցանկանում կամ կարող բարոյական լինել, և որքանով մենք պետք է ենթարկվենք վնաս հասցնելու անհրաժեշտությանը»: Ըստ Շվեյցերի, բարոյականությունն անսահման պատասխանատվությունն է այն ամենի համար, ինչն ապրում է:

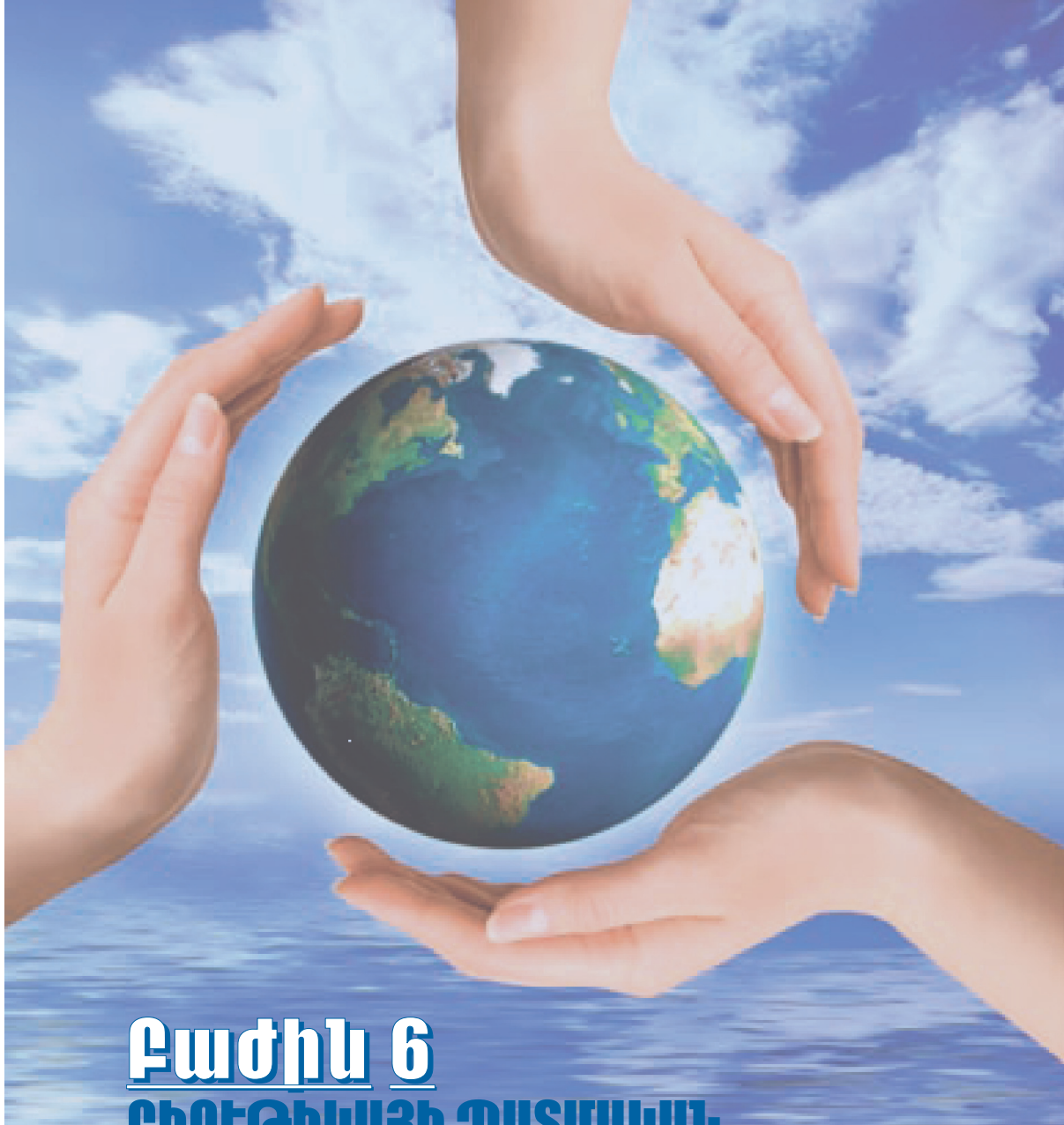
Շվեյցերը սիրում էր կրկնել, որ մարդուն կփրկի հավատը, հույսը և սերը: Նոր Կտակարանի՝ սիրո օրհներգից վերհիշում էր հետևյալ տողերը.

«Եվ եթե մարգարեություն անելու շնորհ ունենամ և գիտենամ բոլոր խորհուրդներն ու ամբողջ գիտությունը, և եթե ունենամ ամբողջ հավատքը, ուժը մինչև իսկ լեռները տեղափոխելու, բայց սեր չունենամ, ոչինչ եմ»:

Մեծ մտածողի հումանիստական հայացքները այսօր էլ հրատապ են հնչում, քանի որ դրանց կենտրոնում մարդկային անհատի տառապանքն ու ճակատագիրն է:

Ալիսիա Կիրակոսյանի հետևյալ տողերը հաստատում են վերն ասվածը.

*Սերը գոյության հանճարն է միակ,
Սիրո հակառակն ամենևին էլ չսիրելը չէ,
Մահն է պարզապես,
Սիրահարները անմահությունն են
վերանորոգում...*



Քաժիւն 6

**ԲՆՈՒԹԻՎԱՅԻ ՊԱՏՄԱԿԱՆ
ՄՈԴԵԼՆԵՐԸ ԵՎ ԲԺԻՇԿ - ՀԻՎԱՆՊ
ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՏԻՊԵՐԸ**

Մարդկության պատմության ընթացքում ձևավորվել ու իրար փոխարինելու են եկել էթիկական ամենատարբեր սկզբունքներ, մոդելներ, որոնք գործել են բժշկության զարգացման բոլոր ժամանակաշրջաններում:

Տարբեր պատմական դարաշրջաններում կարևորվել են որոշակի էթիկական (երբեմն էլ իրավական) մոդելներ, սկզբունքներ, որոնք ընկած են ժամանակակից բիոէթիկայի հիմքում:

1. Հիպոկրատեսի մոդել («Մի՛ վնասիր» *Noli nocere*)

Այս մոդելը կամ բուժման սկզբունքը, առաջարկել է եվրոպական բժշկության նախակարապետ Հիպոկրատեսը (460-377 մ.թ.ա.): Այն ընկած է բժշկական էթիկայի հիմքում: Նրա հայտնի «Երդունը» առ այսօր ոչ միայն չի կորցրել իր այժմեականությունը, այլև դարձել է հետագա բոլոր էթիկական հռչակագրերի, փաստաթղթերի հիմքը: Ոչ պակաս կարևորություն ունեն նրա «Օրենքների մասին», «Բժիշկների մասին» աշխատությունները: Հիպոկրատեսին անվանում են բժշկագիտության հայր:

Այս սկզբունքը բժշկական էթիկայի սկզբունքներից հնագույնն է: Լատիներն այն ձևակերպվում է այսպես «*Primum non nocere*», բառացի՝ «ամենից առաջ՝ մի՛ վնասիր»: Այստեղ «ամենից առաջ» բառերը շեշտում են, որ բժշկի գործունեության մեջ այս սկզբունքն ամենակարևորն է:

Հաճախ «մի՛ վնասիր» սկզբունքը համարում են Հիպոկրատեսի բժշկական բարոյականության էությունը, սակայն իրականում նրա աշխատության մեջ այդպիսի դրույթ չկա: Հիպոկրատեսի երդման մեջ ասվում է. «Ես իմ ուժերի և հասկացողության համապատասխան կուղղեմ հիվանդների ապրելակարգը (ռեժիմը) իրենց օգտին՝ ձեռնպահ մնալով ամեն տեսակի վնաս և անարդարություն պատճառելուց»:

Ուշադրության է արժանի Հիպոկրատեսի երդման առաջին կետը, որը խոսում է այն մասին, որ իր ուսուցչին պետք է հարգել այնպես, ինչպես իր ծնողին: Այսօրվա ուսանողին չի խանգարի ուշադրություն դարձնել այդ կետին (տես՝ հավելվածը):

Հիպոկրատեսի երդունը վերաբերում է ոչ միայն բժիշկ-հիվանդ հարաբերություններում բժշկի պարտականություններին, այլև բժշկի բարոյական կերպարի ձևավորմանը:

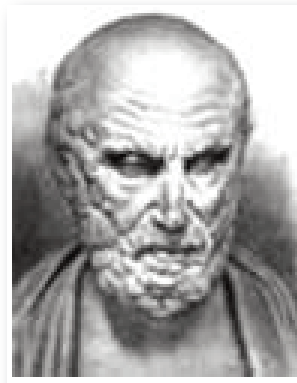
Իսկ ի՞նչ է նշանակում չվնասել

Տարբերակում են վնասի հետևյալ ձևերը՝

1. Վնաս, որը հասցվել է անգործությամբ, այսինքն օգնության կարիք ունեցող մարդուն չօգնելով:

2. Վնաս, որը հասցվել է չար դիտավորությամբ, միտումնավոր:

3. Վնաս, որը հասցվել է տգիտության, չինացության, պատշաճ գիտելիքներ չունենալու, սակայն սեփական անձի, մասնագիտական գիտելիքների մասին



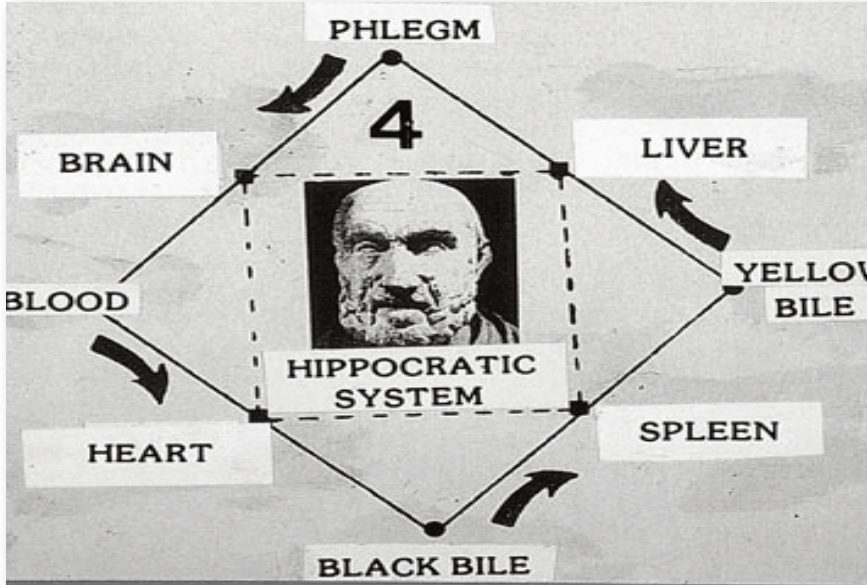
Հիպոկրատես,
մ.թ.ա 5-4-րդ դար
Բժշկագիտության հայրը,
ավանդական բժշկական
էթիկայի հիմնական
դրույթները ձևակերպողը

մեծ կարծիք ունենալու պատճառով:

4. Վնաս, որ հասցվել է տվյալ իրավիճակում օբյեկտիվորեն անհրաժեշտ գործողություններով:

Ակնհայտ է, որ վնասի այս տարատեսակներից յուրաքանչյուրը յուրովի է գնահատվում:

Ինչ վերաբերում է առաջինին՝ օգնություն չցուցաբերելուն, այստեղ որոշ



դեպքերում մենք գործ կունենանք օրինախախտման հետ: Հետևաբար, այսպիսի իրավիճակներում խնդիրը ոչ այնքան բարոյական է, որքան իրավական: Ենթադրենք՝ հերթապահ բժիշկը չի կատարում այն գործողությունները, որոնք պարտավոր է կիրառել տվյալ հիվանդի նկատմամբ: Այդ դեպքում նա պատասխանատվություն է կրում նախ՝ իր պարտականությունները չկատարելու փաստի առկայության պատճառով և երկրորդ՝ այն հետևանքների համար, որոնք առաջ են եկել նրա անգործությունից: Ընդ որում պատասխանատվությունը կարող է ինչ-որ չափով թուլանալ, օրինակ՝ այն դեպքում, երբ բժիշկը ստիպված է եղել ծախսել իր ուժերն ու ժամանակը մեկ այլ, առավել ծանր վիճակում գտնվող հիվանդին օգնություն ցուցաբերելիս: Այլ հարց է, երբ բժիշկն իր ծառայողական պարտականությունները չի կատարում: Գեղարվեստական գրականության մեջ, ֆիլմերում հաճախ ներկայացվում է այնպիսի իրավիճակ, երբ գնացքում կան ինքնաթիռում անհետաձգելի բժշկական միջամտության անհրաժեշտություն է առաջանում և անձնակազմը դիմում է ուղևորներին մոտավորապես այսպես.

- Եթե ձեր շարքերում բժիշկ կա, խնդրում ենք ձեր օգնությունը:

Այս իրավիճակում ուղևորների մեջ գտնվող բժիշկը կարող է չարձագանքել խնդրանքին: Սակայն բարոյական տեսակետից այսպիսի անգործությունն ակնհայտորեն դատապարտելի է և օրինակ՝ Ամերիկայի և ոչ միայն Ամերիկայի, բժիշկների մասնագիտական ընկերակցությունը կարող է նման արարք թույլ տված բժշկին զրկել բժշկական պրակտիկայով զբաղվելու արտոնագրից:

Երկրորդ տեսակն այն վնասն է, որը հասցվել է **անբարեխղճության** կամ դիտավորության պատճառով (այսինքն՝ իր պարտականությունները ոչ պատշաճ

կատարելու հետևանքով, ենթադրենք բժիշկը դիտավորյալ կամ ծուլանալու, ալարելու պատճառով չի կատարել տվյալ դեպքում անհրաժեշտ որևէ գործողություն (պրոցեդուրա): Այս խնդիրը նույնպես ավելի շուտ իրավաբանական, քան էթիկական հարց է, սակայն, անշուշտ, անվերապահորեն արժանի է բարոյական դատապարտման:

Հիվանդին հասցրած վնասի հաջորդ՝ երրորդ տեսակը պայմանավորված է անբավարար որակավորումով: Բժշկի որակավորման հարցը ոչ միայն տեխնիկական, այլև բարոյական նշանակություն ունի: Այս իմաստով նույնիսկ միայն իր մասնագիտական գիտելիքներին չտիրապետող կամ պատշաճ գիտելիք չունեցող տգետ բժիշկը ոչ միայն արժանի է բարոյական դատապարտման կամ, ինչպես ասում էին միջնադարյան Հայաստանում, պատժապարտ է, այլև պետք է ենթարկվի իրավական պատասխանատվության: **Սխալ չի լինի, եթե նման պատասխանատվության կանչվի նաև նրան արտոնագիր տվողը:**

Վերջապես, նշված չորրորդ տեսակն օբյեկտիվորեն անհրաժեշտ վնասն է: Առաջին հայացքից այսպիսի վնասի մասին հարցադրումը տարօրինակ է թվում. չէ՞ որ հիվանդը դիմում է բժշկին օգնություն ստանալու ակնկալիքով, օրինակ՝ ցավից ազատվելու համար, և ի՞նչ օբյեկտիվորեն անհրաժեշտ վնասի մասին կարող է խոսք լինել: Սակայն ավելի ուշադիր քննելու դեպքում պարզվում է, որ հիվանդի՝ ամեն մի այցելություն բժշկին, այս կամ այն չափով վնաս է կրում հիվանդի համար: Եթե այս իրավիճակին նայենք հիվանդի տեսակետից, ապա կարելի է տեսնել վնասի ամենատարբեր տեսակներ: Սկսենք նրանից, որ բժիշկը, հիվանդին որոշակի ռեժիմ (ապրելակարգ) նշանակելով, արդեն իսկ նրան վնաս է հասցնում՝ որոշակիորեն, իսկ երբեմն նաև էականորեն սահմանափակելով նրա ազատությունը⁵:

Օբյեկտիվորեն անհրաժեշտ վնասի մյուս տեսակը կապված է հիվանդին՝ նրա առողջության, հիվանդության փստորոշման, բուժման հետագա ընթացքի և հետևանքների վերաբերյալ տեղեկություններ տրամադրելու հետ: Այս հարցը քննվում է երկու տեսանկյունով:

Մի կողմից, հիվանդից տեղեկություններ թաքցնելով, բժիշկը վնաս է հասցնում հիվանդին, նախ՝ որովհետև ոտնահարում է հիվանդի՝ իր հիվանդության մասին ճշմարտությունն իմանալու իրավունքը, ապա՝ ապակողմորոշում է մարդուն (գուցե հիվանդը իմանալով իր անբուժելի հիվանդության և իր մոտալուտ մահվան մասին շուտափույթ կտակ գրելու կամ որոշակի գործողություններ կատարելու ցանկություն ունենար, սակայն բժշկից չստանալով ճշմարիտ տեղեկություն՝ նա ապակողմորոշվում է և վնաս հասցնում թե՛ իրեն, թե՛ շրջապատին): Մյուս կողմից վնաս կարելի է հասցնել և այն դեպքում, երբ հիվանդին տրվում է ճշմարիտ, բայց վիատեցնող տեղեկություն իր առողջական վիճակի մասին, առավել ևս, երբ դա արվում է սառը, դաժան ձևով, առանց հաշվի առնելու նրա հոգեկան վիճակը, տարիքը, սեռը, հոգեկերտվածքը և այլն:

Հիվանդին վնաս է հասցվում նաև այն դեպքում, երբ բժիշկը բժշկական տեղեկություններ է հայտնում հիվանդին այլ անձանց ներկայությամբ կամ ընդհանրապես հիվանդի մասին տեղեկությունը տարածում է այլ մարդկանց շրջանում (խախտում է բժշկական գաղտնիքի կանոնը): Իզուր չի ասվում, որ որոշ մարդկանց համար ավելի հեշտ է լեզվի տակ այրվող ածուխ պահել, քան ուրիշի գաղտնիքը: Ընդհանրապես, այդ տեղեկության տարածումը բժշկական

գաղտնիքը պաշտպանող օրենքի խախտում է: Այս դեպքում մենք չենք կարող ասել, որ վնասը օբյեկտիվորեն անխուսափելի է: Սակայն այն դեպքերում, երբ օրենքը թույլ է տալիս կամ պահանջում է այդ տեղեկության բացահայտում (բայց միայն խիստ որոշակի անձանց շրջանակում), հիվանդին այնուամենայնիվ վնաս է հասցվում (չնայած, որ այդպիսով կանխվում է ուրիշներին վնաս հասցնելը), որն արդեն կարելի է անվանել օբյեկտիվորեն անխուսափելի:

Նշված բոլոր դեպքերում խոսքը ոչ թե ֆիզիկական, այլ բարոյական վնասի մասին է: Սակայն բուժումը կարող է իր մեջ ներառել ցավոտ գործողություններ և ստացվում է, որ բժիշկը (իհարկե, բարի նպատակով, հիվանդության բուժման համար) հիվանդին ֆիզիկական ցավ է պատճառում: Որոշ իրավիճակներում բժիշկը ստիպված է լինում ավելի լուրջ վնաս հասցնել հիվանդին, որը նրան հաշմանդամ է դարձնում: (Վերջապես, հնարավոր է այնպիսի տարբերակ, երբ հիվանդը տառապում է մահացու, անբուժելի հիվանդությամբ, որը ուղեկցվում է ծանր ցավերով, և ոմանց կարծիքով հիվանդի համար արագ և անցավ մահն ավելի փոքր չարիք է, քան բժշկի օգնությամբ ծանր և անհույս չարչարանքների շարունակումը):

Ակնհայտ է, որ եթե «ամենից առաջ՝ մի՛ վնասիր» սկզբունքը բառացիորեն հասկանալ այսինքն՝ ընդհանրապես խուսափիր որևէ վնաս պատճառելուց, բժիշկը պետք է հրաժարվի որևիցե միջամտությունից: Սակայն, իհարկե, սկզբունքի իմաստը դա չէ: Ի տարբերություն վնասի վերը նշված առաջին երեք տարատեսակների, որոնցից կարելի է և անհրաժեշտ է խուսափել, տվյալ դեպքում խոսքը այնպիսի վնասի մասին է, որն անխուսափելի է, քանի դեռ ենթադրվում է, որ հիվանդը բժշկից օգնություն պետք է ստանա: Այստեղ կարևոր է.

1. Պատճառած վնասը չգերազանցի այն օգուտը, որ հիվանդը ստանում է բժշկական միջամտության արդյունքում:

2. Գործողությունների ընտրված տարբերակը պետք է լինի ամենաարդյունավետը:

Այսպիսով, «մի՛ վնասիր» սկզբունքը պետք է հասկանալ այն իմաստով, որ բժշկի պատճառած վնասը պետք է լինի միայն օբյեկտիվորեն անխուսափելի և հնարարավորինս քիչ:

Անգամ այս սկզբունքի՝ մեր համառոտ քննարկումից ակնհայտ է, որ բարոյական ընտրության դեպքերը բժշկի գործունեության մեջ ինչ-որ յուրահատուկ և հազվադեպ բնույթ չեն կրում, այլ հակառակը, նրա ամենօրյա աշխատանքի անբաժանելի մասն են:

2. Պարացելսի մոդել

(«Բարիք գործիր» կամ «Բարին արա» “Sac bonum”)

Բժշկական էթիկայի այս մոդելը կազմավորվել է եվրոպական միջնադարում: Առավել հստակությամբ այն շարադրել է բժիշկ, ալքիմիկոս Պարացելսը (1493-1541թթ):

Յոգեբան Կ.Գ. Յունգը հետևյալ կերպ է բնութագրել Պարացելսին. «Ի դեմս Պարացելսի՝ մենք տեսնում ենք ոչ միայն քիմիական դեղամիջոցների ստեղծողին, այլև էմպիրիկ հոգեբուժության հիմնադրին»⁹⁶: Պարացելսի մոդելի մեջ շեշտադրվում, կարևորվում է պատերճալիզմը (հայրապաշտություն), հիվանդի հետ հուզական և հոգևոր (հայրական) կապը, որի հիման վրա

կառուցվում է բուժման ողջ ընթացակարգը:

2. Ֆրեյդը պատերնալիզմը (հայրապաշտություն) քննադատել է: Նա մի կողմից շեշտում է բուժման գործընթացում բժշկի անմիջական ներառմնվածության «բուժական» բնույթը, մյուս կողմից՝ խոսում է բժշկի հոգեկան և հուզական պաշտպանվածության նպատակով բուժման գործընթացի առավելագույն անանձնականացման մասին:

Համաձայն այն ժամանակների ոգուն՝ բժշկի և հիվանդի փոխհարաբերությունները նմանեցվում էին հոգևոր ուսուցչի և աշակերտի փոխհարաբերություններին: Բժշկի և հիվանդի փոխհարաբերությունների էությունը որոշվում էր բժշկի բարեպաշտ գործունեությամբ, իսկ բարեպաշտությունն ուներ աստվածային ծագում: Այն ի վերուստ էր տրվում (մի բան, որ խոսում է այն մասին, որ բժշկի մասնագիտությունն ընտրողն էլ բացառիկ հատկանիշներ պետք է ունենա, և ցանկալի է, որ նա բժիշկ ծնված լինի, ոչ թե դառնա դիպլոմավոր բժիշկ...): **Այո՛, բժիշկ լինելը մասնագիտություն չէ, բժիշկ լինելը խա՛չ է, կոչում է, անմնացորդ նվիրում, ինքնագոհություն...**

Պարացելը շեշտում է, որ «բժշկի ուժը նրա սրտում է: Նա իր գործունեության մեջ պետք է ղեկավարվի Աստծով, լուսավորվի բանական լույսով ու փորձառությանը, իսկ դեղամիջոցի կարևորագույն հիմքը սերն է Աստծո և մարդու նկատմամբ»:

Այս սկզբունքը նախորդի ընդարձակված շարունակությունն է: Բիոէթիկայի որոշ մասնագետներ միավորում են այս երկու սկզբունքները: Սակայն դրանց մեջ կան նաև լուրջ տարբերություններ, որոնք արդարացվում են առանձին-առանձին դիտարկելու դեպքում:

«Մի՛ վնասիր» սկզբունքը կիրառվում է ոչ միայն բժշկության, այլև հասարակական կյանքի բոլոր բնագավառներում: Այդ սկզբունքն արդարացիորեն այն ելակետային պահանջն է, կամ անհրաժեշտ նվազագույնը, որ կարող է ընկած լինել մարդկային բոլոր հարաբերությունների հիմքում: «Գործի՛ր բարիք» սկզբունքն արգելք չէ, այլ կանոն, որը պահանջում է որոշակի դրական գործողություններ:

Երբեմն այս սկզբունքի իմաստը բացատրվում է այնպիսի բառերի օգնությամբ, ինչպիսիք են բարեարությունը, բարեգործությունը, գթասրտությունը, մարդասիրությունը:

«Գործի՛ր բարիք» սկզբունքը շեշտում է ոչ միայն վնասից խուսափելու անհրաժեշտությունը, այլև այդ վնասի կանխման և/կամ շտկման համար ակտիվ գործողությունները: Այստեղ նկատի ունենք ոչ միայն և ոչ այնքան վնասը, որ կամա թե ակամա հասցվել է բժշկի կողմից, այլ ընդհանրապես յուրաքանչյուր վնաս, որ բժիշկը ի վիճակի է կանխելու կամ ուղղելու: Այս սկզբունքի ընկալման և հիմնավորման հարցում գոյություն ունեն որոշակի բարդություններ: Այսպես, ամենածայրահեղ ձևով դա կարող է մեկնաբանվել պարտադիր անձնագոհության իմաստով: Օրինակ՝ ինչ-որ մեկը, գործելով այս սկզբունքին համապատասխան, պետք է իրեն պարտավոր համարեր ցանկացած, նույնիսկ անծանոթ մարդու առաջարկելու իր երիկամը, նույնիսկ երկամները (կամ տալ իր կյանքը):

Բայց ակնհայտ է, որ ոչ միայն խելամիտ չէ, այլև անբարոյական է մարդուց այս աստիճանի ինքնագոհություն պահանջելը⁵: Այդ է պատճառը, որ երբեմն «գործի՛ր բարիք» սկզբունքն ընկալվում է որպես բարոյական իդեալ, այլ ոչ թե

բարոյական պարտավորություն: Ստացվում է, որ թեպետ այս սկզբունքին հետևելը արժանի է հավանության, սակայն չի կարելի անբարոյական համարել և դատապարտել նրան, ով հրաժարվում է նման բարիք գործելուց: Այսպես, բավական լուրջ հարց է առաջանում՝ կարելի՞ է արդյոք և, եթե կարելի է, ո՞ր դեպքերում պետք է խոսել բարիք գործելու պարտականության մասին: Օրինակ՝ կարո՞ղ ենք մենք պահանջել մեկից, ով վատ լողորդ է, որ նետով փրկելու ամից 50-100 մետր հեռավորության վրա խեղդվող մարդուն: Այս և շատ ուրիշ հարցերի պատասխանը ստանալու համար առաջարկվում է հետևյալ սխեման՝ ոմն «X»-ը բարիք գործելու պարտավորություն ունի մեկ այլ՝ «Y» մարդու հանդեպ, եթե և միայն եթե առկա են հետևյալ պայմանները (ի դեպ «X»-ը տեղյակ է դրա մասին «Y»-ին սպառնում է մեծ վտանգ): Սպառնալիքի վերացման համար անհրաժեշտ են «X»-ի գործողությունները (միայնակ կամ ուրիշների հետ միասին):

Հավանականությունը, որ «X»-ի գործողությունները կվերացնեն այդ սպառնալիքը, մեծ է: «X»-ը գործողությունների ընթացքում մեծ ռիսկի չի դիմում և չի կրում զգալի կորուստներ և ծախսեր: Սպասվող օգուտը «Y»-ի համար գերազանցում է «X»-ի կրած հնարավոր ռիսկը, ծախսերը և կորուստները:

Ընդհանրապես, դժվար է պատկերացնել որևէ կոնկրետ բժշկի, առավել ևս առողջապահության մի ամբողջ համակարգ, որի խնդիրը լինի միայն հիվանդների մաս չհասցնելը:

Առողջապահության նպատակն է ոչ թե վնաս հասցնելուց պարզապես խուսափելը, այլ հիվանդներին օգնելը, նրանց բուժելը: Առողջապահության խնդիրն է կանխել առողջության վատացումը, հնարավորության դեպքում վերականգնել հիվանդի կորցրած առողջությունը, իսկ որոշ դեպքերում բավարարվել նվազագույնով, օրինակ՝ կասեցնել հիվանդության սաստկացումը կամ թեթևացնել մահացողի ցավերն ու տառապանքները:

Ո՞վ է որոշում, թե հիվանդի համար ինչն է բարիք

«Գործիր բարիք» սկզբունքի հետ առնչություն ունի նաև այն հարցը, թե ով է որոշում կատարվելիք բարիքի բովանդակությունը: Բժշկական պրակտիկայի բազմադարյան ավանդույթը խոսում է այն մասին, որ յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում բժիշկն է միայն որոշում, թե հիվանդի համար որն է առավել օգտակար և ընդունելի: Այս մոտեցումն ընդունված է անվանել պատերճալիստական (լատիներեն pater - հայր), քանի որ բժիշկը հանդես է գալիս հոր դերում, որը ոչ միայն հոգում է իր հիվանդի՝ «ոչ խելացի երեխայի» օգուտի մասին, այլև ինքնուրույն որոշում է, թե որն է այդ բարիքը:

Բժշկական պատերճալիզմը ենթադրում է, որ բժիշկը հիվանդի բուժման, տեղեկացման, խորհրդատվության և բուժման միջոցների ընտրության հարցում կարող է հենվել միայն սեփական դատողությունների և գործընկերների խորհրդատվության վրա: Հետևաբար, ըստ պատերճալիստների, արդարացված է կամ հիվանդներին հակադրվելը, ձևացնելը, ստելը կամ տեղեկությունների թաքցնելը և այլն, քանի դեռ դա արվում է ի շահ հիվանդի առողջության⁵:

Պատերճալիզմը համաշխարհային առողջապահության մեջ գերիշխել է և մազաչափ անգամ կասկած չի հարուցել հիվանդների շրջանում մինչև անցյալ դարի կեսերը: Իսկ այդ ընթացքում սկիզբ առած կտրուկ, անգամ թռչեքած և հանջը պայմանավորված էր մի շարք պատճառներով. բնակչության գրագիտու-

թյան աճը, տեղեկացվածությունը, զարգացման աստիճանը և այն բանի գիտակցումը, որ հասարակության մեջ համագոյակցում են արժեքների տարբեր համակարգեր: Հետևաբար, բժշկի արժևորումները և նրա պատկերացումները հիվանդի օգուտի մասին կարող են տարբերվել սեփական օգուտի մասին հիվանդի պատկերացումներից⁶:

3. Դեոնտոլոգիական մոդել կամ պարտքի գիտակցման պահպանման սկզբունք

Դեոնտոլոգիական մոդելի հիմքում ընկած է «պարտքի գիտակցման պահպանման» սկզբունքը: Բժիշկը պարտավոր է կատարել բարոյական պատվիրանները, պահպանել այն կանոնները, որոնք հաստատվել են բժշկական հանրության կողմից: Այդ կանոնները պարտադիր են բոլոր բժիշկների համար:

Բժշկական յուրաքանչյուր մասնագիտության համար գոյություն ունի «պատվի կանոնագիրք» (կոդեքս): Դրա պահանջներին չհետևելը կարող է հանգեցնել կարգապահական պատիժների՝ ընդհուպ մասնագիտական հանրության վտարման:

Դեոնտոլոգիական մոդելի կոնկրետ օրինակ է վիրաբուժական դեոնտոլոգիան: Վիրաբույժ Ն. Ն. Պետրովն իր «Վիրաբուժական դեոնտոլոգիայի հարցեր» գրքում ձևակերպել է հետևյալ կանոնները.

«Վիրաբուժությունը հիվանդների՝ համար է, այլ ոչ թե հիվանդները՝ վիրաբուժության համար:

Հիվանդին խորհուրդ տու՛ր և կատարի՛ր միայն այնպիսի վիրահատություն, որին դու կհամաձայնեիր, եթե դու կամ քո ամենամոտ մարդը հայտնվեր նման վիճակում

Հիվանդի հոգեկան հանգստության համար անհրաժեշտ է, որ վիրաբույժը հիվանդին այցելի ոչ միայն վիրահատության նախորդ օրը կամ վիրահատության օրը, այլև վիրահատությունից հետո»:

Այլ կերպ, այս երրորդ մոդելն անվանում են հիվանդի ինքնուրույնության, ինքնավարության (ավտոնոմիայի) նկատմամբ հարգանքի սկզբունք:

Ի տարբերություն նախորդների՝ այս սկզբունքը միայն վերջերս է դարձել բիոէթիկայի հիմնական սկզբունքներից մեկը:

Ինքնուրույնության (ավտոնոմիայի) հասկացությունն ամենակարևորներից է, քանի որ միայն ինքնուրույն անձը կարող է կատարել ազատ ընտրություն:

Գործողությունը կարելի է համարել ինքնուրույն միայն այն դեպքում, երբ այն իրականացնողը գործում է՝



Պարացելս (1493-1541)
Ուշ միջնադարի ալքիմիկոս,
դեղագետ

1. կանխամտածված, այսինքն՝ սեփական որոշակի ծրագրի համապատասխան,

2. հասկանալով այն ամենը, ինչ անում է, առանց այնպիսի արտաքին ազդեցությունների, որոնք կկանխորոշեն գործողության ընթացքն ու արդյունքը:

Եթե բժիշկը հիվանդին առաջարկում է որևէ լուրջ վիրահատություն, ապա ինքնական ընտրություն կատարելու համար անպայման չէ, որ հիվանդն ունենա մասնագիտական այն բոլոր գիտելիքները, որոնց տիրապետում է բժիշկը: Ընդհանրապես, բավարար է, որ հիվանդը խնդիրը հասկանա առանց զուտ բժշկական մանրամասնությունների: Հիվանդը կարող է խորհուրդ ստանալու համար դիմել իր մոտիկներից որևէ մեկին (կամ մի քանիսին): Նրանց կարծիքն, ինչ խոսք, անպայման կազդի նրա ընտրության վրա: Նրա վերջնական ընտրությունը կլինի ինքնուրույն (ավտոնոմ), կայացված որոշում միայն այն դեպքում, եթե նա այդ կարծիքներն ընկալի որպես լրացուցիչ, օգնող տեղեկություն, այլ ոչ թե որպես պարտադիր հրահանգ:

Այս սկզբունքը չի սահմանափակվում ինքնուրույնության (ավտոնոմիայի) ճանաչումով: Այն ենթադրում է ավելին՝ **հիվանդի կատարած ընտրությունը, ինչքան էլ տարբերվի բժշկի ընտրությունից, որոշիչ է բժշկի հետագա գործողությունների համար**: Նա, ով տվյալ մարդուն դիտում է միայն որպես միջոց իր նպատակներին հասնելու համար, անկախ նրա նպատակներից, ցանկություններից, մտադրություններից և ձգտումներից, սահմանափակում է այդ մարդու ազատությունը և մերժում նրա ինքնորոշումը: Դրանից, իհարկե, չի հետևում, որ հիվանդին շրջապատողները երբեք իրավունք չունեն խոչընդոտելու նրա ինքնուրույն գործողությունները: Այստեղ էականն այն է, որ ամեն դեպքում ինքնուրույնության սահմանափակումը պետք է հիմնավորվի մյուս սկզբունքներով: Այլ կերպ ասած, այս սկզբունքը երբեք և ոչ մի պայմաններում չպետք է էականորեն խախտվի:

Եթե այս կամ այն իրավիճակում սկզբունքի պահանջները հակասության մեջ են որևէ ուրիշ, օրինակ՝ «մի՛ վնասիր» սկզբունքի հետ, ապա դրանցից որևէ մեկը խախտելու անհրաժեշտություն է առաջանում: Այդպիսի իրավիճակի տիպիկ օրինակ է անհույս հիվանդին իր հիվանդության փխտորոշման մասին տեղեկություն տալը: Ճշգրիտ տեղեկության հայտնումն այս դեպքում կարող է անուղղելի վնաս հասցնել հիվանդին, խարխլել նրա հոգեկան և բարոյական ուժերը:

Անհրաժեշտ է նշել, որ ինքնուրույնության (ավտոնոմիայի) հարգանքի սկզբունքը չի գործում երեխաների, հոգեկան որոշ հիվանդություններով տառապող մարդկանց և նմանների շրջանում:

4. Արդարության մոդել (սկզբունք)

Արդարության սկզբունքը բիոէթիկայի մեջ կարելի է ձևակերպել ասյապես՝ յուրաքանչյուրը պետք է ստանա այն, ինչ նրան հասնում է: «Յուրաքանչյուրը» այս դեպքում վերաբերում է թե՛ առանձին մարդուն, թե՛ մի խումբ մարդկանց՝ առանձնացված այս կամ այն հիմունքով: Ի տարբերություն նախորդների՝ այս սկզբունքը նախատեսված է այնպիսի դեպքերում կողմնորոշվելու համար, երբ մեր գնահատականները, որոշումները կամ գործողությունները ազդում են ոչ թե ինչ-որ մեկի, այլ տարբեր մարդկանց կամ սոցիալական տարբեր խմբերի վրա⁵:

Այս դեպքում առաջացող հիմնական խնդիրը կարիքավորների (կամ հակա-

ռակը՝ գումար ծախսողների, հովանավորների) որակական հատկանիշներն են, որ պետք է հաշվի առնվեն:

Այլ կերպ ասած խնդիրն այն է, թե որը պետք է լինի բաշխման չափանիշը: Բնական է, այս խնդիրն առաջանում է այն դեպքում, երբ միջոցները քանակի առումով սահմանափակ են: Հիմնական բարդությունը սահմանափակ միջոցների բաշխման ժամանակ յուրաքանչյուրին հասանելիք չափաբաժինն է:

Առաջինը և ամենապարզը **հավասարության չափանիշն** է. յուրաքանչյուրը պետք է ստանա հավասար չափով: Խնդիրը, սակայն, այն է, որ հաճախ բաշխվող միջոցը (դա կարող է լինել, ինչ-որ դեղամիջոց կամ մասնագիտացված հիվանդանոցում բուժվելու հնարավորություն) ինչ-որ մեկին կարող է ընդհանրապես պետք չէ, այն դեպքում, երբ մյուսի համար կենսական անհրաժեշտություն է, իսկ հասանելիք բաժինը հավասար բաշխման ժամանակ ոչ բավականաչափ: Ուրեմն այսպիսի բաշխումը օգտակար և ցանկալի չէ ոչ առաջինին և ոչ էլ երկրորդին⁵:

Հաշվի առնելով դա՝ նպատակահարմար է ընտրել **կարիքի չափանիշը**: Սակայն այստեղ ևս խնդիր է առաջանում, քանի որ նույն կարիքը մեկի մոտ առաջանում է քմահաճույքից կամ նախանձից, մինչդեռ մյուսի համար դա կենսական անհրաժեշտություն է:

Բաշխման խնդիրը մնում է չլուծված: Այդ պատճառով էլ հարկ է լրացուցիչ պայման ավելացնել: Հնարավոր է նման տարբերակ. ոչ թե բոլոր կարիքների բավարարում, այլ միայն խելամիտ և առաջին հերթին կենսական կարևորություն ունեցող կարիքների բավարարում: Այստեղ ևս հարցեր են առաջանում՝ ո՞վ և ինչպե՞ս է սահմանագատելու կարիքների խելամիտ սահմանը անբանականից, կամ ոչ կարևոր կենսականից:

Գոյություն ունեն բազմաթիվ այլ չափանիշներ, օրինակ՝ մարդկանց արժանիքներ, ներդրում, դիրք հասարակության մեջ, վճարունակություն և այլն: Իհարկե, հաճախ այսպիսի մոտեցումներն առարկումների տեղիք են տալիս: Այսպես, քննարկված ոչ մի չափանիշ կատարյալ չէ և պիտանի չէ բոլոր դեպքերի համար: Բայց մյուս կողմից բոլոր չափանիշներն ունեն իրենց իրականացման կոնկրետ բնագավառը, որտեղ կարծես թե առավել հիմնավորված են:

Բուժաշխատողների և հիվանդների փոխհարաբերությունների տիպերը

Ըստ բժշկական էթիկայի՝ առողջության պահպանումը յուրաքանչյուր մարդու անկապտելի իրավունքն է: Չպետք է այդ իրավունքը համարել սահմանափակ թվով մարդկանց մենաշնորհ: Սակայն, ցավոք, միշտ չէ, որ բժշկությունն ընթացել է այս ուղիով: Ավելին, այսօր էլ առողջապահական համակարգը հաճախ չի ղեկավարվում առողջության պահպանման ժողովրդավարական սկզբունքներով: Սակայն վերոհիշյալ իրավունքը՝ որպես բարոյական համընդհանուր պահանջ, զնալով ավելի լայն հասարակական ճանաչում է ձեռք բերում: Ցավալի է, սակայն փաստ, որ, այդուհանդերձ, այսօր էլ, ընդհուպ մինչև XXI դ. առաջին տարիները սեփական առողջության պահպանման խնդիրը շատ-շատերի համար մնում է դեռևս անհրաժեշտության շրջանում:

Ժամանակակից բժշկության մեջ գոյություն ունեն բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների բազմապիսի տիպեր¹²²: Ամերիկացի հետազոտող Ռոբերտ Վիտչման առանձնացնում է չորս հիմնական տիպ. ինժեներական, պատերճալիստական, գործակցային և պայմանագրային:

Ինժեներական կամ տեխնիկական

Այս մոդելի համատեքստում բժիշկը հիվանդին վերաբերվում է որպես մի «անդեմ մեխանիզմի»: Բուժել նշանակում է վերացնել այդ մեխանիզմի անսարքությունը, որը պայմանավորված է ներքին կամ արտաքին գործոններով: Բժշկական գործունեությունը՝ որպես օբյեկտիվ գիտական գիտելիքի գործնական կիրառման բնագավառ, պետք է «բարուց և չարից անդին» գտնվի: Հիվանդի համար բարիք է, եթե վերականգնվի նրա առողջությունը, որը նկարագրվում է որպես բիոքիմիական ցուցանիշների, զարկերակային ճնշման, ռենտգենագրության և այլ, այսպես կոչված, օբյեկտիվ ցուցանիշերի միագումար: Ըստ Ռ. Վիտչի՝ ինժեներային մոդելը հենվում է գիտական գիտելիքի բնույթի հնացած ընկալման վրա¹⁵:

Ինչպես համոզիչ ցույց է տալիս ժամանակակից փիլիսոփայությունը, օբյեկտիվ գիտելիքն ունի գիտնականի կողմից միզուցե չգիտակցված, սակայն առկա, գործող անձնական, խմբային շահեր, որոշակի բարոյական նախապատվություններ: Գիտությունը բոլորվին էլ չեզոք չէ: Հերոսիման, նացիստական ճամբարների «գիտական» փորձարկումները, ինչպես նաև սովետական գենետիկայի զարգացման ողբերգական փորձն աներկբայորեն վկայում են, որ **գիտության և առավել ևս բնագիտության բնագավառում բարոյական սկզբունքներն, իհարկե, երկրորդական լինել չեն կարող:**

Առողջապահության մեջ հաճախ գերիշխում է տեխնոկրատիզմը, որ դրսևորվում է այս մոդելի մեջ: Այն բարոյապես խոցելի է, քանի որ հիվանդին դիտում է որպես անշունչ առարկայի, մեխանիզմի:

Ըստ գիտական ավանդույթի գիտնականը պետք է լինի «անաչառ», հենվի փաստերի վրա, զերծ մնա արժեքային մոտեցումից, հուզախառն դատողություններից ու գնահատականներից: Սակայն միջուկային ռումբի անբարո կիրառումից, նացիստական համակենտրոնացման ճամբարներում ռազմագերիների հետ կատարված «բժշկական գիտական հետազոտություններից» ու «փորձարկումներից» հետո մարդկությունը գիտակցեց այդ, այսպես կոչված, «անաչառ մոտեցման» ողջ անմարդկայնությունն ու անընդունելիությունը¹⁷:

Գիտնականը չի կարող զերծ մնալ համամարդկային արժեքներից: Նա **կատարում է բարոյական ընտրություն**, երբ որոշում է հետազոտության նպատակը, վիճակագրական տվյալների հավաստիության աստիճանը և այլն: Այդօրինակ ընտրությունն անհնար է առանց որոշակի արժեհամակարգի:

Այն, թե որն է «ամենակարևորը», «արժեքավորը», պահանջում է մշտական ընտրություն: Առավել ևս ճշմարիտ է այս դատողությունը կիրառական գիտությունների, մասնավորապես՝ բժշկության համար:

Եթե բժիշկը կարծում է, թե իր խնդիրը միայն հիվանդին նրա վիճակի մասին տեղեկություններ տալն է, ապա նա չարաչար սխալվում է, զբաղվում է ինքնախաբեությամբ: Նա չի կարող իսպառ ձերբազատվել արժեքային դատողություններից, հուզական վերաբերմունքից: Եթե անգամ դա նրան հաջողվի, ապա դա չի կարող լինել լավագույն տարբերակը: Նա կվերածվի սովորական ինժեների կամ խառատի, որը հղկում է ինչ-որ պահեստամաս՝ իր միտքը չճանաբեռնելով «ի՛նչ-ի՛նչ բարոյական խնդիրներով»...

Պատերնալիզմի կամ սրբագործվածության մոդել

Տեխնիկական մոդելի հանդեպ բարոյական արհամարհանքը, որը բժշկին վերածում է սեփական բարոյական արժեքներից զուրկ ինժեների, հանգեցնում է մեկ այլ ծայրահեղության՝ բժշկին «շնորհելով» քահանայական կարգավիճակ: «Բժիշկ-հիվանդ» փոխհարաբերության նման մոդելը ստացել է «սրբագործվածության մոդել» անվանումը:

Հաճախ տեսնում ենք, թե ինչպես ոմանք բժշկի աշխատասենյակը կամ հիվանդասենյակն ընկալում են որպես սրբության փրկարար լույսով շնչող «ուխտատեղի»: Հիվանդներ կան, որ իրենց բժշկին ընկալում են որպես աշխարհիկ ամենօրյա հոգսերից հեռու, ոչ սովորական, «եթերային» էակի:

Հիմնական բարոյական սկզբունքը, որը մարմնավորված է սրբացվածության ավանդույթի մեջ, ասում է՝ **«Հիվանդին օգնելով՝ մի՛ վնասիր նրան»**: Հիվանդին վնաս չհասցնելու սկզբունքը, ինչ-որ իմաստով, համահունչ է հայրապաշտության մոդելին: «Հայր» բառն ավանդաբար ծառայել է Աստծո, հետագայում նաև հոգևոր առաջնորդի կերպարը բնութագրելու համար:

Բժշկական սոցիոլոգիային նվիրված գրականության մեջ՝ հաճախ կրոնական կերպարներն օգտագործվում են «բժիշկ-հիվանդ» հարաբերությունները բնութագրելու համար՝ ծնողի ու զավակի կերպարների նմանությամբ: Այս պարագայում հիվանդը զրկվում է ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու հնարավորությունից և **պատասխանատվության ողջ բեռն ընկնում է բժշկի վրա**: Դրանով սրբագործվածության մոդելը, փաստորեն, նվազագույնի է հասցնում բարոյական մյուս բոլոր սկզբունքները: Բժիշկը հայտնվում է երկակի վիճակում՝ համաձայնե՞լ մասնագիտական էթիկայի սկզբունքների հետ, թե՞ հետևել հասարակության մեջ գործառող բարքերին ու արժեքային պատկերացումներին: Նկատենք, որ որոշ բարոյագետներ գտնում են, որ հիվանդին օգնելը և նրան վնաս չպատճառելը տարբեր սկզբունքներ են, որոնցից առավել կարևորը վերջինն է¹⁰⁹:

Բարոյական արժեքների թվում առանձնանում է անձնական ազատության պաշտպանության սկզբունքը: Թե՛ բժշկի և թե՛ հիվանդի անձնական ազատությունը պետք է օրենքով պաշտպանվի, եթե նույնիսկ թվում է, թե այն կարող է ինչ-որ վնաս հասցնել կողմերից որևէ մեկին: Ոչ մի առանձին խմբի կարծիք այս հարցում վճռական նշանակություն չի կարող ունենալ: Կարևորվում է նաև մարդու արժանապատվության պահպանման սկզբունքը: Բոլոր մարդկանց իրավահավասարությունը ենթադրում է, որ նրանցից յուրաքանչյուրն օժտված է մարդկային հիմնական արժանիքներով: Ընտրության ազատությունը, սեփական կյանքն ու մարմինը տնօրինելու ունակությունը նպաստում են մարդկային արժանապատվության պահպանմանը:

Խորագետ բժշկի համար հակացուցված է մարմնի ու հոգու տրոհվածությունը, քանի որ մարդը հոգու ու մարմնի ներդաշնակ միասնություն է: Այս նույն գաղափարն է արտացոլված Սոկրատեսի աշակերտ Պլատոնի խոսքում. **«Մի՛ բուժիր մարմինը, քանի դեռ չես բուժել հոգին»**⁹²:

Բժշկական պրակտիկայից հայտնի է, որ հիվանդին հոսպիտալացնելու, բժշկական օգնություն ցույց տալու և խնամելու ընթացքում, երբ առավելապես գործ ունենք ծանր հիվանդի հետ, մարդկային արժանապատվության համար

կարող է սպառնալիք ստեղծվել: Ֆիզիկապես քայքայված մարդուն, ում կյանքը պահպանվում է արհեստական միջոցներով, դժվար է պահպանել սեփական արժանապատվությունը: Այս առումով զարմանալի չէ, որ շատ-շատերը գերադասում են վերադառնալ հայրենի տուն և այնտեղ կնքել իրենց մահկանացուն: Չէ՞ որ հարազատ միջավայրում (եթե միջավայրն իրոք այդպիսին է) նրանք ձեռք են բերում լրացուցիչ ուժ և արժանապատվության զգացում:

Հաջորդը ճշմարտությունն ասելու և խոստումը կատարելու պատվիրանն է: Դրանք անհրաժեշտ են մարդկային հարաբերությունները պահպանելու և վերարտադրելու համար:

Ափսոսանքով նկատում ենք, որ մարդկային շփումների այս հիմքերն այսօր լրջորեն վտանգվում են՝ հիվանդին «մի՛ վնասիր» սկզբունքի միակողմանի ըմբռնման պատճառով: Սա ավելի մեծ հիմնախնդիր է, քան թվում է առաջին հայացքից: Հետևաբար, խնդիրը չի հանգում սոսկ նրան, թե արժե՞ արդյոք չարորակ ուռուցք ունեցող հիվանդին ասել ճշմարտությունը: Հիմնախնդիրը ծագում է արդեն այն ժամանակ, երբ կարմրուկով հիվանդ երեխային պատվաստելիս ասում են, որ «պատվաստումը նրան ոչ մի վնաս չի պատճառի», կամ ուսանող-բժշկին հիվանդանոցում ներկայացնում են որպես «բժիշկ»: Բոլոր այս դեպքերը կարելի է ներկայացնել որպես հիվանդին վնաս պատճառելուց խուսափելու եղանակներ:

Անկասկած է, որ «ասել ճշմարտությունը և խոստումը կատարել» սկզբունքին կյանքում մեխանիկորեն, տառ առ տառ հետևելը, կարող է իսկապես վնաս պատճառել հիվանդին և ոչ մի օգուտ չբերել:

Տեխնիկական մոդելի դեպքում բժիշկը վերածվում է բարոյական արժեքներից զուրկ փականագործի կամ խառատի: Սրբագործվածության մոդելի կիրառման դեպքում բժշկի բարոյական հեղինակությունն այնպես է ազդում հիվանդի վրա, որ ճնշում է նրա ազատությունն ու ինքնորոշումը:

Փորձելով հաղթահարել վերոնշյալ հակասությունները՝ բարոյագետները հաճախ պնդում են, որ **հիվանդն ու բժիշկը մեկը մյուսի մեջ պետք է տեսնեն գործընկերոջ:**

Երանցից ամեն մեկը ձգտում է ընդհանուր նպատակի՝ վերացնել հիվանդությունը և պաշտպանել հիվանդի առողջությունը: Բժիշկը հիվանդի «ընկերն է»: Այստեղ մեծ է վստահության դերն ու նշանակությունը: Սակայն սոցիալական իրատեսությունը ստիպում է պարզաբանել հետևյալ հարցը. արդյո՞ք գործնականում նման համագործակցության համար իրական հիմքեր կան: Բոլորս գիտենք, որ մարդկանց միջև առկա են խնդիրներ, տնտեսական, մշակութային և այլ տարբերություններ, որոնք գործակցության, գործընկերության մոդելը վերածում են անիրականալի երազի: Անհրաժեշտ է ստեղծել այնպիսի մոդել, որը կհամապատասխանի կոնկրետ կենսապայմաններին և բարոյականության ոլորտում՝ հիվանդ-բժիշկ իրավահավասար գործակցության ռեալ հնարավորություններին:

Պայմանագրային մոդել

Սոցիալական հարաբերությունների այս մոդելը հիմնված է պայմանագրի կամ փոխհամաձայնության վրա: Սակայն այս դեպքում «պայմանագիր» հասկացությունը չունի զուտ իրավաբանական իմաստ: Այն պետք է հասկանալ

խորհրդապաշտական, սիմվոլիկ իմաստով, որպես ավանդական, կրոնական կամ ամուսնական յուրօրինակ երդում, պայմանավորվածություն: Պայմանագրի դեպքում կողմերը գործում են փոխադարձ պարտավորությունների և փոխադարձ օգուտ ստանալու ակնկալիքների հիման վրա: Սակայն պարտավորություններն ու օգուտը, եթե նույնիսկ հստակ են ձևակերպված, ունեն իրենց սահմանները:

Ազատության, անձնական արժանապատվության, ազնվության, խոստումը կատարելու և արդարության հիմնական սկզբունքներն անհրաժեշտ պայման են պայմանագրային մոդելի համար: **Պայմանագրային մոդելի հիմքը փոխվստահությունն է:** Սոցիալական աջակցությունը կապված է տվյալ փոխգործողության օրինականացման հետ, որն ապահովում է պայմանագրային պարտավորությունների անշեղ կատարումը:

Պայմանագրային մոդելի դեպքում հնարավոր է բարոյական հեղինակության և պատասխանատվության արդար բաշխում: Բժիշկը գիտակցում է, որ հիվանդի համար կարևոր ընտրություն կատարելու պահերին նրան վերապահվում է իր կյանքն ու ճակատագիրը լիովին տնօրինելու իրավունք: Հիվանդը համոզված է, որ կարևոր բժշկական որոշումներ ընդունելիս չեն անտեսվի կամ ոտնահարվի իր իրավունքները:

Պայմանագիրը կնքելիս երկկողմանի համոզմունք կա, որ կողմերն ունեն բարոյական, շիտակ, ազնիվ նկարագիր, որ չեն փորձի մեկը մյուսին շրջանցել կամ ապակողմնորոշել (տես Հավելվածը):

Այսպիսով, պայմանագրային մոդելի դեպքում հիվանդին տրվում է սուբյեկտի կարգավիճակ այսինքն՝ որոշակի իրավունքներ ու պարտավորություններ: Այսինքն՝ մասնագիտական գիտելիք չունեցող մարդուն՝ հիվանդին, որոշումներ կայացնելու իրավունք է տրվում: Առանձին դեպքերում բժիշկը, հենվելով մասնագիտական գիտելիքների և հիվանդի վստահության վրա, կարող է բժշկական որոշումներ ընդունել: Եթե այդ վստահությունը խախտվում է, ապա չեղյալ է հայտարարվում պայմանագիրը:

Սրանք մոդելներ (տիպեր) են, որոնք արտացոլում են բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների բազմազանությունը: Հարկ է նշել, որ վերոհիշյալ մոդելները՝ որպես ինչ-որ իդեալական տիպեր, իրական կյանքում չկան: Կյանքում ավելի հաճախ հանդիպում են խառը մոդելների, որոնց մեջ կան այս կամ այն մոդելին բնորոշ գծեր: Այնպես որ, բժշկական պրակտիկայում ավելի հաճախ գործ ունենք խառը (եկլեկտիկ) մոդելների հետ:



ՔԱՇԻՆ 7

**Բժշկի,
պարտականություններն ու
հիվանդի իրավունքները**

Հիվանդն ունի իր նկատմամբ նրբանկատ և հարգալից վերաբերմունքի անժխտելի իրավունք:

Սպասարկող բժշկից նա իրավունք ունի տեղեկություն ստանալու իր հիվանդության փաստորոշման, բուժման և հիվանդության հնարավոր ընթացքի վերաբերյալ:

Իրազեկված հիվանդն իրավունքն ունի իր համաձայնությունը տալու բուժման ցանկացած մեթոդի, դրա կիրառման ընթացակարգի մասին:

Նա կարող է հրաժարվել բուժումից (եթե դա թույլատրվում է գործող օրենսդրությամբ) և իր հրաժարվելու դեպքում ծանոթանալու հիվանդության հետևանքներին: Նա իրավունք ունի նաև ակնկալելու, որ իր բժշկական սպասարկման հետ կապված խնդիրների քննարկումը դուրս չի գա բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների սահմաններից, և որ պայմաններ կստեղծվեն իր հիվանդության վերաբերյալ փաստաթղթերի գաղտնիության պահպանման համար:

Նա իրավունք ունի համաձայնել (կամ չհամաձայնել) մասնակցելու այն փորձարկումներին, որոնք կարող են այս կամ այն կերպ ներազդել նրա բուժման գործընթացի կամ բժշկական սպասարկման վրա:

Բժիշկների մեծամասնությունը շարունակում է մնալ հայրիշխանության (պատերնալիզմի) դիրքերում: Շատերը պնդում են, որ հիվանդի առողջությունը և նրա կյանքի երկարացումը անհամեմատ ավելի կարևոր արժեքներ են, քան հիվանդի ընտրության իրավունքը: Ավելի հաճախ կասկածելի է թվում այն, որ հիվանդը իրավունք ունի ծանոթանալու իր հիվանդության պատմությանը: Հաճախ կասկած է հարուցում նաև նրա իրազեկված լինելու իրավունքը: Այնքան մեծ, որ երբեմն մոռանում ենք, որ պարտականություններ էլ ունենք: Ժամանակի միտումներն այնպիսին են, որ հիվանդի իրավունքներին վերաբերող հարցերը գնալով ավելի մեծ ուշադրության են արժանանում: Դրանց որոշ հարցեր դարձել են նաև մեր քննարկման առարկան:

Այսպես, օրինակ,

բուլդոզի կողմից ընդունված բուժման գործողություններից, ընթացակարգերից հրաժարվելու իրավունք: Այսօր, երբ հիվանդը դիմում է բուժքրոջը, սովորաբար, նրանից լսում է. «Մի՛ անհանգստացեք, դա համընդհանուր ընթացակարգ է»: Պատասխանից ակնհայտ է դառնում, որ ցանկացած բուժման գործողություն թույլատրելի է միայն այն դեպքում, եթե այն իսկապես անհրաժեշտ է հիվանդին, և եթե հիվանդը դրա հետ համաձայն է, անկախ այն բանից՝ դա բուլդոզի կողմից ընդունված ընթացակարգ է, թե՞ ոչ:

Հիվանդության պատմությանն ազատ տեղեկանալու իրավունքը: Չնայած այս իրավունքն ամրագրված է օրենքների, որոշումների և հրահանգների մեջ, բուժանձնակազմը հաճախ հավանություն չի տալիս նրանց, ովքեր ձգտում են իրենց իրավունքներն իրացնել:

Օրվա ցանկացած պահին հիվանդին տեսակցելու իրավունք:

Այն տեղեկություններն ստանալու իրավունքը, որն անհրաժեշտ է հիվանդին՝ իրազեկված համաձայնություն տալու համար: Հիվանդը պետք է իրավունք ունենա հավաստի տեղեկություններ ստանալու բժշկական այն աշխատակազմի մասնագիտական որակավորման մասին, որն իրականացնում է բժշկական գործողությունը: (Ամեն հիվանդ չէ, որ կցանկանա հայտնվել փորձարարական ճագարի դերում):

Հիվանդի իրավունքների պաշտպանության գործում լիազորված անձանց ներգրավելու իրավունք: Հիվանդը կարող է իր իրավունքների պաշտպանությունը հանձնարարել կողմնակի անձի (փաստաբանի), որը անհրաժեշտության դեպքում կարող է մասնակցել հիվանդի համար կարևոր որոշումների կայացման գործընթացին:

Հիվանդի իրավունքների նոր ընթացումը տեղ է գտել **Բուժքույրերի բարոյական կոդեքսում, որն ընդունվել է Բուժքույրերի ամերիկյան ընկերակցության կողմից:** Դրանում քննարկված են հիվանդների հանդեպ բուժքույրերի պարտավորությունները: Այդ կոդեքսի մեջ բուժքրոջ և հիվանդի փոխհարաբերությունները դիտարկվում են պայմանագրային մոդելի շրջանակներում: Բուժսպասարկումը պետք է հիմնվի մարդկային արժանապատվության և հարգանքի վրա: Հիվանդի սոցիալական կամ տնտեսական կարգավիճակը, նրա անձնական առանձնահատկությունները հաշվի չպետք է առնվեն: Բուժքույրը պետք է երաշխավորի հիվանդի մասնավոր շահերի պաշտպանությունը: «Նա կոչված է պաշտպանելու հիվանդի իրավունքները բոլոր այն դեպքերում, երբ նրա առողջությունն ու անվտանգությունը կարող են տուժել ուրիշ անձի ոչ բարոյական և ոչ օրինական գործողությունների հետևանքով»:

Բուժքրոջ վիճակը բավական հակասական է. նա պարտավոր է ոչ միայն «լավ» սպասարկել հիվանդին, այլ նաև կատարել բժշկի ցուցումները (պահպանել կարգապահությունը):

Դժվար վիճակում է հայտնվում բուժքույրը, երբ պարզվում է, որ բժիշկը անտեսում է հիվանդի ընտրելու իրավունքը: Բժիշկը և բուժքույրը կոչված են ապահովելու հիվանդի բժշկական սպասարկումը, բուժքույրը պետք է գործի հիվանդի շահերի օգտին: Երբ ստանում է ոչ ճիշտ ցուցումներ, բուժքույրը դրանք չկատարելու բարոյական իրավունք ունի, չնայած, որ դա նրա համար կարող է ունենալ անցանկալի հետևանքներ (օրինակ, կարող է ենթարկվել վարչական տույժի կամ հեռացվել աշխատանքից):

Այս հարցը գործնականում իր լուծումը դեռևս չի ստացել: Բացառված չեն դեպքերը, երբ փորձառու բուժքրոջ մասնագիտական պատրաստվածության մակարդակը բարձր է բուժող բժշկի մասնագիտական պատրաստվածության մակարդակից: Բուժքույրերը, սովորաբար ավելի լավ են ճանաչում իրենց հիվանդներին, քան բուժող բժիշկները, և նրանց հետ գտնվում են ավելի սերտ շփման մեջ: Սակայն գործնականում ոչ բոլոր դեպքերում են բուժքույրերը համարձակվում գործել այնպես, ինչպես թելադրում է իրենց մարդկային խիղճը:

Բուժքույրերի կողմից իրենց բարոյական պարտավորությունների կատարմանը խանգարում են մի շարք գործոններ: Դրանք բժշկի և բուժքույրերի սոցիալական դրության և կրթական մակարդակների միջև տարբերություններն են: Կարևոր է հաշվի առնել նաև այն հանգամանքը, որ այսօր բժիշկների, առավել ևս վիրաբույժների, ուրոլոգների զգալի մասը տղամարդիկ են, այն դեպքում, երբ բուժքույրերի մեծամասնությունը կանայք են, որն էլ մեր հասարակության մեջ ընդունված նորմերի տեսակետից որոշակի սահմանափակումներ է մտցնում բուժքույրերի վարքի մեջ⁸⁷:

Բուժքրոջ վարքը մեծապես պայմանավորված է այն բարոյական նորմերով, որոնք կազմավորվել են տվյալ բժշկական հիմնարկությունում: Մենք իրավունք չունենք բուժքույրերից պահանջելու, որպեսզի նրանք իրենց հերոսի կամ սրբի պես պահեն: Այս կապակցությամբ հարկ է ուշադրություն դարձնել այնպիսի մեխանիզմի վրա, որը հնարավորություն կտար բուժքույրերին՝ վարչակազմին ժամանակին տեղեկացնելու տարբեր տեսակի խախտումների մասին, որպես-

զի նրանք իրենց կանխարգելիչ և, փաստորեն, հօգուտ հիվանդի կատարած քայլերի համար տույժ չկրեն:

«... Միջին բուժաշխատողի և, առաջին հերթին, բուժքրոջ խոսքի նշանակությունը մեծ է... Հենց միայն բուժքույր հասկացությունը (նախկինում կոչվել է գթության քույր) արդեն խոսում է այն մասին, որ այդ բուժաշխատողը պետք է քույրական հոգատարություն, գթություն ցուցաբերի հիվանդի նկատմամբ»⁹⁹:

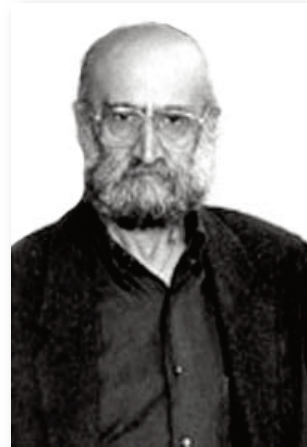
Ուսանողին առաջարկվում է դիտել և քննարկել

Աղասի Այվազյանի «Ցեղի ֆիզիոլոգիան» բեմադրությունը 3. Մայրանի թատրոնում, որտեղ ներկայացված է նաև ծեր մտավորական բժշկի կերպարը: Բժշիկ, որ նվիրված է իր մասնագիտությանը, որ «կենդանություն», «շունչ ու հոգի» է ստանում միայն այն ժամանակ, երբ հիվանդին օգտակար է լինում:

Թվում է, թե Աղասի Այվազյանը

գեղարվեստական ստեղծագործության միջոցով արտահայտում է փիլիսոփայական այն միտքը, որ Պլատոնն է արտահայտել դարեր առաջ. մի՛ բուժիր մարմինը՝ քանի չես բուժել հոգին կամ մի՛ բուժիր մասն առանց ամբողջի:

Ահա այս ստեղծագործության մեջ ևս հնչում է այդ միտքը. չկա կոկորդ, մատ, ոտք, ականջ - կա Մարդ և պետք է բուժել մարդուն, ոչ թե օրգանիզմը (հիվանդությունը) կամ որևէ օրգանը:



*Աղասի Այվազյան
(1925-2007)*

Բժշկական գաղտնիք

«Բժշկական գաղտնիք» հասկացությունն ունի երկու իմաստ՝

- 1) հիվանդի վերաբերյալ ստացված տեղեկությունները չտարածել և
- 2) հիվանդության անբարեհաջող ընթացքի վերաբերյալ տեղեկություններն իրեն՝ հիվանդին, չհայտնել: Բժշկական գաղտնիքի այս երկու կողմերն էլ ունեն իրենց առանձնահատուկ իմաստն ու բովանդակությունը և մեկնաբանվում են յուրովի³:

Խոսենք դրանց մասին առանձին-առանձին:

Շրջապատում հիվանդի վերաբերյալ տեղեկությունների հրապարակումը խանգարում է բժշկի ու հիվանդի միջև անկեղծ, իսկական բարեկամական հարաբերությունների սեղծմանը, որ չափազանց կարևոր է, իսկ հաճախ նույնիսկ անհրաժեշտ՝ արդյունավետ բուժում անցկացնելու համար:

Բժշկական գաղտնիքի պահպանումը հետապնդում է նաև այլ նպատակ:

Եթե հիվանդը, հաստատ համոզված լինելով, որ բժիշկը չի հրապարակի, չի տարածի իրենից ստացած տեղեկությունները, նա առավել լրիվ և հավաստի տեղեկություններ կհայտնի բժշկին իր կյանքի ու հիվանդության մասին, մի բան,

որ ճիշտ ախտորոշման և հետևապես լիարժեք բուժման գլխավոր երաշխիքներից մեկն է:

Բժիշկն իրավունք չունի հիվանդի մասին տեղեկություններ հայտնելու ոչ միայն կողմնակի անձանց, աշխատանքային կոլեկտիվի անդամներին, այլև հիվանդի մերձավորներին, նրա ազգականներին, ընկերներին, ըստ որում, բժշկական գաղտնիքը հրապարակված է համարվում, եթե այն հայտնվել է թեկուզև մեկ մարդու:

Այսպես, օրինակ՝ երբեք չի կարելի շրջապատին հայտնել, որ տվյալ անհատն անցյալում հիվանդ է եղել վեներական հիվանդությամբ, որ բուժվել է հոգեբուժական հիվանդանոցում: Կանանց համար որպես բժշկական գաղտնիք կարող են դիտվել ֆալոփյան փողերի հատման, արգանդի հեռացման, աբորտների, ամլության, իսկ տղամարդկանց համար՝ սեռական անկարողության հետ կապված տեղեկությունները:

Բժշկական գաղտնիքի հրապարակումը կարող է կանխամտածված կամ անզգուշաբար կատարվել: Ժամանակակից բժշկության մեջ բժշկական գաղտնիքի բարոյական ասպեկտները կարող են լինել «բնական» և «մասնագիտական»: Սակայն փորձը ցուց է տալիս, որ մեր իրականության մեջ բժշկական գաղտնիքն ավելի հաճախ բացահայտվում է բուժաշխատողների անզգուշ, անուշադիր, անփութ ու անտարբեր խոսակցության կամ վարվելակերպի պատճառով: Այսպես՝ բուժքույրը հիվանդի անհատական քարտը տալիս է նրա հարազատներից մեկին և խնդրում այն հանձնել պոլիկլինիկայի մատենագրական բաժին, առանց մտածելու, որ քարտում կարող են զետեղված լինել հիվանդի անձնական կամ ընտանեկան կյանքին վերաբերող գաղտնիքներ:

Քիչ չեն դեպքերը, երբ բժիշկները հիվանդանոցի միջանցքում կամ օրդինատորների սենյակում բարձրաձայն խոսում են այս կամ այն հիվանդի մասին՝ շոշափելով նրա կյանքի զանազան մանրամասները: Եվ ահա բժշկական գաղտնիքը դառնում է ոչ միայն մյուս բժիշկների, այլ նաև շրջակա հիվանդների սեփականությունը:

Լինում են դեպքեր, երբ բուժաշխատողը, հաստատ համոզված լինելով, որ այս կամ այն տեղեկությունը հիվանդի մասին մասնագիտական գաղտնիք է և հրապարակման ոչ ենթակա, այդուհանդերձ այդ մասին խոսում է գործընկերների շրջապատում: Պատահում է և ավելի վատը. բժիշկը իր ընկերների կամ ծանոթների ներկայությամբ աշխատում է «հետաքրքրական դեպքեր» հիշել բժշկական պրակտիկայից՝ մանրամասն նշելով այս կամ այն հիվանդի ազգանունը, անունը, աշխատավայրը և բժշկական գաղտնիք հանդիսացող զանազան տեղեկություններ:

Արատավոր ու թեթևամիտ այս վարքն ամբողջովին հակասում է բժշկական դեոնտոլոգիայի կանոններին և անհամատեղելի է բժշկի բարձր կոչմանը: Իսկական բժիշկը ամենուր՝ թե՛ աշխատավայրում և թե՛ աշխատանքից դուրս, աջալրջորեն պետք է հետևի բժշկական գաղտնիքի պահպանմանը, խոսքի մեջ պետք է ցուցաբերի ինքնատիրապետում, զսպվածություն և յուրաքանչյուր դեպքում, ինչպես ընդունված է ասել, «չափի ու ձևի» իր ասելիքը:

Այսպիսով, խոսքի կուլտուրան՝ զսպվածությունը, ինքնատիրապետումը, խոսքի ու վարվելակերպի նկատմամբ ինքնահսկողությունը ոչ միայն կարևոր

էթիկական չափանիշներ են բուժաշխատողի համար, այլև միաժամանակ բժշկական գաղտնիքը պահելու կարևոր գործոններ:

Սակայն, առանձին դեպքերում տեղեկությունները գաղտնի պահելով, բժիշկը կարող է լուրջ վնաս հասցնել հասարակությանը:

Բժշկական գաղտնիքը չպետք է պահպանվի մարմնական ծանր վնասվածքների, աբորտի, բռնաբարության և այլ հակահասարակական արարքների պարագայում, որոնց դեպքում պահանջվում է հետաքննություն անցկացնել՝ մեղավոր անձանց իրավական պատասխանատվության ենթարկելու նպատակով:

Բժշկական գաղտնիքի պահպանման անհրաժեշտությունն ամրագրվել է աշխարհի բազմաթիվ երկրների օրենսդրության մեջ: Ֆրանսիայում, օրինակ, քրեական օրենսգիրքը բացարձակապես արգելում է բժշկական գաղտնիքի հրապարակումը, ինչպես մասնավոր անձանց, այնպես էլ պետական մարմինների պահանջով: Այդ կանոնը խախտող բժիշկներին ֆրանսիական դատարանը տարբեր ժամկետներով կարող է զրկել բժշկական գործունեության իրավունքից¹¹⁸:

Եթե հիվանդի բժշկական գաղտնիքի պահպանումն անմիջականորեն չի շոշափում հասարակության շահերը, ապա նման դեպքերում պետք է բացարձակապես ղեկավարվել հիվանդի շահերով:

Բժիշկն այստեղ պետք է ցուցաբերի խիստ անհատական մոտեցում: Հաշվի պետք է առնվի հիվանդի ինտելեկտուալ մակարդակը, հոգեկան, տարիքային, սեռային առանձնահատկությունները և այլն, իսկ ամենագլխավոր և վճռորոշ գործոնն, անկասկած, հիվանդության ախտորոշումն է: Եթե կանխատեսումը բարեհույս է, ինչ խոսք, հիվանդին պետք է ճշմարիտ տեղեկություններ տալ իր հիվանդության վերաբերյալ: Այդ մասին իմանալով՝ հիվանդը կարող է ավելի ակտիվ և լիահույս աջակցել բժշկին և դառնալ նրա օգնականը բուժման հարցում:

Հիվանդն իր վիճակի մասին պետք է տեղեկանա միայն այն սահմաններում, որը կօգնի և ոչ թե կխանգարի բուժմանը, քանի որ նա ոչ միայն բուժման պասիվ օբյեկտ է, այլև բուժման գործընթացի ակտիվ մասնակից: Սակայն նույնիսկ հիվանդության բարեհաջող ընթացքի դեպքում որոշ տեղեկություններ պետք է գաղտնի պահվեն հիվանդից, օրինակ՝ լաբարատոր հետազոտության տվյալները, հիպերտոնիկ հիվանդների շրջանում արյան ճնշման մակարդակի տատանումները և այլն: Ամերիկացի սրտաբան Վիլսոնը նշում է, որ հիվանդներին էլեկտրասրտագրության (ԷԿԳ) ոչ ցանկալի տվյալները հայտնելը կարող է լուրջ վնաս հասցնել մարդկանց առողջությանը¹²²:

Հաճախ հարց են տալիս. կարելի՞ է արդյոք անհուսալի, մահվան դատապարտված հիվանդին ասել ճշմարտությունը, բացել բժշկական գաղտնիքը: Պատասխանը տարբեր երկրներում տարբեր է: Համենայն դեպս մեր երկրում հիմնականում բացասական է: Եվ պետք է այսպես վարվել, որովհետև անբարեհաջող ելքի մասին ճշմարտությունն իմանալը նման հիվանդների շրջանում ոչ միայն առաջ կբերի ուժերի լրիվ պարալիզում, վախ, անհաղթահարելի ընկճվածություն, այլև կարող է նույնիսկ ինքնասպանության հասցնել:

Եթե ծայրահեղ ծանր ու անհույս հիվանդը դիմում է բժշկին, թախանձագին

խնդրում ասել ճշմարտությունը նյութական կամ գույքային որոշ հանձնարարություններ անելու համար, հնուտ բժիշկը չպետք է կտրականապես մերժի նրա խնդրանքը: Նման դեպքերում, անպայման ընդգծելով հիվանդության բարեհաջող ելքը, բժիշկը կարող է ասել. «Եթե շատ եք ցանկանում, տվեք Ձեր հանձնարարությունները»: Այսպիսի պատասխանը ողջամիտ է և տրամաբանված:

Հայտնի է, որ մենամարտից հետո մահացու վերք ստացած Ա. Ս. Պուշկինը



թախանձագին խնդրում էր բժիշկ Արենդտին ասել ճշմարտությունը: Արենդտն ասաց ճշմարտությունը: Դա նկատելիորեն ծանրացրեց հիվանդի վիճակը, թեև մեռնող բանաստեղծի մոտ նստած մյուս բժիշկը՝ Դալը, մինչև վերջին շունչը մխիթարում էր նրան. «Քանի շնչում եք, հուսով եմք: Հույսը մի՛ կորցրեք»:

Հետազոտությունները պարզել են, որ ուռուցքաբանական բուժփիմնարկներում բուժվող հիվանդների ճնշող մեծամասնությունը համոզված է, որ իրենք քաղցկեղով հիվանդ չեն, այլ միայն կասկածներ կան: Հենց այդ պատճառով էլ նրանց տեղավորել են տվյալ հիվանդանոց՝ համապատասխան հետազոտություններ անցկացնելու համար: Օնկոլոգիական հիվանդների այս լավատեսությունը բժիշկները պարտավոր են ըստ ամենայնի ամրապնդել և ոչ թե անդամալուծել:

Բժշկական գաղտնիքի պահպանման հարցն էլ ավելի է դժվարանում, երբ հիվանդը մասնագիտությամբ բժիշկ է: Ինչքան որ դժվար է բուժել հիվանդ բժշկին,

կրկնակի դժվար է նրանից պահել բժշկական գաղտնիքն իր հիվանդության մասին: Հիվանդ բժիշկի հետ գործ ունենալիս նույնպես առաջին հերթին պետք է հաշվի առնվի հիվանդության բնույթը, հիվանդի հոգեկերտվածքը:

Եվս մեկ անգամ ընդգծենք, որ բժշկական գաղտնիք պահպանել նշանակում է թեթևացնել հիվանդի տառապանքները, հնարավորության սահմաններում երկարացնել նրա կյանքը:

Այսօր լայնորեն քննարկվում է նաև բժշկական գաղտնիքի պահպանման մեկ այլ ասպեկտ: Խոսքն ավելի լայն իրավական խնդրի՝ անձի մասնավոր կյանքի ոլորտն անհարկի ներխուժելու իրավունք չունենալու մասին է:

Ուսուխտարիստները՝ օգտապաշտները, գտնում են, որ գաղտնիության սկզբունքի խախտումը խիստ կվատթարացնի հիվանդի և բժշկի փոխհարաբերությունները և կդժվարացնի վերջինիս կողմից իր պարտականությունների կատարումը:

Մյուս կողմից **դեոնտոլոգները** հիմնավորում են բժշկական գաղտնիքի խախտման էթիկական անթույլատրելիությունը: Նրանք ելնում են այն իրողությունից, որ յուրաքանչյուր անհատ իրավունք ունի ինքը լուծելու այն հարցը, թե ինչ չափով կուզենար իր մտքերը, ապրումները, զգացումները ուրիշին հաղորդել:

Որոշ դեպքերում գաղտնիության սկզբունքը հակասության մեջ է մտնում բժշկի այլ պարտավորությունների (և համապատասխանաբար հիվանդի իրավունքների) հետ: Բժիշկը, ձգտելով հիվանդին զերծ պահել ինքնասպանությունից, պարտավոր է որոշ անձանց հաղորդել այն մասին, որ հիվանդը գտնվում է հուսալքության, ծանր դեպրեսիայի վիճակում: Բժիշկը պարտավոր է համապատասխան մարմիններին հաղորդել երեխաների նկատմամբ ծնողների դաժան վերաբերմունքի, ինչպես նաև իրենց հիվանդների որոշ վարակիչ հիվանդությունների մասին:

Ո՞ր դեպքում է, որ պետք չէ պահպանել բժշկական գաղտնիքը

Բժշկական գաղտնիքը պետք չէ պահպանել բոլոր այն դեպքերում, երբ գաղտնիքը պահպանումը խանգարում է հիվանդի լիակատար բուժմանը: Գաղտնիքի պահպանումը նպաստում է հիվանդությունների տարածմանը և բախվում հասարակության շահերին, օրինակ՝ երբ բժիշկը գործ ունի վեներական և այլ փոխանցվող հիվանդություններով տառապող անձանց հետ: Նման հիվանդությունները թաքցնել՝ կնշանակի նպաստել հիվանդության տարածմանը և համաճարակի սպառնալիք ստեղծել բնակչության համար:

Բժիշկը բացահայտում է լսողության, տեսողության, սրտանոթային համակարգի, էպիլեպսիկ և այլ խանգարումներ այնպիսի անձանց շրջանում, ում աշխատանքի բնույթին դա հակասում է (վարորդ, օդաչու, մեքենավար և այլն), ովքեր հիվանդության պատճառով կարող են վթարի տեղիք տալ:

Լուրջ տարածայնություններ են առաջանում, երբ հոգեբույժը, իմանալով, որ իր հիվանդը մտադիր է ինչ-որ օրինախախտում կամ սպանություն կատարել, այդ մասին ժամանակին չի հաղորդում համապատասխան մարմիններին: Սակայն, ցավոք, պրակտիկան ցույց է տալիս, որ եթե բժիշկը հայտնում է նման տեղեկությունները, ապա նվազում է նրան դիմող հիվանդների թիվը, նվազում է նաև բուժական միջամտության արդյունավետությունը:

Տվյալ հիմնահարցի լուծումը դժվարանում է նրանով, որ հոգեբույժը միշտ չէ, որ կարող է կանխատեսել հիվանդի արարքները, գնահատել դրանց հանրային վտանգավորության աստիճանը: Անհրաժեշտ է որոշել այն կոնկրետ սահմանը, որը խախտելով բժիշկը կարող է վնաս հասցնել երրորդ անձանց և հասարակական շահերին: Սակայն հենց այդ սահմանը որոշելը բարդ խնդիր է, հետևաբար սխալների հավանականությունը միշտ էլ առկա է և միշտ չէ, որ դրա համար կարելի է միանշանակորեն պատասխանատվության ենթարկել բուժող բժիշկներին: Այստեղ ավելի, քան որևէ այլ հարցերում նկատելի է բժշկության, բարոյականության և իրավունքի բարդ միասնությունը:

Անդրադառնալով բժշկական գաղտնիքի պահպանման խնդիրներին՝ անհրաժեշտ է հիվանդին վերաբերող տեղեկությունները դասակարգել՝ ըստ գաղտնիության աստիճանի: Իսկ հոգեբույժների փաստաթղթերն անհրաժեշտ է



Բաժին 8

Բժշկի բարեկրթությունը

Կգա ժամանակ, երբ մարդկությունը աղմուկի դեմ ստիպված կլինի պայքարել այնպիսի անհանդուրժողականությամբ, ինչպես հիմա պայքարում է խոլերայի ու ժանտախտի դեմ:

Ռոբերտ Կոխ

19-րդ դ. գերմանացի նշանավոր մանրէաբան

Բժշկի կեցվածքը և շարժումները պետք է հագեցած լինեն գեղագիտական, բարոյահոգևոր բովանդակությամբ: Առավել ևս, որ հմայիչ շարժումներ վկայում է նաև հաճելի լինելու, շրջապատի հարգանքը շահելու մարդկային մղումների մասին:

Հնուց ի վեր ոչ գեղեցիկ շարժումներ, տգեղ պահվածքը վկայել են գեղագիտական ցածր ճաշակի մասին: Ավելին՝ դասվել են ձեռքբերովի արատների շարքին: Մարդկության զարգացման բոլոր փուլերում բանական էակի շարժումները, վարքուբարքը արտացոլվել են **բարեկրթվածության, դաստիարակվածության և կամային որակների** մեջ:

Պլատոնն իր «Օրենքներում» նշում է, որ նույն «ծանրագույն հանգամանքներում» արի, խիզախ և վախկոտ, թուլամորթ մարդկանց մարմինների շարժումներն իրարից էապես տարբերվում են. «Արի մարդիկ գեղեցիկ են, իսկ վախկոտները՝ այլանդակ»⁹³: Անվիճելի ճշմարտություն է, որի հետ անկարելի է չհամաձայնել: Այո՛, մարմնի շարժումների մեջ երևում է մարդու բարեկրթվածությունն ու ապրելակերպը, դաստիարակությունը:

Ով լավ է դաստիարակված, օժտված է նուրբ ճաշակով, գեղեցիկ ու հմայիչ են նրա շարժումները, քայլքը, խոսքը:

Ընդհակառակը, դաստիարակության պակասը, գեղագիտական զգացումի բացակայությունն անմիջապես երևում է նաև շարժումների, կոպտության և անտաշության մեջ¹⁹:

Ինքնին հասկանալի է, որ բժշկի խոսքը պետք է մտածված, կշռադատված, հասկանալի, մատչելի, սրտառուչ ու պարզ լինի: Այս ամենը նույնքան կարևոր է, որքան դեղամիջոցը: **Այո, բժշկի առաջին զենքը լեզուն է:**

Բուժաշխատողի վարքի յուրաքանչյուր դրսևորման, կեցվածքի մեջ պետք է արտահայտվի նրա կրթվածությունը, նրբազգացությունը, անկաշկանդությունը և իրավիճակին համապատասխանությունը: Կեցվածքի ու խոսքի խստաբարո ոճը պետք է խոսի բժշկի կամ քույրի ներքին զսպվածության ու կարգապահության մասին:

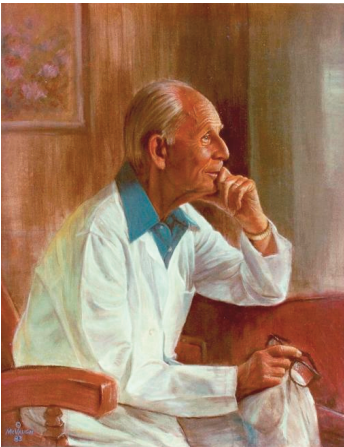
Սեզանից ամեն մեկը կարող է հիշել ծանոթ բժիշկներից մեկին, ում արտաքին տեսքը, խոսքն իրեն վստահություն են ներշնչել: Շարժումների մեջ ի հայտ են եկել բժշկի կամ վիրաբույժի մտքի լարված աշխատանքը, հոգևոր հարստությունն ու կենսահաստատ գրավչությունը, փաստորեն, բարոյական և հոգևոր գեղեցկությունը:

Դրան հակառակ՝ բժշկի անտաշ շարժումները, տգեղ խոսքը և գռեհիկ վարքը հիվանդին պատճառում են ոչ միայն ֆիզիկական, այլև հոգեկան տառապանք: Հագիվ թե՛ համակրանքի և վստահության արժանանան այն բժիշկները, ովքեր հիվանդի այցելության ժամանակ շարունակում են շատախոսել հեռախոսով, խաղալ ֆոնենդոսկոպի կամ մատիտի հետ, սանրվել կամ շպարվել, առավել ևս, երբ ձգտում են ցույց տալ իրենց «գերազանցությունը» հիվանդի նկատ-

մամբ, խոսել ռուսերեն՝ լեզուն չիմացող հիվանդի հետ: Բնական է, որ այդ ամենը բացասաբար կանդորադառնա հիվանդի հոգեվիճակի վրա:

Դեռևս Դիպոկրատեսն է ասել. **«Բժիշկը... պետք է լինի բնականորեն հաճելի, առանց ավելորդ զարդարանքների և շպարված արտաքինի»**³⁹: Միաժամանակ բժշկի գռեհիկ շարժումները, անհամապատասխան հագուստն ու ճոխ զարդարանքը ինքնին բովանդակում են բացասական տեղեկություններ նրա ճաշակի, չափի զգացման մասին:

Բժշկի դիմախաղը, շարժումները, վարվելակերպը առանձնապես սուր է ընկալվում կասկածամիտ, տագնապներով լի հիվանդների կողմից: Նման հիվանդները համառությամբ փորձում են բժշկի դիմախաղի, ժեստերի մեջ գտնել իրենց անհանգստացնող հարցերի պատասխանները:



Չանս Սելյե (1907-1982)

Եվ այսպես, բժշկի շարժումները, կեցվածքը պետք է լինեն արտահայտիչ, տրամաբանորեն «ընթեռնելի», բարոյապես հագեցած ու գրավիչ, իսկ գլխի, ձեռքերի և ողջ մարմնի շարժումները՝ հասկանալի ու բնական: Նույնը վերաբերում է նաև հագուստին: Ըստ հագուստի, սովորաբար, դատում են մարդու գեղագիտական ճաշակի և ներքին կուլտուրայի մասին: Ֆրանսիացիներն ասում են. «Լավ հագնված կինը իր ուժերի վրա վստահ է»: Նույնը վերաբերում է և տղամարդկանց:

Հագուստը, լինելով մարդու արտաքինի ձևավորման միջոց, ձեռք է բերում ոչ միայն օգտապաշտական, այլ նաև գեղագիտական

նշանակություն, բացահայտում է անհատի ճաշակը, նախասիրությունները, հոգեբանորեն օգնում է իրավիճակին հարմարվելու, գտնելու իր տեղը հասարակության մեջ: Այսինքն՝ **բժշկի հագուստը պետք է լինի հնարավորինս մաքուր, կոկիկ և հարմար:** Կարելի է արդյոք ֆրանսիական բարձր կրունկներով կոշիկներով, դեկոլտեով կամ երեկոյան միջոցառումների համար նախատեսված հագուստով ու արդուզարդով մտնել հիվանդասենյակ...

Ինչ վերաբերում է խոսքին, ապա այն մարդու ներաշխարհը թափանցելու, նրա վրա ազդելու, նրա մեջ խորը զգացումներ արթնացնելու անզուգական միջոց է: Սակայն բժիշկը պետք է հիշի, որ բառերը բազմանշանակ են, օգտագործվում են իրենց ուղղակի և անուղղակի իմաստներով: Կոնկրետ իրավիճակում հարմար բառեր գտնել կարողանալը, դրանց երանգները շեշտելը արվեստ է, որը պահանջում է խոսքի բարեկրթություն:

Բանավոր խոսքի մեջ կարևոր է ոչ միայն իմաստը, այլև խոսքի հնչողությունը, հնչերանգը (ինտոնացիան), տեմբրը և այլն: Իզուր չէ, որ հնչերանգը անվանում են բառի հոգին, որը նրբորեն հաղորդում է մարդու տրամադրության, խոսքի ներքին, անտեսանելի, արտաքուստ անընթեռնելի բովանդակությունը:

Բանն այն է, որ լեզուն իբրև մարդկանց հետ հաղորդակցվելու միջոց բաղկացած է ոչ միայն բառերից, նախադասություններից, խոսքերից ու պարբերություններից, այլև խոսքի, արտասանության այն եղանակից, որ կոչվում է **հնչերանգ** (ինտոնացիա): Չայտնի է, որ հնչերանգն ինքնուստինքյան արտա-

հայտչական հզոր միջոց է, և տարբեր հնչերանգներով արտահայտված խոսքը ձեռք է բերում տարբեր իմաստներ: Արտահայտչական խոսքի հարստությունը և՛ կյանքում, և՛ պրակտիկայում հմտորեն ձեռք է բերվում ճիշտ ընտրված բառերին համապատասխան հնչերանգ հաղորդելով:

Ստանիսլավսկու համակարգում այս հարցը որոշվում է «տեքստի և ենթատեքստի» բանաձևով: Այստեղ «տեքստը» արտասանվելիք բոլոր բառերն են, իսկ «ենթատեքստը»՝ այն միտքը, որը պետք է արտահայտվի բոլոր հնարավոր միջոցների օգտագործմամբ¹²:

Գործնականում հայտնի է, որ ենթատեքստը միշտ ավելի հարուստ, ավելի ամբողջական, մանրամասն ու ավելի բարդ է, քան ինքը՝ տեքստը, որ միևնույն տեքստը կարող է ծառայել միանգամայն տարբեր ենթատեքստեր (իմաստներ) ատահայտելու համար: Նույնիսկ այնպիսի պարզ ու հասկանալի տեքստը, ինչպիսին «այո» բառն է, զանազան հնչերանգների օգնությամբ կարող է ձեռք բերել ամենատարբեր նշանակություններ՝ և՛ հարցի, և՛ անվստահության, և՛ հաստատման, և՛ խոստովանության և այլն, և այլն: Եվ չնայած գրավոր խոսքում հնչերանգն արտահայտող կետադրական նշաններ կան՝ բացականչական և հարցական նշաններ, շեշտ, սակայն բանավոր խոսքում շատ կարևոր է, որ բուժաշխատողները տիրապետեն հնչերանգի նրբություններին ու ելևէջներին: Երբ բժիշկն իր խոսքի հնչերանգի մեջ ավելացնում, հաղորդում է անհամեմատ ավելի հարուստ բովանդակություն, քան բուն տեքստն է արտահայտում, ապա հիվանդը նույնպես օրինաչափորեն ընկալում է իրեն ուղղված խոսքի ոչ միայն տեքստը, այլև ենթատեքստի այն հարստությունը, որ ներդրել էր զրուցակիցն իր խոսքում¹⁹:

Ի դեպ, որոշ մարդիկ փորձում են ժխտել այդ: Հաճախ ենք ստիպված լինում լսել (առավել ևս էթիկական կոմիտեի նիստերում), երբ վիճաբանողներից մեկը դժգոհում է. «Իսկ ես Ձեզ վիրավորական ոչ մի խոսք չասացի»: Բայց չէ՞ որ վիրավորել կարելի է նույնիսկ առանց վիրավորական խոսքերի, այսինքն՝ ոչ թե տեքստով, այլև ենթատեքստով:

Մարդու խոսքը ոչ միայն տեքստը, այլև ենթատեքստը տեղ հասցնելու միջոց է: Սակայն այս վերջինը կապված է ոչ այնքան խոսքի, որքան նրա արտասանության կերպի, հնչերանգի հետ: **Եթե հնչերանգն այն ոլորտն է, որի օգնությամբ հաղորդվում է կենդանի խոսքի հուզական իմաստային բովանդակությունը, ապա որքան հարուստ է մարդու խոսքը հնչերանգով, այնքան հարուստ է նրա խոսքի բովանդակությունը: Նա կարողանում է մտածել և իր մտքերը արտահայտել առավել հստակությամբ, պարզությամբ, ներգործական մեծ ուժով:**

Քիչ չեն դեպքերը, երբ հիվանդները խոսքի բարեկրթության տարրերը սկսել են սովորել իրենց բժիշկներից: Կան բժիշկներ, որոնք հիանալի տիրապետում են մայրենի լեզվին, նրբորեն զգում են նրա ներքին գեղեցկությունն՝ իր երանգների ողջ հարստությամբ: Բոլորիս այսօր մտահոգում են բժիշկների մասնագիտական ժարգոնի գռեհկացման որոշ միտումները, երբ, օրինակ, հիվանդի մասին ասում են «յազվեննիկ», «աստմատիկ», «գաստրիտիկ» և այլն: Ըստ էության, հիվանդի անձի հոգեկան հարստությունն արհեստականորեն սահմանափակում են հիվանդության տիպական դրսևորումների նեղ շրջանակով: Դա,

անշուշտ, տիպիկ տպավորություն է թողնում և բացասական հույզեր է առաջացնում հիվանդների մոտ: Անցանկալի են նաև օտար բառերի հախուռն օգտագործման երևույթները, երբ փառք Աստծո, դրանց հայերեն տարբերակները գոյություն ունեն, օրինակ, «մերսի», «զաչյոտ», «սպրոս», «զաչյոտկա», «դաժե», «դաչա», «վաաբշե», «վորշըն» և այլն: Նման դեպքերում ոչ միայն մայրենի լեզուն են աղքատացնում և աղտոտում, այլև բարեկիրք հիվանդի համար հաղորդակցման և շփման անտանելի, անընդունելի և մերժելի պայմաններ են ստեղծում: Էլ ինչպե՞ս կարող է հիվանդը վստահել մի բժշկի, որը նորմալ խոսել էլ չգիտե, գրական լեզվով արտահայտվելու ունակ չէ:

Կարծում ենք, որ ապացուցման կարիք չկա. հայ բժիշկը պետք է լինի բարեկիրք, տիրապետի մասնագիտական խոսքի մշակույթին, որի հիմքը գրական հայերենն է:

Այո՛, բառն ունի թաքնված ուժ:

ժամանակին ապշեցուցիչ եզրակացություն է արել ալիքային գեներտիկայի հիմնադիր Պյոտր Գարյակը (գիտաճյուղ, որն ապացուցում է, որ գեներն ունեն երկակի բնույթ՝ իրեղեն ու ալիքային): **Պարզվում է, որ մարդու խոսքը (տեքստերը) ու նուկլեոտիդների հաջորդականությունը (ԴՆԹ-ի տեքստերը) ունեն նման մաթեմատիկական կառուցվածք: Ավելի պարզ՝ սա նշանակում է, որ բարձրաձայն ասվող բառերը կարող են անմիջական ազդեցություն ունենալ օրգանիզմի ԴՆԹ-ի վիճակի վրա:**



Պյոտր Գարյակ

Օրինակ՝ Գարյակի խմբի ռադիոէլեկտրոնային սարքավորմանը հաջողվել է «նմանակել ԴՆԹ-ի ու քրոմոսոմների հոսքը, եթե այդ սարքավորման մեջ ներմուծվի մարդկային խոսք... Երբ այս դաշտն ընկնում է բույսի, կենդանու, մարդու գեներտիկական ապարատ, տեղի են ունենում զարմանահրաշ բաներ: Օրինակ՝ հաջողվել է ստեղծել որոշակի խոսքային ալգորիթմներ, վերականգնել զարու ճառագայթային ախտահարված սերմերը...»¹⁵:

Գարյակի հետևորդները պարզել են, թե ինչպես են ԴՆԹ-ի վրա ազդում տարբեր վերբալ ու հնչյունային կառուցվածքներ: **Պարզվել է, որ դասական երաժշտությունը նպաստում է բույսերի արագ աճին, դրանց զարգացումը լավացնում է նաև հանգիստ, բարյացակամ խոսքը: Իսկ հայիոյանքը, ընդհակառակը, բառացիորեն սպանում է կանաչը. բույսերը դառնում են թորշոմած, հիվանդոտ, տերևները դեղնում են և թափվում**¹⁵:

Այս ամենն ամենաուղղակի կապ ունի մոգության հետ: Մոգական ծեսերի մեծ մասը ներառում է տարբեր հմայախոսություններ, կախարդանքներ, անեծքներ, բնության և ոգիների աշխարհների կոչեր, որոնք արտասանվում են բարձրաձայն, ընդ որում, որոշ դեպքերում հատուկ նշանակություն է տրվում դրանց արտասանության բարձրությանն ու արագությանը:

Հիրավի, մարդկանց հետ շփվելու և հաղորդակցվելու ունակությունը մարդու

կարևոր արժանիքներից է: Դա անհրաժեշտ է ոչ միայն ղեկավար կամ գործարար մարդուն, այլև նախ և առաջ բժշկին:

ԱՄՆ-ում Քառնեգիի ղեկավարությամբ և հովանավորությամբ անցկացված օտոլոգիական հետազոտությունները բացահայտել են մի կարևոր փաստ:

Պարզվել է, որ մարդկային հարաբերությունների բոլոր բնագավառներում (առավել ևս ինժեներության, իրավաբանության և առողջապահության բնագավառում), **հաջողության հասնելու գործոններից մասնագիտական գիտելիքներին բաժին է ընկնում 15 տոկոսը և մոտավորապես 85 տոկոսը պայմանավորված է աշխատողի բնավորության առանձնահատկություններով, մարդկային հարաբերությունների արվեստին տիրապետելու ունակություններով²⁰:**



Դեյլ Քարնեգի (1888-1955)

Ել ի՞նչ բժիշկ, որ չի տիրապետում մարդկային հարաբերությունների արվեստին, որ մշտապես չի հարստացնում ոչ միայն իր մասնագիտական գիտելիքները, այլև չի վերընթերցում, վերլուծում ու յուրացնում այնպիսի փիլիսոփաների, մտածողների, մարդկային հոգու, միջանձային հարաբերությունների խորագետների մտքերը, ինչպիսիք են Հանս Սելլեն Դեյլ Քառնեգին և այլք:

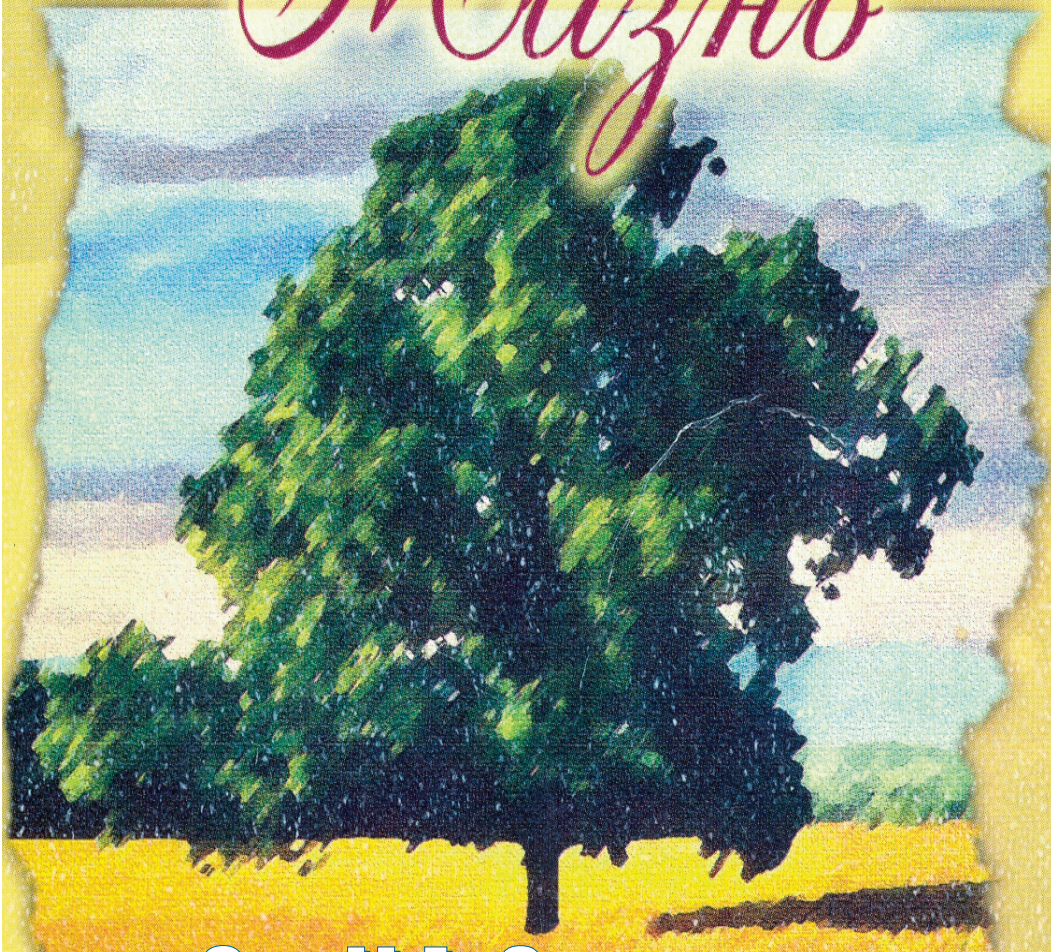
Ծիշտ է, մեր հասարակության առանձնահատկությունները հաշվի առնելով կարելի է ասել, որ միշտ չէ, որ դրանք միանշանակ կիրառելի են, այդուհանդերձ նրանք մեծ օգուտ կտան ապագա բժշկին:

Այո՛ բժիշկը պետք է «բժիշկ-հիվանդ» հարաբերությունների շարժիչ ուժը, միտքը, գործողության ծրագիր տվողը, սիրտն ու հոգին լինի: Նրա շնորհիվ է, որ հիվանդը գնում է բժշկի հետ հանդիպման, սկսում է բուժվել ոչ թե ստիպված, հարկադրաբար, այլ սիրով, ոգևորությամբ, հույսով ու վստահությամբ:

Եթե բժիշկն այդպիսի զգացումներ չի կարողանում առաջացնել հիվանդների շրջանում, ապա լավ կլինի, որ նա իր մեջ ուժ գտնի հրաժարվելու իր գործից:

Իզուր չի ասվում. «Նա ով չի սիրում մարդուն, ով չի ուզում (կամ չի կարող) հասկանալ նրա ցավը, ով անկեղծ ժպտալ չգիտե, ավելի լավ է բուժիմնարկում չաշխատի»:

Целеустремленная
Жизнь



**Բաժին 9 շոգեկան
ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ, ՄՏԱՎՈՐ ԹՈՒՅԼ
ՉԱՐԳԱՅԱԾՆԵՐԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐԸ,
ՆՐԱՆՅ՝ ՀԱՐԿԱԴՐԱԿԱՆ
ՀՈՍԴԻՏԱԼԱՅՈՒՄԸ ԵՎ ԱՄԼԱՅՈՒՄԸ**

Ո՞ր հանգամանքներում է բարոյապես արդարացված հոգեկան հիվանդների հարկադրական հոսպիտալացումը:

Ինչպիսի՞ք են մտավոր թույլ զարգացած անձանց քաղաքացիական իրավունքները:

Մասնագետների մի մասը, ղեկավարվելով բարոյական նկատառումներով, ժխտական վերաբերմունք ունի հոգեկան հիվանդների հարկադրական հոսպիտալացման նկատմամբ¹⁰⁷: Դա համարվում է **«մարդկայնության դեմ կատարվող հանցագործություն»**: Գտնում են նաև, որ այդ քայլը չի կարող արդարացվել հասարակության առողջ անդամների պաշտպանության անհրաժեշտությամբ: Եթե հոգեկան հիվանդը խախտել է օրենքը, որը կոչված է պաշտպանելու բոլոր քաղաքացիների շահերը, ապա նրա նկատմամբ կարելի է կիրառել նույն միջոցները, որոնք գործադրվում են հանցագործների նկատմամբ:

Եթե հիվանդը չի խախտել օրենքը, հիմքեր չկան նրա ազատությունը սահմանափակելու:

Բռնությունը, որ գործադրվում է հոգեկան հիվանդների նկատմամբ, որակապես տարբերվում է այն բռնությունից, որին դիմում է հասարակությունը՝ հանցագործին պատժելու համար:

Հանցագործին ազատազրկում են օրենքին համապատասխան, իսկ «խելագարի» հոսպիտալացման համար մինչև վերջերս բավարար էր սահմանափակ թվով մարդկանց կարծիքը կամ ահազանգը:

Հանցագործի մեկուսացման նպատակն է պաշտպանել հասարակության օրինավոր անդամների շահերը, հիվանդի հարկադրական հոսպիտալացման նպատակը նրան օգնելն է՝ վերականգնելու իր հոգեկան առողջությունը:

Սակայն եթե այդ նպատակը հնարավոր է կենսագործել միայն անձնական ազատության սահմանափակման գնով, ապա «հարկադրական հոսպիտալացում» արտահայտությունն ընդամենը բառաձածկույթ է, որը կոչված է իրականում քողարկել պատիժը: Այդ «թերապևտիկ» պատիժը ավելի դաժան է իրավաբանականից նաև այն առումով, որ հոգեկան հիվանդը զրկված է իր սահմանադրական իրավունքից օգտվելու հնարավորությունից:

Իրավաբանական, հոգեբանական և կլինիկական առումներով հարցը վերլուծելիս գալիս են այն եզրակացության, որ կոնկրետ անհատի հոգեկան հիվանդության առկայությունը հարկ է դիտել որպես **անհրաժեշտ**, բայց **ոչ բավարար** պայման նրա **հարկադրական հոսպիտալացման համար**: Այնպես որ, դրանք չեն արդարացնում հարկադրական հոսպիտալացման գոյություն ունեցող պրակտիկան:



*Ֆիլիպ Պիմել (1745-1826)
Ֆրանսիացի բժիշկ, որ
պատերմալիզմի դիրքերից
հունանիստական մոտեցում է
դրսևորել հոգեկան
հիվանդների նկատմամբ:*

Սակայն որոշ դեպքերում հոգեկան հիվանդների հարկադրական հոսպիտալացումը բարոյապես արդարացված է: Հիմնական դժվարություններն այստեղ կապված են այն բանի հետ, որ հոգեկան հիվանդությամբ տառապող անհատները կազմում են բազմաքանակ և խայտաբղետ խումբ: Հարկադրական հոսպիտալացման վերաբերյալ որոշում ընդունելիս՝ նախ և առաջ գնահատվում է



Թենեսի Ուիլյամս (1911-1983)

այն վտանգը, որն առկա է հասարակության մյուս անդամների համար: Հարկավոր է նաև հասկանալ, թե ինչ չափով հիվանդը օգնության (խնամքի կամ բուժական միջամտության) կարիք ունի: Ընդ որում, անհրաժեշտ է մասնավորապես հաշվի առնել հետևյալը:

Ընդունված որոշումը սոցիալական ի՞նչ նպատակի կժառանգի, արդյո՞ք չի լինի «չափազանց խիստ»:

Արդյոք համոզմունք կա՞, որ հարկադրական հոսպիտալացումը ժամանակավոր միջոց է և կարող է նպաստել հիվանդի արագ առողջացմանը:

Կա՞ համոզվածություն, որ հոսպիտալացումը երաշխավորում է հիվանդի անհրաժեշտ բժշկական օգնությունն ու բուժումը:

Իրականությունն ավելի հակասական է, միշտ չէ, որ այն բավարարում է վերոհիշյալ պահանջներին: Եղել են բազմաթիվ դեպքեր, երբ հիվանդին տևականորեն, տասնամյակից ավելի պահել են հոգեբուժական հիմնարկում, և դա այն դեպքում, երբ նա վտանգ չի ներկայացրել շրջապատի համար*:

Ցավալիկն առավել ևս այն է, որ մեզանում չկան դատական փաստեր, որ դրա համար մեղավոր անձինք ենթարկվել են պատասխանատվության:

Ոչ պակաս կարևորություն ունի մտավոր թույլ զարգացած անձանց հարկադրական ստերիլիզացման (ամլացման) հարցը: Դրան ենթակա անհատների վիճակը գնահատելու համար սովորաբար դիմում են մտավոր զարգացման գործակցի օգնությանը: Չափավոր մտավոր զարգացման խախտումներ ունեցող անհատների համար այդ գործակիցը գտնվում է 50-70 միավորների սահմանում: Նման անձինք կազմում են մտավոր թույլ զարգացած մարդկանց 80 %-ը²⁶: Որպես կանոն չափավորության սահմաններում մտավոր խախտումներ ունեցող անձանց վարքն այդքան ակնհայտ չէ, ի հայտ է գալիս կամ դրսևորվում հիմնականում ուսանելու տարիներին:

Հարկադրական հոսպիտալացման դրվագ է նկարագրվում Թենեսի Ուիլյամսի «Տրամվայ - «ցանկություն»» դրամայում, որ ներկայացնում է Գ. Սունդոլկյանի անվան ազգային ակադեմիական թատրոնը: Դերասանները խաղում են այդ ներկայացումը միայն 100 հանդիսատեսի համար:

Ուսանողները ներկայացումը դիտում են ... բեմու՛մ նստած, որից հետո մասնակցում են քննարկմանը:

Որոշ դեպքերում նման անձանց հարկադրական ամլացումը կարող է բարոյապես արդարացված ճանաչվել: Հարկադրական ամլացումն այդ անձանց ապահովում է հետերոսեքսուալ հարաբերությունների մեծ ազատություն, և միաժամանակ հնարավորություն է տալիս ինչ-որ չափով դառնալ հասարակության լիարժեք անդամ: Կորցնելով այնպիսի արարքներ կատարելու ունակությունը, որոնք հիվանդը անկարող է վերահսկել սեփական ուժերով՝ նա վերածվում է բարոյապես ոչ լիարժեք անձի:



Լուկաս Բերֆուս
(ծնվ. 1971թ.)

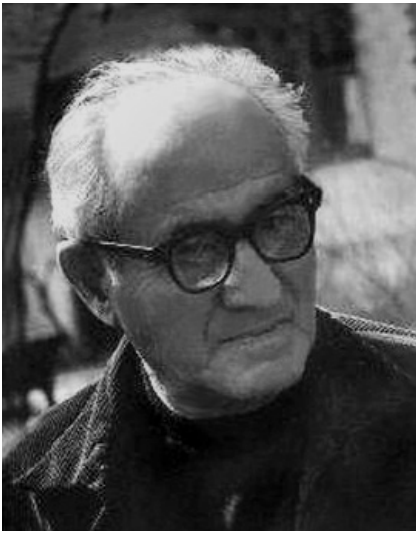
Ուսանողներին առաջարկվում է դիտել Լ. Բերֆուսի «Մեր ծնողների սեռական նկրողները՝ Լիբիդո» ներկայացումը, որտեղ քննարկվում են հարկադրական աբորտի, ամլացման և բիոէթիկական այլ հարցեր:

Նյութն առավել խորությամբ ուսումնասիրելու նպատակով ուսանողներին առաջարկվում է Գ. Սունդուկյանի անվան ազգային ակադեմիական թատրոնում դիտել Լուկաս Բերֆուսի «Մեր ծնողների նկրողները» ներկայացումը, որտեղ բարձրացված հարցերը, ի դեպ, հուզում են ոչ միայն բիոէթիկա ուսումնասիրողներին, այլև ողջ հասարակությանը. բարոյապես թույլատրելի՞ է մտավոր թույլ զարգացած

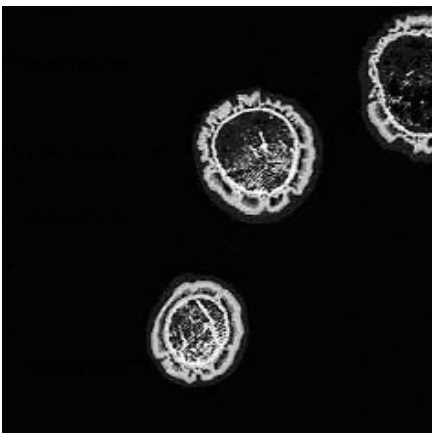
կնոջ հարկադրական աբորտը և ամլացումը: Ծի՞շտ է, կամ թույլատրելի՞ է առանց համապատասխան հետազոտությունների ամուսնությունը, ինչպիսի՞ն պետք է լինեն բժիշկ-հիվանդ, զավակ-ծնող հարաբերությունները և այլն, և այլն:

Ի դեպ, սովորաբար ներկայացման դիտումից հետո կազմակերպվող քննարկումների ընթացքում ի հայտ են գալիս ուսանողի ոչ միայն բիոէթիկական գիտելիքները, այլև գեղագիտական ճաշակը, իդեալները, գեղարվեստական ստեղծագործությունն ընկալելու, վերլուծելու նրա ունակությունները: Այսինքն՝ ներկայացման դիտումն ու քննարկումը ուսանողներին օգնում է ոչ միայն բիոէթիկայի թեմաները յուրացնելու, այլև գեղագիտական վերլուծություն անելու ունակության ծեռքբերելուն: Առավել ևս, ինչպես ցույց են տալիս ներառված դիտարկումները, (включенное наблюдение, indepth interview) ուսանողների մի զգալի մասը շնորհիվ այս միջոցառման կյանքում առաջին անգամ ոչ միայն թատրոն հաճախելու հնարավորություն է ստանում, այլև թեմայի վերաբերյալ սեփական կարծիքը գրավոր կամ բանավոր արտահայտելու հնարավորություն...

Այս առիթով չի խանգարի ուսումնասիրել, և ինչու չէ, փորձել կիրառել այն մեթոդը, որի հեղինակը Կիրլյան Սեմյոն Դավիթն է:



Կիրյան Սենյոն (1898-1978)



Կիրյան Էֆեկտ

Կիրյան Սենյոնը 1949թ. հայտնաբերել, նկարագրել և արտոնագրել է բարձր հաճախականության էլեկտական պարպման մեջ գտնվող օբյեկտների լուսանկարահանման յուսահատուկ մեթոդ, որը կոչվում է «Կիրյան էֆեկտ»: Այն ստացել է համաշխարհային ճանաչում:

1957թ. նրա «Հրաշալի պարպումների աշխարհում» մենագրությունը գիտական շրջանակներում առաջացրել է իսկական սենսացիա:¹⁶

1974թ. արժանացել է ՌԽՖՍՀ վաստակավոր գյուտարարի կոչման: Նշանակվել է Կրասնոդարի «Սատուրն» հիմնարկության հատուկ լաբորատորիայի վարիչ: Կրասնոդարի երկրամասի Դինսկի պատմա-երկրագիտական թանգարանի տնօրեն Ելենա Կորոբովայի ջանքերով թանգարանում ստեղծվել է Կիրյան ամուսինների սենյակ:

1972թ. Նյու Յորքում կայացել է Կիրյան էֆեկտին նվիրված միջազգային գիտաժողով: Դրա մասին գրվել են բազմաթիվ գիտական հոդվածներ, մենագրություններ և ատենախոսություններ: Շատ երկրներում բացվել են այդ պրոբլեմի ուսումնասիրմանը նվիրված լաբորատորիաներ և ինստիտուտներ:

«Կիրյան էֆեկտը» արտասահմանում կոչվում է «կիրյանոգրաֆիա», որը շնչավոր և անշունչ օբյեկտները լուսանկարելու նոր միջոց է: Այն կիրառվում է դեֆեկտոսկոպիայում, կրիմինալիստիկայում, կենսաբանության, գյուղատնտեսության, երկրաբանության, քիմիայի, տիեզերագիտության, հոգեբանության և բժշկագիտության մեջ: Բժշկության բնագավառում կիրառվում է մարդու ամենատարբեր հիվանդությունների հայտնաբերման նպատակով, երբ

ախտորոշման այլ մեթոդներն արդյունավետ կամ ցանկալի չեն:

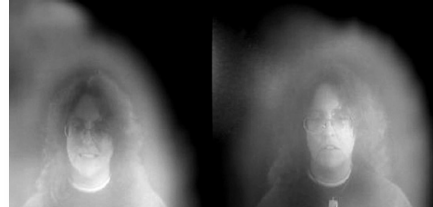
Գերմանացի դոկտոր Մանդելը՝ սովորական և կիրիլյանոգրաֆիայի մեթոդով հետազոտելով հազարավոր հիվանդների, ստեղծել է ախտորոշիչ աղյուսակներ, որոնց օգնությամբ հիվանդությունը կարելի է հայտնաբերել մինչև կլինիկական փուլում, էներգետիկ մակարդակով և ընտրել բուժման լավագույն եղանակն ու հետևել բուժման արդյունավետությանը:

1974թ. «Նովոստի կլինիչեսկոյ պսիխիատրիի» հանդեսը տպագրել է ԱՄՆ-ի Բիոէներգետիկ վերլուծությունների ինստիտուտի աշխատակից դոկտոր Դավիդ Շեյնիկի հոդվածը, որում հիմնավորվում է «Կիրյան էֆեկտի» կիրառությունը որոշ հոգեկան հիվանդությունների ախտորոշման ժամանակ, ինչի մասին

նախկինում նշել էին Կիրյանները: Շեյնիկը հայտնաբերել է, որ այս կամ այն հիվանդությամբ տառապող անձանց շրջանում դիտվում է լուսավոր պսակի կառուցվածքի խիստ որոշակի փոփոխություն:

Չետաքրքիր է, որ որոշ դեպքերում այդ փոփոխությունը հնարավոր է լինում հայտնաբերել ավելի վաղ, քան հիվանդության առաջին ախտանշանների ի հայտ գալը:

Չիրավի, «մարգարեն» իր երկրում այնքան էլ գնահատված չի լինում...



Amnon Carmi

Informed Consent

ԲԱԺԻՆ 10

ԻՐԱԶԵԿՎԱԾ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ

Այսօր էլ չեն դադարում բանավեճերը հիվանդի իրազեկված համաձայնության բարոյաիրավական խնդիրների շուրջ: **Հիվանդի իրավունքների մասին Լիսաբոնյան հռչակագրում (1981թ.)** ասված է. «Հիվանդը, ստանալով համապատասխան տեղեկություն, իրավունք ունի համաձայնվելու բուժմանը կամ հրաժարվելու դրանից» (տե՛ս հավելվածը):

Բժիշկը պարտավոր է հիվանդին տեղեկացնել նրա առողջական վիճակի, բժշկական ստուգման նպատակների ու արդյունքների, ինչպես նաև հնարավոր ռիսկերի մասին:

Բժշկի համար կարևորվում է հետևյալը՝

ա) ի՞նչպես հիվանդին դարձնել իր համախոհը, գործընկերը՝ նրանից չթաքցնելով բժշկական ստուգման կամ վիրահատության հնարավոր բարդություններն ու հետևանքները,

բ) ինչպե՞ս ձեռք բերել հիվանդի կամավոր համաձայնությունը,

գ) իրավաբանորեն ձևակերպել համաձայնությունը:

Ցավոք, մեզանում այս պահանջները միշտ չէ, որ պահպանվում են:

Իրազեկված համաձայնությունը ենթադրում է, որ հիվանդին, նախևառաջ, պետք է տրամադրվի լիարժեք տեղեկություն իր հիվանդության մասին: Ենթադրվում է նաև, որ հիվանդը պետք է բավարար չափով տեղյակ, գիտակ լինի, որպեսզի կարողանա ճիշտ կողմնորոշվել՝ բժշկական միջամտության այս կամ այն միջոցն ընտրելիս:

Բժիշկը պարտավոր է հիվանդին պարբերաբար տեղեկացնել ախտորոշման և բուժման ընթացքի ու արդյունքների մասին: Այս դեպքում բժշկի առաջ ծառանում են որոշակի խնդիրներ՝

ա) հիվանդին նախապատրաստել և մատուցել այնպիսի տեղեկություն, որը նրան կօգնի կատարելու ճիշտ ընտրություն՝ զերծ որևէ հարկադրանքից և հոգեբանական ճնշումից:

բ) բժիշկը պարտավոր է հարգել հիվանդի ինքնուրույն վճիռ կայացնելու իրավունքը:

գ) բժիշկը պարտավոր է, հետևելով հիվանդի ընտրությանը, բարեխղճորեն շարունակել իրականացնելու բուժումը:¹¹⁶

Իրազեկված համաձայնության փաստագրման ուշադրության արժանի օրինակ է «Հիվանդի համար անհրաժեշտ տեղեկություններ» փաստաթուղթը, որը մշակվել է ռևմատոլոգիայի ինստիտուտի (Սանկտ-Պետերբուրգ) կողմից՝ ծայրամասային զարկերակների վնասվածքների բուժման նոր դեղամիջոց փորձարկելիս: Փաստաթուղթը բաղկացած է մի քանի կետից.

Ի՞նչ վտանգ է սպառնում հիվանդին: Սպառնու՞մ է արդյոք որևէ վտանգ:

Ի՞նչ օգուտ կարող է լինել հետազոտության անցկացումից:

Ինչպե՞ս է անցկացվելու հետազոտությունը:

Ինչու՞ է զարկերակի անբավարարության դեպքում հետազոտվում պրոպի-միլ-1-կորնիտինի արդյունավետությունը:

Ի՞նչ է հիվանդից պահանջվելու: Ինչ-որ տեղ հիվանդն ունենալու՞ է սահմանափակում:

Որո՞նք են գաղտնիության պահպանման երաշխիքները:

Փորձարկման ենթակա հիվանդը ծանոթանում է այս հարցերի պատասխան-

ներին և նոր միայն տալիս իր համաձայնությունը՝ ստորագրելով համապատասխան փաստաթուղթը:

Կանգ առնենք «իրազեկված համաձայնության» որոշ դրական առանձնահատկությունների վրա: Անկասկած, իրազեկված համաձայնությունն ուղղված է բժշկի կողմից հիվանդին իր մասնագիտական կամքը, մասնագետ-բժշկի փորձարարական մտադրությունները պարտադրելու փորձերի դեմ: Դրանից զատ, իրազեկվածության սկզբունքը ենթադրում է, որ հիվանդին պետք է մատուցվի ոչ միայն հավաստի, այլև բարձրորակ տեղեկություն:

Վերջապես, իրազեկված համաձայնության դեպքում պետք է պայմաններ ստեղծվեն հիվանդի ինքնուրույնության ապահովման համար, քանի որ ընդգծվում է ոչ միայն հիվանդի որոշակի իրավական կարգավիճակը, այլ նաև սեփական վճիռ կայացնելու իրավունքը, որը համապատասխանում է կյանքի, առողջության ու մահվան մասին նրա արժեքային պատկերացումներին: Հիվանդին տեղեկացնելով նրա հիվանդության մասին՝ հարկ է հետևել **«Ճշմարտությունը պետք է մատուցվի հաշվեկշռված չափաբաժիններով»** սկզբունքին:

Զգտելով պարզել մարդկանց վերաբերմունքը իրազեկված համաձայնության և նրա հոգեբանական շարժառիթների հանդեպ՝ մենք մշակել էինք որոշ տիպական գնահատականներ: 2004-2006թթ ՀՀ ԳԱԱ Փիլիսոփայության և իրավունքի ինստիտուտի հետ համատեղ դրանք առաջարկել ենք ավելի քան 600 հարցվողների՝ ապագա և կայացած բուժաշխատողների՝ նրանց համաձայնությունը կամ անհամաձայնությունն իմանալու նպատակով: Ստացվել են հետևյալ արդյունքները.

«Բժիշկը պարտավոր է հիվանդին ասել ճշմարտությունը հիվանդության մասին» ձևակերպմանը համաձայնել է հարցվողների 45%-ը, «Հիվանդին տեղեկացնելիս՝ բժիշկը պետք է հաշվի առնի նրա հոգեբանական առանձնահատկությունները» ձևակերպումին՝ 75%-ը, «Չարժե անհույս հիվանդին ասել որչ որչ դառն ճշմարտությունը, հարկավոր է նրան խնայել ու միայն հարազատներին ասել որչ ճշմարտությունը» արտահայտությանը համաձայնել է հարցվողների 85%-ը:

Միաժամանակ, հարցված մասնագետ-բժիշկների 60%-ը գտնում է, որ «Հիվանդի մասնագիտական անտեղյակությունը կամ անբավարար տեղեկացվածությունը իրազեկվածության մոդելը դարձնում է անարդյունավետ»:

Մեկ այլ հարցման արդյունքների համաձայն՝ բժիշկների 55 %-ը պնդում է, որ իրենց հիվանդներին սովորաբար ասում են ճշմարտությունը և միայն 30 %-ն է այն թաքցնում: Միաժամանակ, միայն բժիշկների 25 %-ն է գտնում, որ «հիվանդներին անհրաժեշտ է տեղեկացնել նրա կյանքին վտանգ սպառնացող հիվանդության մասին»: Հետաքրքիր է նշել, որ հարցվածների 57 %-ը կցանկանար, որպեսզի բժիշկներն իրենց տեղեկացնեին ախտորոշման վատ լուրի մասին:

Անկասկած, իրազեկված համաձայնության սկզբունքը գերծ չէ թերություններից: Մասնագետ-բժիշկների ճնշող մեծամասնությունն իրավացի է, երբ պնդում է, որ հիվանդի անբավարար գիտելիքներն անարդյունավետ են դարձնում իրազեկվածության մոդելի ուղղակի գործադրումը: Կասկած է հարուցում և այն, թե անտեղյակ հիվանդը ի վիճակի կլինի՞ արդյոք ինքնուրույն որոշումներ կայացնել: Անհրաժեշտ է հիվանդի և բժշկի դերերի հավասարեցում, որը բխում է հենց հիվանդի շահերից, որը ստանձնում է ընտրություն կատարելու պատասխանատվության ողջ բեռը: Մասնագետ-բժիշկները նշում են նաև, որ իրազեկվածության մոդելի դեպքում որոշակի օտարվածություն է առաջանում

բժշկի ու հիվանդի հարաբերություններում, ինչն, անկասկած, չի նպաստում հոգեբանական արգելքների հաղթահարման և ապաքինման ընթացքին:

Իրազեկված համաձայնության սկզբունքը մանրամասնորեն վերլուծելիս՝ տեսնում ենք, որ, ի վերջո, այն լիովին չի ապահովում հիվանդի իրավական պաշտպանվածությունը:

Իսկապես, ցանկացած բուժում, որն իրականացվում է իրազեկված համաձայնության պայմաններում, գնահատվում է որպես հակաիրավական, եթե այն հիվանդի համար եղել է վնասաբեր: Առաջ է գալիս հատուցում ստանալու խնդիրը: Իրավիճակը բարդանում է, երբ հիվանդին ճիշտ տեղեկություններ տրամադրելու և նրա համաձայնությունը ստանալու պայմաններում ևս հիվանդի համար լինում են ոչ շահեկան, նույնիսկ վնասակար ելքեր: Այդ դեպքում, անշուշտ, «իրազեկված համաձայնությունը» դառնում է բժշկի իրավական պաշտպանվածությունն ապահովելու միջոց՝ նշանակալիորեն թուլացնելով հիվանդի իրավական դիրքերը»¹¹⁶:

Ակնհայտ է, որ նման դեպքում հիվանդ-հայցվորը պարտավոր է ապացուցել, որ իրեն վնաս է հասցվել իրազեկված համաձայնության շրջանակներից դուրս կամ էլ՝ իրեն տրամադրել են «անորակ», «անբավարար» տեղեկություններ: Այդ դեպքում իրազեկված համաձայնությունը կարող է անիրավական ճանաչվել:

Արտասահմանում իրազեկված համաձայնությունը ժամանակակից բժշկության հայեցակարգի առանցքն է: Աշխատանք է տարվում, որպեսզի բժիշկներին և բուժքույրերին սովորեցնեն, թե ինչպես պետք է իրազեկել հիվանդներին, որպեսզի նրանց հոգեկան անհանգստություն, տազնապ չպատճառեն: Իհարկե, «բժշկական գաղտնիքի» անվան տակ հիվանդից ճշմարտությունը թաքցնելու փորձերը ոչ պակաս վնաս կարող են պատճառել, որքան «մերկապարանոց ճշմարտությունը» կոշտ ու կոպիտ հաղորդելը: Այս թեմայի վերաբերյալ վերլուծված օրինակները տես հավելվածի «Կոնկրետ իրավիճակներ և դրանցից դուրս գալու ելքեր» բաժնում և համապատասխան վերնագրված գրքում¹¹⁶:

ԲԺՇԿՎԸ ԵՐԿԸՆՏՐՈՒՄՔԻ ԱՌՋԵՎ. ԱՍԵԼ, ԹԵ՞ ՉԱՍԵԼ ԸՇՄԱՐՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԻՎԱՆԴԻՆ

2002թ. Գիտությունների ազգային ակադեմիայի նախագահության դահլիճում տեղի ունեցավ Հայ Ամերիկյան Մշակութային Միության (ԱՄՆ) և առողջության կենտրոնի կազմակերպած միջազգային գիտագործնական համաժողով «Բժշկական էթիկան Հայաստանում, քաղցկեղով հիվանդների իրավունքն իմանալ ճշմարտությունը»:

Արտասահմանցի բժիշկ-հետազոտողների գերակշիռ մասը (էն Արչեր, Ջ. Օլբրայթ և այլն) միանշանակ պատասխանեցին՝ «Այո, պետք է ասել ճշմարտությունը հիվանդին: Եվ ընդհանրապես, ինչպե՞ս կարելի է չասել»:

Հակառակ կարծիքն արտահայտեցին կոնֆերանսի հայ ներկայացուցիչների գերակշռող մասը, Երևանի Ուռուցքաբանության Գիտական կենտրոնի տնօրեն պրոֆ. Հայրապետ Միքայելի Գալստյանը, պրոֆ. Գ. Բագիկյանը, ակադեմիկոս Ռ. Աբրահամյանը, տողերիս հեղինակը և այլք:

Բանն այն է, որ բարգավաճ, հարուստ երկրներում բնակչությունը պարբերաբար, տարին 2-3 անգամ, ենթարկվում է կանխարգելիչ՝ պրոֆիլակտիկ հետազոտությունների: Եվ եթե որևէ մեկի օրգանիզմում ինչ-որ կասկածելի բան է հայտնաբերվում, նա հանգիստ ընդունում է այդ տեղեկությունը՝ տեղեկացված, իրազեկված լինելու իր իրավունքը բավարարված համարելով:

Եվ քանի որ հիվանդությունը նման պարագայում որպես օրենք բացահայտվում է իր նախնական կամ ծայրահեղ դեպքում, առաջին էտապում, նա, առանց խուճապի մատնվելու, հանգիստ գնում է բուժման, քանի որ ավելի քան վստահ է, որ այդ էտապում իր հիվանդությունը բուժելի է:

Ի՞նչ է կատարվում Հայաստանում: Հայաստանում, որն այսօր զարգացած երկրների ցուցակից անցել է զարգացողների շարքը, ցավոք, համարյա չեն անցկացվում բնակչության անվճար զանգվածային սկրինինգներ (ախտորոշիչ հետազոտություններ): Հիվանդն իր հիվանդության մասին իմանում է այն ժամանակ, երբ բանը բանից անցած է լինում... Այս պարագայում հիվանդին ասել, որ նա III, IV էտապում գտնվող հիվանդության տեր է, կնշանակի «հիվանդ, պատրաստվիր մահվան, օրերդ հաշված են»:

Հայաստանում, ցավոք, առողջ ապրելակերպն այնքան էլ արմատավորված չէ: Մեզանում զանգվածային լրատվամիջոցները, դպրոցը, ընտանիքը, պատշաճ գիտելիքներ չեն տարածում բնակչության շրջանում: Այդ ուղղությամբ բավարար աշխատանք չի տարվում, որպեսզի արմատավորվի առողջ ապրելակերպի մշակույթ՝ մարմնամարզությամբ, սպորտով, ճիշտ սննդով ապրելու արվեստը բոլոր տարիքի մարդկանց շրջանում:

Երևանը բառացիորեն հեղեղված է ինտերնետ-ակումբներով: Օր-օրի բացվում են բազմաթիվ ինտերնետ ակումբներ՝ նույնիսկ նույն փողոցի վրա, որտեղ երիտասարդությանն առաջարկում են ապրել ոչ թե ռեալ, իրական այլ երևակայական, վիրտուալ կյանքով: Արդյունքում՝ ծխով լցված ինտերնետ ակումբներում շնչող, ծխող կամ չծխող երիտասարդներ, որ ընդամենը մտղ կոճակին սեղմելով այդ երևակայական աշխարհում իրենց զգում են ամենամեծնան՝ ամենաարագ վազողը, կռվողը, հաղթողը, կրակողը, կառուցողը...

Իսկ իրական կյանքում: Իրական կյանքում առաջանում է անլիարժեքության բարդույթ, որովհետև իրական կյանքում շատ շուտ է բացահայտվում, որ այդ երիտասարդը ո՛չ միայն ամենա՛-ամենա՛ն է, այլև ընդհանրապես ո՛չ կրակել գիտե (նույնիսկ տիրում), ոչ կառուցել, ոչ վազել, ոչ հաղթել... Ոչինչ: Կամքից թույլ երիտասարդի համար հեշտ ճանապարհը նորից վիրտուալ կյանքին վերադառնալն է: Ճահճի պես քաշում է.....

Պետական հոգածության մի հարց, որ շուտափույթ լուծում է պահանջում, այլապես, շահույթի հետևից ընկնելով, կարող ենք կորցնել երիտասարդության մի զգալի մասին: Հավանաբար առողջ ապրելակերպի ջատագովումը պետք է ավելի հիմնավոր և լայնածավալ դարձնել, մարզասրահների, հրաձգարանների, սպորտային կառույցների թիվն ավելացնել, առողջ ապրելակերպի ձգտում և ճաշակ սերմանել...

Բնակչության գերակշռող մասի համար բժշկական սպասարկումը թանկ հաճույք է, համարյա անմատչելի, և հետևաբար առողջ ապրելակերպի մասին նույնիսկ բավարար պատկերացում ունեցող բնակչության մեծ մասը ինքնակամ կանխարգելիչ (պրոֆիլակտիկ) հետազոտությունների հազվադեպ է գնում կամ պարզապես չի գնում (ազգային հատկանիշ է երևի):

Հայաստանը, ինչքան էլ ձգտի մտնել Եվրոպա, այդուհանդերձ արևելյան երկիր է, և ժողովուրդն աչքի է ընկնում զգացմունքայնությամբ, (ի տարբերություն ամերիկյան ժողովրդի, որին հատուկ է սառնասրտությունը, պրագմատիզմը (թեկուզ երբեմն ռոմանտիկ), օգտապաշտությունը): Հավանաբար, հիվանդին ճշմարտությունն ասելը արդարացված է միայն բարգավաճ, տնտեսապես հարուստ երկրներում:

Դա պահանջում է, որ բժիշկը ոչ միայն մասնագիտական խոր գիտելիքներ ունենա, այլև լինի հոգեբան: Տեսական գիտելիքներից բացի, ունենա մեծ կենսափորձ: Ինչու՞: Որպեսզի բժիշկը կարողանա դասակարգել հիվանդին ոչ միայն հայտնի չորս տիպերի (ֆլեգմատիկ, մելանխոլիկ, սանգվինիկ, խոլերիկ), այլ նաև ըստ Ջ. Ֆրեյդի կարողանա տարբերակել և որոշել, թե հիվանդը վատ տեղեկություն ստանալով կծգվի դեպի Թանատոօսը (հուսահատություն, հուսալքում, ինքնասպանություն, մահ), թե՞ դեպի Էրոսը (կյանք, սեր, ժպիտ, ծիծաղ, հումոր): Ըստ այդմ էլ, կոնկրետ իրավիճակը հաշվի առնելով, կկայացնի համապատասխան որոշում. հիվանդին ասել՝ ճշմարտությունը թե՞ չասել: Այո, ծանր է Հիպոկրատեսի գլխարկը...

Ներքոնշյալ աղյուսակում ներկայացված է բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր Միհրան Նազարեթյանի առաջարկած պլանը.

Ինչպե՞ս հաղորդել վատ լուրը

Քայլ 1

Հաղորդակցվելու տեղի և ձևի ընտրությունը (անձնական-ուղղակի շփման գերադասելիությունը հեռախոսայինի նկատմամբ)

ներկաները և նրանց վերաբերմունքը հիվանդի նկատմամբ,

հաղորդակցության սկիզբը դնող առաջին և ամենադժվար բառերը

Քայլ 2 Որքա՞ն գիտի հիվանդը

հիվանդի կողմից իր հիվանդության բնույթի ընկալումը,

արտահայտությունների, մտքերի բնույթը,

դրանց զգացմունքային բովանդակությունը,

զգացմունքային անհարմարավետության փոխադարձ հաղթահարում:

Քայլ 3 Որքա՞ն է հիվանդը ուզում իմանալ

ճիշտ հարցադրում անելը,

տեղեկություններ տրամադրելու առումով հիվանդից ուղղակի կամ անուղղակի «հրավեր» ստանալը,

Հետագա երկխոսության համար «դուռը» կիսաբաց թողնելը:

Քայլ 4 Տեղեկության տրամադրում

Հիվանդին հաղորդվելիք տեղեկության «հավասարակշռում» կամ հիվանդի ունեցած հիմնական պատկերացումներին համապատասխան այդ տեղեկատվության նախապատրաստում

Հիվանդի «ուսուցում» կամ իր հիվանդության մասին նրա պատկերացումների մոտեցում բժշկական փաստերին («փոքր չափաբաժիններ», «զաղափարների համադրում»)

Քայլ 5 Հիվանդի տարաբնույթ արձագանքների վերհանում և

Ձեր վերաբերմունքը... համակերպման դրսևորումների նկատմամբ,

հարմարվողականության նկատմամբ,

հիվանդի տառապանքները նվազեցնելու նպատակով Ձեր հնարավոր ներգործության նկատմամբ

Քայլ 6 Հետագա գործողությունների պլանավորում և համաձայնությունների ձեռքբերում:

Իրավիճակի անորոշության պարագայում Ձեր ռազմավարությունը :

Հիվանդի գործողությունների ստրատեգիայի պարզաբանում և խրախուսում:

Համաձայնության ձեռքբերում և «պայմանագրի կնքում»:



ԲԱԺԻՆ 11

**ՀՂԻՈՒԹՅԱՆ ԱՐՇԵՍՏԱԿԱՆ
ԸՆԴՀԱՏՄԱՆ ԲԱՐՈՅԱԻՐԱՎԱԿԱՆ
ՀԻՄՆԱԽՆԳԻՐՆԵՐԸ**

Հարցի պատմությունից

Աբորտի պրակտիկան դարերի պատմություն ունի: Բժշկական հանրության, եկեղեցու, հասարակական լայն շրջանների վերաբերմունքը հղիության արհեստական ընդհատման նկատմամբ ունի իր ուրույն տրամաբանությունը: Այդ տրամաբանության մեջ ուրվագծվում են երկու մոտեցումներ:

Առաջին տեսակետի կողմնակիցները պաշտպանում են արբորտը: Դեռևս անտիկ աշխարհի փիլիսոփա, բարոյախոս Արիստոտելի «Պոլիտիկա» աշխատության մեջ կարդում ենք. **«Եթե ամուսնական կապի մեջ գտնվող կնոջից պետք է ծնվի երեխա սահմանված ժամկետից շուտ, ապա անհրաժեշտ է դիմել հղիության ընդհատման (արբորտի), նախքան սաղմի մոտ զգայականության ու կյանքի ի հայտ գալը»²⁴:**

Հնագույն ժամանակներից ի վեր շատ բան է փոխվել, սակայն այսօր էլ արբորտի կողմնակիցների կողքին քիչ չեն նրանք, ովքեր դեմ են դրան:

Այսօր քաղաքակիրթ բազմաթիվ երկրներում օրինականացված են հղիության արհեստական ընդհատումները (արբորտները): Աբորտների արգելքն օրենսդրորեն վերացվել կամ մեղմացվել է Շվեդիայում (1946թ.), Անգլիայում (1967թ.), Ֆրանսիայում (1979թ.), Իտալիայում (1978թ.), Իսպանիայում (1978թ.), Նիդեռլանդներում (1981թ.), Նորվեգիայում (1978թ.): Այդ երկրներում օրենսդրությունը հիմնվում է լիբերալ (ազատական) գաղափարախոսության վրա: Լիբերալ մոտեցման կողմնակիցները պնդում են, որ կինն իր մարմինն ինքնակամ տնօրինելու իրավունք ունի: Բերվում են փաստարկներ հոգուտ հղիության արհեստական ընդհատման:

1973 թ.-ից արբորտները թույլատրվեցին ԱՄՆ-ում: ԱՄՆ-ի Գերագույն դատարանը որոշել է, որ «կենսունակության» փուլին չհասած պտղի արբորտը միանգամայն համապատասխանում է երկրի սահմանադրությանը¹¹⁹:

Կինը սահմանադրությամբ երաշխավորված իրավունք ունի ընդհատելու հղիությունը, չնայած ելնելով նրա առողջության պահպանման շահերից՝ պետությունը կարող է սահմանափակել արբորտի ժամանակը: Այս հարցը քննարկվում է հասարակության լայն շրջանակներում: Քննարկման են դրվում հետևյալ հարցերը.

Ո՞ր հանգամանքները կարող են արդարացնել արբորտը:

Պտղի հասունացման ո՞ր փուլում է արբորտը թույլատրելի:

Սովորաբար նշում են, որ կինը կարող է դիմել արբորտի հետևյալ հանգամանքներում՝

երբ հղիության շարունակվելը վտանգ է ստեղծում կնոջ կյանքի համար,

երբ երեխայի ծնունդը թեկուզ չի սպառնում մոր կյանքին, սակայն կարող է լուրջ վնաս հասցնել նրա առողջությանը (ֆիզիկական կամ հոգևոր),

երբ մեծ է «թերաբժեք» (ֆիզիկական կամ մտավոր զարգացման թերություններով, ժառանգական ծանր հիվանդությամբ) երեխա ծնվելու հավանականությունը,

երբ հղիությունն առաջացել է ինցեստի (արյունակիցների միջև կապի) կամ կնոջ բռնաբարման հետևանքով,

երբ հղի կինն օրինական ամուսնության մեջ չէ, և երեխայի ծնունդը կարող է բացասաբար անդրադառնալ կնոջ հասարակական հեղինակության վրա,

երբ երեխայի ծնունդը անցանկալի է նյութական ծանր պայմանների և այլ պատճառների հետևանքով:

Հանգամանքների այս ցուցակը կարելի է շարունակել:

Դրա հետ մեկտեղ կան երկրներ, որտեղ աբորտն օրինականացված չէ: Խոսքն, օրինակ, Իռլանդիայի և Պորտուգալիայի մասին է, որտեղ ամուր են կաթոլիկ ավանդույթները:

Վիճահարույց հարցեր ծագում են սաղմի կարգավիճակը որոշելու խնդրում: Ընդ որում-կարևորվում է մարդկային կյանքի սկզբնավորման պահի որոշման խնդիրը: XX դ. առաջին տասնամյակում կենսաբանությունը մարդու կյանքը կապում էր չորսամսյա պտղի գոյության հետ: Այսպես, 2-շաբաթյա սաղմն իրենից ներկայացնում է պարզագույն հյուսվածք իսկ մինչև 2,5 ամսյա սաղմը ստորին կարգի կաթնասուն էակ: Սաղմի գոյության 4-րդ ամսում ձևավորվում է ուղեղային հյուսվածքը, որը վկայում է ընկալման հատկություններով օժտված էակի կազմավորման մասին²⁶:



XX դ. վերջում կենսաբանները 6-շաբաթյա պտղի մոտ գրանցել են ուղեղի կեղևի էլեկտրոֆիզիոլոգիական ակտիվության երևույթ: Մարդկային կյանքի ֆիզիոլոգիական հիմքերից է սրտի առաջին բաբախումը (4-րդ շաբաթ): Սկզբունքային կարևորություն ունի թոքերի համակարգի ձևավորումը (20-րդ շաբաթ)¹⁴:

Ազատական, լիբերալ մոտեցմանը հակադիր է պահպանողականը: Այն գլխավորապես հենվում է կրոնաբարոյական արժեքների վրա: Հայտնի է, որ քրիստոնեությունը վճռականորեն մերժում է աբորտը՝ պաշտպանելով այն տեսակետը, որ պտուղն արդեն մոր մարմինը չէ, այն ա՛յլ մարդկային էակի կյանքն ու մարմինն է: Աբորտը դիտվում է որպես «նոր ծննդի արգելք», ընդ որում քրիստոնեությունը հիմնվում է Տերտուլիանոսի հետևյալ խոսքերի վրա. «Նա, ով պետք է մարդ դառնա, արդեն մարդ է»:

Այսօր աբորտի խնդրին նվիրված բազմաթիվ միջազգային համաձայնագրերի կողքին առանձնանում է Համաշխարհային բժշկական ընկերակցության կողմից ընդունված Հռչակագիրը՝ բժշկական աբորտների մասին (1983թ.): Նրա մեջ ամրագրված են հետևյալ հիմնարար սկզբունքները.

Բժշկի հիմնարար բարոյական սկզբունքն է՝ հարգանքը մարդկային կյանքի հանդեպ՝ սկսած նրա սաղմնավորման պահից:

Հանգամանքները, որոնք պոտենցիալ մոր շահերը հակադրում են դեռևս չծնված երեխայի շահերին, բժշկին կանգնեցնում են ընտրության անհրաժեշտության առաջ՝ պահպանել հղիությունը թե՞ կանխամտածված կերպով այն դադարեցնել:

Ընտրության ոչ միանշանակությունը որոշվում է տարբեր կրոնական և բարոյական դիրքորոշումներով, ընդ որում, դրանցից յուրաքանչյուրը պահանջում է իր նկատմամբ հարգալից վերաբերմունք:

Տվյալ պետության կամ համայնքի մեջ այդ հարցի լուծման կանոնների հանդեպ վերաբերմունքը գտնվում է բժշկության իրավասությունից դուրս, բժիշկները պետք է ապահովեն իրենց հիվանդների պաշտպանությունը և սեփական իրավունքների պաշտպանությունը հասարակության մեջ:

Այն երկրներում, որտեղ բժշկական արժույթները օրենքով թույլատրված են, դրանք իրականացվում են օրինական հիմունքներով:

Եթե բժշկի անձնական համոզմունքները թույլ չեն տալիս անել բժշկական արժույթի առաջարկ, նա պետք է հիվանդին առաջարկի իր մեկ այլ իրավասու գործընկերոջ թեկնածությունը:

Համաշխարհային բժշկական ընկերակցության Գերագույն համաժողովի ներկա Յոզակագրի դրույթների կատարումը պարտադիր չէ այն անդամ-ընկերակցությունների համար, ովքեր չեն միացել ներկա «Յոզակագրին» (տես հավելվածը):

Աբորտի հարցերը քննարկելիս մշտապես հարկ է հաշվի առնել պտղի զարգացման փուլերը:

Կան հետազոտողներ, ովքեր համոզված են, որ արժույթներն անկախ հանգամանքներից անբարո Երևույթ են: Ի հակակշիռ այս «պահպանողական» տեսակետի, հետազոտողների երկրորդ խումբը գտնում է, որ կինն ունի արժույթի բացարձակ իրավունք՝ անկախ պտղի հասունացման փուլից: Իսկ «չափավոր» դիրքորոշման կողմնակիցները գտնում են, որ արժույթը բարոյական առումով հիմնավորված է միայն այն դեպքում, եթե պտուղը չի հասել զարգացման որոշակի փուլի: Եթե ընդունենք այն տեսակետը, որ մեր գործողությունները զնահատվում են բարոյական (կամ անբարոյական) միայն այն դեպքում, եթե ուղղված են մեկ այլ մարդկային էակի, առաջանում է էմբրիոնի (պտղի) կարգավիճակի խնդիր (սաղմի կյանքի իրավունք): Հղիության ութերորդ շաբաթից սկսած գործ ունենք ոչ թե սաղմի, այլ զարգացած պտղի հետ: Հղիության 12-16 շաբաթների միջակայքում մայրն առաջին անգամ զգում է երեխայի մարմնի շարժը: 20-28 շաբաթյա պտուղը դառնում է կենսունակ. այսինքն կարող է ապրել (համապատասխան պայմանների առկայության դեպքում), եթե նրան հեռացնեն մոր մարմնից:

Պահպանողականները պնդում են, որ պտուղը օժտված է բոլոր այն իրավունքներով, որոնք ներհատուկ են մարդկային զարգացած էակին: Ավելացնում են նաև, որ պտղին զրկելով կյանքից, մենք սպանում ենք այն, ինչը կարող է հետագայում դառնալ անձնավորություն:

Ազատականները ժխտում են այս տեսակետը, մատնանշելով, որ պտղի իրավունքների քննարկումը նույնքան անիմաստ է, որքան կույրադիքի՝ ապենդիքսի «իրավունքների» քննարկումը:

Այստեղ անհրաժեշտ է բնութագրել պտղի «վիճակը», այն վիճակը, որին կան վերագրում ենք «մարդկային» բովանդակություն, կամ ոչ:



*Ռոբերտ Էդվարդս (կենտրոնում),
անգլիացի էմբրիոլոգ,
էքստրակորպորալ
(in vitro) բեղմնավորման մեթոդի
հեղինակներից մեկը:*



Պահպանողականները պնդում են, որ այդ պահը համընկնում է հղիության հետ, և որ պտղի զարգացման ցանկացած փուլում այն մնում է մարդկային էակի պտուղ:

Հակառակ տեսակետը պաշտպանող ազատականները (լիբերալները) գտնում են, որ չի կարելի պտղին, նույնիսկ նրա զարգացման ավելի ուշ փուլե-



1978 թ. Մանչեստերում ծնվեց փոքրիկ Լուիզա Ջոյ Բրաունը: Աղջիկը լույս աշխարհ եկավ արհեստական բեղմնավորման ճանապարհով (test tube baby): Փոքրիկ Լուիզայի քաշը 2.61կգ էր: Բժշկական հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ նա լիովին առողջ է: Մոր վիճակը նույնպես գնահատվում էր բավարար:



Արհեստական բեղմնավորման փորձն առաջին անգամ իրականացրեցին գինեկոլոգ Պատրիկ Ստեպտուն և ֆիզիոլոգ Ռոբերտ Էդվարդսը (Քեմբրիջ):

Մի քանի տարի հետո նույն ճանապարհով ծնվեց Լուիզայի քույրը՝ Նատալին: Այսօր Լուիզան 30 տարեկան է, աշխատում է փոստատար և սիրում է զբաղվել սպորտով:

րում, վերագրել «մարդկային էակի» կարգավիճակ: Ասում են, որ պտուղն անձ չէ: Երբեմն ավելի հեռուն են գնում՝ պնդելով, թե նորածինը ևս անձնավորություն չէ:

Այստեղից հարց է ծագում, որո՞նք են անձը բնութագրող հատկանիշները:

Հոգեբանական գրականության մեջ նշվում են անձը բնութագրող հետևյալ հատկանիշները.

զգայականության առկայություն, հարաբերականորեն բարդ խնդիրներ լուծելու զարգացած ունակություն, հաղորդակցվելու, շփվելու ունակություն

ինքնակտիվացման, և ինքնատիրապետման որոշակի մակարդակ:

Եվ քանի որ պտուղը չի կարող ունենալ վերը նշված հատկանիշները, հետևաբար չի կարող դիտվել որպես անձ կամ անձնավորություն: Այս եզրակացությունը հանգեցնում է արբորտի բարոյական (և իրավական) թույլատրելիության հիմնավորմանը:

Որոշ երկրներում հակառակորդները չեն դադարեցրել իրենց պայքարը: Նրանք հասել են այն բանին, որ հասարակությունը միջոցներ չի հատկացնում այդ հարցի լուծման համար: Նրանց շնորհիվ «անվճար» արբորտներն աղքատ խավերի շրջանում թույլատրվում են միայն հետևյալ դեպքերում՝

ա. երբ հղիությունն անհրաժեշտ է դադարեցնել կյանքին վտանգ սպառնալու պատճառով, բ. երբ կինը հղիացել է ինցեստի կամ բռնաբարության հետևանքով:

Մեծամասնության եզրակացությունն այս է՝ անբարոյական է, երբ մարդկային էակի պտուղը զրկվում է կյանքից՝ ծնողների համար անցանկալի սեռին պատկանելու կամ ի ծնե արատ ունենալու պատճառաբանությամբ:

Չպետք է մոռանալ, որ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների կիրառումը կանանց մոտ առաջացնում է ուռուցքաբանական հիվանդության սպառնալիք (օվուլյացիայի հորմոնալ գերխթանման հետևանքով), իսկ նորածինների մոտ՝ զանազան խախտումներ:

Աբորտից հետո կասկածի տակ է դրվում կնոջ՝ հետագայում երեխա ունենալ կարողանալու հարցը:

Ընդհանրացնելով վերը ասվածը, կարելի է համաձայնել հոգևոր առաջնորդ Անտոնիի՝ հղիության արհեստական ընդհատման խնդրին տրված ընդհանուր գնահատականի հետ. «...ասել թե սաղմը մինչև ինչ-որ որոշակի ժամկետում դուրս նետելը թույլատրելի է, իսկ դրանից հետո՝ ոչ, բժշկական տեսանկյունից գուցե հնարավոր է, սակայն բարոյական տեսանկյունից՝ ոչ: Կարծում եմ, որ լինում են դեպքեր, երբ հղիության արհեստական ընդհատումը թույլատրելի է, օրինակ, եթե երեխան ծնվելու է մեռած, կամ մայրը կարող է մահանալ, եթե ծննդաբերի: Այս խնդիրը կապված է հավատի հետ: Չնայած սա բժշկական հարց է»:

Հայ Առաքելական Եկեղեցին ևս պետք է եռանդուն մասնակցություն ցուցաբերի այս հիմնախնդրի հասարակական քննարկումներին:

Հայաստանում սոցիալ-տնտեսական պայմաններն այսօր առանձնապես չեն նպաստում ազգաբնակչության դեմոգրաֆական աճին: Հարկավոր է մշակել ազգաբնակչության աճի ռազմավարական ծրագիր: Պետությունը պետք է բարոյական և ֆինանսական լուրջ աջակցություն ցուցաբերի ծննդաբերող կնոջը: Պիտի ստեղծվի համընդհանուր խրախուսանքի, աջակցության մթնոլորտ հղի կանանց նկատմամբ:

Այն հարցին, թե ո՞վ է Ֆրանսիայի առաջին կինը, Նապոլեոնը պատասխանել է. «Նա, ով իր ամուսնուն (և ազգին) ամենաշատ երեխաներ կպարզկի»:

Այո, շատ երեխաներ ունեցող ընտանիքները պետք է առանձնահատուկ հոգածության արժանանան ոչ միայն պետության, այլև ողջ հասարակության կողմից: Եթե ավելացնենք նաև տնտեսական, ֆինանսական պայմաններով բացատրվող արտագաղթը, ինչպես նաև մեր հարևան մահմեդական երկրների ազգաբնակչության դեմոգրաֆական բուռն աճը (որին նպաստում է նաև բազմակնությունը), ապա հարցը մտահոգության տեղիք է տալիս մեր երկրում և անհրաժեշտաբար պետք է դառնա ոչ միայն բժշկական, այլև կրոնական, հասարակական ամենալայն շրջանակների լուրջ քննարկումների առարկա:

Յուրաքանչյուր հայ մարդ պիտի մտածի ոչ միայն իր, իր ընտանիքի, այլև իր ազգի մասին: Ինչպես մեծ զորավար Անդրանիկն էր պատգամել. «**Ամեն իրիկուն գլուխդ բարձին դնելուց մեկ րոպե մտածիր ազգիդ մասին**»:



ԲԱԺԻՆ 12

ԳԵՆԱՅԻՆ

**ՏԵԽՆՈԼՈԳԻԱՆԵՐԻ, ԿԼՈՆԱՎՈՐՄԱՆ
ԷԹԻԿԱԿԱՆ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԸ**

Գենետիկայի բնագավառում գիտատեխնիկական խոշոր նվաճումներն արմատապես փոխել են մարդու մասին պատկերացումները: Որակապես նոր հնարավորություններ են ստեղծվել մարդու գենոմի «քարտեզը», «պաթոլոգիական անատոմիան» կազմելու համար:

Բժշկագիտության մեջ առաջացել են հետազոտական նոր ուղղություններ՝ գենետիկական ախտորոշում, կանխատեսում և այլն: Գիտնականները խոսում են կանխատեսող բժշկության մասին, որոնք առնչվում են մարդկային կյանքը կառավարելու նոր տեխնոլոգիաների հետ: Միաժամանակ աճել է հետաքրքրությունը գենետիկայի էթիկական հիմնահարցերի նկատմամբ:

Ֆիզիոլոգիայի և բժշկության գծով Նորբեյան մրցանակի դափնեկիր (1980թ.) ժան Դոսսեն նշել է, որ **«Մարդու գենետիկայի ոլորտում նոր տեխնոլոգիաների ոչ խելամիտ օգտագործումը կարող է հանգեցնել աղետալի հետևանքների»:**

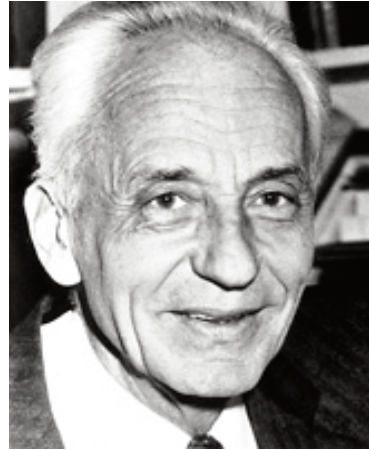
Աստվածաշնչի տեքստերում կան արհեստականորեն բանական էակ ստեղծելու մասին մարգարեական կանխատեսումներ: Զոռմի Պապ Յոզեֆ Ռատցինգերն (Բենեդիկտոս 16-րդ) իր աշխատանքներում նշել է, որ արդեն XIII դ. հրեական կաթալիստական տեքստերում քննարկվել է նախապես տրված ցանկալի հատկանիշներով արհեստական մարդու ստեղծման գաղափարը¹²³:

Գյոթեի «Ֆաուստ»-ում, երբ բժիշկ Վագները ստեղծում էր արհեստական մարդուն՝ հոմունկուլին, ներկա էր... Մեֆիստոֆելը: Զանճարեղ պոետն ու փիլիսոփան Մեֆիստոֆելի և հոմունկուլի միջև տեսնում է էական նմանություններ:

Մարդկային երևակայությունը ցնցող անցյալի կանխագուշակումներն այսօր աստիճանաբար իրականություն են դառնում: Այդ կապակցությամբ խորհել իմացող, սթափ մտածող մարդկանց ուղեղներում ծնվում են հարցեր՝ **արդյո՞ք հետազոտող-գենետիկը կարող է դառնալ կենսաբանական էվոլյուցիայի համահեղինակ: Եվ կամ արդի հասարակությունն ի վիճակի՞ է կարգավորելու գիտական հետազոտությունների անկանխատեսելի հետևանքները:** Եթե այո, ապա՝ ինչպե՞ս: Որոշ հետազոտողներ (օրինակ, Պրինստոնի (ԱՄՆ) համալսարանի պրոֆեսոր Էզրա Սուլեյմանը¹¹⁴) գտնում են, որ «Պետությունը չպետք է թելադրի, թե ինչպես կարելի է տարածել գիտական հետազոտությունների արդյունքները: Պետությունը պետք է գտնվի դիտորդի դերում, երբ խոսքը գիտական հետազոտությունների մասին է»:

Ակնհայտ է, որ մարդու վերարտադրողական գործառույթներին միջամտելու տեխնոլոգիաները չեն կարող գործադրվել առանց էթիկական հիմնավորման և օրենսդրական կարգավորման: Նոր տեխնոլոգիաների թվում առանձնապես կարևորվում է կլոնավորումը:

Կլոնավորումը միանշանակ չի ընկալվում ո՛չ բժշկական հանրույթի և ո՛չ էլ լայն հասարակայնության կողմից: Մարդիկ բաժանվում են երկու հակադիր խմբի:



ժան Դոսե (ծնվ. 1919)

Կան մտածողներ, ովքեր վճռականորեն դեմ են կլոնավորմանը, մարդկանց «պատճենահանմանը»: *Նրանք գտնում են, որ կլոնավորման գաղափարն ինքնին հակաբնական է: Եվ, որ նույն գենետիկ կոդով մի քանի մարդկանց ստեղծումը կարող է լուրջ հարված հասցնել մարդկային արժանապատվությանն ու անկրկնելիությանը:*

Կլոնավորման դեմ հանդես են գալիս ոչ միայն հումանիստ գիտնականները և հետազոտողները, այլև կրոնական գործիչները:

Ընդդեմ կլոնավորման բերվում է նաև այն փաստարկը, որ կլոնավորումը կարող է նվազեցնել գենետիկ բազմազանությունը, մարդկանց ավելի խոցելի դարձնել համաճարակների և այլ հիվանդությունների նկատմամբ: Երկիր մոլորակի վրա ապրում է ավելի քան 5 մլրդ մարդ: Ակնհայտ է, որ մարդու կլոնավորումը մոտ ապագայում կարող է կատարվել ոչ մեծ չափերով, առաջին հերթին թանկության պատճառով: Բացի դրանից, կանանց մեծամասնությունը հագիվ թե ցանկանա դառնալ կլոն-երկվորյակների մայր: Տասնյակ տարիներ կանցնեն մինչև որ ամբողջ աշխարհում կլոն-մարդկանց թիվը կհասնի 1 մլնի սահմանագծին¹⁵:



Յան Ուիլմուդ, շոտլանդացի էմբրիոլոգ, աշխարհի առաջին կլոնավորված կաթնասունի հեղինակը:

Ստավախություն է արտահայտվում, թե կլոնավորումը կարող է հանգեցնել մարդ-հրեշների ստեղծմանը: Նկատենք, որ մարդու կլոնավորումը նույնը չէ, ինչ մարդու խնդիրը գենային ինժեներիայում: Կլոնավորման դեպքում պատճենվում է գոյություն ունեցող անհատի ճիշտ երկվորյակը, կրկնօրինակը և հետևաբար, այն չի կարող լինել ինչ-որ հրեշ, այլանդակ էակ:

Մինչդեռ գենային ինժեներիան ենթադրում է մարդկային տեսակի ձևափոխում, որի հետևանքով կարող է երևան գալ մարդ, որը նախկինում գոյություն ունեցող ոչ մի մարդու նման չէ: Բացառված չէ, որ դա կարող է հանգեցնել խիստ արտասովոր մարդկանց, նույնիսկ հրեշանման մարդկանց ստեղծմանը:

Գենային ինժեներիան, իհարկե, օժտված է դրական ներուժով, սակայն մեծ ռիսկ պահանջող ձեռնարկ է, հետևաբար այն պետք է իրականացվի մեծագույն զգուշությամբ և խստագույն հսկողության ներքո: Մինչդեռ կլոնավորումը անվտանգ է գենային ինժեներիայի համեմատությամբ: Եվ եթե որևէ մեկը զգուշանում է մարդու կլոնավորումից, ապա գենային ինժեներիայից, պարզապես պետք է սարսափի...

Այսօրվա դրությամբ, կլոնավորման տեխնոլոգիան կատարյալ չէ, կարող է հանգեցնել մարդկային պտղի անժամանակ մահվան: Անշուշտ, մարդկային գործունեության ոչ մի ոլորտ ազատ չէ պատահական մահվանից: Մարդու կլոնավորումը բացառություն է չէ:

Շատ դեպքերում նման բացասական արձագանքը ոչ այլ ինչ է, եթե ոչ ապատեղեկատվության և մարդկային կլոնի մասին խեղաթյուրված պատկերացումների արդյունք, _նշում են կլոնավորման կողմակիցները:

Այս փաստարկները հերքում է մտածողների երկրորդ խումբը: մատնանշելով գենետիկ նույն կողմ ունեցող աշխարհի 150 մլն երկվորյակների գոյությունը:

Վիճակագրությունը ցույց է տալիս, որ, միջին հաշվով, 67 ծնունդներից մեկը

երկվորյակ է: Բնական երկվորյակներն ավելի միանման են, քան կլոն-երկվորյակները, քանի որ բնական երկվորյակները ճշգրտորեն ունեն նույն տարիքը, մինչդեռ կլոն-երկվորյակը և գենետիկ կողի դոնորը սովորաբար, ունեն տարբեր տարիքային մակարդակներ: «Արդյո՞ք երկվորյակների գոյությունը սպառնում է մարդկային արժանապատվությանը,- հարցնում է մտածողների երկրորդ խումբը: Իհարկե, ո՛չ»:

Ի տարբերություն արորտի, որ նախատեսում է պտղի կյանքի դադարեցում, կլոնավորումը ենթադրում է նոր կյանքի ստեղծում: Հետևաբար, մարդու կլոնավորմանը դիմակայող ուժերը չեն հիմնվում բարոյական կայուն սկզբունքների վրա: Նրանք, ովքեր պնդում են, թե, իբր, կլոնավորումը կարող է վատ հետևանքներ ունենալ, պետք է ճշգրիտ սահմանեն, թե խոսքը հատկապես ինչ վատ հետևանքների մասին է: Առ այսօր դա արված չէ:

Չնայած կլոնավորման ուղղությամբ տարվող փորձարարական աշխատանքները բազմաթիվ երկրներում արգելված են, սակայն որոշ երկրներում, օրինակ՝ Մեծ Բրիտանիայում (Նյու Քասլի համալսարանում) շարունակվում են մարդու կլոնի բազմացմանն ուղղված փորձարարական ուսումնասիրությունները: Բրիտանական կառավարությունը գիտնականներին իրավունք է վերապահել կլոնավորելու մարդու սաղմը: Այո, կլոնավորել, սակայն գիտական և ոչ առևտրական նպատակներով: Նույնանման հետազոտությունները շարունակվում են ԱՄՆ-ում և Ճապոնիայում՝ պետական հսկողության ներքո:



Ի. Գյոթե (1949-1832)

Ներկայումս կաթնասունների կլոնավորման տեխնոլոգիան գտնվում է փորձարարական փուլում:

Մարդու կլոնավորումը պահանջում է օրենսդրական հատուկ կարգավորում՝ հնարավոր չարաշահումները կանխելու համար: Մարդկանց կլոնները պաշտոնապես պետք է ունենան նույն իրավաբանական իրավունքներն ու պատասխանատվությունը, ինչ մարդկային էակը - գտնում են կլոնավորման կողմնակիցները:

Ներկայումս մարդը չի կարող կլոնավորվել առանց նրա գրավոր համաձայնության: Ցանկացած մարդու տրվում է իր գենետիկ կողի սեփականության և իր հայեցողությամբ այն տնօրինելու իրավունք: Կողը պետք է գտնվի նրա անձնական հսկողության ներքո: Մարդու կլոնները պետք է հասունացվեն և ծնվեն միայն հասուն տարիքի կնոջ կողմից: Նա պետք է գործի իր կամքով, առանց որևէ հարկադրանքի: Կլոնավորման զարգացումը երեխա չունեցող կանանց հնարավորություն կտա ունենալու սեփական երեխաներ (Հայաստանում յուրաքանչյուր յոթերորդ զույգը անպտուղ է):

Մարդու կլոնավորման «դեմ» բերվող փաստարկներն այսպիսով առավել հիմնավոր են, քան «կողմ» ներկայացվող փաստարկները: Կլոնավորման գաղափարը մարդկությանը առաջադրում է նոր խնդիրներ, որոնց հետ նախկինում նա չի բախվել: Խոսքն առաջին հերթին մարդկային անձի անկրկնելիության կորստի մասին է:

Իսկապես որ, գիտության զարգացումը իր հետ բերում է ոչ միայն նոր հնարավորություններ, այլև նոր սպառնալիքներ:

Մարդը չպետք է դառնա անխորհուրդ փորձարկումների առարկա: Այլապես, ոչ մի տարբերություն չի լինի մարդու և արհեստականորեն ստեղծված ինչ-որ էակի միջև: Եթե խախտվի վերոհիշյալ սկզբունքը, ապա դա վատթար հետևանքներ կունենա մարդկային արժանապատվության համար: Մարդու գեներտիկ ու-



Դոլլի գառնուկը, աշխարհում առաջին կլոնավորված կաթնասունը, 1997թ., որն էվանագիայի ենթարկվեց 2003թ.:

րունությունը կդառնա շուկայական տարերքի հնարավոր զոհերից մեկը: Մեծահարուստ մարդիկ, նրանց երեխաները լրացուցիչ առավելություններ կստանան: Դա կհանգեցնի կառավարող ընտրախափի գեներտիկ բարելավմանը: Ուինստոնի համալսարանի կենսաբան Լի Սիլվերի խոսքերով՝ ընտրախափը գործնականում կարող է դառնալ մարդկության առանձին ցեղատեսակ:

Լուրջ մտորումների և անհանգստությունների տեղիք տվեց 1997թ. անգլուխ գորտի կլոնի ստեղծումը: Մարդկանց համակեց վախի ու տագնապի զգացում: Շատերը սկսեցին սարսափել, որ կարող են

ստեղծվել նաև անգլուխ մարդիկ: *Եվ որ կարող են հիմնվել «մարդկային օրգանների յուրօրինակ ֆարրիկաներ»:* «Գիտական ֆաշիզմը» կարող է իրականություն դառնալ: *Կարող է գալ մի ժամանակաշրջան, երբ կստեղծվեն էակներ, որոնց գոյության հիմնական նպատակը տիրապետող, գերիշխող խմբի կամքին հլու հնազանդ ենթարկվելը կդառնա:*

Բազմաթիվ բարգավաճ երկրներից քաղաքական գործիչները, այդ թվում նաև ԱՄՆ-ի նախկին նախագահ Բիլլ Բլինթոնը նշել են, որ մարդկանց կլոնավորումը բարոյապես



ամընդունելի է և առաջարկել են արգելք դնել կլոնավորման գիտափորձերի վրա, սակայն, այնուամենայնիվ միանշանակ չի ընդունվել այդ առաջարկը:

Հասարակայնության տարբեր շրջանակներում ժամանակին լուրջ անհանգստություն էր առաջացրել այն, որ Քյունցիի (Հարավային Կորեա) համալսարանի մի գիտնական ստեղծել

էր մարդկային կլոն, որն աճեցրել էր մինչև 4 բջջի և հետո միայն այն ոչնչացրել: Այս տարի այդ գիտնականը խոստովանել է, որ այդ տեղեկությունը կեղծ է:

Գաղտնիք չէ, որ նման բնույթի հետազոտությունները շարունակվում են: 1993թ. Զ. Վաշինգտոնի անվան համալսարանում մարդկային 17 սաղմեր բազմացրել և հասցրել են մինչև 42 բջջի: Գենետիկորեն ձևափոխված մարդկային սաղմերի պատվաստումը (իմպլանտացիան) Հարավային Կորեայում արգելվել է 1993 թվից: Հարավային Կորեայի կառավարությունը հայտարարել է, որ ցավալի է, բայց փաստ, որ *կառավարական ֆինանսավորման բացակայությունը արգելք չի կարող լինել մասնավոր ձեռներեցների և բարոյազուրկ գիտնականների համար...*¹²²:

Գիտնականներն ուսումնասիրում են նորածին երեխաների բջիջներից բազմացման ճանապարհով «մարդկային մարմնի վերանորոգման» հնարավորությունները: Ենթադրվում է, որ դրանով կարելի է ստանալ անսահման քանակությամբ մարդկային հյուսվածքներ: Այդ հյուսվածքները կարող են օգտագործվել անբուժելի հիվանդությունների բուժման նպատակով: Այնպես որ, ինչպես նշում են կլոնավորման կողմնակիցները, ճիշտ չէ կլոնավորման գաղափարը միանշանակորեն ժխտելը՝ չտեսնելով նաև նրա բարերար հետևանքները...

Այս և հարանման այլ հարցերի պատասխանը կարող է տալ բժշկական տեխնոլոգիաների զարգացումը: Գիշտ չէ արգելապատնեշներ դնել գիտության, այդ թվում բժշկության զարգացման ճանապարհին: Սակայն չպետք է մոռանալ, որ մարդ կլոնավորել նշանակում է ձեռնոց նետել բնությանը, Աստծուն: Հիրավի, մտածելու տեղիք է տալիս **արդյո՞ք կարո՞ղ են քաղել այն ամենը, ինչին ձեռքս հասնում է...**

1998 թ. հունվարի 12-ին Փարիզում ստորագրվեց մարդու կենսաբանական պլանավորումը (արհեստական մարդու ստեղծումը) արգելող միջազգային արձանագրություն: Դրան մասնակցել են Եվրոպական 19 երկրների ներկայացուցիչներ: *Ֆրանսիայի նախագահ Ժակ Շիրակն այդ առթիվ մաղթել է, որ համաշխարհային մակարդակով արգելվի «մարդու պլանավորումն ու զենետիկ ձեռնածությունների անցկացումը», ինչը «կարող է հանգեցնել տագնապալի հետևանքների»:*

Իզուր չէ, որ Եվրոխորհրդի կենսաբանական էթիկայի հանձնաժողովը հարկ համարել ազգային կոմիտեների հատուկ միջազգային խորհրդաժողով հրավիրել խնդրո առարկայի շուրջ:

Խոսքը 1997 թ-ին ողջ աշխարհը ցնցած հայտագործության մասին է, երբ ամերիկացի 69-ամյա գիտնական Սիդի ղեկավարած խումբը կարողացավ ստանալ Դոլլի անունով արհեստական գառնուկը, հար և նման այն բնօրինակին, որից սերվել էր:

Կենսաբանական բժշկության տեսակետից, ինչ խոսք, դա վիթխարի նվաճում էր: Հաջողվեց 270 բնօրինակներից վերցված կենսանյութից ստանալ 29-ի էմբրիոնները, և դրանցից միայն մեկը, հենց նույն Դոլլի գառնուկը, աճեց և դարձավ իսկական կենդանի: Բայց դա աներկբայորեն ապացուցեց, որ նույն կերպ կարելի՞ վարվել նաև մարդու հետ, այսինքն՝ ստանալ արհեստական մարդ, բնօրինակի բառացի կրկնօրինակը: Այժմ արդեն գիտնականների նույն խումբը հաշվարկել է, որ այդպիսի «մարդու» ստացման ծախսը կկազմի մոտ 1 մլն ամերիկյան դոլար:

«Դոլլի» ծրագրի հեղինակները գտնում են, թե ձախողումների այդպիսի բարձր տոկոսը արհեստական մարդու ստացումն առայժմ դարձնում է անարդյունավետ: Սակայն խնդիրն ամենևին էլ արդյունավետության կամ անարդյունավետության մասին չէ: **Առաջանում են բարոյական կարգի հարցադրումներ, և**

առաջին հերթին այն, թե թույլատրելի՞ է արհեստական մարդու ստացումը: Չէ՞ որ մարդկային կյանքը, իր եզակիությամբ, մինչև այժմ համարվել է անհամեմատելի արժեք: «Ամեն մարդ մի աշխարհ է» արտահայտությունը, արհեստական մարդու ստեղծմամբ և այդ «տեխնոլոգիական գործընթացի» հետագա կատարելագործման հեռանկարի հաշվառմամբ, անհուսալիորեն կորցնում է իր իմաստը...

Գիտնականների շրջանում միասնական տեսակետ չկա այդ խնդրի առթիվ:

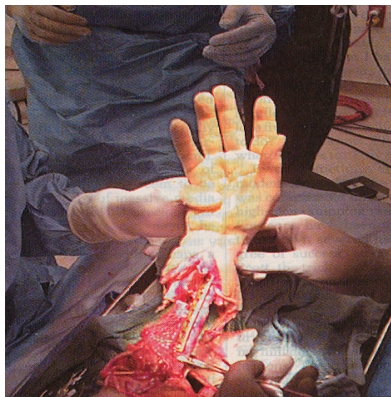


Կլոնավորման արտառոց արդյունքներից

Ոմանք պնդում են, որ առանց այն էլ մարդկանց մոտ 15 տոկոսը ստիպված է լինում դիմելու արհեստական բեղմնավորման: Յենց միայն ԱՄՆ-ում տարեկան 10 հազար մարդ դիմում է այդ քայլին, և այդ թիվը շատ ավելին կլիներ, եթե արհեստական բեղմնավորումը չափազանց թանկ չլիներ: Չէ՞ որ մարդուն յուրահատուկ է իր սերունդն ունենալու, դրանով իսկ անմահանալու բնական ձգտումը: Արհեստական մարդու ստեղծումով, գտնում են նրանք, այս խնդիրն ինքնըստինքյան կլուծվի՝ ամուլ մարդը կունենա ոչ թե իր ժառանգը, այլ ուղղակի կրկնակը, և դրանով իսկ նորից կապրի: Եթե կրկնակի ստեղծման ծախսերը նվազեն, կարծում են այդ տեսակետի կողմնակիցները, ապա իրենց կրկնակն ունենալ ցանկացողների

թիվը կտրուկ կմեծանա և արդեն մոտ ապագայում կարելի կլինի տարեկան «արտադրել» 200 հազար արհեստական մարդ:

Այլոց կարծիքով, հարցն ամենևին էլ այս կերպ անմահանալու մեջ չէ: Գենետիկ ձեռնածությունները, մարդու ժառանգական գենի հատկությունների արհեստական փոփոխումները, բնության այս սրբության սրբոցի մեջ մարդու կոպիտ ներթափանցումը կարող է փոխել մարդկության հոգեբանությունն ընդհանրապես, պլանավորման տակ դնել կյանքի բարձրագույն՝ բանական ձևի հետագա բախտը:



Ձեռքի տրանսպլանտացիա

Ո՞րն է երաշխիքը, որ ապագայում չեն հայտնվի մարդու գենետիկ մաքրության զառանցական գաղափարի նոր կողմնակիցներ, որոնք կփորձեն մաքրագործել ապագա սերունդներին՝ ուղղակի արգելելով «թերարժեքների» ծնունդը և նախապատվություն տալով «ազնվածիներին»: Մի՞թե դրան չէին ձգտում հիտլերյան ֆաշիստներն իրենց պրիմիտիվ և բարբարոս

մեթոդներով: Չի բացառվում նաև այս կարգի արհեստական մարդկանց «սերիական արտադրությունը», ովքեր նախապես արդեն ծրագրավորված կլինեն որոշակի ասպարեզներում օգտագործվելու համար, որպես կենսաբանական ռոբոտներ: Ի

դեպ, Դոլլի ծրագրի ղեկավարը հենց այս էլ նկատի ունի, երբ իրեն քննադատողներին պատասխանում է, թե «արհեստական մարդկանց նոր շուկան խիստ շահութաբեր կլինի, իսկ շահույթը լավ բան է, շահույթը մարդկային գործունեության գլխավոր կողմն է, այդ գործունեությունը պիտի եկամուտներ բերի»:

ԱՄՆ-ի այն ժամանակվա նախագահ Բիլ Բլինթոնը, Դոլլի գառնուկի ստացման լուրն առնելուն պես, կտրուկ արտահայտվել է մարդկանց կենսաբանական պլանավորման հավանականության դեմ: Բլինթոնն առաջարկել էր առաջիկա 5 տարիներին սառեցնել նմանօրինակ գիտական հետազոտությունների համար տրվող ֆինանսավորումը: Գտնում են, որ Բլինթոնը ելնում էր պրակտիկ նկատառումներից, հուսալով, որ այդ 5 տարիներին հնարավոր կլինի երկրում մշակել մարդու արհեստական ստացումն արգելող օրենսդրություն: Իսկ ահա ծերունագարդ գիտնական Սիդը համաձայն չէ իր երկրի նախագահի հետ և հայտարարում է, որ ԱՄՆ-ում մարդու արհեստական ստացումն արգելող օրենսդրության երևան գալու դեպքում ինքն իր փորձերը կտեղափոխի այլ երկրներ, որտեղ դրանք արգելված չեն:



Արհեստական մարդը, ավաղ, շատ ավելին է, քան զենքը, որը կարելի է նաև չգործադրել:

Արհեստական մարդը չի կարելի չգործադրել, նա ստեղծվում է հենց գործադրվելու համար: Բայց դա չի՞ հանգեցնի այն բանին, որ այս մոլորակից այդ արհեստականները իսպառ դուրս կմղեն... բնականներին:



ԲԱԺԻՆ 13

ԿՅԱՆՔԻ ԵՎ ՄԱՀՎԱՆ ՀԻՄՆԱՀԱՐՅԸ

*Ոմանց համար մահը պատիժ է,
Ոմանց համար՝ շնորհ,
Իսկ ոմանց համար էլ՝ բարիք:*

Սենեկա

Կյանքը և մահը մեր խորհրդածությունների, մտքերի անբաժան մասն են: Դրանց շուրջ իրենց խորհրդածություններն են արտահայտել իմաստասերները, մարգարեները, արվեստի և գրականության գործիչները, նաև բժիշկները: Ոմանք կյանքը տառապանք են համարել (Բուդդա, Շոպենհաուեր), ոմանք՝ երազ (Պլատոն, Պասկալ), ոմանք՝ դատարկ և հիմար կատակ (Լերմոնտով): Իսկ մեծն Նարեկացին կյանքի ընթացքն է պատկերում այսպես.

*Անօգուտ ջանքեր, իզուր աշխատանք,
Յետամտումներ անմիտ, անհեթեթ,
Գործեր ապարդյուն, անշահ արշավանք,
Միտումներ խոտոր,
Ոչնչության խենթ հորձանապտույտ...*

Սեկնական երկարաբանությունից խուսափելու համար դիմում ենք Շեքսպիրի օգնությանը, որից կատարվող այս փոքրիկ մեջբերումը ըստ էության, նույն միտքն է մարմնավորում, միայն թե գեղարվեստական տարբեր արտահայտչամիջոցներով.

*Կյանքը մի քայլող ստվեր է միայն,
Մի խեղճ դերասան, որ բեմի վրա
Իր ժամին փքվում եւ բորբոքվում է,
Եվ այնուհետեւ ձայնը չի լսվում.
Մի հեքիաթ է նա հիմարի պատմած,
Լցված շառաչով եւ կատաղությամբ, առանց իմաստի:*

Իսկ Մահաթմա Գանդին նկատել է. «Մենք չգիտենք, թե որն է լավ՝ ապրելը, թե՞ մեռնելը: Պետք է երկուսին էլ նույն ձևով վերաբերվենք: Դա է իդեալական տարբերակը»:

Համաշխարհային կրոնները և կյանքի ու մահվան հիմնախնդիրը

Կյանքի իմաստի, մահվան ու անմահության քրիստոնեական ըմբռումը բխում է Հին Կտակարանի հանրահայտ դրույթից՝ «Մահվան օրը ծննդյան օրից լավ է», ինչպես նաև Նոր Կտակարանում գրված Քրիստոսի պատգամից. «... Ես ունեմ դժոխքի ու մահվան բանալիները»:

Անձի անմահությունը ըստ քրիստոնեության հնարավոր է միայն հարության միջոցով: Դրա ուղին մեզ ուղենշել է Հիսուս Քրիստոսը՝ խաչվելու և հարության միջոցով: Հետևաբար, կյանքի նպատակը մարմնավորված է դեպի հավիտենական կյանք տանող ուղու ընտրության մեջ: Առանց դրա գիտակցման երկրային կյանքը վերածվում է անիմաստ երազի, դատարկ ու պարապ զբաղմունքի (ունայնություն ունայնությանց):

Երկրային կյանքը ոչ այլ ինչ է, եթե ոչ հավիտենական կյանքին նախապատրաստվելու մարդկային փորձություն: Պատահական չէ, որ Ավետարանում ասված է. «Եղեք պատրաստ, քանի որ որքան ժամանակ էլ ապրեք ու գործեք, կգա մարդկության որդին»¹:

Մարդիկ մշտապես խորհրդածում են կյանքի իմաստի ու մահվան մասին: Դա ողբերգությունն է, այլ անցում մի աշխարհից մեկ այլ աշխարհ՝ լի դրախտային ուրախություններով կամ դժոխային տանջանքներով: Մարգարեներից մեկի կարծիքով՝ «մեռնող մարդը ծագող լուսատու է, որի լույսը փայլում է ուրիշ աշխարհի վրա»:

Ամնահության մեկ այլ պատկերացում կապված է «հավիտենական հրեա» Ագասթերի կերպարի հետ: Երբ խաչի ծանրությունից կքած Հիսուսը գնում էր Գողգոթա և փոքր-ինչ հանգստանալ կամեցավ, ուրիշների կողքին կանգնած Ագասթերը նրան դիմեց. «Գնա՛, գնա՛» խոսքերով: Դրա համար պատժվեց՝ մերժվելով գերեզմանում հանգստություն գտնելու շնորհից: Նա դատապարտվեց աշխարհով մեկ թափառելու՝ սպասելով Քրիստոսի երկրորդ գալստյանը, քանի որ միայն նրա միջոցով կարող է ազատվել անվերջ թափառելու տանջանքներից:



*Մխիթար Հերացի
և Ներսես Շնորհալի (12-13դդ)*

Դրախտի կերպարը կապված է հիվանդության, մահվան, սովի, ցրտի, թշվառության, թշնամության, ատելության իսպառ բացակայության հետ:

Այնտեղ կյանքը հովվերգական բնույթ ունի. չկա տանջալից աշխատանք, ուրախությունն առանց վշտի է, առողջությունն՝ առանց հիվանդության և պատիվն՝ առանց վտանգի: Բոլոր մարդիկ աչքի են ընկնում պատանեկան առույգությանը, բոլորն էլ Քրիստոսի տարիքին են, ուրախանում են, մխիթարվում երանությանը, վայելում խաղաղության, սիրո, ուրախության և կենսախնդրության պտուղները, ընդ որում «մեկը մյուսին սիրում է ինչպես իրեն»:

Ղուկաս Ավետարանիչը այսպես է բնորոշել կյանքի ու մահվան էությունը. **«Աստված մեռածների Աստվածը չէ, այլ ողջերի Աստվածն է: Քանի որ նրա համար բոլորը ողջ են»:** Աստվածաշնչյան «Մի՛ սպանիր» պատգամը կապված է ինքնասպանության դատապարտման հետ: Եկեղեցին ազդարարում է, որ ինքնասպանները դատապարտված են հավիտենական կործանման, մերժված են թաղվելու քրիստոնեական ծիսակարգով:

Նույնիսկ Ֆ. Նիցշեն ընդունել է, որ քրիստոնեությունն անզիջում պայքար է մղել «ինքնասպանության անհագուրդ ծարավի դեմ, որն այնքան տարածվել էր քրիստոնեության ծագման ժամանակներում»:

Ուսումնասիրելով հնագույն քաղաքակրթություններում ինքնասպանության լայն տարածման երևույթը՝ ֆրանսիացի սոցիոլոգ, կրոնի սոցիոլոգիայի հիմնադիր Է. Դյուրգեյմը գալիս է այն եզրահանգման, որ ինքնասպանության դրդապատճառների մեջ կարևորվում են զառանյալ տարիքն ու հիվանդությունները¹²³: Հայաստանում դա այդքան էլ այդպես չէ: Վերջին շրջանում լուրջ անհանգստություն է առաջացնում ինքնասպանության աճը երիտասարդների շրջանում:

Ըստ մահմեդականության մարդն արարվել է ամենագոր Ալլահի կամքով,

որը, նախ և առաջ, ողորմած է ու գթասիրտ: «Երբ ես մեռնեմ, կմնա՞մ արդյոք կենդանի մարդկանց հիշողության մեջ» հարցին Ալլահը տվել է հետևյալ պատասխանը. «Մի՞թե չի հիշի մարդը, որ մենք ենք նրան արարել, իսկ դրանից առաջ նա ոչինչ է եղել»:

Ի տարբերություն քրիստոնեության, մահմեդականության մեջ երկրային կյանքը արժանանում է բարձր գնահատանքի: Չմայած դրան, ահեղ դատաստանի օրն ամեն ինչ կոչնչացվի, իսկ մեռածները հարություն կառնեն և Ալլահին կներկայանան վերջնական դատաստանի:

Չավատն անդրշիրիմյան կյանքի հանդեպ ճանաչվում է անհրաժեշտ, քանի որ այդ դեպքում մարդն իր գործողություններն ու արարքները գնահատում է ոչ թե անձնական շահերի, այլ հավիտենության տեսանկյունից:

Աշխարհի կործանումը ենթադրում է նոր աշխարհի ստեղծում: Ցանկացած մարդու գործած բոլոր արարքները, նույնիսկ գաղտնի, կներկայացվեն Ալլահի դատին: Բարոյապես անաղարտ մարդը կստանա իր արժանի հատուցումը:

Իսլամը և վճռականորեն դեմ է ինքնապանությանը:

Ղուրանում վառ գույներով է ներկայացված դրախտը և դժոխքը, որպեսզի արդարասերները բավարարում ստանան, իսկ մեղավորները ստանան իրենց արժանի պատիժը:

Մահվան և անմահության վերաբերյալ քրիստոնեական ու մահմեդական պատկերացումներից էապես տարբերվում է մահվան **բուդդիստական** ըմբռնումը: Բուդդան հրաժարվում է պատասխանել թե «ճշմարտությունը ճանաչողը արդյոք անմահ է, թե՞ ոչ»: Ըստ էության, ճանաչվում է «հրաշագործ անմահության» միայն մի տեսակը՝ Նիրվանան, որպես այնկողմնային կեցության ոչ մի հատկանիշ չունեցող բացարձակ նախասկզբի մարմնավորում: Այլ կերպ ասած, բուդդայական մշակույթը յուրօրինակ կրոնական ծես է, քանի որ բարձրագույն երանությունը և կյանքի բաղձալի նպատակը երկրային կյանքից դուրս է՝ ոչ կեցության՝ Նիրվանայի մեջ:

Բուդդայականությունը չի ժխտում բրահմանիզմից եկող հոգիների վերաբնակեցման ուսմունքը: Ըստ այդ ուսմունքի, մահվանից հետո ցանկացած էակ վերածնվում է նոր էակի՝ մարդու, կենդանու, աստվածության, ոգու և այլնի կերպարանքով: Սակայն բուդդիզմը մտցնում է իր շտկումներն ու սրբագրումները: Եթե բրահմանները պնդում են, որ ամեն կաստայի համար նախատեսված ամենատարբեր ծեսերի, զոհողության միջոցով կարելի է հասնել «լավ վերածնունդների», այսինքն՝ դառնալ ռաջա, բրահման, հարուստ վաճառական և այլն, ապա բուդդիզմն ամեն մի վերամարմնավորում, կեցության նոր տեսակ համարում է անխուսափելի չարիք: Բուդդիստի համար գերագույն նպատակը ամեն մի վերածնունդի դադարեցման և Նիրվանային (ոչ կեցությանը) հասնելու մեջ է:



Բուդդա

Անձն ընկալվում և իմաստավորվում է որպես դրահմերի հանրագումար, որը գտնվում է վերամարմնավորման անընդհատ հոսքի մեջ: Այստեղից էլ բխում է բնական ծնունդների շղթայի անիմաստության ու անհեթեթության գաղափարը: «Դիանապադան» պնդում է, որ վերստին ծնունդը՝ վերստին տառապանք է: Ելքը՝ Նիրվանային հասնելու, երանելի «կղզուն» հասնելու մեջ է, որը գտնվում է մարդու սրտի խորքերում, ուր «ոչինչ չկա» և «ոչինչ չեն փափագում»: Ինչպես Բուդդան է ասել. **«Մարդու մեկ օրը, որը տեսել է անմահության ուղին, ավելի լավ է այն մարդու հարյուրամյա գոյությունից, որը չի տեսել բարձրագույն կյանքը»**³⁸:

Մարդկանց մեծամասնությունը անկարող է միանգամից հասնել Նիրվանային: Հետևելով Բուդդայի կողմից կանխագծված փրկության ուղուն՝ կենդանի էակը պետք է անընդհատ վերամարմնավորվի մինչև հասնի «վերին իմաստությանը»: Հասնելով դրան՝ նա կարող է դուրս գալ «կեցության շրջապտույտների» սահմաններից և ավարտել վերամարմնավորումների շղթան:

Կյանքի ու մահվան հիմնախնդիրը փիլիսոփայության մեջ

Ծնված օրից մարդը կայուն քայլերով գնում է դեպի մահը: Միակ կայուն երևույթն այս աշխարհում մահն է, մնացած բոլոր բարոյական և այլ կարգի արժեքները փոփոխվում են ըստ տեղի, ժամանակի և այլ հանգամանքների: Սակայն մահը մնում է միակ կայուն երևույթը մեր կյանքում:



Ավետիք Իսահակյան (1875-1957)

Իզուր չէ մեծն բանաստեղծ Յ. Թումանյանն ասում.

Աշխարհում հաստատ միայն մի՛ բան կա,

Այն է, որ հաստատ ոչ մի բան չկա:

Իսկ ըստ Ա. Իսահակյանի՝

Մեր կյանքի ամեն վայրկյանը անցնող
Թեթև, բայց անբույժ վերք է տալիս մեզ:
Իսկ վերջին, վերջին վայրկյանը ասեղ
Մի կուռ հարվածով սպանում է մեզ:

Իսպանացի փիլիսոփա և մշակութաբան Օրտեգա Ի. Գասեթը մարդուն բնորոշում է որպես ո՛չ մարմին և ո՛չ էլ հոգի, այլ որպես առանձնահատուկ մարդկային դրամա: Հի-

րավի, այդ իմաստով յուրաքանչյուր մարդու կյանքը հագեցած է ոչ միայն դրամատիզմով այլև ողբերգականությամբ: Որքան էլ հաջողակ լինի մարդու անձնական կյանքը, որքան էլ լինի տևական, վերջն անխուսափելի է:

Մահվան և պոտենցիալ անմահության թեման միշտ էլ ծնել է փիլիսոփայական խորհրդածություններ: Եվ արդյունքը հիանալի կլինի, եթե մարդիկ իրենց կենսական արարքները չափորոշեն հավիտենության դիրքերից: Մարդ էակը դատապարտված է խորհրդածելու կյանքի ու մահվան մասին: Դրանով է մարդը տարբերվում կենդանիներից: Ընդհանրապես, մահը կենսաբանական համակարգի բարդացման յուրօրինակ հատուցումն է: Միաբջիջ օրգանիզմները գործնականում անմահ են և, այդ իմաստով, ամիորան երջանիկ էակ է:

Երբ օրգանիզմը դառնում է բազմաբջիջ, նրանում ներմուծվում է ինքնառնչ-չացման մեխանիզմ: Այն կապված է գենոմի և նրա առանձնահատկությունների

հետ:

Դարեր շարունակ մարդը ձգտում է տեսականորեն ժխտել այդ թեզիսը, ապացուցել իր անմահության հորինվածքը:

Ոչ մի կերպ չենք կարողանում համակերպվել այն մտքին, որ կգա պահը, երբ կհեռանանք այս աշխարհից, ուր ամենուր կյանքը եռում է:

Մարդը միշտ մտածում է, որ դա իրեն չի վերաբերում, իրենից շատ հեռու է: Պատահական չէ, որ անմահության անհնարինության գիտակցությունը հաճախ մեզ նետում է ողբերգական ապրումների գիրկը: Լ. Տոլստոյը գտնում էր, որ անգամ ընտանեկան սերը անկարող է հոգուն հանգստություն պարգևել, որ դա «զուր հույս է: Եվ ինչու՞ դաստիարակել երեխաներին, երբ, վաղ թե ուշ նրանք կհայտնվեն այն նույն վիճակում, ինչ իրենց հայրը: Մենք անկարող ենք երեխաներից թաքցնելու այդ անժխտելի ճշմարտությունը, իսկ ճշմարտությունը մեկն է. մահն անխուսափելի է»:

Կյանք, մահ ու անմահություն. կենսաբանականի ու հոգևորի կապը

Չանրությանը հայտնի է պանսպերմայի հիպոթեզը, ըստ որի, տիեզերքում կյանքը և մահը մշտապես վերարտադրվում են. ծնվում, ապրում և մեռնում են աստղեր, միգամածություններ, մոլորակներ և տիեզերական այլ մարմիններ: Այդ իմաստով ոչինչ և ոչ մեկն անհետ չի կորչում:

Կյանքի սրբագործվածության գաղափարը և կենդանի էակի կյանքի իրավունքը համարողային կայուն արժեքներից են: Ողջ տիեզերքը և Երկիրը յուրօրինակ կենդանի էակներ են, իսկ նրանց կյանքի չճանաչված օրենքներին անհարկի միջամտությունը հղի է էկոլոգիական ցնցումներով:

Մարդը կենդանի տիեզերքի միկրոկոսմոսի փոքրիկ մասնիկն է: Այն իր մեջ ներառել է մակրոկոսմոսի ողջ հարստությունը:

«Կյանքի հանդեպ երկյուղածության» Յոլիանենս Թունանյան (1869-1923) զգացումը՝ կենդանի կյանքի հրաշագործ աշխարհին համահաղորդ լինելու զգացումը, ցանկացած աշխարհայացքային համակարգի բնութագրական գիծն է: Եթե կենսաբանական, մարմնական կյանքը համարվում է մարդկային գոյության ոչ իսկական, անցումային (տրանզիտային) եղանակ, այդ դեպքում ևս մարդկային մարմինը կարող է և պետք է ձեռք բերի այլ երանելի վիճակ, ինչպես քրիստոնեության մեջ է:



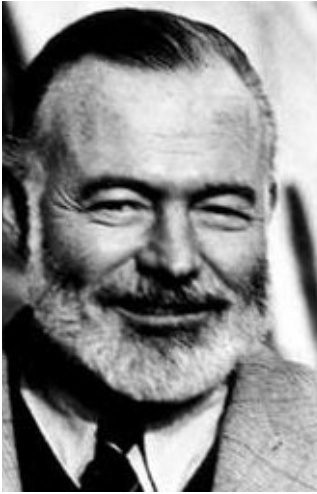
Յոլիանենս Թունանյան (1869-1923)

Մարդկային կյանքի տարբերությունը կյանքի այլ ձևերից

Դարեր շարունակ իմաստունները, մարգարեներն ու փիլիսոփաները փորձում են գտնել այս ջրբաժանը: Ավելի հաճախ պնդում են, որ մարդը գիտակցում է իր վերջավոր լինելը: Չնայած գիտե, որ վախճանվելու է, միևնույն է խելահեղ համառությամբ շարունակում է փնտրել անմահության ուղիներ: Անմահության մի ուղի նշել է անմահ Յ. Թունանյանը.

*Գործն է անմահ, լավ իմացեք,
Որ խոսվում է դարեդար,*

Երնե՛կ նրան, ով իր գործով
Կապրի անվերջ, անդադար:



Լ. Յեմինգուեյ (1899- 1957)

Մնացյալ կենդանի աշխարհը խաղաղ ձևով ավարտում է իր ուղին՝ հասցնելով վերարտադրել նոր կյանք, իսկ վերջում բուսահող դառնալ մեկ ուրիշ կյանքի համար:

Այո՛, ամենահարուստ ու հզոր թագավորն էլ, ամենաթշվառ ու խեղճ աղքատն էլ տարբեր տեսակի կերակուրներ են միևնույն որդի համար...

Մարդը դատապարտված է խորհրդածելու կյանքի իմաստի, իրեն և ուրիշներին տառապանք պատճառող հիմնահարցերի մասին: Եթե ընդունենք, որ հիվանդությունը մեղքի հետևանք է, իսկ մահը մեղքերի արդյունք, ապա հարց է ծագում. ինչպե՞ս բացատրել նորածնի մահվան փաստը¹⁷: Նորածին, որն այդպես էլ չի հասցրել ոչինչ տեսնել, հասկանալ, գործել:

Հոգեվարքում գտնվող Լ. Տոլստոյը իր մերձավորներին ասել է. «Հայացքը ուղղեք միլիոնավոր այլ մարդկանց: Մորը տառապանք պատճառող փոքրիկ էակի մահվան և համաշխարհային համբավ ունեցող մարդկանց շքեղ հուղարկավորության միջև չկա ոչ մի տարբերություն»: Այս իմաստով ճշմարտություն է պարունակում հետևյալ միտքը. «Յուրաքանչյուր մարդու մահը նվաստացնում, դժբախտացնում է ողջ մարդկությունը և այդ իսկ պատճառով երբեք մի հարցրու, թե ո՞ւմ համար է դողանջում զանգակը, նա դողանջում է քեզ համար...» (Էռնեստ Յեմինգուեյ):

Անմահության հարցը

Առանձնացնում են անմահության առնվազն չորս տեսակ:

Անմահության առաջին տեսակը ժառանգականությունն է: Ընտանիքի և ամուսնության սկզբունքային հակառակորդներից և մոլի կնատյացներից բացի, նորմալ մարդը ձգտում է իրեն հավերժացնել հենց այս եղանակով:

Մարդը ձգտում է իր դիմագծերը տեսնել իր երեխաների, թոռների և ծոռների մեջ: Եվ մարդը ոչ միայն հավերժանում է ժառանգ ունենալով, այլև նրան համարում է ամենամեծ հրաշքը, իր լավագույն ստեղծագործությունը: Այն հարցին, թե ո՞րն է իր ստեղծագործություններից ամենահիասքանչը, Ա. Դյուման պատասխանել է, թե իր լավագույն ստեղծագործությունն իր երեխաներն են:

Եվրոպայի թագավորական ընտանիքների մեջ նկատվում է արտաքին որոշակի հատկանիշների փոխանցումը սերնդեսերունդ (օրինակ՝ հաբսբուրգների քիթը): Դրա հետ կապվում է ոչ միայն ֆիզիկական հատկանիշների, այլ նաև ընտանեկան զբաղմունքի տեսակների, բարոյական սկզբունքների ժառանգումը:

Անմահության մեկ այլ ձև է մարմնի մումիականացումը: Եգիպտական փարավոնների փորձը և բալզամացման ժամանակակից պրակտիկան (Վ. Լենին, Մաո-Ցզե-Դուն և այլք) խոսում են այն մասին, որ մի շարք քաղաքակրթություններում մումիականացումն այսօր էլ ընդունված ձև է:

20-րդ դարի վերջին տեխնիկայի աննախադեպ նվաճումները հնարավոր

դարձրին մեռածների մարմինների **կրիոգենեզացիան (խորը սառեցումը)** այն հաշվով, որ ապագայում բժիշկները կգտնեն անբուժելի հիվանդությունները բուժելու և մեռածներին վերակենդանացնելու միջոցներ:

Մարդկային մարմնի նման ֆետիշացումը բնորոշ է հիմնականում ամբողջատիրական հասարակություններին, որտեղ հերոնտոկրատիան (ծերուկների իշխանությունը) դառնում է պետության կայունության հիմքը:

Անմահության երրորդ տեսակը կապված է մարդու ստեղծագործական գործունեության հետ: Իզուր չէ, որ մի շարք ակադեմիկների իսկական անդամներին շնորհում են «անմահի» տիտղոս (Ամպեր, Վոլտեր, Ի. Նյուտոն, Վ. Յամբարձումյան): Սերունդների հիշողության մեջ պահպանվում են գիտական հայտնագործությունների, գրականության և արվեստի հանճարեղ ստեղծագործությունների (Նարեկացի, Շեքսպիր, Ռեմբրանդտ, Քոչար), ռազմական հաղթանակների հերոսների անունները (Վարդան Մամիկոնյան, Անդրանիկ): Մարդկության հիշողության մեջ պահպանվում են նաև դաժան բռնակալների և մեծագույն հանցագործների անունները (Թալեաթ, Չերոստրատ, Յիսուս):



Վ. Յամբարձումյան
(1908-1996)
աստղագետ,
աստղաֆիզիկոս

Վերջապես, անմահության չորրորդ տեսակը կապված է «գիտակցության վիճակի փոփոխությունների» հետ: Յիմնականում դրանք (պսիխոտրենինգի) հոգեվարժանքի և մտակենտրոնացման (մեդիտացիայի) արդյունք են, որոնք ընդունված են արևելյան կրոններում: Խոսքը պայծառատեսության, հավերժին համահաղորդ լինելու առանձնահատուկ վիճակի ու զգացողության մասին է: :

Այսպիսով, կյանքի և մահվան հիմնահարցը ոչ միայն բժշկական, այլ նաև կրոնահոգևոր, բարոյական հիմնահարց է: Դրա վկայությունն են արվեստն ու գրականությունը, կրոնն ու մոգական ամենատարբեր ուսմունքները:



ԲԱԺԻՆ 14 ԷԿՐԱՆԱԶԻԱ.
Կյանքի սոցիոլոգիայի հարցեր

Էվթանազիան և օրենքը. որտե՞ղ և ինչու՞ է այն օրինականացվում

Էվթանազիայի հիմնահարցը ծագել է անտիկ ժամանակներից և միշտ հարուցել թեժ վեճեր: «Էվթանազիա» եզրը (տերմինը) առաջարկել է անգլիացի փիլիսոփա Ֆրենսիս Բեկոնը՝ (XVI-XVII դդ.) այդ հասկացությամբ հասկանալով թեթև, ոչ ցավագին մահը (հունարեն eu - լավ, thanatos – մահ բառերից):

«Թեթև մահ» եզրը օգտագործվել է նաև Դավանաբանության 1980 թ. մայիսի 5-ին ընդունված «Հռչակագիր՝ էվթանազիայի մասին» փաստաթղթում, որտեղ տրված է էվթանազիայի վերջնական պարզաբանումը. **«Էվթանազիա ասելով հասկացվում է ցանկացած գործողություն կամ, ընդհակառակը, անգործություն, որն իր էությամբ կամ դիտավորությամբ հանգեցնում է մահվան: Այսինքն՝ իր ուղղակի նշանակությամբ, էվթանազիան բժշկի օգնությամբ կանխամտածված սպանությունն է»:**

Դա չի վերաբերում ինքնասպանությանը և ցավազրկող թերապիայի հետևանքով առաջացած մահվան:

Տարբերում են ակտիվ և պասիվ էվթանազիա: **Պասիվ էվթանազիայի** դեպքում դադարեցվում է բժշկական օգնությունը, կենսապահպան բուժումը, ինչն արագացնում է մարդու բնական մահը: Սովորաբար, երբ խոսում են էվթանազիայի մասին, նկատի են առնում ակտիվ էվթանազիան: Վերջինս մեռնողի օրգանիզմի մեջ այնպիսի դեղամիջոցների ներմուծումն է, որը հանգեցնում է նրա արագ ու ոչ ցավագին մահին:

Ակտիվ էվթանազիայի ձևերն են.

Այսպես կոչված «կարեկցող» սպանություն.

Սա առկա է այն դեպքերում, երբ մեռնողի հարազատները կամ ինքը՝ բժիշկը, տեսնելով, թե ինչպես է տանջվում անհուսալի հիվանդը և ի գորու չլինելով օգնելու կամ մեղմելու ցավերը, նրա օրգանիզմի մեջ ներմուծում են ցավազրկող դեղամիջոցի գերչափաբաժին, որի հետևանքով վրա է հասնում մահը: Տվյալ դեպքում խոսքը հիվանդի համաձայնության մասին չէ, քանի որ նա անկարող է արտահայտել իր կամքը:

Ինքնասպանություն և «օժանդակող» սպանություն.

Սա էվթանազիայի երկրորդ ձևն է, երբ բժիշկն օգնում է հիվանդին հեռանալու կյանքից:

Երրորդ ձևը տեղի է ունենում առանց բժշկի անմիջական օգնության: Հիվանդն իր կամքով միացնում է սարքը՝ մահվան մեքենան, որը հանգեցնում է նրա արագ և ոչ ցավագին մահվան:

Պրակտիկայում օգտագործվում է էվթանազիայի հետևյալ դասակարգումը.

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

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

բ. **բժշկի օգնությամբ ինքնասպանություն** (Ассистированный врачом суицид Physician Assisted Suicide PAS), երբ բժիշկը պատրաստում է մահաբեր դեղորայքը, որը հիվանդը ներակում կամ ընդունում է ինքնուրույն. հիվանդի հետ համաձայնեցված անգործություն, հիվանդի կյանքը երկարացնող նշանակումներից հրաժարում և կամ հիվանդի տառապանքները մեղմացնող դեղորայքի, ցավազրկողների, քնաբերների չափաբաժինների ավելացում, որի

հետևանքով հիվանդի կյանքը կրճատվում է:

Սովորաբար խոսվում է էվթանազիայի ազատական և պահպանողական մոտեցումների մասին: Այս մոտեցումներից յուրաքանչյուրի կողմնակիցները բերում են իրենց փաստարկները:

Էվթանազիայի կողմնակիցները, (գոնե բուժումը դադարեցնելու ճանապարհով), հետևյալ նկատառումներով ընդունելի են համարում այն.

- Մահը որպես հիվանդի տառապանքները դադարեցնելու վերջին միջոց:

- Հիվանդի մտահոգվածությունն իր հարազատների նկատմամբ՝ «Չեմ ուզում հարազատներիս համար բեռ դառնալ»:

- Հիվանդի եսասիրական (էգոիստական) մղումները՝ «Ուզում եմ մեռնել արժանապատվորեն»:

- Հանրության մեջ հիվանդագին գեների տարածումը կանխելու նպատակով ոչ լիարժեք կյանքի ոչնչացման անհրաժեշտություն:

- Նպատակահարմարության սկզբունք՝ անհուսալի հիվանդների կյանքի պահպանությանն ուղղված անարդյունք և երկարատև միջոցառումների դադարեցում, որպեսզի բժշկական սարքավորումներն օգտագործվեն հիվանդության ավելի նախնական փուլերում գտնվող հիվանդանոց նոր ընդունված հիվանդների վերականգնման համար:

- Տնտեսական՝ մի շարք անբուժելի հիվանդությունների բուժումը և կյանքի պահպանումը պահանջում է բավական թանկարժեք դեղորայքի և սարքավորումների կիրառում:

Հարկ է նշել, որ վերջին երեք սկզբունքները լայնորեն օգտագործվել էին **Ֆաշիստական Գերմանիայում**, որտեղ «ոչ լիարժեք» մարդկանց ոչնչացման, ինչպես նաև ծանր վիրավորների սպանությունը ոչ այլ ինչ էր, եթե ոչ պետական քաղաքականություն...

Էվթանազիայի հակառակորդները բերում են հետևյալ փաստարկները՝

- Կրոնական, բարոյական դիրքորոշումներ - «Մի սպանիր» և «Սիրի՛ր մերձավորիդ հանուն Աստծո»:

- «Ինքնամաքրում տանջանքի միջոցով» և «Ծանր հիվանդ մարդկանց խնամքի միջոցով Փրկվելու հույս»:

- Բժշկությանը հայտնի են ոչ քիչ դեպքեր, երբ ծանր, անբուժելի համարվող հիվանդությունը, (օրինակ քաղցկեղը) ինքն իրեն բուժվել է:

- Բժշկության զարգացման իմաստը բուժման նոր մեթոդների, հնարավորությունների, ուղիների փնտրումն ու հայտնաբերումն է, այսօր անբուժելի համարվող հիվանդությունների և մահվան դեմ պայքարն է:

Եթե հիվանդությունն այսօր անբուժելի է, ամեն կերպ պետք է ձգտել դարձնել այն բուժելի, ոչ թե թեթև ձեռքով ու սրտով հայտարարել՝ անբուժելի է ու հեշտ ճանապարհով հիվանդից ազատվել:

Հասարակության ակտիվ սոցիալական դիրքորոշման պարագայում, գործնականում հաշմանդամության ցանկացած փուլում գտնվող մարդուն հնարավոր է վերականգնել և վերադարձնել հասարակական ակտիվ կյանքի:

Էվթանազիայի առավել հետևողական հակառակորդները հոգևորականներն են, ովքեր թե ակտիվ և թե պասիվ էվթանազիայի պարագայում դա համարում են Աստծո ստեղծած օրենքներին հակառակ կատարվող գործողություն:

Բժիշկների և իրավագետների ճնշող մեծամասնությունն էվթանազիան կտրականապես անթույլատրելի են համարում, եթե նույնիսկ այն ձեռնարկվում է բացառապես «գթասրտության» նկատառումներով⁹⁴:

Եվ չնայած դրան կան երկրներ (Հոլանդիա, մասամբ Բելգիա, ԱՄՆ-ի Օրեգոն-

նի նահանգ), որտեղ էվթանագիան թեև մեծ վերապահումներով, այդուհանդերձ իրավաբանորեն ամրագրվել է համապատասխան օրենքների մեջ: Ինչո՞ւ է դա պայմանավորված:

Կենսահույզ այս հիմնահարցը, ինչպես վերը նշվեց, չի ծագել 20-րդ դարում այլ ունի իր երկար պատմությունը: Այսպես. միջին դարերում հազարավոր ռազմիկներ մնում էին մարտի դաշտում՝ ծանր վիրավորված, մահամերձ ու անփոխադրելի վիճակում: Նրանք դատապարտված էին անխուսափելի մահվան՝ հոգևարքի տանջալի ապրումներով:

Ակնթարթային մահը դիտվում էր որպես փրկություն: Մարտի դաշտում գործում էին հատուկ պատրաստված մարդիկ՝ խաչակերտ դաշույններով, որոնք իրականացնում էին մեռնողի վերջին «ցանկությունը» (նկատենք, որ նույնիսկ մահամերձ մարդու սրտի բաղձանքը չի կարող լինել մահը: Ինչքան էլ նա ասի, երանի մեռնե՞ի և ազատվե՞ի այս տանջանքներից, այնուամենայնիվ, սրտի խորքում նա կմտածի. «Մի հրա՛շք լինեք, մի ճա՛ր գտնե՞ին և ինձ ազատե՞ին այս ցավերից, և ես ապրե՞ի...»): Իրականությունը սա է:

Այդ դաշույնն ուներ իր անվանումը՝ **«միզերկորդիա»**, որը թարգմանաբար նշանակում է «գթասրտություն»:

Արևմտյան Եվրոպայում դեռևս 19-րդ դարի 60-ական թթ. գոյություն ունեին էվթանագիան խրախուսող գաղտնի ընկերություններ՝ «Մխիթարի իմ վիշտը» անվանումով:

Բժշկության պատմության մեջ հայտնի են դեպքեր, երբ բժիշկները օգնել են, որ անբուժելի հիվանդները կյանքից կամավոր հեռանան: Այսօրինակ եղանակով կյանքից հեռացել են Ռուսաստանի կայսր Նիկոլայ Առաջինը, հայտնի հոգեվերլուծաբան Զիգմունդ Ֆրեյդը, մարքսիստ փիլիսոփա Պոլ Լաֆարգը՝ իր կնոջ Ժեննի Մարքսի հետ, միլիարդատեր Ա. Օնասիսը և ուրիշներ:

Էվթանագիայի հիմնահարցը վերստին սկսեց լայնորեն քննարկվել 20-րդ դարի 50-ական թթ.: Դրան նպաստել է նաև ամերիկացի պաթոլոգանատոմ, Գևորգ Գևորգյանի գործունեությունը Միացյալ Նահանգներում՝ ուղղված էվթանագիայի օրինականացմանը: Նրան անվանեցին «դոկտոր մահ»:

1958թ. դոկտոր Գևորգյանը հրապարակեց մի շարք հոդվածներ, որոնցում կոչ էր անում մահապատժի դատապարտված հանցագործներին կյանքից զրկել ոչ ցավազին ձևով: Ավելին, նա կոչ էր անում՝ հանցագործների՝ մահվան, երկարատև կամ ցմահ բանտարկության ենթարկվածների՝ մարմնի առանձին օրգաններն օգտագործել փոխպատվաստման և այլ փորձարարական նպատակներով:

Ավելի ուշ, նա հորդորում էր «օգնության» ձեռք մեկնել անբուժելի հիվանդներին: Թերթային հրապարակումներից և բանավոր կոչերից Գևորգյանն անցավ գործի՝ արտոնագրեց իր հայտնագործությունը, որը հետագայում լրագրողներն անվանեցին «մահվան մեքենա»:

Այն կոչված էր օգնել մարդուն մեռնելու առանց ցավերի, ինքնուրույն սեղմելով համապատասխան կոճակը: Հետագայում Գևորգյանը, նկատի ունենալով հոգեբանական այն իրողությունը, որ մարդը կարող է վերջին պահին փոշմանել և փոխել իր որոշումը, հատուկ լրացուցիչ սարք էր հարմարեցրել այդ «մեքենայի» վրա, որի միջոցով մահվան գնացող անձը կարող էր մեկ այլ կոճակ սեղմելով կանգնեցնել «մեքենան»:

ԱՄՆ-ում մեծ աղմուկ առաջացրեց Գևորգյանի գործունեությունը, ոչ միայն վերը նշյալ պատճառով, այլ նաև, այն բանի համար, որ առանց բժիշկ-գործընկերների հետ խորհրդակցության վճռում էր հիվանդության ճակատագրական

ելքը:

Քառորդ դարի ընթացքում «Միստր մահին» հաջողվեց ավելի քան 150 անբուժելի հիվանդի կյանքից զրկել: Միջիգանի նահանգում դատական մարմինների



Գևորգ Գևորգյանի «մահվան մեքենան»

հետ բազմամյա «պատերազմը» ավարտվեց Գևորգյանի ազատագրկմամբ:

Ավելի վաղ Ամերիկյան բժիշկների մասնագիտական ընկերակցությունը նրան **զրկեց բժշկի կոչումից**: 2007 թ. հունիսի 1-ին, շուրջ 8 տարվա ազատագրկումից հետո, ելնելով առողջական վիճակից և հաշվի առնելով նրա խոստումը՝ 2 տարի ընդհանրապես չխոսել էվթանագիայի օգտին, դոկտոր Գևորգյանին ազատ արձակեցին:

Առաջին անգամ էվթանագիան օրինականացվեց Նիդեռլանդներում: Դեռևս 1984 թ. երկրի Գերագույն դատարանը ճանաչեց կամավոր էվթանագիայի իրավունքը: Եթե բժիշկը հետևում է թագավորական բժշկական ընկերակցության հրահանգներին, նա կարող է չվախենալ քրեական պատասխանատվությունից:

1998 թ., Երազմ Ռոտերդամացու անվ. համալսարանում անցկացված փորձագիտական ուսումնասիրությունների համաձայն կամավոր էվթանագիան պաշտպանել է Զոլանդիայի բնակչության մեծ մասը: Եվ չնայած կրոնական բնույթի հակափաստարկներին, այնուամենայնիվ մեծամասնությունը հանդես եկավ էվթանագիայի իրավունքի պաշտպանությամբ:

Հենց այդ պատճառով, չնայած ընդդիմության դիմադրությանը, ակտիվ էվթանագիայի որոշ ձևերի օրինականացման մասին օրենքն ընդունվեց խորհրդարանի ստորին պալատի կողմից: Ներկայումս դատարանի որոշմամբ,

ամեն կոնկրետ դեպքում, **սակայն խիստ որոշակի հանգամանքներում**, եթե բժիշկը մեռցնում է հիվանդին կամ նպաստում է նրա ինքնասպանությանը, նա կարող է չճանաչվել մեղավոր: Սահմանված են դրա համար երեք հիմնական պայմաններ (գոյություն ունեն բազում այլ պայմաններ ևս).

էվթանագիան պետք է լինի միայն ու միայն կամավոր (զրավոր արտահայտված), միայն բժիշկը կարող է օգնել կամ իրականացնել էվթանագիան, բժշկական տեսանկյունից հիվանդի վիճակը պետք է խիստ ծանր լինի: Եվ այդ հարցում պետք է համընկնեն տարբեր չեզոք բժիշկների կարծիքները:

Չնայած աշխարհի տարբեր երկրներում չկան էվթանագիան միանշանակորեն ընդունող օրենքներ, այդուհանդերձ անհուսալի հիվանդներին մեռցնելու պրակտիկական «արդյունավետորեն» կիրառվում է բժիշկների կողմից:

Զոլանդիայից հետո երկրորդ երկիրը, որն էվթանագիան վերապահումներով օրինականացրել է, Բելգիան է:

Շվեյցարիայում, որտեղ էվթանագիան սկզբունքորեն արգելված է, ցանկացած մարդ, ով օգնում է մյուսին կյանքից հեռանալու, կարող է և չդատապարտվել, եթե իհարկե, չի հետապնդում անձնական շահ... Ըստ փորձագետների գնահատումների՝ ամեն տարի Շվեյցարիայում այդ կերպ կյանքին հրաժեշտ է տալիս շուրջ 100 մարդ:

1997թ. Կոլումբիայի Սահմանադրական դատարանը կայացրեց որոշում, որի համաձայն անհուսալի հիվանդի կամավոր մահվան ցանկությունն իրականացնող բժիշկը դրա համար կարող է և դատարանում պատասխանատվություն չկրել:

ԱՄՆ-ի Օրեգոն նահանգում օրինականացված է, այսպես կոչված, «ինքնապանությունը՝ ուրիշ անձի օգնությամբ»: Խոսքն այն մասին է, երբ բժիշկը հիվանդին նշանակում է մահացու դեղահաբեր:

Կալիֆորնիայում երկար քննարկումներից հետո հանրաքվեի արդյունքով 1977 թ. ընդունվեց «Մարդու մահվան իրավունքի մասին» օրենքը: Դրա համաձայն անբուժելի հիվանդ անձինք կարող են պատրաստել փաստաթուղթ, **գրել կյանքի կտակ**, որտեղ իրենց ցանկությունը կարող են արտահայտել վերականգնողական սարքավորումն անջատելու վերաբերյալ (Տես՝ հավելվածը):

Հակառակ օրենքի նորմերի, որոշ երկրներում այդուհանդերձ իրականացվում է էվթանագիան՝ սակայն մարդու իրավունքների պաշտպանության դրոշի ներքո: **Հարց է ծագում. եթե գոյություն ունի կյանքի իրավունք, ապա արդյո՞ք կարելի է պնդել, որ գոյություն ունի նաև «մահվան իրավունք»:** Եթե դա ընդունենք, ապա դա հակասում է օրենսդրության սկզբունքներին: **Չէ՞ որ ամենակարևորը կյանքի պաշտպանությունն է: Չէ՞ որ օրենքը կյանքը, ապրելու՝ իրավունքը պետք է պաշտպանի, ոչ թե մահը կամ մահվան իրավունքը:**

1981թ. Համաշխարհային բժշկական միության 34-րդ համաժողովի կողմից, ընդունվեց Հիվանդի իրավունքների մասին Լիսաբոնյան հռչակագիրը, որտեղ այլ դրույթների հետ մեկտեղ, տեղ գտավ... հիվանդի արժանապատվորեն մեռնելու իրավունքը: Այս դրույթը, փաստորեն, բարոյապես արդարացնում է «մահվան իրավունքը»: Եթե բարոյապես արդարացնենք «մահվան իրավունքը», եթե օրենքի ուժ տանք այդ նորմին, արդյո՞ք դա չի նշանակի, որ օրենքը ժխտում է օրենքը:

Գոյություն ունի արժանապատիվ, առանց տառապանքների մեռնելու իրավունք: Խոսքը մարդկային արժանապատվությունը հարգելու մասին է: Սակայն այդ իրավունքը չի ժխտում կամ չի վերացնում կյանքի պահպանման մասին օրենքը: Մահը մարդկային կեցության անբաժան տարրն է՝ իր բոլոր հետևանքներով: **Արժանապատիվ ապրելու և մեռնելու իրավունքը, բոլորովին էլ չի նշանակում միայն մեռնելու՝ իրավունք, այն ներառում է նաև մարդասիրական եղանակներով բուժում ստանալու իրավունք:** Նման բուժումը պետք է ավարտվի միայն բնական մահով, ընդ որում առանց արհեստական շահարկումների:

Շվեդիայում և Ֆինլանդիայում չնայած պասիվ էվթանագիան հակաօրինական գործողություն չի համարվում, այդուհանդերձ այդպիսի որոշում կայացնելու համար պահանջվում է միայն հիվանդի ազատ և գիտակցված կամքի արտահայտումը:

Աշխարհի երկրների գերակշիռ մասի բժիշկների և իրավաբանների մեծամասնությունը գտնում է, որ էվթանագիան ոչ միայն երդմնազանցություն է, այլև **քրեական հանցագործություն:** Այն բացարձակապես անթույլատրելի է, եթե նույնիսկ իրավունքացվում է «խղճահարության» կամ «գթասրտության» նկատառում-

ներով:

Հայաստանի Հանրապետության «Բնակչության սանիտարահամաճարակա-
յին անվտանգության ապահովման մասին» 1969թ. ընդունած օրենքի 23-րդ
հոդվածում, որը վերնագրված է «Էվթանազիայի արգելումը», հստակ, սևով
սպիտակի վրա գրված է (և փառք Աստծո, որ մյուս օրենք ունենք): **«Հայաստա-
նի Հանրապետությունում արգելվում է էվթանազիան. հիվանդի խնդրանքով
նրա մահվան արագացումը, որևէ գործողությամբ և միջոցներով:** Այն անձինք,
ովքեր հիվանդին գիտակցաբար դրդում են էվթանազիայի կամ իրականացնում
են այն, կրում են պատասխանատվություն՝ Հայաստանի Հանրապետության
օրենսդրությամբ սահմանված կարգով» (տես հավելվածը):

Այսօր **Ռուսաստանի Դաշնությունում** օրենսդրորեն արգելված են էվթանա-
զիայի բոլոր ձևերը: Ռուսաստանի Դաշնության Քաղաքացիների առողջության
պահպանման մասին օրենսդրության հիմունքների 45-րդ հոդվածում գրված է.
«Բժշկական անձնակազմին արգելված է էվթանազիայի իրականացումը»:

Նման իրավիճակ արձանագրված է նաև Եվրոպական երկրներում, որտեղ
էվթանազիան ոչ միայն արգելվում, այլև դատապարտվում է քրեական օրենսգր-
քով: Օրինակ, **Գերմանիայի դաշնության քրեական օրենսդրությամբ «հիվանդի
խնդրանքով սպանություն» իրականացնելու համար տրվում է 6 ամսից մինչև 5
տարի ազատազրկում:** Ֆրանսիան ևս կտրականապես դեմ է էվթանազիային:

Անգլիայում ընդունվել է օրենք, որով բժշկական պրակտիկայում արգելվում
է էվթանազիայի ցանկացած տեսակ: Ինքնասպանությանն աջակցելը որակվում
է որպես քրեական հանցանք և դատապարտվում 14 տարվա ազատազրկման:

Մեծ Բրիտանիայում երկու օրենք է գործում, որոնք անուղղակիորեն ուղղ-
ված են էվթանազիայի դեմ: Խոսքը վերաբերում է 1965թ. ընդունված «Սպանու-
թյան մասին» օրենքին և 1961-ին ընդունված «ինքնասպանության մասին»
օրենքին: Սպանության մասին օրենքը նախատեսում է, որ հիվանդի կանխամ-
տածված սպանությունը՝ կարեկցանքից, խղճահարությունից, գթասրտությու-
նից և այլ մղումներից դրդված, համարվում է հանցագործություն:

Ինքնասպանության մասին օրենքով Անգլիայում վերացվել է դրա քրեական
կարգավիճակը: Այդ կարգավիճակը պահպանվում է, եթե ինքնասպանությունն
իրականացվում է բժշկի օգնությամբ:

Արևմուտքում առաջարկվում են էվթանազիայի բարոյական գնահատման
բազմաթիվ տարբերակներ: Հեղինակների մեծամասնությունը պաշտպանում է
պասիվ էվթանազիայի մեթոդները՝ հերքելով ակտիվ էվթանազիայի կիրառման
ցանկացած հնարավորություն:

Սակայն գոյություն ունի և ուղղակիորեն հակադիր տեսակետ: Այսպես, ամե-
րիկացի փիլիսոփա Ջ. Ռեյզելսը հանդես է եկել Ամերիկյան բժշկական
ընկերակցության 1973թ. դեկտեմբերի 4-ի որոշման քննադատու-
թյամբ... «Մարդկային էակի կողմից մեկ ուրիշի կյանքի կանխամտածված դա-
դարեցումը բարեզուր սպանություն է»¹²³: Այս դրույթը հակասում է բժշկական
մասնագիտության և Ամերիկյան բժշկական ընկերակցության քաղաքականու-
թյանը, սակայն Ջ. Ռեյզելսը գտնում է, որ եթե հիվանդը պահպանել է իր գի-
տակցությունը, հասկանում է, որ իր օրերը հաշված են, չի կարող այլևս
դիմանալ սարսափելի ցավերին և բժշկին խնդրում է, որպեսզի նա արագացնի
իր մահը, ապա բժիշկը մարդասիրություն է դրսևորում, երբ դադարեցնում է հի-
վանդի տառապանքները: Այո, «մարդասիրական» միտքը շարունակում է ապ-
րել:

Բժշկությունը ֆաշիստական Գերմանիայում

20-րդ դ. սկզբներին Գերմանիայում իրավագետ Բինդինգը և հոգեբույժ Գոխենն առաջարկեցին էվթանազիան բնորոշել որպես «ոչ լիարժեք» կյանքի ոչնչացում: «էվթանազիա» հասկացության նման չարագուշակ մեկնաբանությունը հետագայում լայն տարածում գտավ ֆաշիստական Գերմանիայում, որտեղ մշակվեց անգամ մի ողջ ծրագիր:

Դրա մասին հայտարարվել է 1933 թ. հուլիսի 14-ին «Ազգի առողջության պահպանման» հռչակագրում, որի հեղինակներից մեկը հանրահայտ Ռոզենբերգն էր՝ իր ռասիստական գաղափարախոսությամբ: Հռչակագիրը բաղկացած էր 3 կետից¹¹⁸:

- 1. անբուժելի հիվանդների ոչնչացում,*
- 2. հատուկ գործողությամբ ոչնչացում,*
- 3. զանգվածային անլացում:*

Հավանություն տալով էվթանազիային՝ որպես անհուսալի հիվանդ արիացիների բացառիկ արտոնություն, 1939 թ. սեպտեմբերին Հիտլերը ստորագրեց գաղտնի հրամանագիր, որի համաձայն «կյանքի բոլոր ձևերը, որոնք անարժան են կյանքին» հարկավոր է ենթարկել էվթանազիայի: «Անարժանության» հարցը ամեն կոնկրետ դեպքում որոշվում էր բժշկական «եռյակի» կողմից: Դրա հետևանքով ամենատարբեր աղբյուրների համաձայն, երկու տարվա ընթացքում ոչնչացվեցին 100 հազարից մինչև 275 հազար մարդ¹¹⁷:

Նյուրնբերգի միջազգային զինվորական դատարանն այդ գործողությունները որակեց որպես մարդկության դեմ կատարված ոճրագործություն:

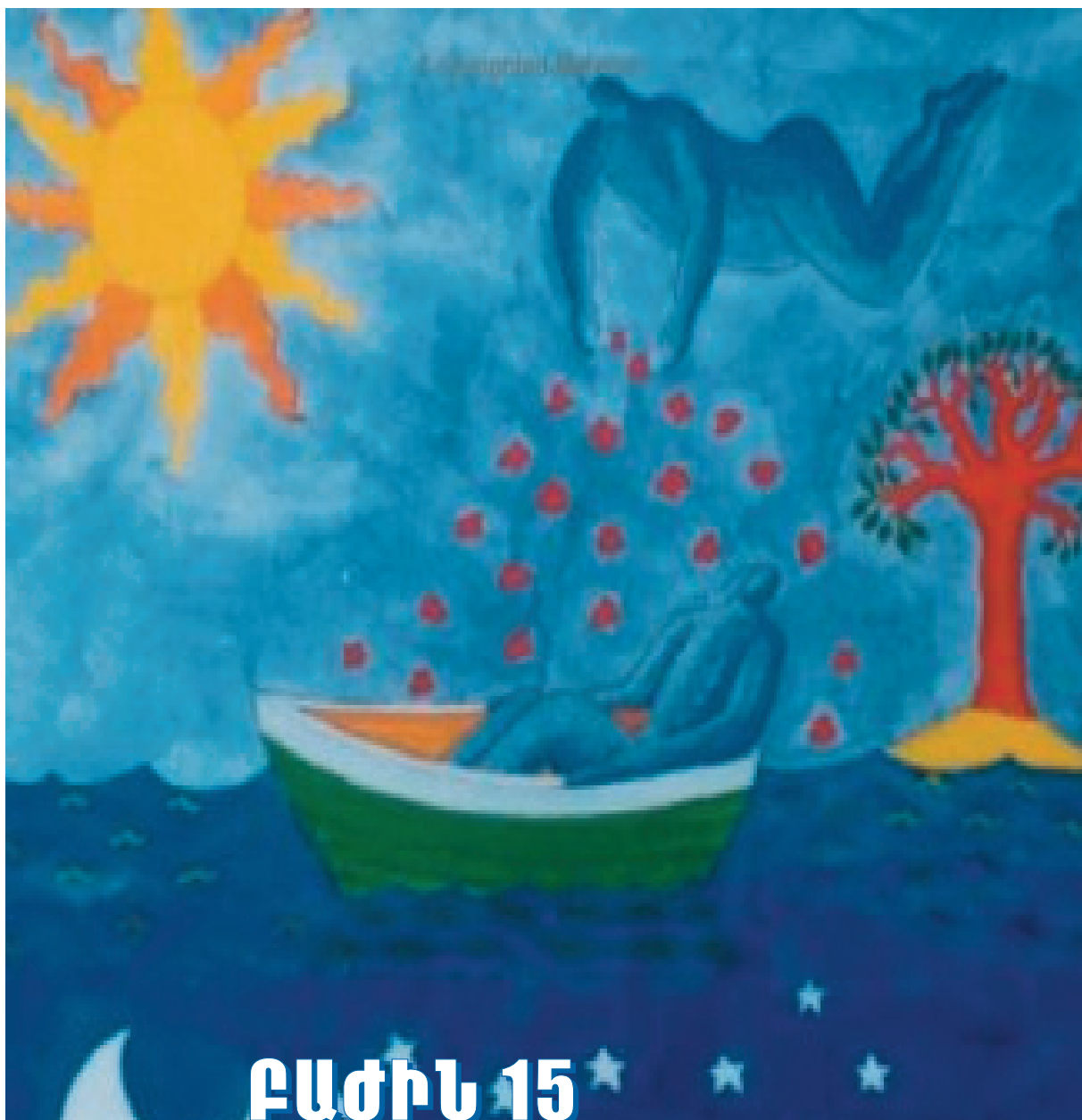
Ռուս բժիշկ, պրոֆեսոր Ս. Յա. Դոլեցկին գտնում է, որ «պայքարը հիվանդի կյանքի համար արդարացված է մինչև այն պահը, երբ փրկության հույս կա: Եթե այն կորսված է, ծագում է գթասրտության խնդիր, որն էլ դրսևորվում է էվթանազիայի մեջ»: Ս. Յա. Դոլեցկին հավելում է, որ էվթանազիան արդարացված է անբուժելի հիվանդների, անդամալույծ մարդկանց նկատմամբ, որոնք ապրում են միայն կենսապահովման սարքավորման օգնությամբ: Նույնը վերաբերում է ատրոֆիայի ենթարկված ուղեղ ունեցող նորածիններին և այլն:

Բարեբախտաբար գիտնականների մեծ մասը համաձայն չէ այս տեսակետի հետ, քանի որ, այն հակասում է մարդասիրության սկզբունքներին և բժշկության սոցիալական առաքելությանը:

Բժշկական էթիկայի մեջ գոյություն ունի սրբագործված պատվիրան՝ **կյանքն անզին է, այն փոխարժեք չունի: Հետևաբար անբարո է խոսել կյանքի ինչ-որ շուկայական գնի մասին:**

էվթանազիան և բարոյականությունը. արդյոք սպանությունն ունի՞ արդարացում

Երբ խոսքն անհուսալի հիվանդի, նրա անտանելի, անհաղթահարելի ցավերի ու տառապանքների մասին է, բժիշկը միշտ հայտնվում է բարոյական և մասնագիտական դաժան երկրնտրանքի առաջ. շարունակե՞լ հիվանդի կենսապահպան բուժումը և դրանով նրան դատապարտել ֆիզիկական ահավոր շարունակվող տառապանքների, թե՞ ընդհատել այդպիսի կյանքը: Իսկապես դժվար, շատ դժվար ու բարդ իրավիճակում է հայտնվում բժիշկը և ոչ միայն բժիշկը: Արդյո՞ք, բժիշկն իրավունք ունի նման հարց լուծելու, ի գորու է իր վրա վերցնելու հիվանդի կյանքի կամ մահվան հարցը:



ԲԱԺԻՆ 15

Էվթանազիան Հայաստանում

Արդեն վերը նշել ենք, որ էվթանագիայի մասին վեճը ծագել է անտիկ ժամանակներում: Ընդ որում, տարբեր ժողովուրդների մշակույթներում այդ հարցը տարբեր լուծումներ է ունեցել:

Բժշկության և բարոյագիտության առնչություններին վերաբերող մտքեր հանդիպում ենք միջնադարյան հայ փիլիսոփաների, բժիշկների, աշխատությունների մեջ, մասնավորապես, միջնադարի մեծ մտածող Դավիթ Անհաղթի, որի ծննդյան 1500 ամյակը ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի կողմից մեծ շուքով նշվեց Սալոնիկում և Երևանում:

«Սահմանք իմաստասիրության» գրքի 9--րդ գլխում, շարունակելով հայ մեծամուն փիլիսոփա Ներսես Մեծի և այլոց մտքերը, հարց է տալիս՝ արդյոք իրավունք ունի՞ կամ կարո՞ղ է բժիշկը թույն տալ և պատասխանում է՝ ոչ, որովհետև. «ինչպես լավ նավապետը փորձվում է ոչ թե խաղաղ ծովում, այլ ալեկոծության ժամանակ, նույնպես և խիզախ հոգին փորձությանն ընդառաջ է գնում»¹⁸:

Անհաղթի այս մտքերը բխում են փիլիսոփայական նույն դիրքերից, որոնք արտահայտվել են

Չիպոկրատեսի հանրահայտ երդման մեջ, որտեղ ի թիվս այլ արգելքների, բժիշկը երդվում է. **«խոստանում եմ չնայելով խնդրանքի, ոչ ոքի չտալ մահացու դեղ»:** **Իսկ այն բժիշկը, որ ելնելով այս կամ այն դրդապատճառից, այնուամենայնիվ, դրժում է իր երդումը և թույն տալիս հիվանդին, ենթարկվում է ոչ միայն բժշկության աստվածների և մարդկանց անեծքին, այլև վարչական պատժի, ընդհուպ մահապատժի:** Այդ մասին կարդում ենք հինգերորդ դարի հայ պատմիչ, քերթողահայր Մովսես Խորենացու «Գիրք պիտոյից» աշխատության մեջ:

Չայտնի է, որ ստոիկյան փիլիսոփայության հետևորդներն արդարացնում էին ինքնասպանությունը ինը դեպքում՝ սով, բոլոր մերձավորների կորուստ, տարերային աղետ, մարդկային արժանապատվության ոտնահարում, անբուժելի հիվանդություն, զառամախտ և այլն:

Ինչպես նշում է պրոֆեսոր Ս.Ա. Վարդանյանը «Չայաստանի բժշկության պատմություն» ուսանելի գրքում, վերջին երկու դեպքն ուղղակի կապ ունեն



Դավիթ Անհաղթ

վակով մարդուն կարող են գրկել ամենաթանկ արժեքից՝ կյանքից»:

Երրորդ տեսակետի համաձայն էվթանագիայից կարելի է օգտվել միայն խիստ բացառիկ դեպքերում, ելնելով հիվանդի անձնավորությունից, հիվանդության ընթացքից և կոնկրետ իրավիճակից:

Ս. Չերացու անվան ԵՊԲՀ հասարակագիտական (ներկայումս փլիխոսփայության) ամբիոնը ՀՀ ԳԱԱ Փիլիսոփայության, իրավունքի և սոցիոլոգիայի ինստիտուտի հետ համատեղ պարբերաբար անցկացրել է սոցիոլոգիական հարցումներ ԵՊԲՀ ուսանողների և դասախոսների շրջանում¹¹⁰:

Պարզվել է, որ հարցվածների 75 տոկոսը դեմ է ակտիվ էվթանագիային: Կողմ է հարցվածների 8 տոկոսը, իսկ 17 տոկոսը տատանվում է՝ ելնելով հիվանդի վիճակի ծանրության աստիճանից: Նույն հարցով դիմել ենք նաև համալսարանի դասախոսներին: Հարցվածների 82 տոկոսը դեմ է ակտիվ էվթանագիային: Կողմ է արտահայտվել հարցված դասախոսների 15 տոկոսը (դրանց մեծ մասը մինչև 40 տարեկան ուռուցքաբաններ ու պաթոլոգանատոմներ են):

Մեր դիտարկումներից և հարցումներից պարզվել է, որ նրանք, ովքեր դեմ են ակտիվ էվթանագիային, ելնում են հետևյալ փաստարկներից. «դեղահաբերի մահացու չափաբաժին տալով հիվանդին կամ օգտագործելով ցանկացած նման այլ միջոց՝ բժիշկը, փաստորեն, արագացնում է հիվանդի մահը, ինչը, քրիստոնեության, և ոչ միայն քրիստոնեության տեսանկյունից, ահավոր է, անթույլատրելի և պարզապես մեղք է: **Բժիշկն ավելի գթասիրտ չէ, քան նա, ով մարդկային էակին արարել է: Աստված մարդուն կյանք է շնորհել, և Աստված էլ կանխորոշված ժամկետում այն նրանից վերցնում է:**

Կամ էլ՝ բժշկի «գթասիրտ» քայլը չի դադարում սպանություն լինելուց նույնիսկ այն պարագայում, երբ այդ քայլին նրան դրդել է գթասրտության զգացումը, անհուսալի ու ծանր հիվանդին հետագա տառապանքներից ազատելու մարդկային ցանկությունը»: Այս տեսակետը պաշտպանողների թվում կան և՛ բժշկության բնագավառի ճանաչված մասնագետներ, և՛ դասախոսներ, և՛ ուսանողներ, ովքեր ղեկավարվում են քրիստոնեական բարոյականության, հումանիզմի գաղափարներով:

Բազմազան են նաև հակափաստարկները: Հարցվածների զգալի մասը համոզված է, որ «եթե հիվանդը գտնվում է կոմայի վիճակում, նրա վիճակը բարելավելու հնարավորություններ չկան, և, որ «արհեստական շնչառության»



Մխիթար Գոշ

սարքը պահպանում է կյանքի միայն արտաքին երևութականությունը, էվթանազիան, կամ «թեթև մահը» հետագա ցավերից ազատելու միակ միջոցն է»:

Կա նաև այսպիսի կարծիք. «Սարքը պահպանում է կյանքի միայն երևութականությունը, որը դրսևորվում է շնչառության և արյան շրջանառության ձևով, այն դեպքում, երբ իրականում մարդը մեռած է, որևիցե ցավ չի զգում, նրա կենսագործունեության աղբյուրը՝ ուղեղն, արդեն մեռած է»:

Մեկ այլ կարծիք՝ հիվանդին այդ վիճակում պահպանելը մեծ ծախսեր է պահանջում, իսկ նրա հարազատներն ու մերձավորները տառապում են, գտնվում են հոգեկան ծանր ապրումների մեջ»:

Չետաքրքիր է, որ էվթանազիայի կողմնակիցների թիվը մեծանում է, երբ հիմնախնդիրն անձնավորում ենք՝ դրան հաղորդելով մտերմիկ, խիստ ներանձնական իմաստ: Այսպես օրինակ. «Արդյո՞ք կցանկանայիք արագ մեռնել, եթե հայտնվեիք անհուսալի, գերծանր վիճակում» հարցին տված պատասխանները բաշխվել են հետևյալ կերպ. հարցվածների 56 տոկոսը համաձայն է, որ իր տառապանքները դադարեցվեն բժշկի կողմից, 9 տոկոսը հրաժարվել է հարցին պատասխանելուց, 20 տոկոսը հայտարարել է, որ էվթանազիային դեմ է և, որ իրենք կկառչեն կյանքից մինչև վերջ: Իսկ 15 տոկոսը ասել է, որ «անկարող է պատասխանել տրված հարցին»: ¹¹¹

Մնացած բոլոր հարցվածները միամտաբար համոզված են, որ իրենք երբեք չեն հայտնվի նման դաժան ընտրության առաջ...

Հարցվածների զգալի մասը բանավոր (վերբալ) մակարդակում դեմ է էվթանազիային, սակայն դրա հնարավորությունը չի բացառում, երբ խոսքը վերաբերում է կոնկրետ կրիտիկական իրավիճակներին:

Պարզվել է նաև, որ բանավոր արտահայտված կարծիքի և իրական կարծիքի միջև կան որոշակի տարբերություններ՝ կախված հասարակական կարծիքից, կրոնական (քրիստոնեական) ավանդույթներից և այլնից:

Հասկանալի է, որ հասարակական կարծիքը ամենևին չի խրախուսում էվթանազիան, ավելին, ինչ-որ իմաստով, այն դատապարտում է:

Լինում են բազմաթիվ դեպքեր, երբ մարդիկ, տեսնելով իրենց մերձավորների ահավոր տառապանքները, մտովի ցանկանում են նրանց մահը՝ «Երանի շուտ մեռնել, փրկվել անասելի ցավերից, միևնույն է օգնել, բուժել ոչ մի կերպ չենք կարողանում»: Սակայն մտովի արտահայտված ներքին ցանկությունը մեծամասամբ երբեք չի վերածվում գործնական քայլի, քանի որ՝ «Ի՞նչ կասեն մարդիկ»:

Այս հանգամանքը անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որպեսզի պարզել էվթանազիայի նկատմամբ իսկական վերաբերմունքը, նրա օրինականացման խորին հոգեբանական շերտերը, ներքին արգելքները: Այստեղ դրսևորվում է ոչ միայն հասարակական կարծիքի ուժը, այլ նաև, դիցուք, աստվածասիրական դիրքորոշումների կայունությունը: Հարցված բժիշկներից մեկը հիշեցրեց այն պատգամները, որ Ամենաբարձրյալը շնորհեց Մովսեսին, երբ նա հրեաներին ազատեց եգիպտական գերությունից: Առաջին պատգամն էր՝ «Մի՛ սպանիր»:

Նկատենք, որ Աստվածաշնչում չկա որևէ հակադարձում այդ պատգամին

որևէ տարընթերցում ազատ մեկնաբանության ձևով: Պատգամը հնչում է կարծու ազդու, թույլ չի տալիս որևէ երկիմաստություն: **Աստված մեզ կյանք է շնորհել, և Աստված էլ ի գորու է որոշելու, թե երբ ենք լքելու երկրային կյանքը:**

Հարցվածների 57 տոկոսը գտնում է, որ «Մարմնական, ֆիզիկական տառապանքները դեռևս ամենածանր տառապանքները չեն, որին դատապարտված է մարդ արարածը: Մարմինը, ինչպես ողջ ցավը՝ մահվանից հետո հող կդառնա, իսկ մարդու հոգին կհամբարձվի երկինք»:

Քրիստոնեական եկեղեցին վճռականորեն դատապարտում է էվթանազիան: Դավանաբանության կոնգրեգացիայի 1980 թ. հռչակագիրը միանշանակ հայտարարում է. «Անհրաժեշտ է ողջ հաստատակամությամբ ասել, որ ոչ մեկը չի կարող թույլ տալ անմեղ մարդու սպանությունը, լինի այն սաղմ կամ պտուղ, երեխա կամ հասուն մարդ, անբուժելի կամ մեռնող մարդ: Բացի դրանից, **ոչ մեկը չի կարող պահանջել կատարել այդպիսի սպանություն թե՛ իր, թե՛ որևէ մեկ ուրիշի նկատմամբ...»:**

Այսպիսով, դատապարտման ենթակա է կյանքի իրավունքի ցանկացած ոտնահարում:

Ժողովրդավարացման ներկայիս անսովոր, երբեմն ոչ հարթ ուղով զարգացող գործընթացները չեն շրջանցել նաև կյանքի ու մահվան կենսահույզ հարցերը: Հարցվածների ճնշող մեծամասնությունը իրավացիորեն համոզված է, որ յուրաքանչյուր մարդ իր կարծիքը, տեսակետն ունենալու իրավունք ունի, այդ թվում՝ էվթանազիայի վերաբերյալ:

Ընդ որում, ամեն մարդ էլնում է իր աշխարհզգացողությունից և մարդու էության սեփական ըմբռնումից: Հարցված ուսանողների 56 տոկոսն արտահայտում է հետևյալ միտքը. «Անհրաժեշտ է մարդուն ընձեռել մահվան կամ կյանքի ընտրության իրավունք, առանձնապես այն պահին, երբ նրա հետագա գոյությունը միայն անասելի տառապանք է նրան պատճառում...: Միգուցե չպետք է հախուռն դատապարտել մահվան ու կյանքի սահմանամերձ վիճակում գտվող մարդուն, ով հարկադրված է դժվար ընտրություն կատարել հոգուտ «թեթև» և գուցե արժանապատիվ մահվան»:

Էվթանազիային խոսքով հակառակվողներից շատ-շատերը, անձամբ հայտնվելով անհուսալի վիճակում, կնախընտրեին անասելի տառապանքներից ազատվելու ուղին: Իսկ եթե խոսքը վերաբերում է հարազատին, ապա չի գնա այդ քայլին՝ վախենալով նաև հասարակական կարծիքից:

Այսինքն՝ սոցիոլոգիական հարցման և մարդկանց հոգեբանության ուսումնասիրման արդյունքում մենք եկանք այն եզրակացության, որ գոյություն ունի



Ներսես Սեծ

խզում, «ընդհանուր առմամբ դեմ են էվթանազիային» և «կոնկրետ իրավիճակներում կարող է դեմ չլինեն» պատասխանների միջև:

Այսինքն պետք է տրվի իրավիճակային կոնկրետ վերլուծություն՝ կախված տվյալ հիվանդի սոցիալ-դեմոգրաֆական, հոգեկան և այլ առանձնահատկություններից: Բոլոր պայմանների համար պատրաստի դեղատոմս, համընդհանուր միանշանակ լուծումներ չկան: Եվ հնարավոր էլ չէ առաջարկել:

Պետք է հաշվի առնել, որ կան իրավիճակային լուծումներ, քանի որ սա բարդ խնդիր է, կան տարբեր հակադիր, իրարամերժ պատասխաններ, որոնք երբեմն-երբեմն բոլորն էլ կարող են հավասարաթեք լինել:

Փլիխոֆայության պատմության մեջ, մասնավորապես Կանտի անտինոմիաներում, կարդում ենք. «Աստված կա՞ թե չկա, աշխարհն ունի՞ սկիզբ թե՞ ոչ»: Փորձելով պատասխանել այդ հարցերին մարդկային միտքն ընկնում է հակասությունների մեջ, որովհետև կողմ և դեմ փաստարկները հավասարազոր են:

Սակայն, չնայած դրան, Կանտը պնդում է. «Աստծո գոյությունն ընդունելը և նրան հավատալը յուրաքանչյուր բանական մարդու բարոյական պարտքն է»:

Եվ այսպես, հարցին լուծում տալու համար պետք է հաշվի առնել՝
ա. կոնկրետ իրավիճակը,
բ. հիվանդի անհատական առանձնահատկությունները,

գ. հոգեկերտվածքը,
դ. մշակութային ավանդույթները, սովորույթները,
ե. ժամանակի առանձնահատկությունները,
զ. տարիքային առանձնահատկությունները և այլն և այլն:
Սակայն այդուհանդերձ որպես քրիստոնյա ժողովուրդ մենք ասում ենք՝ ո՛չ էվթանազիային:

Ապագա բժշկն ամեն ինչ պետք է անի՝ վերացնելու հիվանդության պատճառները, կարելին ու անկարելին պետք է անի այսօր անբուժելի համարվող հիվանդությունները բուժելի դարձնելու համար: Սա՛ է նրա առաքելությունը. բուժել, սփոփել, հույս ու կյանք տալ, ոչ թե «անբուժելի է» որակելով՝ հեշտ ճանապարհ ընտրել:

Հարցվածների 65 տոկոսը կարծիքով. «Եթե պետությունը կարողանա պատշաճ կյանք ապահովել մարդկանց համար, ապա էապես կնվազի ինքնասպա-



նությունների թիվը, առավել ևս երիտասարդների շրջանում»:

Նաև պետք չէ մոռանալ բժշկական սխալի մասին: Բժիշկները մարդ են, մահկանացու, կարող են սխալվել:

Մեզանից շատերը կարող են իրենց անձնական կյանքից օրինակ բերել, երբ բժիշկներն առաջարկել են հիվանդին դուրս գրել հիվանդանոցից, տանել տուն, քանի որ հիվանդը շատ անհույս վիճակում է. «Տարե՛ք, տարե՛ք տուն, թող տանը մահանա»: Եվ այդ «անհույս» հիվանդը տանն ապրել է ... երկար տարիներ:

Անդրառնալով էվթանազիայի բարոյական կողմին, հարկ է շեշտել, որ պետք է գիտակցել խնդրի ողջ պատասխանատվությունը: Անկասկած, խիստ բարդ խնդիր է: Աստված տա, որ դրա լուծման գործում չդրսևորենք ավելորդ գերջանադրություն, հանգուցային հարցերին հեշտահաճո, դյուրին լուծումներ գտնելու անբարո վարքագիծ³²:

Եվ վերջապես, պետք է ենթարկվել Համաշխարհային բժշկական միության 3-րդ գլխավոր համաժողովի կողմից ընդունած բժշկական բարոյագիտության միջազգային վարքականոնին, որն այլ կարևոր դրույթների հետ մեկտեղ ասում է.

«Բժիշկը պետք է մշտապես հիշի մարդկային կյանքի պահպանման իր պարտականության մասին: Բժիշկը պետք է դիմի առավել բանիմաց գործընկերներին, եթե հիվանդին անհրաժեշտ բուժումը դուրս է սեփական մասնագիտական հնարավորությունների շրջանակից» (տես հավելվածը):

Համո Սահյանի հետևյալ քառյակ-հորդորը թվում է թե հատուկ բժշկին է վերաբերում.

**Տու՛ր ինձ բարություն և գութ առավել,
Որ ես գորավիզ լինեմ անկյալի՛ն.
Զորավիզ լինեմ խեղճ ու տկարին,
Որոնց, ո՛վ Աստված, ի՛նքդ ես արարել:**

Եթե դուք կարիք ունեք մասնագիտական
օգնության, դիմեք «Հայաստանի հակացավային և
պալիատիվ օգնության ասոցիացիա»:

Հեռ. (093) 09 09 11

*Կրանք շարունակում է
ձեր օգնությամբ առանց սպառ*

ՔԱՇԻՆ 16

Պալիատիվ բժշկություն

Դեռ հին ժամանակներից հասարակությունը փորձել է աջակցություն ցույց տալ անբուժելի և մահամերձ հիվանդներին:

Առողջության և սոցիալական ապահովության ծրագրերը կոչված են աջակցելու անհատներին, ընտանիքներին և հասարակությանը՝ կյանքի լավագույն որակ ունենալու և պահպանելու համար: Պալեատիվ օգնության ենթատեսակում, որտեղ կյանքից սպասելիքներն ակնհայտորեն սահմանափակ են, կյանքի խնդիրները դառնում են հանապազօրյա և հրատապ, որովհետև մենք պայքարում ենք մեզ հասանելի ժամանակը որքան հնարավոր է արդյունավետ օգտագործելու համար:

Հին ժամանակներից ի վեր հասարակությունն իր մահամերձ հիվանդ անդամներին փորձել է ապահովել խնամքի և աջակցության համապատասխան մակարդակով: Մինչև նախորդ դարի կեսերը բժշկությունը ցավի արդյունավետ կառավարման և ախտանիշների վերահսկման տեսակետից քիչ բան ուներ առաջարկելու: 1950-ականներին դեղագործության զարգացումը, զուգակցվելով մահամերձ հիվանդի հոգեբանական և հոգևոր պահանջմունքների խորին ըմբռնման հետ, ճանապարհ հարթեց պալիատիվ օգնության ծառայությունների զարգացման համար: Պալիատիվ օգնության սկզբունքներն ավելի ընկալելի դարձան և սկսեցին կիրառվել 20 դարի երկրորդ կեսերից¹⁹:

Միջնադարում «հոսփիս» ասելով հասկանում էին ուխտավորների և ճանապարհորդների ապաստան: Հետագայում «հոսփիս» նշանակում էր մահամերձ հիվանդին ցույց տրվող օգնություն. 1842թ. Ֆրանսիայի Լիոն քաղաքում այդ երևույթը կյանքի վերակոչեց տիկին Ջանին Գատնին: Իռլանդիայում, 1870-ական թթ. Սայր Մերի Այքենհենդի հիմնադրած գթության քույրերի կազմակերպության կողմից բացվել էին «հոսփիսներ» Դուբլինում, Լոնդոնում՝ 1905թ.: Այս հաստատությունները սերտորեն առնչվում էին անբուժելի և ծանր հիվանդություններով տառապող հիվանդներին ցույց տրվող օգնությանը: Սակայն ցավը և այլ ախտանիշներ վերահսկելու հնարավորությունը արգելքների էր հանդիպում՝ դրանց էությունը չհասկանալու, ինչպես նաև արդյունավետ դեղամիջոցներ չունենալու պատճառով:

1950-ական թվականները բնորոշվում են հոգեմետ դեղամիջոցների, հակաբորբոքային դեղամիջոցների ի հայտ գալով: Այս ժամանակամիջոցում ավելի հասկանալի դարձան քաղցկեղային ցավի էությունը և թմրադեղերի (օպիոիդների) դերը քաղցկեղային ցավը վերահսկելու գործում: Այս դեղամիջոցների մատչելիությունը հնարավորություն ստեղծեց առաջարկելու ցավի և ախտանիշների ավելի արդյունավետ կառավարում:

Թմրադեղերի (օպիոիդների) օգտագործումը հսկայական դիմադրության հանդիպեց հիվանդների կողմից, որոնք, անկախ տեղեկացված լինելուց, անհիմն վախ էին ապրում: Չափազանցված կարծիքները՝ հնարավոր կախվածության առաջացման, պահանջի, զգայության կորստի, շնչառության արգելակման մասին, խոչընդոտում էին թմրադեղերի ներմուծումը բժշկական գործունեության ոլորտ: Այս վախը հավասարապես տարածված էր ինչպես հասարակության, այնպես էլ՝ շատ բժիշկների շրջանակում: Հավանաբար, ճիշտ

* «Պալիատիվ օգնության կազմակերպման վերաբերյալ նախարարների կոմիտեի թիվ Rec (2003) 24 առաջարկությունը անդամ երկրներին ընդունված 2003թ. նոյեմբերի 12-ին նախարարների կոմիտեի կողմից փոխնախարարների 860-րդ ժողովում» գրքից մեջբերված հատվածները կօգնեն առավել ամբողջական ըմբռնելու վերոնշյալ թեման:

չէ խուսափելու թմրադեղերի (օպիոիդների) բժշկական նշանակումներից՝ երկյուղելով ապագա կախվածության հնարավոր առաջացումից:

Ժամանակակից հոսպիսի և պալիատիվ օգնության զարգացումը կապում են տիկին Սիսլեյ Սանդերսի անվան հետ: Դայակ, հասարակական գործիչ, բժիշկ. նա ժամանակակից հոսպիսի հիմնադիրն է: Որոշ տարիներ աշխատելով Սուրբ Յովսեփի հոսպիսում, Յեքնիում տիկին Սիսլեյը բացեց սբ. Քրիստափորի հոսպիսը Լոնդոնում 1967թ.: Դա ժամանակակից առաջին կրթական և հետազոտական հոսպիս համալիրն էր: Տիկին Սիսլեյը իր մասնագիտական և անձնական կյանքը նվիրել է անբուժելի և ծանր հիվանդություններ ունեցող հիվանդների մասին հոգածությանը, նրանց տառապանքների և պահանջումների ուսումնասիրությանը:

Սուրբ Քրիստափորի հոսպիսը ձգտել է հնարավորություններ գտնել առողջապահության շրջանակներում պալիատիվ օգնության հիմունքների տարածման համար: Այն ոգևորությունը, որն առկա էր այդ գիտելիքների զարգացման և տարածման մեջ, շուտով ընդգրկում է ոչ միայն Մեծ Բրիտանիան, այլև ողջ աշխարհը: Բոլոր մայրցամաքների բուժաշխատողները ձգտել են կրթվել սուրբ Քրիստափորի հոսպիսում և այնտեղ ձեռք բերած գիտելիքներն ու փորձն օգտագործել ու տարածել իրենց երկրներում:

Պալիատիվ օգնության ընդհանուր մոդել չկա, որը կարելի լինի կիրառել բոլոր իրավիճակներում: Այնուամենայնիվ, պալիատիվ օգնության հիմնական սկզբունքները, որոնք յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում հաշվի են առնում հիվանդի և նրա ընտանիքի կարիքները, կրում են համընդհանուր բնույթ:

	Բելգիա	Պերժանիա	Իտալիա	Նիդեռլանդներ	Իսպանիա	Շվեդիա	Անգլիա
Բնակչության թիվը (միլիոններ) /1999թ. տվյալներ/	10.1	81.9	57.4	15.6	40	8.8	57.1
Հոսպիսներ	1	64	3	16	1	69	219
Հիվանդանոցային բաժանմունքներ	49	50	0	2	23		
Տնային	55	1	0	34	45	41	336
Ծերանոցային	45	582	88	268	75	67	355
Ցերեկային ստացիոնարներ	2	9	0	0	0	13	248

Աշխարհի տարբեր երկրներում պալիատիվ օգնության զարգացման հետազոտությունների ժամանակ հիմնալի դիտարկում է կատարվել. անգամ մեկ շահագրգռված անձը կարող է ազդել փոփոխությունների ընթացքի վրա: Սովորաբար այն անձը, որը պալիատիվ օգնություն առաջարկելու ավելի լավ ճանապարհ գիտի, ինքն է խթանում այդ գործընթացը:՝ Չաճախ, կուտակած փորձի արդյունքում, սա յուրօրինակ կատալիզատոր է և մյուսներին ոգեշնչում է այդ փոփոխություններն ի կատար ածելու: Դժվար է պատկերացնել, թե ինչպես կարելի է համակարգել և ընդհանրացնել պալիատիվ օգնության զարգացումը յուրաքանչյուր երկրում: Պալիատիվ օգնությունն այժմ էլ զարգաման ընթացքում է, որի մակարդակն ու աստիճանը տարբեր երկրներում տարբեր են:

Պալիատիվ օգնությունը միայն օգնություն չէ, այլ ավելի շուտ՝ գաղափարախոսություն, որը կիրառելի է օգնության բոլոր ոլորտներում: Սովորաբար, մենք հանդիպում ենք արդեն հաստատված տեղամասային թիմի, որը պալիատիվ օգնությունը տրամադրում է կամ տանը կամ ծերանոցում: Միևնույն ժամանակ, հանդիպում ենք պալիատիվ օգնության ծառայության տարբեր մոդելների, որոնք մատուցվում են ընդհանուր պրոֆիլի հիվանդանոցներում: Իդեալական տարբերակով՝ հիվանդը հնարավորություն ունի ընտրելու իր կարիքներին և նախասիրություններին համապատասխան պալիատիվ օգնություն ստանալու վայրը՝ որտեղ ցանկանա՝ տանը, հիվանդանոցում, հոսփիտում: Հիվանդը, սահմանված շրջանակներում, իր կարիքներին ու նախասիրություններին համապատասխան պալիատիվ օգնություն ստանալու հնարավորություն պետք է ունենա ամենուրեք:

Ժամանակի ընթացքում հիվանդների և նրանց ընտանիքների անդամների մասնավոր կարիքներն սկսեցին քննարկվել և ուշադրության արժանանալ տարբեր երկրների առողջապահական համակարգերի ծրագրերում: Թեև պալիատիվ օգնության հիմնարար սկզբունքները կրում են համընդհանուր բնույթ, սակայն իրականում մեթոդները տարբեր երկրներում տարբեր են: Ապագայում պալիատիվ օգնության ծառայության նախագծման հարցերում պետք է դասեր քաղել մեր անցյալից: Հիմնական ջանքերը պետք է ուղղված լինեն հիվանդի և նրա ընտանիքի համար կյանքի լավագույն որակ ապահովելուն:

Պալիատիվ օգնությունը եվրոպական երկրներում

Վերջերս կատարված մի շարք հետազոտություններ նպատակաուղղված են եվրոպայում պալիատիվ օգնության զարգացման տարբերությունները և նմանությունները հայտնաբերելուն¹⁹: Արևելյան Եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի 28 երկրներում անցկացված մի շարք հետազոտություններ, օգտագործելով բազմաթիվ որակական և քանակական մեթոդներ, պարզեցին, որ նկատելի տարբերություն կա պալիատիվ օգնության մատուցվող ծավալի և հասանելիության միջև և զգալի նմանություն՝ հետաքրքրության և եռանդի առումով, որ ներդրվում են պալիատիվ օգնության ծառայության ամբողջական հաստատման մեջ:

Ռուսաստանը և Լեհաստանը պալիատիվ օգնության բազմաթիվ ծառայություններ ունեն, մինչդեռ նախկին ԽՍՀՄ որոշ հանրապետություններում պալիատիվ օգնությունը զարգացած չէ կամ պարզապես չկա, բացակայում է:՝ Արևելյան Եվրոպայում պալիատիվ օգնության ծառայության ամենատարածված տեսակը տնայինն է, որին հետևում են ստացիոնարը, հիվանդանոցային թիմերը, ցերեկային ստացիոնարը, իսկ ամենահազվադեպը՝ ծերանոցային թիմերն են: Հետազոտությունները բացահայտել են հինգ այսպես կոչված փարոսներ չորս երկրում (Ռումինիայում, Հունգարիայում, Լեհաստանում և Ռուսաստանում), որոնք կարևոր և անհրաժեշտ են պալիատիվ օգնության զարգացման գործընթացում և մինչ օրս ամենաճանաչված փորձագիտական կենտրոններն են:

Հետազոտությունները հայտնաբերել են Արևելյան Եվրոպայի մի շարք երկրների համար ընդհանուր խնդիրներ, ինչպիսիք են.

քաղաքականության ճանաչման, փոխհատուցման և աջակցության պակասը,

օպիոիդների հասանելիության անբավարարությունը, աշխատախմբերի մեջ ներգրավման պասիվությունը, բժշկական և խնամակալական սարքավորումների պակասը, հետազոտական հնարավորությունների պակասը, բացասական վերաբերմունքը:

“Pallium”-ի հետազոտությունը, որը ֆինանսավորվում էր եվրոպական հանձնաժողովի կողմից, հրատարակեց դիտարկում Արևմտյան Եվրոպայի 7 երկրում պալիատիվ օգնության հանդեպ կիրառվող քաղաքականության մասին¹⁹:

1970-ական թվականներին Նիդեռլանդներում պալիատիվ օգնության հատուկ նախագծեր իրականացվեցին Ռոտերդամի ծերանոցներում (համեմատելի է վերոնշյալ փարոսների հետ), որոնց համապատասխան պալիատիվ օգնության մեծ մասը տնային խնամք էր՝ կազմակերպված վարձու խնամակալների և տնային բուժքույրերի կողմից; Հոսփոխները կազմում էին պալիատիվ օգնության փոքր մասը: Կային ցածրորակ և բարձրորակ խնամք ապահովող հոսփոխներ, որոնցից առաջիններում աշխատում էին հիմնականում կամավորները, իսկ երկրորդներում մասնագետները:

1998թ. Նիդեռլանդների կառավարությունը որոշում ընդունեց ակադեմիական բժշկական կենտրոններում պալիատիվ օգնության զարգացման կենտրոնների վերաբերյալ ծրագրեր մշակելու մասին: Նիդեռլանդները որդեգրել է մի քաղաքականություն, որով հոսփոխները ընդգրկվում են առողջապահության համակարգի մեջ: Այդ քաղաքականության հետևաքննված բժշկական բուհերում ստեղծվել են հետդիպլոմային կրթության և բժշկական շարունակական կրթության ծրագրեր: Որպես հետևանք՝ ծերանոցում սկսեցին բացվել պալիատիվ օգնության բաժանմունքներ:

Ավանդապես, տնային պալիատիվ օգնության վրա կենտրոնացած լինելու պատճառով, Նիդեռլանդներում հիմնական ջանքերն ուղղված են ընդհանուր պրոֆիլի բժիշկներ պատրաստելուն և նրանց աջակցելուն: Դա հանգեցրել է ամբողջ երկրով մեկ շարժական խորհրդակցական խմբերի ստեղծմանը: 2000թ. գործում է կամավորների աջակցության պետական ծրագիր՝ հիմնականում համակարգման և ուսուցման նպատակներով:

Բելգիայի կառավարությունը հրապարակել է Թագավորական դեկրետ, որի համաձայն յուրաքանչյուր բժշկանան հաստատություն (հիվանդանոց, ծերանոց և այլն) պետք է ունենա պալիատիվ օգնության բազմամասնագիտական խումբ: Միևնույն ժամանակ, մասնագիտական կազմակերպությունները պետք է համագործակցեն շրջանային, ազգային կառավարման օրգանների հետ՝ պալիատիվ օգնությանն աջակցելու համար, շեշտը դնելով առողջապահության համակարգի մեջ ներգրավված լինելուն, առանձնահատուկ տեղ տալով տնային և տեղամասային պալիատիվ օգնությանը:

Շվեդիայում պալիատիվ օգնության մասնագիտական զարգացումը մեկնարկել է տներում կազմակերպված հոսփոխների ծրագրից: Այս մոդելը հետագա տասնամյակում տարածվեց ամբողջ երկրով: Շվեդները լիովին հերքեցին մահամերձ հիվանդների համար 1979թ. պետական զեկուցագրում նշված սահմանադրությունը:

Գերմանիայում պալիատիվ օգնության հիմնադրումը մեկնարկեց գերմանական հասարակության շրջանակներում որոշակի կարծիք ստեղծելուց

** Մեր հանրապետությունում 2003թ. ստեղծվել է «Հակացավային և պալիատիվ օգնության ասոցիացիա». նախագահ՝ Բ.Գ.Ք. Գ.Գ. Կարապետյան, տեղակալ՝ ԵրՊԲՀ հանրային առողջօրության ամբիոնի դոցենտ Բ.Գ.Ք. Ա. Է. Թադևոսյան*

հետո, երբ 1983 թվականին կազմակերպվեց առաջին պալիատիվ օգնության հիվանդանոցը: Հետագայում պետական նախաձեռնությամբ հիմնվեց պալիատիվ օգնության 12 հաստատություն:

Իսպանիայում պալիատիվ օգնության զարգացումը չի կրել լայնածավալ ժողովրդավարական շարժման ձև, բայց խթանվել է ազգային առողջապահության համակարգի կողմից, սկզբնական ժամանակներում հիմնվելով երրորդական մակարդակի հիվանդանոցներում: Պալիատիվ օգնության 2000թ. Ազգային նախագծում նշվում է 241 հաստատություն, ընդ որում, մեծ մասը տնային պալիատիվ օգնություն է, որ ամեն տարի հոգ է տանում 23000 հիվանդի մասին; Այնուամենայնիվ, այդ հաստատությունները տարածում են գտել ամբողջ երկրում, ընդգրկելով դրա կարիքն ունեցող բնակչությանը:

Եվրոպայում պալիատիվ օգնության ծառայության հիմնադրման և տարածման գործընթացի զգալի մասը պատկանում է Միացյալ Թագավորությանը, որը կանգնած է այդ ծառայության ստեղծման սկզբնաղբյուրներում: Անգլիական հետազոտությունների համաձայն, բրիտանական հաստատուն հոսփիսական շարժումը ազգային առողջապահության համակարգից դուրս է:

Պալիատիվ օգնությունը տարիների ընթացքում ճանաչվել է որպես բժշկական մասնագիտություն և իր ակադեմիական դիրքը կարծես թե կայունացրել է: Այնուամենայնիվ, ինչպես և բոլոր երկրներում, պալիատիվ օգնության ֆինանսավորման հիմնական մասը կատարվում է մասնավոր սեկտորի կողմից:

Իտալիայում պալիատիվ օգնությունը զարգացում է գտել 1970 թվականից՝ նպաստելով հոսփիսների լայն տարածմանը:

Շվեյցարիայի կանտոններն առողջապահության կազմակերպման նկատմամբ տարբեր մոտեցումներ ունեն. ֆրանսիական մասն ընդունում է պալիատիվ օգնությունը, մինչդեռ գերմանական կամ իտալական կանտոններում պալիատիվ օգնությունը գտնվում է միայն մասնավոր կազմակերպությունների հովանավորության ներքո: 2000թ. երկիրն ուներ 9 հիվանդանոցային բաժանմունք, 6 հոսփիս, 5 շարժական թիմ: Societe de Medecine et des Soins Palliatifs տվյալների համաձայն, բժշկական ուսուցման եղանակը տարբերվում է բուժքույրականից*:

Շվեդիայում հրապարակված զեկույցում նշվում են պալիատիվ օգնության զարգացմանը խոչընդոտող մի շարք պատճառներ. առաջին՝ պալիատիվ օգնության տարածման և համակարգման գործընթացի վերաբերյալ դաշնային կառույցների բացասական վերաբերմունքը, երկրորդ՝ մասնագիտացման բացակայությունը, քանի որ բոլորը կարծես թե գիտեն՝ ինչ է պալիատիվ օգնությունը և երրորդ՝ պետական բյուջեից պալիատիվ օգնությունը՝ որպես առողջապահության նոր ճյուղ չընկալելը և չֆինանսավորելը:

Տնային խնամքի առանձնահատկությունները դիտարկվում են այն



պայմաններից ելնելով, որ բազմաթիվ շրջաններում փոփոխվել է ընտանիքի ավանդական կազմը, բազմաթիվ մեծահասակներ ապրում են առանձին և զուրկ են մերձավորների խնամքից, լուրջ և ծանր հիվանդների 50%-ը գերադասում է մնալ տանը. խոչընդոտ հանդիսացող ամենակարևոր պատճառը ֆինանսի պակասությունն է:

Ձեկույցում նշվում են նաև մի շարք այլ կետեր: Սկզբանական հաջող մեկնարկից հետո պալիատիվ օգնության շարժումը Շվեյցարիայում արգելակվեց, միգուցե, այն պատճառով, որ անհատների նախաձեռնություն էր: Այնուամենայնիվ կանտոններից մի քանիսում, մասնատրապես՝ Վաուդում, պալիատիվ օգնությունը զարգանում է բոլոր մասնագետների համաձայնության և համագործակցության հիման վրա, ինչը հույժ կարևոր է: Եվ վերջինը, որ բնորոշ է ոչ միայն Շվեյցարիային. բնակչության ոչ բավարար տեղեկացվածությունը:

Հունգարիայում պալիատիվ օգնությունը վերելք է ապրում: 1997-ին ընդունվել է Health Care Act-ը, որի մեջ հստակ սահմանվում է, թե որ հիվանդներն ու նրանց մերձավորներն են ընդգրկվում պալիատիվ օգնության ծառայության մեջ: Այն հաստատում է, որ տնային ծառայությունը պետք է տրամադրվի ըստ անհրաժեշտության, իսկ հոգևոր աջակցությունը պետք է տրամադրվի թե՛ հիվանդներին, և՛ թե՛ նրանց մերձավորներին: Առողջապահության նախարարությունը և Hospice-Palliative Association-ը թողարկել են ձեռնարկ, որի վերամշակված և ավելի ծավալուն տարբերակը թողարկվել է վերջերս¹⁹:

2001թ. մշակվել և ներդրվել են մեկ տարվա բուժքույրական հոսփիսային, ինչպես նաև միասնական կրթական ծրագրեր: Ըստ տվյալների՝ 2001թ. երկրում կային 4 հոսփիսային բաժանմունք (55 մահճակալ), 14 տնային պալիատիվ օգնության թիմ, 2 ցերեկային՝ ստացիոնար, 2 շարժական թիմ (Բուդապեշտում) և 5-ը ծերանոցներում:

Հետդիալոմային կրթական ծրագրում 10 ժամ հատկացված է ցավի և ախտանիշների կառավարմանը, 30 ժամ՝ հոգեբանական խնդիրներին: Քույրական դպրոցներում ուսուցումը (թրեյնինգը) կազմում է 80 ժամ, կա նաև ուսուցում բժիշկների համար:

Ավստրիայում պալիատիվ օգնությունը որպես մասնագիտություն չի ընկալվում: Այնտեղ կա 8 հոսփիսային բաժանմունք՝ ընդամենը 100 մահճակալով:

Պալիատիվ օգնության վերաբերյալ ուսուցումն ընդգրկված է բուժքույրական կրթական ծրագրի մեջ և բժշկական կրթական ծրագրի մի մասն է: Այստեղ ևս դիտվում է ուշադրության ավելացում պալիատիվ օգնության նկատմամբ:

Հոսպիտալային և տնային պալիատիվ օգնության ֆինանսական աջակցության հարցը մնում է բաց և մտորումների տեղիք է տալիս, քանի որ այն մեծ կախվածություն ունի անհատական լրացուցիչ միջոցների ներդրումից:

Սահմանումներ և հիմնական դրույթներ

Ինչպես արդեն նշվեց, այս փաստաթղթերը հիմնված են 1991-2002թթ. Միացյալ Ազգերի Կազմակերպության սահմանած և պալիատիվ օգնության դաշտում լայնորեն տարածված սահմանումների և նկարագրությունների վրա¹⁹:

Սահմանումներն ու հիմնական դրույթները քննարկելուց առաջ, կարևոր է նշել, որ պալիատիվ օգնությունը չպետք է առանձնանալես տարբերվի

բժշկական այլ բնագավառներից: Այլապես, շատ կոժվարանա և կխոչընդոտվի պալիատիվ օգնության ինտեգրումը առողջապահության համակարգին: Պալիատիվ օգնության բազմաթիվ կարևոր դրույթներ կիրառություն են գտնում բուժական բժշկության մեջ, միևնույն ժամանակ, պալիատիվ օգնության զարգացումը կարող է ունենալ շատ բարերար ազդեցություն բժշկության այլ բնագավառներում, ուշադրություն սևեռելով մի շարք թերագնահատված խնդիրների լուսաբանմանը, ինչպիսիք են՝ հոգևոր հիմնախնդիրները:

Սահմանումներ

Պալիատիվ օգնությունը (խնամքը) դիտարկվում է միայն այն դեպքում, երբ մահն անխուսափելի է: Այդ իմաստով ավելի ընդունելի է պալիատիվ օգնություն առաջարկել անբուժելի հիվանդության զարգացման ավելի վաղ փուլում:

Պալիատիվ տերմինը ծագել է լատիներեն բառից, որը նշանակում է՝ քող, դիմակ: Այդ բառի բացատրությունը բացահայտում է նրա իմաստը՝ քողարկել անբուժելի հիվանդության փխտանիշները, որոնք պետք է արհամարհվեն, չնկատվեն, քանի որ բուժման ենթակա չեն:

Պալիատիվ օգնությունն ընդգրկում է բոլոր հնարավոր պալիատիվ միջամտությունները, որոնք անդրադառնում են հիվանդության ընթացքի վրա: Դրանք են՝ վիրաբուժությունը, ռադիոթերապիան, քիմիոթերապիան, հորմոնալ մանիպուլյացիաները և այլն: Այդ բոլոր միջոցառումների վերջնական նպատակը հիվանդի վիճակը հնարավորինս բարելավելն է: Հետևաբար, հույժ կարևոր է պետական, հասարակական հիվանդանոցային կառույցների ծրագրերում պալիատիվ օգնության ներառումը: Բուժական բոլոր մոտեցումները՝ և՛ հիվանդության ընթացքը թեթևացնող, և՛ փխտանիշային, պետք է դրվեն անհատական հիմքերի վրա, և պետք է որպեսզի համապատասխան օրակարգ հաստատվի:

ՄԱԿ-ը պալիատիվ օգնությունը սահմանում է որպես ակտիվ ընդհանուր խնամք այն հիվանդների նկատմամբ, որոնց հիվանդությունը չի արձագանքում (ենթարկվում) բուժմանը: Ցավի՝ և՛ հոգեբանական և՛ հոգևոր խնդիրների լուծումն առաջնակարգ է: Պալիատիվ օգնության նպատակն է՝ հնարավորիս բարելավել հիվանդի և նրա ընտանիքի անդամների կյանքի որակը (ՄԱԿ 1990թ.):

Այս սահմանումը արժանի է դրվատանքի այն առումով, որ հիմնական շեշտը դրված է հիվանդի վրա. հաշվի է առնվում մարդու էության բազմազանությունը՝ կյանքի որակի բարելավումը համարելով գերագույն նպատակ: Այս դեպքում **բուժվող** բառն անիմաստ է, քանի որ բազմաթիվ քրոնիկ հիվանդություններ չեն բուժվում, այնուամենայնիվ, այդ հիվանդները կարող են ապրել տասնյակ տարիներ:

«Պալիատիվ օգնություն ասելով՝ նկատի են առնվում այն հիվանդները՝ որոնց մնացել է ապրել 1 տարի կամ նույնիսկ ընդամենը մի քանի ամիս: Պետք է կարողանալ պարզել, թե ինչ ճանապարհով են զարգանում նրանց ֆիզիկական և հոգևոր տառապանքները, որոնք պետք է թեթևացնել»¹⁹:

ՄԱԿ-ի վերջին սահմանման մեջ շեշտը դրվում է տառապանքների կանխարգելման վրա, ըստ որի՝ պալիատիվ օգնությունը այնպիսի ծառայություն է, որը հնարավորություն է տալիս անբուժելի հիվանդությանը տառապողների և նրանց մերձավորների կյանքի որակը բարելավել, կանխարգելել և թեթևացնել տառապանքները՝ վաղորոշ բացահայտման, հոգևոր հոգեբանական խնդիրները լուծելու միջոցով:

Պալիատիվ օգնության թիմեր, թիմային աշխատանք և նախագծում

Պալիատիվ օգնությունը բազմաթիվ ոլորտների և մասնագիտությունների մասնագետների համագործակցություն է, որը գերազանցապես ներառում է բժշկի, դայակի և այլ բուժաշխատողների գործունեություն, մասնագիտական պատասխանատվություն հիվանդի և նրա ընտանիքի՝ բժշկական, հոգեբանական և հոգևոր պահանջները բավարարման համար:

Հիվանդը, նրա ընտանիքն ու պալիատիվ օգնության թիմը պետք է համատեղ ուժերով մասնակցեն որոշումների ընդունմանը, հատկապես՝ նախնական պալիատիվ օգնության անհատական նախագծերի հաստատմանը, վերահսկմանը և շարունակական դիտարկմանը՝ հաշվի առնելով հիվանդի ցանկությունները: Պետք է ապահովվեն ընդգրկված բազմազան ծառայությունների (բուժական և պալիատիվ) համապատասխան փոխհարաբերությունները:

Կամավորների մասնակցությունը թիմում ցանկալի է: Նրանք մասնագիտական գործունեությամբ չեն զբաղվում, բայց ունեն իրենց ներդրումն ու դերը: Պետք է խրախուսել կամավորներին և նպաստել կամավորական ծառայություններում նրանց ներգրավմանը:

Թիմի բոլոր անդամները պետք է լինեն իրենց գործի գիտակներ և տեղյակ՝ ինչպես իրենց, այնպես էլ՝ թիմի մյուս անդամների լիազորություններին և իրավասություններին:

Հիվանդի և նրա ընտանիքի համար շատ կարևոր է, որ պալիատիվ օգնության տարբեր օղակներից ստացվող հանձնարարությունները լինեն հստակ և կապակցված՝ թյուրիմացություններից և տարածայնություններից խուսափելու համար: Ցանկալի է՝ որևէ մեկին, հանգամանքների բերումով գերադասելի է բժշկին, ընտրել պալիատիվ օգնության օղակներ համակարգող:

Հիվանդին և նրա ընտանիքին վերաբերող բոլոր տեղեկությունները մասնագիտական գաղտնիք են՝ հիվանդի՝ բժշկական գաղտնիքի և անձնական կյանքի անձեռնմխելիության իրավունքներին համապատասխան:

Պալիատիվ օգնությունը սովորաբար թանկարժեք է, բայց համապատասխանաբար ունի մեծ պահանջարկ: Հետևաբար, պալիատիվ օգնության աշխատողների մասին նույնպես պետք է հոգ տանել, և նրանց մասնագիտական առողջությունը պետք է լինի պետական քաղաքականության ուշադրության կենտրոնում:

Վերջին 2-3 տասնամյակներում պալիատիվ օգնությունը սկսել է արժանանալ պատշաճ ուշադրության: Թողարկում են հատուկ գիտական ամսագրեր՝ ինչպես մասնագետների, այնպես էլ՝ ոչ մասնագետների համար, ստեղծվում են կազմակերպություններ ու ընկերություններ (օրինակ՝ European Association for Palliative Care), հրատարակվում են պետական քաղաքականության հավատարմագրեր (օրինակ՝ Իռլանդիայի կառավարության կողմից՝ National Advisory Committee on Palliative care Field on Palliative Care 2001 և այլ):

Պալիատիվ բժշկություն — առանձնահատուկ բուժօժանդություն, որը տրամադրվում է զարգացող անբուժելի հիվանդություններով տառապողներին, որոնց կյանքի տևողությունը սահմանափակ է: Հիմնական շեշտը դրված է հիվանդի կյանքի որակի վրա: Պալիատիվ օգնության մի մասն է:

Կյանքի որակ — պալիատիվ օգնության հիմնական նպատակը կյանքի հնարավորինս լավագույն որակն է: Այս գաղափարը, այնուամենայնիվ, տվյալ պարագայում մնում է դժվար որոշվող:

Ծանր, զարգացող անբուժելի հիվանդությամբ տառապող հիվանդների

դեպքում այս գաղափարի կիրառումը հարաբերական է: Այն չափիչ գործիքները, որոնք գործածվում են այլ հիվանդությունների դեպքում, այս պարագայում կիրառելի չեն, հատկապես կյանքի վերջում՝ հոգևոր հարցերի նկատմամբ ուշադրության պակասի պայմաններում:

Պալիատիվ օգնություն.

Գոյություն ունեն պալիատիվ օգնության տարբեր սահմանումներ: Հաճախ օգտագործվում է այն տարբերակը, որը ձևակերպվել է ՄԱԿ-ի կողմից 1990թ. և վերանայվել 2001թ.-ին. **ամբողջական ակտիվ խնամք, որը մատուցվում է անբուժելի զարգացող հիվանդություններով տառապողներին, որտեղ ցավի և այլ ախտորոշիչների կառավարմանը, սոցիալական և հոգևոր խնդիրներին առաջնակարգ նշանակություն է տրվում:**

Պալիատիվ խնամք

Ըստ առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության սահմանման **պալիատիվ խնամքը** մոտեցում է, որը բարելավում է կյանքի վտանգավոր հիվանդությունների հետ կապված խնդիրներին բախվող մարդկանց ու նրանց հարազատների կյանքի որակը՝ տառապանքի կանխարգելման ու թեթևացման միջոցով, որն իրականացվում է վաղ հայտնաբերման և անսխալ գնահատման, ինչպես նաև ցավի բուժման և այլ ֆիզիկական, հոգեբանական ու հոգևոր խնդիրների լուծման միջոցով:

Պալիատիվ խնամքը

Ապահովում է ցավի և այլ անհանգստացնող ախտանիշների մեղմացում մահը մոտեցնելու կամ հեռացնելու նպատակ չունի,

մահը համարում է նորմալ պրոցես,

ամբողջացնում է հիվանդի խնամքի հոգեբանական և հոգևոր արտահայտությունները,

օգնում է, որ հիվանդը հնարավորինս ակտիվ ապրի մինչև կյանքի վերջ

Պալիատիվ խնամքը

ընտանիքի անդամներին օգնում է դիմանալ հիվանդությանը (նաև ծանր կորստին)

օգտագործում է թիմային մոտեցում հիվանդի և նրա ընտանիքի կարիքները պարզելու համար

բարելավում է կյանքի որակը և կարող է դրական ազդեցություն ունենալ հիվանդության ընթացքի վրա

կիրառելի է հիվանդության սկզբում՝ կյանքը երկարացնելու համար նախատեսված բուժումներին զուգահեռ

Տարկետված խնամք

խնամքի ձև, որը հնարավորություն է տալիս ընտանիքի անդամներին հանգստանալու հիվանդին խնամելուց: Կարող է կիրառվել տոնների կամ արձակուրդների ժամանակ: Տարկետված խնամքը կարող է իրականացվել հիվանդանոցներում, ծերանոցներում, բարեգործական հաստատու-



յուններում, հոսփիսներում: Տարկետված (հանգստյան օրվա), ցերեկային ստացիոնարի, ժամանակավոր հիվանդանոց ընդունվածների և բժշկական ցուցումներով հոսպիտալացվածների միջև տարբերությունները կարող են վերանալ:

Յուսփիս

Տնային պայմաններում կամ հաստատություններում տրամադրվող խնամքի ծառայություն: Տարբերում են խորացված և թեթև խնամքի հոսփիսներ:

Յուսփիսային խնամք: Այս հասկացությունը դեռևս չունի բավարար և լիարժեք սահմանում: Այն բնորոշվում է որպես խնամքի մի ձև, որը զուգակցվում է առողջապահությանը: Ենթադրում է աշխատանք, որը կատարվում է կամավորների կողմից՝ հիմնական շեշտը դնելով խնամքի հոգևոր կողմի և հարմարավետության վրա: Շատ երկրներում հոսփիսային խնամքը ընկալվում է որպես պալիատիվ օգնության հոմանիշ:

Յոգևոր խնամք

Միտված է հոգևոր և էկզիստենցիալ կրոնական խնդիրներին, որոնց հետ հիվանդը և նրա ընտանիքը առնչվում են անբուժելի հիվանդություններով տառապելու դեպքում: Վերաբերում է ոչ միայն հավատացյալներին, այլև անհավատներին և նրանց ընտանիքներին՝ մահվանից առաջ և հետո:

Թերմինալ խնամք

Պալիատիվ օգնության շարունակությունն է և վերաբերում է կյանքի վերջին ժամերը կամ օրերն ապրող հիվանդներին:

Մասնագիտացած ծառայություններ

Պալիատիվ օգնության այն ծառայություններն են, որոնց հիմնական նպատակը պալիատիվ օգնությունն է՝ միջմասնագիտական թիմի շրջանակներում, վերապատրաստված և փորձված մասնագետների միջոցով:

Բազմամասնագիտական

Մեկից ավելի մասնագիտությունների ներկայացուցիչների մասնակցությունը պալիատիվ օգնության թիմի կազմում, այդ թվում բժիշկ, քույր և այլ: Այդ թիմը կարող է աշխատել ինչպես միջմասնագիտական, այնպես էլ բազմամասնագիտական եղանակով:



Ազգային/տեղական պալիատիվ օգնության նախագիծ

Ռազմավորություն, որը մշակվում է տարբեր մասնագետների և հիվանդների մասնակցությամբ: Այդ ռազմավորության նպատակն ու սկզբունքներն ընդգրկում են՝ արդարությունը, որակը, արդյունավետությունը, արդյունքը և բավարարվածությունը պալիատիվ օգնության պարագայում:

Վերականգնում

Անբուժելի հիվանդություններով տառապողների հնարավորին չափով գործառույթային վերականգնում, որ հնարավորություն է տալիս չափավոր ակտիվ և որակյալ կյանք վարել: Դրանով կարող են զբաղվել ֆիզիոթերապևտը և սոցիալական աշխատակիցը:

Կամավորներ

Այն խնամողներն են, որոնք իրենց ժամանակը հատկացնում են հիվանդների խնամքին՝ առանց վարձատրվելու ակնկալիքի և նախապես հաստատված հարաբերությունների: Նրանք սովորաբար համախմբվում և վերահսկվում են կամավոր միավորումների կողմից: Բուժաշխատողները

նույնպես կարող են գործել որպես կամավորներ:

Հարց է առաջանում. թողնե՞լ, որ հիվանդը ցավից տառապի՞

Բայց չէ որ հիվանդին միայն ֆիզիկական ցավը չի անհանգստացնում...

Հիվանդը միայն մարմին չէ...

Արդյո՞ք հոգեկան և ֆիզիկական ցավերին, անտանելի տառապանքներից վերջ տալու միակ միջոցն էվթանազիան է:

Պարզվում է, որ Ո՞՛:

Կա այլընտրանք

...

Վշտի հոգեբանական փուլերը

Շվեյցարացի հոգեբույժ Էլիզաբեթ Կյուբլեր-Ռոսը, ուսումնասիրելով 500-ից ավելի մեռնող հիվանդների, մշակել է վշտի հոգեբանական մի քանի փուլեր:

Հերքում: Ոչ, ախտորոշումը երևի սխալ է: Ինձ չի վերաբերում: Ուրիշի՞ տվյալներն են: Նման բան չի կարող ինձ հետ պատահել: Բժիշկները խառնել են հետազոտության արդյունքները:

Ջայռույթ: Երբ համոզվում է, որ անալիզի (նաև կրկին ստացված հետազոտությունների) արդյունքներն իրենն են, ոչ ուրիշինը, տարակուսում է, զարմանում, բարկանում.

- Ինչու՞ հենց ես: Ինչու՞ հենց ինձ հետ պետք է պատահեր դա:

Ինչու՞ հենց ինքը պետք է հիվանդանար այդ անբուժելի հիվանդությամբ:

Սակարկում: Միջնադարում արևելյան որոշ բժշկապետեր հիվանդությունը համարում էին մեղքի հետևանք: Ի դեպ, Նարեկացու մոտ էլ կա այդ գաղափարը՝ մեղքը հիվանդության պատճառ: Հիվանդն սկսում է մտովի ետ գնալ, վերլուծել, բացահայտել գիտակցաբար, թե անգիտակցաբար, կամա թե ակամա թույլ տված սխալներն ու մեղքերը: Խղճի խայթ է զգում, զղջում, խոստովանում, թողություն խնդրում...

- Աստված, ես այլևս մեղքեր չեմ գործի, միայն թե ինձ բուժիր: Չղջում եմ, խոստովանում, խնդրում...

Պեպրեսիա: Եվ եթե արդեն բանը բանից անցած վիճակ է, փրկություն չկա... Հասկանում է, որ մահն անխուսափելի է, մտածում է չիրականացված հույսերի և երազանքների մասին:

Ընդունում: ... Բոլոր պատերազմներն ավարտվում են: Սպասում է վերջին: Ահա այստեղ է, որ տեղին է հնչում պալիատիվ խնամքի նշանաբանը.

Ոչ թե օրեր ավելացնենք հիվանդի կյանքին, այլ ԿՅԱՆՔ՝ օրերին:

Այսպիսով, պալիատիվ բժշկությունը, պալիատիվ խնամքը կամ հոգածությունը ոչ այլ ինչ են, եթե ոչ՝ այլընտրանք էվթանազիային:



Էլիզաբեթ Կյուբլեր Ռոս

Կյանքի կտակ

Այս թեման ուսումնասիրելով՝ դուք կկարողանաք.

Սահմանել կյանքի կտակ հասկացությունը:

Ներկայացնել այնպիսի իրավիճակներ, երբ այն կիրառվում է:

Ներկայացնել կյանքի կտակի կիրառության դժվարությունները:

Նշել, թե ինչպես է կիրառվում կյանքի կտակը:

Ի՞նչ է կյանքի կտակը

Բժշկական տեխնոլոգիաների աննախադեպ զարգացման հետևանքով մահվան դատապարտված որոշ հիվանդներ կարող են կենսապահովման սարքավորումների շնորհիվ ապրել երկար: Երբեմն հիվանդը կարող է նախընտրել նման բուժումը, որը թեև ժամանակավոր, բայց միակ միջոցն է նրա ներկա վիճակը պահպանելու համար: Մյուս կողմից նման բուժումը կարող է անցանկալի լինել, քանի որ կարող է միայն երկարացնել մահվան պրոցեսը՝ կյանքի որակը բարելավելու փոխարեն: Ամեն դեպքում յուրաքանչյուր մարդ իրավունք ունի ինքնուրույն որոշելու՝ շարունակել նման խնամքը, թե՛ ոչ: Այլ է իրավիճակը, երբ խոսքը վերաբերում է հաղորդակցման ունակությունը կորցրած, կոմայի մեջ գտնվող մարդկանց:

Այս դեպքերում օգտագործվում է կյանքի կտակը: Դա մի փաստաթուղթ է, որն արտահայտում է հիվանդի կամքն ու բուժման վերաբերյալ ցանկությունները այն դեպքերում, երբ նա ի վիճակի չի լինի արտահայտել դրանք:

Շատ մարդիկ գտնում են, որ եթե, իրենք հայտնվեն անգիտակից, վեգետատիվ և այլ նման պայմաններում, ապա չեն ցանկանա նմանատիպ բուժում ստանալ: Այդ պատճառով հայտնում են իրենց կամքը, քանի դեռ կարող են: Որոշ մարդիկ էլ մտածում են, որ երբեք, ոչ մի հանգամանքներում չեն ցանկանա ստանալ այդպիսի բուժում: Այս մոտեցումը հազվադեպ է հանդիպում, չնայած որ շատ իրավիճակներ դարձելի, վերականգնելի են: Շատերը կհամաձայնեն, որ կարճաժամկետ տհաճ բուժումը կարելի է հանդուրժել: Մարդկանց ցանկությունները հարաբերական են այն առումով, որ նրանք ընդունում կամ մերժում են բուժումը կախված բազմաթիվ հանգամանքներից:

Գոյություն ունեն երկու տեսակ իրավիճակներ, որոնց դեպքում դիմում են առողջապահական փաստաթղթերին: Առաջինը մահվան ելքով (տերմինալ) հիվանդություններն են, երկրորդը՝ անբուժելի, բայց ոչ մահացու հիվանդությունները:

Մահացու (անբուժելի) հիվանդություններ

Սրանք այն հիվանդություններն են, որոնց վերջը համեմատաբար կարճ ժամանակահատվածում սպասվող մահն է: Մարդիկ հաճախ խուսափում են բուժումից, որն ուղղակի երկարացնում է կյանքը, բայց չի ապահովում կյանքի ցանկալի որակ: Որոշ մարդկանց համար այսպիսի բուժումն ընդունելի է, մինչդեռ այլոց համար՝ ոչ: Եթե մեկը, անբուժելի հիվանդություն ունենալու դեպքում, նախընտրում է կարճ, բայց ավելի հարմարավետ կյանք, մյուսը կարող է պահանջել այդպիսի բուժում: Անբուժելի հիվանդների հետ առնչվող բարոյաիրավական հիմնասխնդիրները կարգավորելու համար մշակվել են մի շարք առողջապահական հոշակագրեր: Ըստ այս փաստաթղթերի, օրինակ, բժիշկները պարտավոր են և պետք է հարգեն հիվանդի ցանկությունները բոլոր իրավիճակներում:

Անբուժելի, բայց ոչ մահացու հիվանդություններ

Դժբախտաբար այս ծանր խնդրին՝ երկարատև հիվանդությանը նվիրված առողջապահական շատ հոշակագրեր չեն գործում: Տվյալ խնդրի վերաբերյալ որևէ փոխհամաձայնության գալ շատ դժվար է երկու պատճառով:

Առաջին. բժիշկը և բուժանձնակազմի մյուս անդամները կարող են հիվանդի տվյալ վիճակին արձագանքել՝ առաջնորդվելով իրենց սեփական արժեքային մոտեցումներով: Նրանք, օրինակ, կարող են ընդունել մահամերձ հիվանդների կյանքը չերկարացնելու տեսակետը, սակայն կարող են

կտրականապես դեմ լինել խրոնիկ հիվանդություններ ունեցողներին բուժում չտրամադրելուն:

Երկրորդ պատճառն այն է, որ խրոնիկ հիվանդություններն այնքան բազմազան են, որ մարդիկ չեն կարողանում համաձայնության հանգել այն հարցի շուրջ, թե ո՞ր իրավիճակներն են հիվանդի համար անտանելի: Օրինակ, որոշ մարդիկ սարսափում են ինսուլտից, որի հետևանքով նրանք կկորցնեն հաղորդակցվելու կարողությունը: Որոշ մարդկանց համար էլ, օրինակ, անտանելի է երկարատև կախվածությունը այլ մարդկանցից՝ ուղեղի ֆունկցիաների թուլացման կամ Ալցհեյմերի հիվանդության պատճառով: Կարճ ասած, առողջապահական հռչակագրերի կիրառությունն ամեն դեպքում պահանջում է անհատական մոտեցում յուրաքանչյուր հիվանդի համար: Հանգամանքները, որոնց պատճառով առաջացել են խրոնիկ հիվանդությունների վերաբերյալ առողջապահական հռչակագրերը յուրաքանչյուր դեպքում տարբեր են:

Ինչպես գնահատել հիվանդության կայունությունը կամ նրա զարգացման անդարձելիությունը

Ինչպե՞ս որոշել կայուն է հիվանդի վիճակը, թե՞ հիվանդության զարգացումն անդարձելի է: Դժբախտաբար շատ իրավիճակներում առավելագույնը, որ կարելի է անել, հիվանդության ընթացքն ուսումնասիրելն է: Եթե որոշակի ժամանակահատվածում բարելավում չի նկատվում, ապա դա վատ կանխատեսումների տեղիք է տալիս: Ամենավառ օրինակը ուղեղի վնասվածքի դեպքն է, երբ թթվածնի խիստ պակաս է առաջանում (ինչպես սրտի կաթվածից): Եթե հիվանդը երկար ժամանակ գտնվում է անգիտակից վիճակում, ապա քիչ հավանական է, որ նրա օրգանիզմի բոլոր ֆունկցիաները կվերականգնվեն: Կոնկրետ իրավիճակներում անհնար է ճշգրիտ կանխատեսել, թե որ հիվանդը կվերականգնի իր օրգանիզմի սկզբնական ֆունկցիաները, իսկ որը կմնա ծայրահեղ վիճակում: Շատ մարդկանց մոտ բարելավման ու առաջընթացի նշաններ ի հայտ են գալիս առաջին մի քանի օրերի ընթացքում, հիմնականում մինչև առաջին երկու շաբաթը:

Սպասելու ու դիտելու այս մոտեցումն առաջնորդում է դեպի առողջապահական կարևոր այս փաստաթղթի կյանքի կտակի, կարևորության գիտակցումը:

Որոշ դեպքերում փաստաթղթում ուղղակի նշվում են կոնկրետ իրավիճակներ ու ժամկետներ: Կյանքի կտակ գրելիս կարևոր է հիշել ժամանակը (նույնիսկ երկար), որը պետք է սպասել նախքան այդպիսի բուժման դիմելը, նույնիսկ եթե այն անցանկալի է և պահանջում է հիվանդի որոշակի ցուցումներ:

Շատ մարդիկ որոշում են կազմել կյանքի կտակ՝ տեսնելով իրենց մտերիմների կամ բարեկամների հետ տեղի ունեցածը: Այս ապրումները հանգեցնում են նրան, որ մարդիկ առանձնահատուկ ուշադրություն են դարձնում անհատական իրավիճակներին: Մանավանդ որ երկու բոլորովին նույնատիպ իրավիճակ չի լինում: Այդ հանգամանքը պետք է հաշվի առնել կյանքի կտակը կազմելիս: Ճիշտ կլինի նաև կյանքի կտակը կազմելիս խորհրդակցել ընտանիքի անդամների ու մտերիմների հետ: Քանի որ այն յուրահատուկ բժշկական փաստաթուղթ է, հետևաբար շատ կարևոր է, որ այն լինի ճիշտ կազմված: Այլապես այն չի ծառայի իր նպատակին չի օգնի պարզաբանել երկիմաստ, բարդ իրավիճակները:

Ինչու են շատերը հրաժարվում բուժումից

Բուժումից հրաժարվելու համար կա երկու ընդհանուր պատճառ: Առաջինն այն է, որ բուժման ընթացքում սպասվելիք արդյունքն այնքան մեծ չէ, որպեսզի արդարացնի բուժման ռիսկերն ու անհարմարությունները: Սա հիմք է բուժման վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու համար. ցանկացած որոշում ներառում է հիվանդի անձնական վերաբերմունքը բուժման նկատմամբ: Որոշ հիվանդներ հանդուրժում են անհարմարությունները և ռիսկային բուժումը՝ հանուն ավելի երկար ապրելու հնարավորության, ուրիշները գերադասում են ավելի հարմարավետ, բայց

կարճ կյանքը՝ ձգտելով նվազագույն բժշկական միջամտության:

Բժշկական «օգնությունը, բուժումը» մերժելու երկրորդ պատճառը անհանդուրժելի պայմաններում կյանքի երկարացումն է: Նվազագույն անհարմարություններ ենթադրող բուժումն անգամ անընդունելի է, եթե երկարացված կյանքի պայմաններն անցանկալի են: Բուժումը, անգամ եթե քիչ են ռիսկային կամ հնարավոր ծանր արդյունքները, կարող է մերժվել, քանի որ այն երկարացնում է մի կյանք, որը հուսահատ է, կյանքի նման չէ:

Նրանց, ովքեր մտածում են կյանքի կտակ գրելու մասին, խորհուրդ է տրվում . Ձրուցել իրենց զգացողությունների մասին իրենց կրոնական խորհրդատուի, /խոստովանահոր/, վստահելի ընկերոջ հետ, խորհրդակցել բժիշկների հետ, հատկապես, եթե ունեն ընտանեկան բժիշկ կամ անձնական բժիշկ
խորհրդակցել/ գրուցել ընտանիքի անդամների հետ: Եթե հիվանդը չի կարողանում կողմնորոշվել տվյալ իրավիճակում, ընտանիքի անդամները կամ ընկերները պետք է իրենց կյանքի փորձի և հիվանդի մասին իրենց գիտելիքների հիման վրա ուղղումներ կատարեն: Ընտանիքի անդամների հետ քննարկված որոշումն օգնում է հանդարտեցնել հուզմունքը:

Առողջության մասին հոգ տանող լիազոր հասկացությունն առաջացավ, քանի որ առողջապահական հռչակագրերը և կյանքի կտակը երբեմն չեն համընկնում:

Առողջապահական լիազորը մի անձնավորություն է, ում վստահում են իրենց փոխարեն վճռական պահերին որոշումներ կայացնելը, այն դեպքերում, երբ մարդն անկարող է ինքնուրույն անել դա:

Օրենքն առաջնայնությունը տալիս է հիվանդի նախկինում արտահայտած ցանկությանը, բացի սննդից ու ջրից զրկելու կամ հրաժարվելու որոշումից՝ թույլ տալով վստահված անձին կայացնել որոշումներ նույնիսկ այն հարցերի վերաբերյալ, որոնք նախկինում չեն քննարկվել:

Կյանքի կտակին զուգահեռ գործածվում է նաև «Չվերակենդանացման կարգ» հասկացությունը:

Այս կարգը վերաբերում է սրտանոթային վերակենդանացման ու շնչառական համակարգի հիվանդություններ ունեցողներին և այդ հիվանդություններով զբաղվող բաժանմունքներին:

Հանձնարարություններ և հարցեր

Ներկայացրեք զեկույց, թե ինչպես է այս հարցը լուծվում Անգլիայի, Ֆրանսիայի, Գերմանիայի և ԱՄՆ-ի առողջապահական համակարգում:

Ի՞նչ է չվերակենդանացման կարգը:

Ի՞նչ է նշանակում առողջության պահպանման լիազոր:

Ի՞նչ խորհուրդներ են տրվում կյանքի կտակ գրել պատրաստվող մարդկանց:

Կա՞րողյոք կյանքի կտակի իրավունք Հայաստանում:

Կյանքի կտակ Living Will

Իրավաբանական փաստաթուղթ, որը նախատեսում է բժշկական օգնության դադարեցման պայմաններ ու ցուցումներ այն դեպքերի համար, երբ հիվանդը գտնվում է սահմանային (թերմիմալ) վիճակում: Կյանքի կտակի իրագործումը կապված չէ չափից դուրս մեծ բարդությունների հետ ու միեւնույն ժամանակ հնարավորություն է տալիս ընտրելու ակտերնատիվ այլ բուժման մեթոդներ: Երկարատեւ լիազորագիր, որն իրավունք է տալիս բժշկական խնամքի հետ կապված որոշումներ ընդունել, որոնք կհամապատասխանեն յուրաքանչյուր անհատի արժեքային համակարգին ու ցանկություններին:

Կյանքի կտակ (նմուշ)

Ես՝ գտնվելով գիտակից վիճակում, մտածված ու կամավոր հայտարարում եմ, որ ցանկանում եմ, որ իմ կյանքը չչարունակվի ներքոնշյալ դեպքերում և հայտարարում եմ՝

1. Եթե ես գտնվեմ հետեւյալ իրավիճակներից (իրավիճակները նշվում են ըստ կազմողի ցանկության) մեկում՝

սահմանային վիճակ

կոմային վիճակ, առանց գիտակցության վերականգնվելու հույսի

կայուն վեգետատիվ վիճակ, առանց մտածելու ունակության վերականգնման հույսի, ապա համաձայն սահմանված կանոնակարգի (հարկ է նշել համապատասխան երկրի կամ նահանգի օրենքը) , ես սույն փաստաթղթով հայտնում եմ իմ կամքը առ այն, որ իմ կյանքը երկարացնող միջոցները (միջոցները նշվում են կազմողի ցանկությամբ)՝

ներառյալ արհեստական շնչառությունը ու հեղուկների ներարկումը;

ներառյալ հեղուկների արհեստական ներարկումը, առանց սնունդի;

արհեստական սնուցումը ու հեղուկների ներարկումը դադարեցվեն ու դրանով հնարավորություն տրվի ինձ մեռնել:

2. Եթե ես գտնվեմ այնպիսի վիճակում, որ չկարողանամ հայտնել իմ կամքը բուժման շարունակելու կամ ընդհատելու վերաբերյալ, ապա իմ ընտանիքի անդամները ու բուժող բժիշկը պետք է առաջնորդվեն սույն կտակով, որպես իմ օրինական վերջին ցանկություն հրաժարվելու թերապեւտիկ ու վիրաբուժական միջամտությունից՝ գիտակցելով դրա բոլոր հետեւանքները:

3. Ես տեղյակ եմ, որ ցանկացած պահի կարող եմ չեղյալ հայտարարել սույն կտակը:

4. Ես լիովին գիտակցում եմ սույն կտակի իմաստը, լինելով չափահաս (18ից բարձր), իմ մտավոր, գիտակցական և առողջական վիճակը թույլ է տալիս կազմել կյանքի կտակը:

5. Եթե ես կին եմ ու այս կտակի իրագործման պահին հղի լինեմ, կտակը կկորցնի իր իրավասությունը հղիության ողջ ընթացքում, մինչեւ որ պտուղը չդառնա կենսունակ:

Անուն ազգանուն

Ստորագրություն

Չասցե

Երկիր

Ես սույն փաստաթուղթը ստորագրում եմ որպես վկա ու հաստատում եմ, որ

1. չափահաս եմ;

2. անձամբ ճանաչում եմ կտակը կազմողին, որը չափահաս է ու իմ խորը հանգումամբ գտնվում է մտավոր առողջ, զգոն վիճակում:

3. կազմողի հետ ես ոչ մի արյունակցական, ազգակցական ու ամուսնական կապի մեջ չեմ գտնվում;

4. ես ոչ մի իրավունք եւ հավակնություն չունեմ կազմողի սեփականության վերաբերյալ՝ ոչ նրա կտակով, ոչ իմ երկրում գործող ժառանգության մասին օրենքներով;

5. ես կտակը կազմողի բուժող բժիշկը չեմ, ոչ էլ բժշկի բուժհիմնարկի աշխատակիցն եմ, ուր բուժվում է կտակը կազմողը:

6. կտակ կազմողը ստորագրեց սույն փաստաթուղթը իմ ներկայությամբ նշված օրը:

Վկա՝

Չասցե՝

Վկա՝

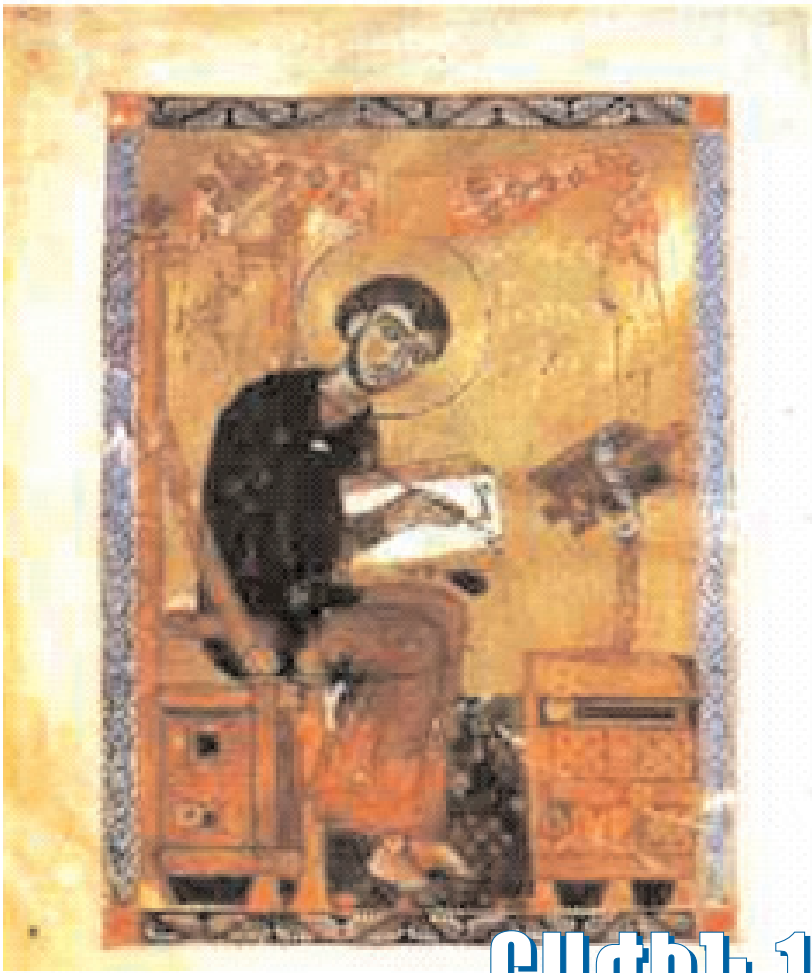
Չասցե՝

(Եթե կյանքի կտակը ստորագրվում է հիվանդանոցում կամ բժշկական խնամքի այլ հիմնարկում, ապա անհրաժեշտ է եւս մեկ վկայի ստորագրությունը:)

Ես իմ ստորագությամբ հաստատում եմ, որ կտակը կազմողը չափահաս է եւ գտնվում է մտավոր առողջ և զգոն վիճակում: Նա կազմեց ու ստորագրեց սույն կտակը իր կամքով առանց հարկադրանքի կամ հորդորանքի:

Վկա՝

Չիվանդանոցի բուժ գծով վարիչ կամ բժիշկ, որը տվյալ հիվանդի բուժող բժիշկը չէ կամ հիվանդանոցի գլխավոր բժիշկ:



ՔԱՇԻՆ 17
ՆԱՐԵԿԸ՝ ԲԺՇԿԱՐԱՆ

Հին ազգ ենք, բայց մեր գանձերն արհամարհելով, այլոց մանրադրամի ետևից ենք ընկել, մեր սրբությունները քանուն ենք տվել և ուրիշի արտաքնահարդար և բարոյագուրկ կերպարն ենք գովում: Լիովին համամիտ ենք Աշոտ Պետրոսյանի մտքի հետ, որ, մեզ համար հարազատ, մատչելի, արդյունավետ է Գրիգոր Նարեկացու «Մատյան ողբերգության»՝ Նարեկի կենսական կիրառությունը: Յուրաքանչյուր հայ, առանց մեծ ջանքերի, Նարեկի շնորհիվ կարող է իր, նաև այլոց հոգեվիճակները կարգավորել*: Նարեկի հիմնախնդիրներից մեկը, մարդու խաթարված հոգեվիճակների կարգավորելն է: Նարեկի իննսուներեց գլուխներից՝ Բաներից յուրաքանչյուրը մի դեղատոմս է: Ամեն մի Բանը բուժում է մի հիվանդություն, կամ օգնում է կենսական այլևայլ պարագաների: Դարերի ընթացքում կազմվել են հատուկ ցանկեր, որոնցում որոշակի նշվում է Բանը և դիմացը գրվում է ինչ դեպքում որ Բանը կարդալ: Նարեկի կաճառային հրատարակության (Երևան, 1985թ) առաջաբանի 158-168 էջերում գետեղված է նման դեղատոմսերի հինգ ցանկ: Ա. Պետրոսյանը ավելացնում է Մատենադարանի 8428 ձեռագրերի ցանկը, որտեղ նշվում է, թե Նարեկի որ Բանն ինչ բուժիչ հատկություն ունի, նաև նշվում է թե տվյալ Բանը քանի անգամ կարդալ:

Հնուց ի վեր բուժական գործունեությունը որպես մարդու ապաքինման, հոգեկան ու մարմնական նախասկզբնական լիառողջ վիճակին հասցնելու կարողություն մեծ արժեք է ձեռք բերել և դասվել է այն արվեստների շարքը, որոնք մարդուն կապում են գերբնական ուժերի հետ: Ի՞նչ է նշանակում **առողջություն**, ի՞նչ արժեք է դա¹⁷:

Մարդու առողջությունը աստվածային պարզ է: Մարդը հոգու և մարմնի հանգույց է, ուստի առողջությունը վերաբերում է թե հոգուն և թե մարմնին: Հիվանդությունը, եթե համարենք քաոս, աններդաշնակություն և տարրերի համամասնության, կշռույթի խախտում, ապա առողջությունը կրնկալվի իբրև ներդաշնակություն, տարրերի համակշռույթի վերականգնում, գեղեցիկ և բնական համադրություն, մարմնական տարրերի ներդաշնակ փոխազդեցություն և լիարժեք կյանք: Հոգևոր առողջությունը առնչակից է ողջախոհությանը, առողջ բանականությանը: Հոգեպես առողջ է այն մարդը, որի ճանաչելու, զգալու և կամենալու կարողությունները պատշաճ մակարդակի վրա են, ում միտքը պայծառ է, զգացմունքները՝ մաքուր և կամքը ազատաբաղձ: Հոգեպես առողջները կարողանում են տարբերել ճշմարտությունը կեղծիքից, ճշմարիտ արժեքները կեղծ արժեքներից, այսինքն՝ ողջամիտ են: Հոգեպես առողջները կարեկցում և գործնական օգնություն են ցուցաբերում իրենց այն եղբայրներին, որոնք կարոտ են օգնության: Նրանց հավատքը զորավոր է:

Հոգին առողջացնել՝ նշանակում է նախ և առաջ հոգին ազատագրել ստոր կրքերից: Հոգևոր առողջությունը նույնանշանակ է մարդկային կատարելությանը և ձեռք է բերվում ապաշխարիության, սրբության, հավատի, հույսի, սիրո և այլ առաքինություններով:

* Հայ մշակույթի անխոնջ մշակ Աշոտ Պետրոսյանի «Նարեկը՝ բժշկարան» ուսանելի գրքից մեջբերված այս հատվածները, վստահ ենք, ոչ միայն հետաքրքրություն, այլև Նարեկացուն ավելի լավ ճանաչելու ձգտում կառաջացնեն ընթերցողի մոտ:

Թեման ուսումնասիրելով՝ փորձեք խորհել այս հարցերի մասին՝

Ի՞նչ է նշանակում առողջություն: Ի՞նչ արժեք է դա ըստ միջնադարյան հայ մտածողների /Անհաղթ, Նարեկացի/:

- Ի՞նչ է նշանակում հոգևոր առողջություն: Ո՞վ է հոգեպես առողջ:

- Ինչու՞ է Նարեկացու «Մատյան ողբերգության» աշխատությունը դիտվել որպես մարմնական և հոգևոր ախտերի /հիվանդությունների/ բժշկարան:

- Համեմատեք Նարեկի բուժական գործության արդյունքները այսօրվա բուժ. հիմնարկների գործնական արդյունքերի հետ:

Առաջինը հոգեկան ներգրավվածությամբ է եականորեն փոխում մարմնական վիճակները, երկրորդը՝ մարմնականով /դեղով/ է մարմինը բուժում: Ո՞րն է քո՝ կարծիքը:

- Ինչպե՞ս հասկանալ «Մի՛ բուժիր մարմինը, քանի դեռ չես բուժել հոգին» պլատոնյան միտքը: Ի՞նչ կապ էս տեսնում Պլատոնի և Նարեկացու միջև:

- Ըստ արևելյան որոշ մտածողների՝ հիվանդությունը մեղքի հետևանք է: Ո՞րն է քո կարծիքը:

- Սխալ ապրելակերպը, ժառանգական հիվանդությունները և կեցության ծանր պայմանները որպես հիվանդության գոյացման պատճառներ:

- Ինչպես եք պատկերացնում ախտի ու մեղքի կապը:

- Ինչպես եք հասկանում 'մեղքն ախտերի պատճառ' արտահայտությունը:

- Ֆրեյդի «հոգեվերլուծությունը» մեղքի՝ որպես ախտերի պատճառի գաղափարին վերադառնալու մի փորձ:

- Մեղքերը խոստովանելը որպես դրանցից ազատվելու, բուժվելու միջոց: Խոստովանությունը որպես մարդուն ոչ թե նսեմացնող, այլ, վեհացնող, մեղքերից մաքրող միջոց:

- Ժամանակակից մարդը, նարկիսականությունը,

սնապարծությունը:

- Պլատոնի վերհուշի տեսությունը և Նարեկացին:

- Խոսքաբուժությունը որպես բժշկագիտության ճյուղ:

Հոգով առողջ լինել՝ նշանակում է լինել խաղաղ, իսկ խաղաղությունը աստվածային պարզների և առաքինությունների վախճանը կամ լրումն է, նույնակարգ՝ երանությանը: Հասկանալի է նաև, որ Նարեկացու մտքի համակարգում մարմնական և հոգևոր առողջությունը անխզելիորեն կապված են: Սուրբ Գրիգորը Նարեկի խորագրում այլ գործառույթների հետ միասին նախանշում է իր Գրքի բուժական գործությունը: Նարեկը համաշխարհային գեղարվեստական գրականության մեջ եզակի երևույթ է իբրև բժշկարան, այն դուրս է գեղարվեստական գրականության շրջանակներից:

Բուժման երևույթը Նարեկի էջերում առանձնակի նշանակություն է ձեռք բերում, այն աստիճան, որ Աղոթամատյանը միջին դարերից դիտվել է իբրև մարմնական և հոգևոր ախտերի բժշկարան:

Նրա բուժական գործության արդյունքները համեմատելի չեն ներկայիս

բուժական որևէ հաստատության գործնական արդյունքների հետ, որովհետև ներկայացնում են մշակութային տարբեր դաշտեր: Եթե համաման չեն, չի նշանակում, թե հակադիր են, հետևապես կարող են լրացնել իրար համագործակցել: Նարեկը հայության մեջ մեծ հռչակ է վայելել և, եթե չլինե՞ր մեր փոքրաթիվության ու լեզվական խնդիրը՝ Նարեկացին անկասկած ճանաչված կլինե՞ր ամբողջ աշխարհին՝ ոչ միայն որպես համաքրիստոնեական սուրբ, այլև բացառիկ բժշկապետ:

Նարեկ - բժշկարանի նկատմամբ հավատը հայերիս մեջ այնքան խորն է եղել, որ Աղոթամատյանին մարմնական շփումն անգամ տվել է դրական արդյունք (Նարեկը դրել են հիվանդի կամ երեխայի բարձի տակ, իբրև ապաքինող և չար ազդեցություններից պահպանող հրաշակերտ զորություն):

Ներկայումս, ցավոք, հայերիս զգալի մասը դեռևս թերահավատ է կամ անհավատ և լուրջ չի վերաբերվում հոգևոր իրողություններին, չափազանցություն է համարում Նարեկի բուժական զորության պատմականորեն հաստատված և բազմիցս հիմնավորված փաստը:

Նարեկացին, եթե մարդկությանը միայն ճանաչել տված լինե՞ր մեղքերը և այդքանով սահմանափակեր իր Աղոթամատյանը, դրանով իսկ կլինե՞ր համաշխարհային կարգի մտածող, բանաստեղծ և հոգեբան: Որովհետև որևէ մեկի չենք ճանաչում, ով նրա նման խիզախաբար, համակողմանի ու հետևողականորեն բացահայտած լինե՞ր մարդկային ներաշխարհը, հասած լինե՞ր մեղսագիտության այդպիսի մակարդակի: Սակայն միայն այսքանով Նարեկացին դեռևս սուրբ չէր լինի: Նարեկացու «Մատյանն», ինչպես նշել ենք, մարդու մեղքերի ու դրանց հետևանքների երկարաշար մի նկարագրությունն է, այլ փրկության ճանապարհ: Նրանով է մարդն հաջողությամբ առաջադիմել՝ գիտակցելով իր առկա բնույթն ու վիճակներ, իր գոյության իմաստն ու էության անսահմանությունը, իր մեղքերի բարդույթը, մարդկային խորախոր ցավը, ողբերգությունը՝ կրավորականությունը՝ ճշմարիտ հավատի բացակայության, այլև ահասարսուռ գիտակցական մեղքերի, անկազմակերպ ու արատավոր ընկերային և անհատական պայմանների բերումով: Գործուն դեր ունեն մահ մարդու լուսատենչ բնույթը, ազատագրվելու կամքը և անհագ ցանկությունը, մաքրվելու փրկարար պահանջը, հոգեփոխման ձգտումը:

Նարեկացին ոչ միայն մտապատկերել ու լուսաբանել է համայն մարդկության ընդհանրական հոգեախտանկարագիրը, այլև նախանշել է մեղաց քավության ճանապարհը, փրկության անխարդախ և անխափան ուղին: Ստեղծել է Նարեկը հենց այդ նպատակով՝ իբրև մեղքերից սրբվելու միջոց կամ՝ բժշկարան.

**«Ողբերգության մատյանս այս, Բարձրյա՛լ,
Որ սկսել եմ գրել անունովն քո
Կենաց դեղ թող լինի արարածներիդ
Մարմնի ու հոգու վիշտն ու ցավերը բուժելու համար» /Բան Գ,դ/:**

Մատյանի մեջ նշանակալի երևույթ է ոչ միայն մեղաց թվարկումն ու նկարագրությունը, այլև փրկության գաղափարը և նրան հասնելու ուղիները:

Նարեկն իբրև բժշկարան՝ հիմնված է Աստածաշնչյան ավանդույթի վրա, որովհետև որևէ ստեղծագործություն, բացի աստվածաշնչից, առ այսօր չի հավակնել այսչափ բազմաբնույթ դերակատարությունների – իմաստություն, բարոյական կատարելություն, գեղագիտական հրճվանք, բժշկություն և հոգեվարժանք, ամենը, ինչ կոչվում է հոգեմորոգում, կրքերի մաքրում, մտքի

պայծառացում, կամքի զորացում, զգացմունքների ազնվացում, հոգևոր ուժերի ծաղկաբացում և աճ, հավատի ամրացում, հույսի հավերժացում, սիրո բյուրեղացում, երևակայության թռիչք, անհատականության ընդարձակում, ազատության իրականացում, մեղքերի թողություն, եսականության հաղթահարում, երկյուղի, ծուլության փարատում, շնորհների բազմապատկում, արատներից ձերբազատում, թերությունների վերացում...

...«Նարեկի» բուժումները (և առհասարակ Սուրբ-գրական բուժումները) հրաշափառ են, որովհետև նախ **հոգեկանի ներգործությամբ է էականորեն փոխվում մարմնական վիճակը և ոչ թե մարմնականով /դեղով/ մարմինն է բուժվում, ինչպես երկրային սովորական բուժումների պարագայում:** Երկրորդ, եթե որոշ առարկայական իրողություններ, այնուամենայնիվ, մասնակից են դառնում բուժման ընթացքին, ապա դրանք ունեն անպայման խորհրդանշական իմաստ:

ՄԵՂՔԸ ԵՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆԸ

Համաձայն իր ժամանակաշրջանի ըմբռնումի՝ **ախտերի պատճառը գործած մեղքերն են.**

**Արդ, տուր, խոցվածիս սրտով և հոգով, աղաչում եմ, Գթած,
Երկնքից ընծայած դեղը Քո կենաց,
Մոտեցիր քաղցրությամբ ախտացյալիս մեղքը,
Քավիր ինձ հանցանքներիցս, ով ամենակատարյալ Բանականություն**

/Բան ԾԳ, 107-110/:

Գոյությունը հոգուս մեղկությամբ լուծված ու քայքայված է համակ մեղքերով /Բան ԺԸ, 54/, «Արդ ինձ, որին Դու ստեղծեցիր, որին փրկեցիր ու փայփայեցիր այնքան սիրվ ու հոգատարությամբ, մի՞ թող որպեսզի այդ դիվահար մեղքերը ի սպառ կորստյան մատնեն /Բան ԺԸ, 17-19./

Այս միտքը առաջ է քաշվում և հաստատվում է երկի բազմաթիվ այլ Բաներում:

Արևելյան որոշ մտածողներ հիվանդությունը համարում են ֆիզիկական մեղք: Մի բան անկասկած է, որ ամեն մի հիվանդություն, եթե այն ժառանգական չէ, գոյանում է կամ կեցության ծանր պայմաններից, կամ սխալ ապրելակերպից, երբ անմիջականորեն հիվանդության պատճառ է դառնում մարդու արատավոր վարքը, նրա հաճույքամիտությունը, որը հաշվի չի առնում ներքին և արտաքին պայմանները, մարդու բուն շահերն ու կոչումը: Այդ հակումը չի ճանաչում ոչ մի չափ ու սահման, որովհետև այն դարձած է հոգու կիրք: Մարդու մի շարք պահանջմունքներ, ինչպես և դրանց բավարարման ու դրսևորման ձևեր հաճախ հակասում են ամեն մի ողջախոհության և, եթե դրանք «հանճարեղ խելահեղության» արդյունք չեն, արդեն իրենց բնույթով ախտածին են: Դրանցից գոյանում են զանազան հիվանդություններ: Մարդու արատները, տանջանքն ու ախտերը մեղքի հատուցման ձևեր են.

**Եվ որովհետև մեղքերս ազգակից են իրար,
Նրանց հատուցումները ևս պետք է նման լինեն իրար,
Իբրև նույն մտածումի պատկերակից,
Միատեսակ և զուգահեռական արտահայտություններ,
Պետք է, որ նրանք էլ խոստովանենք և քողագերծենք,
Որպեսզի փնտրողն իմանա /Բան ԺԹ, 57-63/:**

Մարդուն բաժին հասնող հիվանդությունների մեծ մասը պայմանավորված է նրա անբնական և անբանական կյանքով, որի ընթացքին նա իր մեղքերի

պատճառով խախտում է աստվածային պատվիրաններով և բնական օրինաչափություններով սահմանված վարքածները:

Դա վերաբերում է սննդին/-որկրամոլություն, գինեմոլություն, և սրանցից ածանցված՝ ազահություն, ժլատություն, ավարառություն, ավազակություն, նյութապաշտության բազմաթիվ ձևեր, որկրամոլությունից բխող:

Մեղսագործությունն առաջ է բերում օրգանիզմի քայքայում: Սակայն մեղքի վնասը դրանով չի սպառվում. «Եթե մեղքին ենք հնազանդ, ուրեմն մահվան ծառա ենք» /Յոհն., 2, 16/: Մեղքն առաջին հերթին բարոյական ավերածություն է. մեր նախահայրը մեղք գործելով՝ մահվան դատապարտեց ոչ միայն իրեն, այլև հետագա սերունդներին մինչև Հիսուս Քրիստոսի առաքելությունը:

Ուրեմն՝ եթե մարմնական մեղքը վերաբերում է առավելապես ախտակիր օրգանիզմին, ապա գործած մեղքը վտանգի տակ է դնում մարդկության բանական, առաքինի գոյությունը: «Մեղքի վարձը մահն է, իսկ Աստծո շնորհը՝ հավիտենական կյանք՝ Հիսուս Քրիստոսով՝ մեր Տիրոջով»/ Յոհն., 2, 23/: «Մեղքը պատվիրանով առիթ գտավ և իմ մեջ առաջ բերեց ամենայն ցանկություն, որովհետև առանց օրենքի մեղքը մեռած է» /Յոհն., 1, 9/:



Ախտի և մեղքի փոխհարաբերությունն ինքնին հետաքրքրական է: Այն մի հող է, որի վրա միասնաբար ի հայտ են գալիս **բարոյական և բժշկական արժեքները**: **Ախտերը մարմինն են սպանում, իսկ կրքերի ձևով արտահայտվող մեղքերը՝ հոգին են կորցնում** /տես՝ Բան ԻԸ, 14-15/: Հիվանդը տառապում է ոչ թե սոսկ ֆիզիկական ցավերից, որոնք կարող են լինել մեքենայական վնասվածքի արդյունք, այլ հոգեկան վշտերից, որոնք բոլորն էլ մեղքի արդյունք են: Դրա համար էլ որպես բուժման հիմնական միջոց՝ Նարեկացին ընտրում է «**Մեղա**»-ները, այսինքն՝ անկեղծ խոստովանությունն ու զղջումը, իր արածների ահավորության գիտակցումը:

Ինքնանպատակ հաճույքը, հակումը զեխ կյանքին փակում են մարդու կյանքի ճշմարիտ ուղին և նրան տանում հակաբնական և հակաբանական կեղծիքի և ստորության անարգ ճանապարհով: Մարդ ոչ միայն անխուսափելիորեն հատուցում է իր արարքների դիմաց, այլև երջանիկ պատահականությամբ, ավելի ստույգ՝ Աստծո ողորմությամբ զգում է իր արարքի անբարոյությունը և զղջում ու խոստովանում Աստծուն, թողություն է հայցում մեղքերի և բժշկություն՝ ախտերի համար:

Նարեկացին իր Աղոթամատյանն անվանում է **Կենաց փրկության դեղ**. «Նա, որ պատճառ եղավ ողբերգության այս մատյանի արտօսրածին նվազի հորինման և կյանքի փրկության այս դեղը պատրաստել տվեց, մեզ համար...» /ԻԸ, 109-110/:

Միաժամանակ՝ ամեն մի մեղք կարելի է դիտել իբրև հոգեկան ախտ, իսկ ամեն ախտ, այսինքն՝ հիվանդություն՝ որպես մարմնական մեղք: Որովհետև մեղքերը ի վերջո քայքայում, կազմալուծում են նաև մարմինը, իսկ մարմնական տկարությունները ներգործում են հոգեկան աշխարհի վրա, թեև այդտեղ միանշանակ և ուղղակի կապ չկա և մեղքերի ու ախտերի դասակարգումը չի համընկնում այնպես, ինչպես երկարմատականության /դուալիզմ/ դիրքերից նույնացնում կամ հակադրում են իրար մարմինն ու հոգին՝ իբրև ի սկզբանե նույնական, համազոր ու զուգահավասար: Սակայն հոգու և մարմնի կապը որևէ կասկած չի հարուցում և խնդիրը նրանց փոխազդեցությունը պարզելն է: Նարեկացին աներկբա կերպով ընդունում է մեղքերը որպես մարդու ախտերի պատճառ. «...**ինչպես ախտացյալներին բժշկելիս նախ նրանց մեղքերն էիր քավում, որպես իրենց ախտերի պատճառ, իսկ անհավատներին՝ իրենց աչքի առաջ Քո կատարած հրաշագործ բժշկության վկայությունն էիր նրանց առջև դնում...**» -Բան ԴԳ, 54-57: Որովհետև հենց մեղքի պատճառով է սկիզբ առել մարդու անկումը և վտարումը աստվածային դրախտից, եղել կորստյան պատճառ մարդու նախասկզբնական անմեղության, անարատ, երանելի կեցության:

ՆԱՐԵԿԸ ոչ միայն մեղքերն է սրբում, այլև դրանով իսկ ախտերն է բուժում: Նարեկը, որպես բժշկարան, որպես մեկ ամբողջական երևույթ իր բոլոր Բաներով անխտիր՝ օրինակ է հոգու զորավոր ուժով մարմնական տկարությունները ապաքինելու, բուժելու:

Մեղքերն ախտերի պատճառ...Բժշկագիտության պատմության մեջ նման ախտորոշում գոյություն չի ունեցել: Այդ ախտորոշումը ոչ միայն ունի իրական հիմք, այլև համընդհանուր և հավիտենական ճշմարտություն է, որին սակայն սովորական բժշկությունը, չնչին բացառությամբ, չի ընդունում, չի օգտագործում, այլ բավարարվում է հիվանդության ամեն մի պարագայի առանձնակի, իրավիճակային ախտորոշմամբ: Երկու կարգի ախտորոշումներն էլ ճիշտ են. մեկը հիվանդության վերջնական, իսկական խորքային պատճառն է հայտնաբերում /կառուցա ֆինալիս/, իսկ մյուսը՝ անմիջական առիթը:

Արդյունագոր կլինեն, եթե երկու կարգի ախտորոշումներն էլ կիրառվեին միաժամանակ, որովհետև իրար լրացնում և զորություն են տալիս: Ախտերի վերջնական պատճառների անտեսումը կամ արհամարհումը առաջ է բերում բազմաթիվ անցանկալի հետևանքներ, և առաջին հերթին հիվանդության աղբյուրի փաստացի պահպանմանը, որովհետև մեկ հիվանդության բուժումից հետո կարող են ի հայտ գալ տասնյակներ և ի վերջո ստեղծվում են բժշկագիտության անվերջ ճյուղավորումներ և մասնագիտությունների նեղացում, որը սակայն չի կանխում հիվանդությունների ավելացումն ու տարեցտարի ազգաբնակչության առողջության մակարդակն իջնում է:

Մեղքի՝ որպես ախտերի պատճառի գաղափարին վերադառնալու մի ոչ լիովին հաջողված փորձ է **Ֆրեյդի հոգեվերլուծությունը:** Այս տեսության զարգացման ընթացքը բարդ է ու լի աշխարհայացքային աղավաղումներով և ինքնամեծար թաքնագիտական մոգոնումներով, մարդու բնույթի գռեհիկ նյութապաշտական մեկնախոսությամբ: Ըստ այդ տեսության՝ մարդու բնույթը պայմանավորված է նախասկզբնական սեռային հակվածությամբ: Այդ բնական հակումն էլ փորձում է ներկայացնել իբրև մարդու էություն: Այսինքն՝ նրա հիմնական մեթոդներից մեկը՝ **երազների մեկնաբանությունը** իր ակունքներով հասնում է դիցաբանության պատմական խորքերը և ունի ենթակայական բնույթ: Հոգեվերլուծության գործնական արդյունքները մեծ չեն, որովհետև

խոստովանությունը Ֆրեյդի համակարգում արմատական նշանակություն չունի: Եթե Նարեկացու «հիվանդը» «կախման» մեջ է Աստուծոց, ապա Ֆրեյդինը՝ իր բժշկից: Մեկը բարեբախտություն է, մյուսը՝ պատահականության խաղ, գուցե կամայականություն:

Քրիստոնեական աշխարհի իսկական և հզոր հոգեվերլուծողներից ավելի ճիշտ՝ հոգետես-հոգեբաններից Գրիգոր Նարեկացին եղել է միաժամանակ մեծագույն խոստովանողը և մեծագույն բժիշկը: Այդ ամենով հանդերձ, իբրև քրիստոնյա սուրբ՝ եղել է սթափորեն ինքնագիտակից, համեստագույն և հեզ անձնավորություն, իրեն համարել հետինը դավանողներից:

Ներկայիս քաղաքակիրթ անհատներս մեծամասամբ, ցավոք, ոչ միայն ծայրահեղ դժվարությամբ ենք խոստովանում, կամ բնավ չենք խոստովանում մեր մեղքերը, այլև նույնիսկ փոքր զանցանքները: Ավելին, մենք տառապում ենք սնապարծությամբ, նարկիսականությամբ և մտահարդարանքներով: Ամեն կերպ ձգտում ենք մեզ արդարացնել և մեղադրել այլոց: Այո, նախ և առաջ բոլորն են մեղավոր, հետո՝ ես: Տեղին է հիշել Գարեգին Նժդեհի առաջադրած երկու սկզբունքներից առաջինը՝ «քո անհաջողությունների, ծախողումների, դժբախտությունների պատճառը նախ և առաջ քո՝ մեջ փնտրիր, հետո՝ քեզանից դուրս»:

Այսինքն՝ խաթարված է հոգևոր գիտակցությունը, որը տեղիք է տալիս բազմաթիվ հիվանդությունների և փակում է ազատության ճանապարհը, վերացնում փրկության միջոցներն ու բուժման հնարավորությունները: Մինչդեռ Նարեկացին ահա թե ինչպես է խոսում իր մեղքերի մասին.

**Ձի եթե մի լիճ, ծովե՛րը նույնիսկ թանաքի փոխեն,
Կամ բազմասպարեզ դաշտերն իրենց անսահմանությամբ
դարձնեն մագաղաթ**

Եվ եղեգների շամբ ու պուրակներն, անտառները ողջ

Կտրելով միայն գրիչներ շինեն,

Դարծյա՛լ չեն կարող բարդված իմ անթիվ անօրինության

Մի չնչին մասնիկն իսկ գրի առնել:

Եթե անգամ ողջ մայրի անտառները Լիբանանի

Ջողելով դարձնեն կշեռքի լժակ

Եվ մի նժարին իբրև կշռաքար

Արարատ լեռը դնելու լինեն,

Դարծյա՛լ չի կարող նա իր ծանրությամբ

Իջնելով հասնել, համագուգակցել ու հավասարվել

Մյուս նժարի հանցանքներիս հետ:

Մեր հայոց պարագային եղել են հավելյալ դժվարություններ. պատերազմ, ազգային ազատագրական պայքար, երկրաշարժ, ընկերային կյանքի խոր ցնցումներ: Այս ամենն ապրած ժողովուրդը, փոխանակ վերադառնալու իր ազնվական և ապաքինող հոգևոր մշակույթի գանձերի հանապազօրյա օգտագործմանը, իր պատմական ժառանգության յուրացմանը, հեշտությամբ ընկնում է խավար ու չար ուժերի սարքած ծուղակները և կամովին հանձնվում թմրավարպետների կամայականություններին և կորցնում իր ազատությունը, ողջախոհությունը և դիմադրության կորովը բազմադեմ ու բազմաթիվ թշնամիների:

Բավարար համբերություն չունենալու, սրտի քարացածության և զգացումների բթացածության, այլև պատմամշակութային կենսափորձը

անաչառորեն ուսումնասիրելու ձիրքից զրկվելու պատճառով մենք անկարող ենք հետևելու անգամ զարգացած երկրներում ընթացող պատմամշակութային ժառանգությունից խելացիորեն օգտվելու դրական օրինակներին:

Ցավոք խորհրդային տարիներին նվազ ուշադրության է արժանացել Նարեկն իբրև Բժշկարան և փոքր թիվ են կազմում այն մարդիկ, ովքեր վստահությամբ են մոտեցել Նարեկացու երկին իբրև ապաքինության աղբյուրի: Նարեկացու ստեղծագործության քաջատեղյակ և ինքնատիպ մեկնիչ **Պարույր Սևակն** իր բանաստեղծություններից մեկի մեջ գրում է.

**«Ջերմաստիճանի որոշման համար
Ձեռքը դնում են մարդու ճակատին:
Այդ շարժումի մեջ չկա՞ խոր իմաստ
Եվ խորհուրդ խորին – ո՛վ ի՞նչ է կարծում»:**

Արցախ Բուճիաթյանը, «Նարեկացու ապաքինող աջը» հոդվածում ուշադրությունը սևեռում է **Տիրոջ աջի** գաղափարի վրա, որի երկրային արտացոլանքը բուժումն է ձեռնաշփմամբ:

Պաշտպանի՜ր ինձ Քո երկնաստեղծ ձեռքով և զորացրու աջովդ բարձրացրած,

**Ամփոփիր թևով ամենակալիդ /Բան ՁԳ/
Ծածկի՜ր մերկ մարմնիս տգեղությունը աջով Քո կարող /Բան ՅԲ/,**

Բայց Դու շտապով փրկարար ձեռքդ մեկնի՜ր կորստյան մատնված գերուս /Բան ՅԹ/,

Այն ժամանակ է լինում հարկավոր բժշկությունը սրբազան ձեռքիդ, երբ ամբողջովին տեղի է տալիս կենդանությունը մարդու էության բոլոր մասերում /Բան ՅԴ/...

Նարեկը որպես բժշկարան եզակի է ու աննախադեպ, աստվածային զորության արտահայտություն, զորություն, որ տրվել է Սրբին իբրև պարզև ու շնորհ մեր ազգային բարեպաշտության բերումով:

ԱՆՆՈՒՐԿԱՅԱԿԱՆԻ ԱՌՈՐԿԱՅԱՑՈՒՄԸ

Անառարկայական ցավի, առարկայացման հոգեբանական գործողությունն առժամանակ ազատելով մարդուն կրավորական և կազմալույծ վիճակից՝ չի վերացնում մեղքը որպես այդպիսին, քանզի մեղք գործելու հակումը, սովորույթը դրանով չի վերանում, որովհետև **մարդուն իսկական թեթևություն է բերում բարոյական խիզախման փաստը, խոստովանելու կամքը, որով նա բռնում է մաքրագործման ճանապարհը: Խոստովանությունը չի նվաստացնում մարդուն, այլ վեհացնում է, որովհետև այդ ճանապարհով նա սրբվում, մաքրվում է մեղքից:**

Քավությունը, համոզվել ենք, միատարր գործողություն չէ, այլ տևական ընթացք: Խոստովանելով իր մեղքը՝ մարդ իսկույն և ի սպառ չի դադարում տառապելուց: Երկար ժամանակ նրա գիտակցության մեջ չեն մարում խղճի հարվածները, ինքնապարսափ անողոք ոգորումները: Գործած մեղքի վերհուշն անգամ իրեն ցավ է պատճառում: Թվում է, թե հենց այս երևույթի վրա է հիմնված աշխարհի մեղքերն իր վրա վերցնելու փաստի հոգեբանական հիմնավորումը. Նարեկացու հոգու աչքը բաց է, և նա գեներտիկ հիշողությամբ վերապրում է այն ամենը, ինչ կատարել է մարդկությունն իր պատմության ընթացքին:

Սա նման է **Պլատոնի վերհուշի տեսությանը**, ըստ որի մարդ իր կյանքում նոր բան չի սովորում, այլ վերապրում, հիշում է իր իմացածը, երբ դեռևս իդեաների աշխարհում էր: Իդեալական կյանքի Պլատոնյան վերհիշումները գուցե տրտմաթախիծ են ու վեհ, անչափ հետաքրքրական, որոնք առաջ են բերում զարմանք ու հոգեզնայլանք, այնուամենայնիվ, վերհուշի այդ տեսությունը հոգեկան աշխարհի վրա էական ներգործություն չի ունենում, որովհետև ինքնամաքրման գործնական ոլորտից դուրս է: Վերհիշման Պլատոնյան տեսությունը ավելի մերձ է իմացա-գեղագիտական ասպարեզին, քան կրոնա-բարոյական: Այնինչ **Նարեկացու մտքերը ոչ միայն հետաքրքրական են կամ արժեքավոր գեղագիտական իմաստով, այլև զորացնող ու կազդուրող:**

Յեշտ է բառերով ասել՝ Նարեկացին իր վրա է վերցրել մարդկության մեղքերը՝ իր վարքը յուրահատուկ կերպով նմանեցնելով փրկչական վարքին: **Քրիստոնյաների ամենակարևոր պատվիրանն ու գերակա հատկանիշը՝ Տիրոջ նմանության իրականացումը մարդկային հնարավորության սահմաններում՝ գերխնդիր է:** Նախ մարդ պիտի ի գորու լինի պատկերացնելու, գաղափար կազմելու և ստույգ կերպով բառա - խոսքային արտահայտություն տալու մարդկության գործած մեղքերից գոնե գլխավորները, հիմնականները: Պատկերացնելն անգամ դժվար է, թե մարդկության մեղքերը վերապրող Սուրբը ինչպիսի հավատք և հոգու զորություն է ունեցել այդ ամենը կրելու իբրև անձնական մեղքեր, ընդ որում նրա սիրտը չի պայթել: Ինչպե՞ս է հնարավոր կրել այդչափ մեղքեր և պահպանել ողջամտությունը, ներքին ներդաշնակությունը: Նարեկի մեջ մեկ անգամ չէ, որ ապրումը թեժանում և բոցավառվում է՝ վառելով նաև ընթերցողներին: Երբ հոգեկան ապրումը հասնում է իր բարձրակետին, *Աստված, անկասկած, Նարեկացուն նորանոր ուժեր է տալիս և նա իր հանճարով* իր ապրումներն արտահայտել է, հոգեվիճակները մարդկանց փոխանցել, որոնք թեև գոյության ձևով, իբրև զգացմունք, ենթակայական են, սակայն արտահայտում են կեցության համընդհանրական սկզբունքներն ու էական կապերը:

Նարեկի հիմնադրույթների բազմազանությունը փաստում է, որ ի դեմս Նարեկացու երկի ունենք անսպառ մի գանձ: Ստեղծագործության մեջ առկա է մի ընդհանրական գաղտնակառույց, որը հնարավորություն է տալիս Մատյանն ազատորեն կիրառելու կեցության ամենատարբեր վիճակների և հոգևոր մշակույթի բոլոր ասպարեզներում:

Որոշ նարեկագետներ, փորձել են բացահայտել Նարեկի ներգործության գաղտնիքները: Նույն հիմքի վրա Նարեկը հնուց ի վեր կիրառվել է իբրև համապիտանի բժշկարան:

ԽՈՍՔԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ, ԵՐԱԺՇՏԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

«Տու՛ր հուսահատիս Քո գթոտ խոսքիդ քաջալերությունը. ո՛վ Մխիթարիչ»:
Գրիգոր Նարեկացի

Նարեկը ամբողջությամբ մի մեծածավալ երաժշտական հոգեերգություն է, և այն պիտի գործիքավորվի և բեմականացվի այնպես, ինչպես Վեդաները, Մահաբհարատան, Ֆաուստը, ինչպես մարդկության մնացյալ մեծ արարումները:

Նախընթաց շարադրանքից դժվար չէ պատկերացնել, որ անառարկայականը որպես ենթակայական վիճակ, երբ սկսում է գիտակցվել,

այսինքն՝ առարկայանալ, մեղքից և մեղքի հետևանք՝ ցավից ազատվելու պայման է դառնում: Հոգեկան ցավը, վիշտը թոթափելու առաջին նախապայմանը դրանց **առարկայացումն է**, դուրս վանումը: **Առարկայացումը գիտակցական ընթացք է, որի պարագային ցավը, կամ մեղքը դառնում է զննման, դիտարկման կամ ուսումնասիրման առարկա**, այսինքն՝ գիտակցության մակերես է դուրս գալիս և մարդ դրանց նկատմամբ ձեռք է բերում ուսումնասիրողի դիրքորոշում:

Սակայն այդպիսի գիտակցումը բավարար չէ դրանց ներգործությունից ի սպառ ազատվելու համար: Այս ամենը գեռևս հոգեմորոգություն չէ: Աշխարհիկ արվեստը ցավի և ընկճվածության պահային, մակերեսային փարատում է և ոչ՝ իրական բուժում: Այն չի թափանցում մեղքի հիմքերի մեջ, չի վերացնում դրանց:

Արվեստի հոգեփոխիչ անկարողությունը հայտնագործել են այնպիսի մեծ մտածողներ, ինչպիսիք են Պլատոնը, Տոլստոյը, Կիերկեգորը, Դոստոևսկին: Նրանք բարոյականությունն ու կրոնը, որպես մշակույթի ձևեր, իբրև մարդու և հանրության վերափոխիչ և ապաքինիչ ուժ, ավելի բարձր են դասել քան արվեստը: Հենց կրոնի և կրոնական մշակույթի միջոցով է իրագործվում **անցավ և անարյուն բժշկությունը**:

Երկրորդ մակարդակը **զղջումն է**, մեղքն ընդունելու և դրանից հրաժարվելու ինքնախտորոշելու խիզախությունը:

Երրորդ պահը **առարկայացման իրագործումն է հոգևոր մշակույթի /արվեստի/ միջոցով**, երբ առարկայացված /օտարված/ մեղքը տարալուծվում և փոխարկվում է հոգևոր զգացմունքի, արվեստի ներգործող, հոգին գնալող ու խաղաղեցնող վիճակի: Արվեստի ստեղծագործության ներդաշնակությունը և գեղեցկագիտական (եսթետիկական) հաճույքը, զգացմունքը կատարում են կատարսիսային (մաքրող, վեհացնող) դեր: Արվեստի ստեղծագործության հիմնական իմաստն ու նպատակը հոգեկան ներդաշնակության վերականգնումն է, հոգու արթնացումը և ազատության տենչանքի ներարկումը: Այսինքն՝ **հոգևոր արվեստն ինքնըստինքյան՝ բնական հոգեբուժություն է**:

Այս ամենը առկա է միջնադարյան, քրիստոնեական մշակույթի մեջ, որը համադրական է և հոգևոր, և ապաքինիչ, արվեստի բազմաբյուր օրինակներ է տվել, որոնց բարձրակետը Նարեկացու մատյանն է:

Այս ամենը բանաձևավորում է նաև իբրև **խոսքաբուժություն**:

Խոսքաբուժությունը ավանդական բժշկության եղանակ է և բժշկագիտության ճյուղ: Այն գործնական կիրառություն է գտել անհիշելի ժամանակներից, ունեցել է դրսևորման ընդարձակ դաշտ և այսօր իսկ շարունակում է զարգանալ:

Իր կիրառության դասական ժամանակաշրջանում խոսքաբուժությունն իրագործվում էր առավելապես հոգևոր գիտակցության և հոգեվարժության պայմաններում:

Խոսքաբուժության դասական ձեռնարկները թվով սահմանափակ են: Նախ դա **Աստվածաշունչ** մատյանն է, Սուրբ Հայրերի գրքերն են, Գրիգոր Նարեկացու **Մատյան ողբերգության** աղոթագիրքը: Սուրբ Գիրքը հայտնի է ամբողջ աշխարհին, իսկ Մատյանը առավելապես հայերիս մեջ է հռչակված:

Ներկայումս բժշկագիտության զարգացմանը համընթաց, խոսքաբուժությունը մեթոդաբանությամբ, կիրառման եղանակներով և եզրաբանությամբ գիտական համակարգյալ կերպարանք է ձեռք բերում՝ իր խոսքի մեջ պահպանելով էական նույնականությունը ավանդականի հետ: Սա ոգեշնչման կեղծ եղանակ է, առօրեականությունը հաղթահարելու ոչ միայն

թույլ, այլև արատավոր միջոց, անբնական ճանապարհ, որի վախճանը բնախոսորեն, հոգեբանորեն և բարոյականորեն վնասակար է, սարսափելի և պախարակելի:

Խոսքի բարերար ներգործությունն առհասարակ պայմանավորված է. ա. իմաստային որակներով, բ. կառուցաձևերով, գ. հոգևոր գործունեության մասնակից ենթակաների հոգեդաշտով կամ խոսքային հաղորդակցման մակարդակով:

Կարևոր են խոսքի արտահայտման հնչողությունը, (հնչերանգ, ինտոնացիա), ռիթմը, կրկնականությունը, չափը, ներդաշնակությունը, ոգեկանությունը, տեղեկատվական մատչելիությունը, որոնք էապես փոխում են ունկնդրի տրամադրությունը, հոգեվիճակները, դուրս են բերում նրան առօրյա թմրական – թանձրացական խավար վիճակից, գոյավորում նրա մեջ զգացմունքներ, որոնք երբևիցէ չեն արտահատվել կյանքի առօրյա վիճակներում:

Իմաստային բարեփոխիչ ներգործությանը կարելի է հաղորդակցվել անցանկալի, ցանկալի և վեհացնող /վերամբարձ/, խոսքի միջոցով, խոսք, որը մարդուն դուրս է բերում իր հոգսաշատ առօրեական կեցության և գիտակցության կապանքներից, լուսավորում անհատի ու խմբերի գոյության իմաստը, գիտելիք տալիս ճշմարիտ կյանքի մասին, նախանշում հստակ և ազնվական նպատակներ, փարատում կենդանական վախը և համակում աստվածային երկյուղածությամբ, հուսավառում, հավատքով ու սիրով տոգորում, նաև վստահություն ինքնամաքումի և աստվածային օգնության հուսավառ լիցքեր հաղորդում:

Խոսքաբուժության մեջ ամենակարևոր տարրը **խոսքի բովանդակությունն է և հավատքի մակարդակը**, այսինքն, ենթակայական այն վիճակը, որ համապատասխան հակվածություն է առաջ բերում հիվանդի վրա խոսքի դրական ներգործման համար: Խոսքաբուժությունը կիրառելի է բժշկագիտության գրեթե բոլոր ասպարեզներում իբրև հավելյալ ազդեցիկ միջոց, սակայն այն պետք է, որ լայն կիրառություն ունենա հատկապես հոգեբուժության մեջ:

Մեր լեզվի մեջ պահպանված բազմաթիվ արտահայտություններ արտացոլում են վերաբերմունքի դրական ձևեր, որոնք քաջալերող, ապաքինող իմաստ և ուղղվածություն ունեն. «Ցավդ տանեն», «Ինչ որ քեզ պատահելու է՝ թող ինձ լինի», «Հոգիս...», «Ձանս...», «Կյանքս...»...Նման արտահայտություններ շա՛տ – շատ են մեր գավառական խոսվածքների մեջ: **Ցավն իր վրա վերցնելու**, չարը խափանելու արտահայտությունները պարապ ժամանակի խոսքեր չեն, այլ վերաբերմունքի ձևեր, որոնք համապատասխան ներքին վիճակներ են ստեղծում մարդկանց մեջ:

Խոսքով բուժելը մեզ հրաշք կամ անհավատալի իրողություն է թվում, որովհետև նյութապաշտական և երկրաբարշ ներշնչումների ազդեցության տակ անտեսում ենք խոսքն իբրև իրականություն կամ գաղափարական աշխարհի իրողություն լինելու փաստը:

Եթե Պլատոնը գաղափարների համար առանձնացնում էր վերաստեղային ոլորտ և մենք իրավացիորեն համաձայնում ենք այդ դրույթին, որովհետև մեր կարծիքով գաղափարը առարկայական իրողություն չէ, այն կարելի չէ տեղակայել երկրի վրա կամ երկնքում, սակայն **խոսքը վեր է ածվում գործի, իդեալը առարկայանում կամ իրագործվում է, և դրանց մենք առնչվում ենք ամենուր, հատկապես արվեստի աշխարհում: Իդեալականի**

առարկայացումը մարդկային գոյության համընդհանրական երևույթ է: Ցանկացած պահի իրականությունը նախ խոսքային է, գաղափարական /նպատակ/ և հետո է այն վերածվում իրեղեն աշխարհի: Նմանապես խոսքային համահաղորդումները մեր մեջ գոյավորում են մի առանձնահատուկ աշխարհ, մեր ներքին աշխարհը և խոսքային ցանկացած հաղորդություն փոփոխություններ է առաջ բերում մարդու մեջ:

Եվ եթե խոսքը համոզիչ է, այն ընդունվում է հավատքով և այնպիսի փոփոխություն է առաջ բերում, ինչպիսին, ասենք, դեղային /նյութական/ ներգործությունն է, որը բնախոսական – տարրալուծական փոփոխություններ է առաջ բերում արդեն իր բնական հատկությունների միջոցով:

Խոսքով կարելի է մարդկանց օգնել, աջակից լինել, քաջալերել, պայծառեցնել, փարատել տրտմությունն ու ընկճվածությունը, այսինքն՝ բուժել, ներշնչել ուժ և առույգություն, հերոսության մղել: Խոսքով կարելի է կյանք տալ և կյանքից զրկել: Որովհետև խոսքը իրականությունից կտրված վերացարկում չէ, այլ իրականության արտացոլանք, ներքին առանձնահատուկ իրողություն, գաղափար և տեսլական /իդեալ/, որն իր մեջ հսկայական կարողություն և ուժ ունի և ի զորու է առարկայական իրողության և մարդու ներաշխարհի մեջ բազմապիսի փոփոխություններ առաջ բերել: Խոսքի ստեղծարար գործությունն իր ամբողջ շուքի մեջ արտահայտված է Աստվածաշնչյան մեկ ասույթով. **«Ի սկզբանե Բանն էր առ Աստված. և Աստված էր Բանն» /Յովհ, Ա, 1-3/:**

Խոսքի շնորհը մարդ պիտի ընկալի, ընդունի և գործադրի պատշաճորեն. խոսքը ճշմարտության արտահայտման միջոց է, այն ի սկզբանե է, և խոսքն ինքնին կյանք է:

Ներկայումս բժիշկները հանձնարարում են հիվանդներին կարդալ այս կամ այն բանաստեղծի երկերը, որոնք ընդհանուր ազդեցություն են թողնում տրամադրության վրա կամ ոգևորում են և այլն: Բայց չէ՞ որ Նարեկն արդեն հազար տարվա փորձաքննություն բռնած բժշկարան է, որ առավել արդյունագոր է, քան աշխարհի ցանկացած գրողի, արվեստագետի որևէ երկ: Նարեկացու խոսքը կապում ու միաբանում է մարդկանց ընդհանրական դավանանքով և ներդաշնակ համագործակցության հիմք է դառնում: Նարեկի խոսքերը արդյունագոր են մեր մեջ ամեն կարգի դրական ազդեցություն ունենալու իմաստով: Նախ մարդուն թմրաթոթափում են (Գրիգոր անունը հենց նշանակում է արթուն, զգոն, զգաստամիտ):

Նարեկացու պարագային այդ զգաստամտությունը դարձել է գործնական, առաքելական իմաստություն/, զգաստացնում, «մերկացնում է» քաղաքակիրթ ինքնարդարացնող պաճուճանքներից և բերում Աստծո դեմ – հանդիման:

Ամեն մի մարդ զգաստանում է այն մտքից, որ ինքը մեղավոր է և պատասխանատու Աստծո առջև: Մարդու մեջ առաջանում է երկյուղ, որով նա անջատվում, ազատվում է չարի իշխանությունից և հակվում դեպի բարին ու ճշմարիտը: Այնուհետև Նարեկի ամեն Բանի շնորհիվ անցնում է մեղքը

թոթափելու «քավարան»ով և աստվածային փրկության հույսով առլեցուն՝ նրա մեջ արթնանում է սերը դեպի էությունը, իսկությունը, աստվածայինը, խորհրդավորը, հավիտենականը:

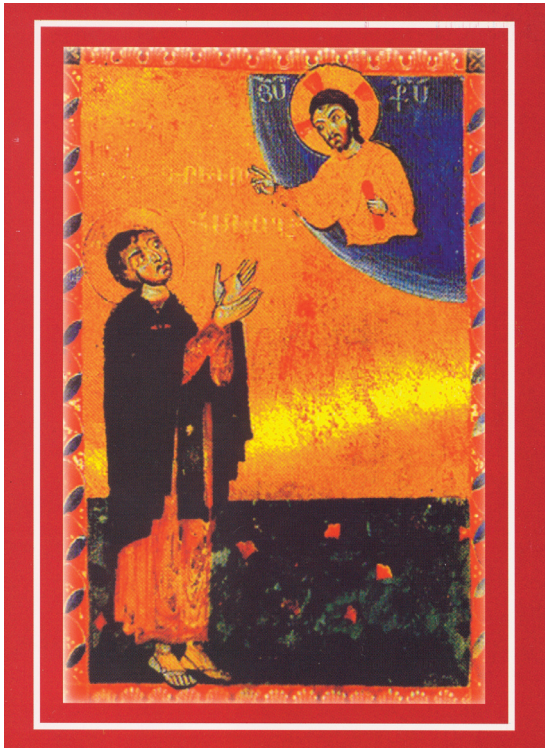
Զգացմունքների խորքային այդ փոփոխությունները մարդու բուժման, նրա մարդանալուն ընթացք են տալիս, հասցնում ինքնագիտակցության և ինքնաճանաչման նոր մակարդակի, որի վրա մարդ վերապրում է իր համակեցությունը ընդհանրական մարդկության հետ, զգում է շարժման երանությունը դեպի հավիտենականություն:

Նարեկը մի պարզ աղոթագիրք է, այլ **Աղոթամատյան, որի յուրաքանչյուր խոսք, իբրև լեզվաբանական ինքնահատուկ կառույց, բուժական գործողության ընթացք է:** Նարեկը իսկական բժշկարան է և առաջին հերթին հենց դրա մեջ է Մատյանի հրաշալիությունը, իբրև անկրկնելի, հանճարեղ և միակ՝ եթե Աղոթամատյանը դիտելու լինենք իբրև գեղանվեստական ստեղծագործություն: Գեղարվեստի աշխարհում մենք ուրիշ բժշկարան չգիտենք:

Նարեկը ոչ միայն բավարարում է գեղարվեստական երկի բոլոր չափանիշներն ու գործառույթները, այլև, դուրս է գալիս գեղարվեստական գործունեության սահմաններից՝ լինելով **գործնական բժշկարան, խոսքաբուժության եզակի օրինակ**, համաշխարհային մշակույթի մեջ՝ փրկչական յուրահատուկ ճանապարհ:

Չի կարելի անտեսել այն հանգամանքը, որ արվեստի ամեն բարձրարժեք ստեղծագործություն նպաստում է մարդու հոգևոր և մարմնական ներդաշնակության վերականգնմանն ու պահպանմանը, մարդու ախտերի վերացմանը: **Սակայն գեղարվեստի ոչ մի ստեղծագործության նպատակը մարդուն բուժելը չէ:** Բուժելուն նպաստելը դրանցում միայն հետևանք է, այն էլ պատահական, դիպվածային և ժամանակավոր:

Ողբերգության թատերական հազար ներկայացումին հանդիսատես լինելն անգամ մարդուն չի օգնի ազատվելու իր թերություններից, հիրավի, ճիշտ է ասված՝ «սրբապատկերին նայելով, սուրբ չես դառնա»: Արվեստը



արվեստական կամ պայմանական եղանակ է և ոչ իսկական կեցություն: Արվեստը լավագույն պարագային մարդու մեջ ճաշակ է դաստիարակում: Մինչդեռ Նարեկացին իր երկի խորագրի մեջ նախատեսում է իր երկը նաև բժշկության համար և բժշկության ընթացքը համարժեք, համազոր, համընթաց, համանշանակ, համագոյակից և ներգոյակից է փրկությանը, սրբությանը, ազատությանը, ճշմարտությանը, արդարությանը, վեհությանը... Բուժվել՝ նշանակում է մաքրվել, ազատվել, սրբանալ և փրկվել:

Նարեկացին աներկմտաբար համոզված է, որ Աստված ոչ միայն Ձեռքն իրեն երկարելով՝ հպելով, այլև մեծ տարածությամբ, հեռվից կարող է խոսքով բուժել /Բան ժէ, 68-72/: Ոչ միայն Աստված է խոսքով բուժում, այլև Նարեկացու խոսքն ունի բուժիչ աստվածային զորություն, որովհետև այդ խոսքը սուրբի խոսք է և միաժամանակ հանճարի խոսք և դա փորձված է դարերով:

Ոչ միայն ձեռքդ ինձ երկարելով, հպավորությամբ,

Ո՛վ Դու բարեգութ Աստված մերձավոր,

Այլև հույս ունեն մեծ տարածությամբ,

Յեռվի՛ց կարող է խոսքդ ինձ բուժել

«Մատյան ողբերգության»

ժէ, գ, թարգմ. Վազգեն Գևորգյան

Նարեկացու խոսքը զորություն ունի մարդու հոգում ստեղծելու հանդարտություն, ներդաշնակություն, երանության զգացում: Նարեկը ներշնչում է հավատ, հույս, սեր, մարդկանց օգտակար լինելու ինքնավստահություն, որոնք դուրս են մղում նրա միջից մաղձն ու հուսահատությունը, ցավն ու տառապանքը, և նա իրեն առույգ է զգում ու մխիթարված, երջանիկ և հավատով լեցուն առ ապագան: Մարդու ներաշխարհի այս հրաշափոխությունը կարելի է լուսաբանել Նարեկի զորավոր ազդեցությամբ, երկի հորինվածքով /կոմպոզիցիա/ և մտքերի իմաստային լուսափայլ արտահեղումներով:

Այլ խոսքով՝ Մատյանի ներգործման գաղտնիքը նրա բնագրի կառուցման յուրահատկության, հեղինակի մտքերի խորության (խորհրդավորության) հոգեբանական ներգործության կազմակերպման, կուռ աշխարհայացքի, աստվածային լույսերը ընկալելու և հանճարեղ անդրադարձումներով դրանք մարդկանց վրա ուղղելու, այսինքն՝ գեղարվեստորեն արտահայտելու կարողության մեջ է: Առաքել Բահատրյանը այս հիմքի վրա մի հետաքրքրական տեսություն է ստեղծել, որում Նարեկի ներգործման գաղտնիքը փորձում է լուսաբանել քրիստոնեական խորհրդանշի՝ խաչի պատկերին համապատասխան տեքստային կառույցով:

Նարեկացու բանաստեղծությունն այնպես է բառակապակցված, որ ուշին ընթերցողի համար դադարում է գրավոր խոսք լինելուց, այլ դուրս գալով մտքի կաղապարներից, լցնում է մարդկանց հոգիները բերկրանքով ու խաղաղությամբ, որոնք հաջորդում են աստվածային երկյուղածության և

ապաշխարության ապրումներին: Այստեղ մենք չենք խոսում Նարեկի՝ իբրև գեղարվեստական ստեղծագործության մասին, որ ի հավելումն մեր նշած հոգեփոխիչ ներգործության՝ նաև կատարսիսային վիճակ է ստեղծում մարդու հոգում, վեհացնում է՝ հաղորդելով բանաստեղծության վերինացական /իռացիոնալ/ ներգործությունը՝ իբրև ձևի և բովանդակության ներդաշնակություն, իբրև նոր հորիզոնների բացահայտում, իբրև զարմանքի աղբյուր, որ մեր հոգում կարգուկանոն ստեղծելով՝ խաղաղեցնում է մեզ, ոգեշնչում, վերացնում մարդկային հոգու կուրությունը:

Նարեկացին գերազանց է իմացել խոսքի ներգործական ուժն ու եղանակները:

Նարեկացու խոսքն առավել արդյունազոր է իր հեղինակային, բնագրային՝ գրաբար վիճակով: Մատյանը այլ լեզվի և աշխարհաբարի վերածելու պարագայում, ինչ խոսք, խախտվում են հեղինակային լեզվամտակառույցները, որոնցով էլ պայմանավորված է Նարեկի ներգործությունը:

Բացի այդ՝ թարգմանվելով փոխվում է խոսքի իմաստը. հնչերանգը և բնագրային նախկին իմաստը անհնար է պահպանել ամբողջությամբ անխաթար: Գրաբարյան խոսքի ներգործական ուժը ավելին է և ավելի խորն է, որովհետև մեր լեզվի զարգացման այդ շրջանը համընկնում է ազգի մեջ ճշմարիտ հավատքի տիրապետման շրջանին. **գրաբարը հոգևոր գիտակցության լեզու է:** Ներկայումս էլ խոսքի ներգործական ուժը մեծացնելու համար հաճախ դիմում են գրաբարյան շարադրությանը, արտահայտչաձևերին, բառերին:

Վերոգրյալ մտքից բխում է, որ Նարեկը միայն հեղինակային - գրաբարյան բնօրինակով կարելի է լիարժեքորեն կիրառել որպես բժշկարան: Մատյանի թարգմանությունը մեկ այլ լեզվի կամ նույնիսկ նորօրյա հայերենի վերածումը, որքան էլ թարգմանությունը բարձարվեստ լինի, կորուստ է բուժական և վերանձնացման /կատարսիս/ արդյունազորության առումով: Իբրև արվեստի ստեղծագործություն՝ Նարեկը գրեթե անթարգմանելի է, որովհետև բուժական կիրառության համար կարևոր է ոչ միայն խոսքիմաստային ճշգրիտ հաղորդումն այլ լեզվով, այլև գրության /խոսքի/ հնչյունակարգը: Ասվածը չի նշանակում, թե Նարեկի թարգմանություններն իզուր են: Խոսքաբուժությունը Նարեկի մեջ և Նարեկի միջոցով սերտաճած է երաժշտությանը:

Նարեկի մեջ գերբնական /իռացիոնալ/ երաժշտությունը հզոր է, որ ներգործում է անկախ բովանդակությունից կամ նրան զուգահեռ և ավելի է զորացնում ներգործության ուժը, որով ներքին փոփոխություններ է առաջացնում մարդու մեջ՝ արցունքներ քամելով նրա աչքերից, թեթևացնում և մխիթարություն է բերում այս դժնի աշխարհում կամ պարզապես աշխարհիկ կեցության մեջ: Կարելի է մեծ հավանականությամբ ենթադրել, որ եթե բնօրինակ Նարեկը ներքին զգացումով իբրև աղոթք, ընթերցվի նույնիսկ օտարի մոտ, անտարբեր չի՝ թողնի նրան:

Մնում է զարմանալ, թե հայ երաժիշտ ստեղծագործողները ինչու մեծածավալ երաժշտական ստեղծագործության չեն վերածում «Մատյան ողբերգություն»ը, որն արդեն երաժշտություն է այնպես, ինչպես արել են հնդիկ



Կոմիտաս

հեղինակները՝ «Մահաբհարաա»-ն վերածելով երաժշտական մեծածավալ ստեղծագործության, որի ներգործական ուժը ահռելի է:

Կոմիտաս Վարդապետը (մեր մեծ երգահանը), հիմնվելով չորս տարրերի ուսմունքի վրա, ապաքինման խորը ու հետաքրքրական վերլուծություն է կատարել, լուսաբանելով, թե ինչի հիման վրա և ինչպես էին երաժշտությամբ հիվանդներին բուժում:

«Երաժշտական արվեստը խառնություն ունի հոգու և մարմնի, զի ծագում է առնում հոգեղեն հույզերի աշխարհում և մարմնային ձևով. քանի որ ծայնն է նյութ բանականության, որպես՝ հյուսնականին՝ փայտի և դարբնականին՝

երկաթ: Մարդկային ամենակարող լեզուն ճախարակում է ծայնը՝ բանականության նյութը և պարզեցնում հոգու հուզումները: Սակայն երաժշտությունը այն արվեստներից չէ, որոնք «նյութական և թանձր» ստեղծագործություն են արտահայտում, այլ այն, որ «ի պարզ և ի մաքուր է էությունից, այսինքն իմացականից և լսողականից են առաջ գալիս, որովհետև ներգործությունը սորա ի հոգվում է»:

Երաժշտությունը երկու տեսակ է՝ «աստվածային և մարդկային». **առաջինը երգում են եկեղեցիներում՝ հանցավոր հոգիները դեպի զղջումն ուղղելու և մեղավոր մտքերը՝ դեպի բարին փոխարկելու. իսկ մարդկայինը՝ ուրախության ժողովներում ու հանդեսներում:**

Եթե երաժշտությունն այս կամ այն ձևով կարող է եկեղեցիներում հանցավոր հոգիներն ու մեղավոր մտքերը զղջման բերել ու բարին անել, կամ ժողովներում ու հանդեսներում սրտերը թունդ հանել ու զորությամբ վառել, ինչու՞ չպետք է կարողանար և՛ վանել հիվանդությունները:

Հները փորձել են և գտան «զի օգտակար է ի պետս բժշկության», ուստի և որոշեցին և գործադրեցին, որ «երգեն և առ հիվանդս», որովհետև «որպես ընպելիք դեղոյ ընդ ճաշակելիսն» ազդում են հիվանդության վրա «և սա /երաժշտությունը/ ընդ լսելիսն», քանի որ ծայնն անմարմին է և մեծ զորություն ունի և ազգակցություն առ հոգին, ուրեմն և «ընդունելով հոգի զվարձականն

կիրք, ներգործե առ մարմինն և տրամադրեալ փոխե զնա իրմե բնութիւնն»:

Արդ, իմաստուն երաժիշտները հնարում են պարագային հարմար եղանակներ, որոնցից, դժբախտաբար, չի մնացել և ոչ մի օրինակ:

Չին ժամանակների ընդհանրացած նվագարանն էր քնարն իր բազմազան տեսակներով. «այլ չորք աղեանն քնար առավել ցուցանե զորութիւնն արվեստիս»: Քնարի լարերի անուններն են. «բամբ, թավ, սոսկ, զիլ»: **Քառալար քնարն այն պատճառով են հարմար դատել բժշկության համար՝ «զի ըստ նմանության բնության մարդոյս կերպարանի, որպես մարդ ի չորից տարերց էացեալ է»:**

Ըստ հնոց, չորս տարերքն են՝ «հող, ջուր, օդ և հուր»: Սոքա ունին որոշ «դիրք և որակություն», ըստ որից, «երկիրն ծանր է, քան ջուրն, և ջուրն՝ քան զօդ. և զօդն՝ քան զհուր: Եվ յուրաքանչյուր տարերքն ունի կրկին որակություն՝ այսինքն՝ գոյացական և պատճառական: Ջի երկիրս զուրտ է և չոր, և ջուր է՝ գէջ և ցուրտ, օդ՝ ջերմ և գէջ, հուր՝ չոր և ջերմ»...

Կոմիտասը քնարի լարերի հատկությունները հարադրում է մարդու չորս տարերքի հատկությունների հետ, հայտնաբերում ձայնի ներգործության ստույգ եղանակները այդ տարերքի խախտված ներդաշնակությունը վերականգնելու գործում: Այս ամենը հետաքրքրական է նաև նրանով, որ երաժշտությունն անմիջականորեն առնչվում է խոսքաբուժությանը: Ձայնն այն իրողությունն է, որի վրա հանդիպում և համադրվում են երաժշտությունն ու քերթողական արվեստը:

Նարեկացու բաժինն ավարտենք Նարեկացու խոսքերով.

...Թող որ հռչակված հասնի ազգերին,

ժողովուրդներին քարոզվի ի լուր,

Տպվի դռներին բանականության

Եվ զգայության սեմերի վրա դրոշմվի ամուր:

.... Ու թեպետ որպես մի մահկանացու պիտի վախճանվեր,

Բայց այս մատյանի հարակայությամբ կմնամ անմահ:



ԲԱԺԻՆ 18

**ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՐԴԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ
ԵՎ ՔԱՂԱՔԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ
ԱՌՈՂՋԱԴԱՀՈՒԹՅԱՆ
ԲՆԱԳԱՎԱՌՈՒՄ**

Մոլորակի վրա գործում են առողջապահության զանազան համակարգեր՝ ամբողջովին ինքնավարներից մինչև բացառապես պետական:

Որոշ երկրներում օգնություն ցուցաբերում են միայն նրանում խիստ կարիք ունեցողներին, մյուսներում գործում է բժշկական ապահովագրության զարգացած համակարգ, երրորդները էականորեն առաջ են ընթացել առողջության պահպանության համալիր կազմակերպման մեջ: Առողջապահության բնագավառում մասնավոր նախաձեռնությունների և պետական քաղաքականության տարբեր աստիճանի զուգակցումները ծնում են բժշկական օգնություն տրամադրելու բազմաթիվ տարբերակներ:

Կատարյալ տարբերակի դեպքում անհրաժեշտ է ապահովել բժշկական օգնության առավել ժամանակակից մակարդակ, ինչպես բժշկի, այնպես էլ հիվանդի համար ազատ ընտրության պայմաններում:

Սակայն այս բանաձևը խիստ ընդհանուր բնույթ է կրում և ցավոք քիչ է օգնում կոնկրետ երկրում՝ առողջապահության կոնկրետ խնդիրներ լուծելիս:

Համաշխարհային բժշկական միությունը իր պարտականությունն է համարում պաշտպանել բժշկական գործունեության հիմնական սկզբունքները և բժշկական մասնագիտության ազատությունը, այդ իսկ պատճառով, չխորանալով առողջապահության ազգային համակարգերից որևիցե մեկի գնահատականի մեջ, հռչակում է պայմաններ, որոնց հետևելը անհրաժեշտ է առողջապահության պետական համակարգի հետ բժշկական հանրության արդյունավետ համագործակցության համար:

Առողջապահության ոլորտում արդարության սկզբունքն անմիջականորեն կապված է ա) առողջության պահպանման, բ) մարդու իրավունքի, ինչպես նաև գ) տվյալ հասարակությունում առողջապահության ոլորտում մարդկանց սոցիալական պաշտպանվածության կոնկրետ մակարդակի գնահատման հետ:

Հարուստ երկրներում վճարովի բուժսպասարկման հետ մեկտեղ նոր թափ են ստանում պարտադիր բժշկական ապահովագրության և ազգային-պետական առողջապահության համակարգերը:

Ապահովագրական բժշկությունից անցում է կատարվում առողջապահության ազգային համակարգերին, օրինակ, Իտալիայում, Պորտուգալիայում: Դեռևս 1985թ.-ին Իսպանիայում ընդունվել է կառավարական որոշում, որի համաձայն բնակչության 100 տոկոսը պետք է ներգրավվի բուժօգնության պետական համակարգի մեջ:

Ժամանակակից աշխարհում սոցիալական ամենամեծ բարիքը կամ կենսարժեքը բժշկական բարձրորակ ծառայություններն են:

Սոցիոլոգիական ուսումնասիրություններից պարզվել է, որ նույնիսկ ամենաբարեկեցիկ երկրներում հիվանդների գերակշիռ մասը ի վիճակի չէ իր ընթացիկ եկամուտների հաշվին հոգալ իր բուժման ծախսերը: Այսպես, անգամ ԱՄՆ-ում, որտեղ յուրաքանչյուր բնակչի հաշվով առողջապահության տարեկան ծախսե-

ըր կազմում են 6096 ԱՄՆ դոլար և Կանադայում, որտեղ յուրաքանչյուր բնակչի հաշվով ծախսերը կազմում են 3173 ԱՄՆ դոլար, այդուհանդերձ 2007 թ. հարցման ենթարկված քաղաքացիների համապատասխանաբար 60 և 38 տոկոսն անհրաժեշտ են համարել առողջապահության համակարգի արմատական փոփոխությունները:

Բժշկական բարձրորակ սպասարկման խնդրին առանձնահատուկ կարևորություն են տալիս եվրոպական երկրներում: Այսպես, մեկ անձի հաշվով առողջապահության ծախսերը 2007 թ. Հունաստանում կազմել է 2179 ԱՄՆ դոլար, Իտալիայում՝ 2414 ԱՄՆ դոլար, Ֆրանսիայում՝ 3040 ԱՄՆ դոլար, Գերմանիայում՝ 3171 ԱՄՆ դոլար, Շվեյցարիայում՝ 4011 ԱՄՆ դոլար և այլն:

Արևմտյան եվրոպայում առողջապահությունն ընկալվում է որպես հանրային բարիք, հասարակական արժեք: Դրանից բխում է, որ հասարակությունը, նրա բոլոր խավերն ու անդամները կարող են լիիրավ հիմունքներով ստանալ անհրաժեշտ բուժական և կանխարգելիչ սպասարկում:

Հանրությունը ելնում է սոցիալական համերաշխության սկզբունքից, ըստ որի՝ հարուստ և աշխատունակ խավերը պարտավոր են վճարել տարեցների, անապահով խավերի ու հիվանդների բժշկական սպասարկման ծախսերը:

Սոցիալ-փիլիսոփայական առումով համակարգը հիմնվում է սոցիալական կողմնորոշում ունեցող շուկայական տնտեսության և քաղաքացիական հասարակության հիմնադրույթների վրա: Բացի այդ՝ առողջապահական համակարգը պատասխանատվություն է կրում հասարակության առջև, նրան հաշվետու է: Եվ, վերջապես, նկատելի է նաև քաղաքացիական հասարակության այնպիսի տարրի կարևորությունը, ինչպիսին են ինքնակառավարվող հասարակական կազմակերպությունները, տեղական ինքնակառավարման մարմինները:

Սոցիալական արդարության ապահովման տեսանկյունից կարևորվում է միջոցների բաշխման սկզբունքների կամ մեխանիզմների խնդիրը: **Խոսքը տեխնոկրատական, մասնագիտական ինքնակարգավորման, շուկայական և Ժողովրդավարական մոդելների մասին է:**

Տեխնոկրատական մոդելը ենթադրում է, որ առողջապահության համակարգը ղեկավարում են մասնագետները՝ իրենց հատուկ գիտելիքներով, փորձառությանը, քաղաքական ու տնտեսական ենթակառուցվածքներում ունեցած կարգավիճակով:

Մասնագիտական ինքնակարգավորվող մոդելի դեպքում, բժշկական սպասարկման համակարգի կենտրոնական դեմքը բժիշկներն են: Միջոցների օգտագործումն ու բաշխումը կատարվում է բժշկի որոշումների հիման վրա: Անկասկած, բժշկական հիմնարկությունների գործունեության նկատմամբ հսկողությունը փոխանցվում է բուն մասնագետ բժիշկներին:

Շուկայական մոդելի համաձայն բոլոր հարցերը լուծվում են ըստ առաջարկի ու պահանջարկի հարաբերակցության օրենքի:

Մասնագիտական ինքնակարգավորվող մոդելի դեպքում, բժշկական սպասարկման համակարգի կենտրոնական դեմքը բժիշկներն են: Միջոցների օգտագործումն ու բաշխումը կատարվում է բժշկի որոշումների հիման վրա: Անկասկած, բժշկական հիմնարկությունների գործունեության նկատմամբ հսկողությունը փոխանցվում է բուն մասնագետ բժիշկներին:

Ժողովրդավարական մոդելը ենթադրում է, որ յուրաքանչյուր քաղաքացի իրավունք ունի ազդելու այն որոշումների ընդունման վրա, որոնք կարող են կարևորվել նրա անձնական ու հասարակական կյանքում:

Դժվար չէ տեսնել, որ յուրաքանչյուր մոդել ունի իր առավելություններն ու

թերությունները: Ցանկացած մոդելի հարմարումը կոնկրետ սոցիումի պայմաններին մեխանիկական ընդօրինակման խնդիր չէ: Կարելի է նշել, որ ցանկացած մեխանիզմ կամ տեխնոլոգիա կարող է օգտաշատ և արդյունավետ լինել, եթե պարզորոշված է առողջապահության սոցիալական դաշտը, որոշված են նրա զարգացման ուղղությունները: Լիարժեք ժողովրդավարությունը պահանջում է.

- առողջապահության բնագավառում հասարակական քաղաքականության մշակում (առողջությունն ամեն մեկի և բոլորի գործն է),

- շրջակա միջավայրի որակի բարելավում,

- հասարակական ջանքերի, նախաձեռնությունների ու ակտիվության աճ,

- առողջ ապրելակերպի մշակույթի, առողջապահական հմտությունների և գիտելիքների տարածում և ամրապնդում,

- առողջապահական ծառայությունների որակի բարձրացումն ու նրանց հասարակական կարևորության գիտակցության ամրապնդում:

Վերոհիշյալ պարագայում մտահոգիչ է պատկերը Հայաստանում: Շատ են խոսում համակարգի «ռեֆորմից», բարեփոխումներից, սակայն առ այսօր չի հստակեցված, թե ինչ ենք հասկանում բարեփոխում ասելով: Ակնհայտ է, որ առողջապահության համակարգի բարեփոխման ծրագրերը մեզանում մեկնարկեցին առանց վերջնանպատակի, նրա կիրարկման մեխանիզմների ու սոցիալական դժվարությունների հստակ գիտակցման:

Ստահոգիչ են հետևյալ փաստերը. աճել է հիվանդություններից մահացությունը, խիստ նվազել է մեկ բնակչին ընկնող տարեկան միջին հաճախելիությունը հիվանդանոցներ, ավելացել են սիրտ-անոթային համակարգի, չարորակ նորագոյացություններով հիվանդությունները:

Աճել է հոգեկան հիվանդությունների և նյարդային խանգարումների թիվը: Ընդ որում, վիճակագրական առումով հաշվի են առնվում միայն հոգեկան հիվանդությունների ծանր ծևերը: Բնականաբար, ամենատարբեր նյարդային խանգարումներով տառապող մարդկանց թիվը շատ ավելի շատ է:

1988թ. ավերիչ երկրաշարժը՝ տնտեսական, սոցիալ հոգեբանական իր հետևանքներով, տնտեսական և քաղաքական շրջափակումը, որի մեջ Հայաստանը գտնվում է առ այսօր, շուկայական հարաբերությունները, որոնց պարագայում իրենց ուժերը չեն կարողանում գործի դնել բնակչության միջին և բարձր տարիքի բազմաթիվ անհատներ... այս բոլորն իրենց հետ բերում են նաև հոգեկան խանգարումներ, հուսահատության և անելանիության տրամադրությունների զուգադրությամբ, որոնցով կարելի է նաև բացատրել ինքնասպանությունների թվի աճը:

Հիվանդանոցային ծանրաբեռնվածությունը կազմում է 40%, մարզերում, որոշ դեպքերում, 10-15%: Հոսպիտալացման խիստ ցածր աստիճանը, անկասկած, պայմանավորված է բնակչության հիմնական զանգվածի սոցիալ-տնտեսական ծանրագույն պայմաններով, բուժօգնության ֆինանսավորման և կազմակերպման խիստ ցածր արդյունավետությամբ և ամենևին չի արտացոլում հիվանդացության իրական պատկերը: Այսինքն, եթե հիվանդանոցներում դատարկ մահճակալների թիվը շատ է, ապա դա բոլորովին չի խոսում առողջ մարդկանց շատ լինելու մասին, այլ պարզապես վճարունակ հիվանդների պակասի մասին:

Այսօր պահանջվում է էլ ավելի հստակեցնել առողջապահության ոլորտում քաղաքականության հիմնարար սկզբունքները, ընդունել առողջապահության միջոցներին վերաբերող ռազմավարական արդյունագոր որոշումներ: Նկատենք, որ չնայած զգալի աշխատանք է կատարվել մեզանում առողջապահու-

թյան օրենսդրական հիմքերի ապահովման ուղղությամբ, ընդունված որոշումների զգալի մասը չի իրագործվում ամենատարբեր պատճառներով: Վիճակը էապես փոխելու համար անհրաժեշտ է անցկացնել առողջապահական ծառայությունների աշխատանքի, ինչպես նաև բնակչության առողջության վիճակի մոնիտորինգ: Առանց դրա հնարավոր չէ ապահովել հասարակական առողջության պաշտպանությունը: Դա միայն տնտեսական խնդիր չէ, դա նաև սոցիալական, բարոյական խնդիր է:

Այսօր պահանջվում է, որպեսզի հայ ազգի հոգևոր ու ֆիզիկական առողջության խնդիրը դառնա ոչ միայն հայոց պետության, հասարակության, այլ նաև սփյուռքի գերխնդիրը, քանի որ դա նաև պետական անվտանգության հարց է: Առողջությունն այո, ազգային հարստություն է և այն պետք է ըստ ամենայնի պահպանել:

Առողջությունը ազգային հարստություն է և պետք է այն պահպանել Սիրելի ընթերցող,

Ներմուծված յուրաքանչյուր սննդամթերքի վրա (լինի դա շոկոլադե թե թխվածքեղեն, երշիկեղեն և այլն) նշվում է, թե ինչ բաղադրամասեր ունի տվյալ սննդամթերքը (կոնցենտրատներ, կայունացուցիչներ, համային հավելումներ, էմուլգատորներ, ներկանյութեր, շաքարանյութեր, քաղցրացուցիչներ և այլն)*:

Խուսափեք օգտագործել այն մթերքները, որոնք պարունակում են ներքոնշյալ թվերով բաղադրամասերը: Սննդամթերքը գնելուց առաջ նայեք՝ բաղադրիչների մեջ կա՞ն ներքոնշյալները, թե՞ ոչ:

Եթե կան, ապա մի՛ գնեք:

E 100-182- ներկանյութեր - ուժեղացնում և վերականգնում են մթերքների գույնը

E 200-299- Պահածոիչներ (կոնսերվանտներ) - Ավելացնում են մթերքների պահպանման ժամկետները, պաշտպանելով դրանք միկրոբներից, սնկերից:

E 300-399- Հակաթթվիչներ - Քիմիական ստերիլիզացնող հավելումներ: Պահպանում են



թթվային պրոցեսներից, օրինակ՝ յուղի կծվեցումից և գույնի փոփոխությունից:

E 400-499- Կայունացուցիչներ (ստաբիլիզատորներ) -

E 500-599- Կախությավորիչներ (եմուլզատորներ)

E 600-699, E 900-999- Փրփրամարիչներ

Վերոնշյալները ուժեղացնում և վերականգնում են մթերքների գույնը:

Ավելացնում են մթերքների պահպանման ժամկետները, պաշտպանելով դրանք միկրոբներից, սնկերից, մանրէակերներից:

Քիմիական ստերիլիզացնող հավելումները.

Պահպանում են թթվային պրոցեսներից, օրինակ՝ յուղի կծվեցումից և գույնի փոփոխությունից:

Պահպանում են նախնական թանձրությունը, ավելացնում են մածուցիկությունը:

Ստեղծում են միատարր զանգված, օրինակ՝ ջրից և յուղից:

Ուժեղացնում են համը և բույրը:

Կանխարգելում կամ ցածրացնում են փրփուրի առաջացումը:

Ուսաստանում արգելված են՝

E 121 - ցիտրուսային ներկանյութ 2, E 123 - կարմիր ամարանտ

E 240 - պահածոիչ ֆորմալդեհիդ

Քաղցրապատիչները, քաղցրացուցիչները, փխրիչները, թթվայնությամբ

կարգավորիչները - այլ չդասակարգված հավելումները մտնում են բոլոր նշված խմբերի մեջ, ինչպես նաև նոր 1000 խմբի մեջ:

Վտանգավոր հավելումներ

Առաջացնում են չարորակ ուռուցքներ՝ E103, E105, E121, E123, E125, E126, E130, E131, E142, E152, E210, E211, E213-217, E240, E330, E447

Առաջացնում են աղեստամոքսային հիվանդություններ՝ E221-226, E320-322, E338-341, E407, E450, E461-466

Ալերգեններ՝ E230, E231, E232, E239, E311-313

Առաջացնում են լյարդի-երիկամների հիվանդություններ - E171-173, E320-322



ԲԱԺԻՆ 19

**Կոնկրետ իրավիճակներ
(case study-ներ)
եվ դրանցից դուրս գալու
գործնական ելքեր**

Երկարատև պայքարի, սպասումների, հույսերի արդյունքը:

2008թ. մարտի 19-ին 52 տարեկան կնոջը՝ Շանել Սեբիրին, գտան մահացած իր բնակարանում: Նա երեք երեխաների մայր էր, ուսուցչուհի: Մի քանի երկար ու ձիգ ամիսների ընթացքում նա պայքարում էր նեվրոբլաստոմայի դեմ: Դեմքն արդեն այլանդակվել էր: 2000 թ.-ից օրավուր վատթարանում էր նրա վիճակը, նրա ցավերը սաստկանում էին: Նա կորցնում է տեսողությունը, լսողությունը, համի զգացումը և կախյալ վիճակի մեջ է ընկնում ուրիշներից:

Իր կյանքին էվթանազիայի միջոցով վերջ տալու խնդրանքով Սեբիրին դիմել էր Ֆրանսիական պետական այրերին՝ այդ թվում Սարկոզիին: Սակայն նրա խնդրանքը մերժվել էր, քանի որ Ֆրանսիայի օրենսդրության համաձայն Ֆրանսիական պետությունը դեմ է էվթանազիային: 8 տարվա հիվանդության պատճառած տանջանքներից և բազում անգամ մերժվելուց հետո նա որոշում է ընդունել քնաբերի չափից դուրս բարձր չափաբաժին, որն էլ, բնականաբար, հանգեցնում է մահվան:

Ի՞նչ եք կարծում Սեբիրին դիմել էր պետական պաշտոնատար այրերին (նույնիսկ պրեզիդենտ Սարկոզիին) խնդրելով թույլ տալ վե՞րջ տալ իր կյանքին էվթանազիայի միջոցով: Նա իսկապե՞ս դա էր ուզում, թե՞ գուցե ենթագիտակցաբար փորձում էր ֆրանսիական ողջ հանրության ուշադրությունը հրավիրել այդպիսի հիվանդների և մանավանդ իր վրա՝ երազելով ու հորդորելով. «օգնե՛ք, փրկե՛ք, բուժե՛ք, մի ճար գտե՛ք, գուցե դու՛ք մի բան կանե՛ք՝ գտնելու համար այդ հիվանդությունից ազատվելու ելքը. արդյո՞ք, իսկապես, ոչ մի ճար չկա...»

Ի՞նչ կարծիքի եք:

Օսկար Պիստորիուսի պատմությունը

Օսկար Պիստորիուսը ուզում էր լինել 2008թ օլիմպիական խաղերի ամպուտացիայի ենթարկված առաջին վազորդը: Նա ոտքեր չուներ, բայց ուներ հատուկ պրոթեզներ՝ սպորտով զբաղվելու համար: Նա մասնակցեց պարաօլիմպիականներին բավականին հաջող և ճանաչվեց որպես առանց ոտքերի ամենաարագ վազող մարդը: Նրա միավորները (թվանշանները) այնքան բարձր էին, որ նա կարող էր հաղթահարել դժվարությունները և 2004թ. Աթենքի օլիմպիական խաղերի ժամանակ ստանալ ոսկե մեդալ:

Եվ այսպես, նա որոշեց դիմել համապատասխան մարմիններին՝ Բեյթինգի օլիմպիական խաղերին մասնակցելու համար: Օլիմպիական միջազգային կոմիտեն անհանգստացած էր այդ առթիվ. Նրա պրոթեզի տեխնոլոգիան կարող է տալ նրան աննախադեպ, անակնկալ առավելություն բնական ոտքեր ունեցող վազորդների նկատմամբ: Ի՞նչ անել:

Եվ այսպես, հարցը հետևյալն է. Պիստորիուսը անկարո՞ղ է, ի վիճակի չէ՞, թե՞ շա՛տ կարող է, ի վիճակի է: Նրա պրոթեզները խոսում են «տեխնոլոգիական-դոպինգի» սկզբնավորման մասի՞ն...

Ֆրանսիայում 58 տարեկան մի մարդ, որը հիվանդ էր լոռ հիվանդությունների քաղցկեղով (քիթ-կոկորդ-ականջ), ընդունվել էր պալիատիվ խնամքի բաժին՝ իր կյանքը հասկողության տակ ավարտելու նպատակով:

Իր ընտանիքը հնարավորություն չուներ խնամել նրան տանը: Սովորաբար բուժքույրերը սարսափում են լուռ քաղցկեղով հիվանդներից, որովհետև մետաստազները տարածվում ու զարգանում են կոկորդում որպես պարտադիր պայման:

Դա, փաստորեն, բարդ իրադրություն էր այդ մարդու համար: Մետաստազները զարգանում էին նրա կոկորդում: Նույնիսկ երբ նա չէր ուսումնասիրում իրեն, գիտեր, որ այդ զարգացումն ընթանում է իր կոկորդում, նա զգում էր դրանց դանդաղ աճը: Նա համարձակվում է դիտել իր քնաբեր զարկերակը մետաստազների ճնշման տակ:

Չիվանդի համար դա ռուժբի պայթյուն էր: Այս իրողությունը շատ վախենալու էր նաև քույրերի համար, քանի որ նրանք ի սկզբանե դեմ էին էֆթանազիային՝ հիվանդի մահն արագացնելու որոշմանը: Քույրերի համար նման իրավիճակը առանձնապես սարսափելի էր: «Նա արյունաքամ է եղել մահվան չափ», - ասում են նրանք:

Որպեսզի հիվանդը չտեսնի, թե ինչպես է ինքը արյունաքամ լինում, քույրը թույն է ներարկում նրան՝ քնեցնելու համար: Որոշ քույրեր մեղավոր էին զգում, խղճի խայթ էին զգում, գիտակցելով, որ սրսկումից հետո նա չպետք է արթնանար:

Վերլուծեք էթիկական այս իրադրությունը, որն առաջացավ տարերայնորեն:

ՄԻԱՎ ՁԻԱՅ հիվանդներ

Տիկին Վ.-ն 29 տարեկան ամուսնացած կին է: Նա և նրա ամուսինը հիվանդանոցում գրանցված հիվանդներ են: Վ.-ն. հիվանդանոց է գալիս շատ տխուր տեսքով: Անցյալ երեք տարիների ընթացքում նա կորցրել է իր երկու երեխաներն՝ երկուսն էլ մահացել են նախքան երկու տարին բոլորելը: Երկուսն էլ մահացել են դիարեայից և սուր տենդային հիվանդությունից: Իր վերջին երեխայի հիվանդության ժամանակ տուն այցելած բժիշկը խորհուրդ էր տվել նրան և իր երեխային հանձնել ՄԻԱՎ ՁԻԱՅ անալիզներ: Երկուսի մոտ էլ հաստատվեց ՄԻԱՎ ՁԻԱՅ վարակը: Հետագա բոլոր ստուգումները հաստատեցին այս արդյունքները: Տիկին Վ.-ն կարծում է, որ իրեն վարակել է իր ամուսինը: Նա իր ամուսնու մասին բամբասանքներ էր լսել այն մասին, թե ամուսինը դավաճանում է իրեն, բայց ամուսինը ժխտել էր դա: Այժմ նրա ամուսինը՝ հաջողակ գործարարը, պահանջում է, որ կինը նորից հղիանա, որպեսզի ինքը՝ ամուսինը չկորցնի իր հեղինակությունն ընկերական շրջապատում և որպեսզի ծնված երեխան ժառանգի իր ունեցվածքը: Նա նաև սպառնում է, որ եթե առաջիկա տարվա ընթացքում դա տեղի չունենա, նա կբաժանվի և կամուսնանա ավելի երիտասարդ կնոջ հետ: Ամուսինը տեղյակ չէ, որ կինը ՄԻԱՎ ՁԻԱՅ վարակակիր է: Կինը տեղյակ չէ՝ ամուսինն ունի՞ ՄԻԱՎ ՁԻԱՅ թե՞ ոչ: Կինը վախենում է հայտնել իր հիվանդության մասին՝ իմանալով բաժանման վտանգի մասին:

Ընկերոջը զգուշացնե՞լ:



Մի 45 ամյա համակրելի, մեծահարուստ տղամարդ, սեռական հարաբերություն է ունեցել նույնքան համակրելի 35 ամյա կնոջ հետ: Տղամարդու կողմից ստեղծված խանդի մի քանի տզեղ տեսարանների պատճառով երիտասարդ կինը որոշեց վերջ դնել հարաբերությանը: Սրանից հետո տղամարդն այցելեց հոգեբույժի, ում նա արդեն որոշ ժամանակ այցելում էր: Նա հոգեբույժին հայտնեց, որ ինքն ունի ատրճանակ և պատրաստվում է այցելել իր նախկին ընկերուհուն՝ նրան սպանելու նպատակով: Նա բժշկին հիշեցրեց, որ սա գաղտնի տեղեկություն է, որ փոխանցվում է հիվանդից (պացիենտից) բժշկին, և եթե բժիշկը տեղեկությունը տարածի, դա աննկատ չի մնա: Սակայն բժիշկ-հոգեբույժը որոշեց, որ տվյալ

դեպքում անհրաժեշտ էր տեղեկությունը տարածել. նա հայտնեց այդ մասին և՛ ոստիկանությանը, և՛ այդ կնոջը: Երբ ոստիկանությունը հարցաքննեց տղամարդուն, նա հայտնեց, որ որևէ վատ մտադրություն չի ունեցել: Մասնագետները բուռն քննարկումների առիթ ունեցան: Այս քննարկումներն էլ ավելի թեժացան, երբ տղամարդն ի վերջո սպանեց իր նախկին ընկերուհուն նույն այն ատրճանակով, որով նա այցելել էր բժշկին:



Տիկին Ա-ն 39 տարեկան է, նա հայտնի դերձակ է, ամուսնացել և երջանիկ ապրել է 12 տարի, սակայն կատարյալ երջանիկ լինելու համար նրան խանգարել է չհղիանալու փաստը: Նա ընդունել է երկարատև և թանկ բուժում, որը արդյունք չի տվել էնդոմետրիոզի պատճառով, սակայն կրծքի ուժեղ ցավերը նրան հանգիստ չեն տվել: Վերջապես նա ընդունում է բժշկի որոշումը, որ չի կարող երեխա ունենալ և պետք է արգանդի վերհեշտոցի արտահատման ենթարկվի, որպեսզի ցավերը մեղմանան, արյունահոսությունը դադարի:

Նա դիմում է տեղի գինեկոլոգին, որն էլ հրավիրում է մի քանի բժիշկների՝ նախավիրահատական քննություն անցկացնելու համար: Բժիշկը կարդաց Ա-ի անհատական բժշկական քարտը, որտեղ հղիությանը վերաբերող տվյալները բացակայում էին, իսկ զննելուց հետո գրանցեց արգանդի չափերի մեծացում: Գինեկոլոգը հակացուցեց հնարավոր հղիությունը, քանի որ պտուղը նորմալ չի զարգանա հիվանդի տարիքի պատճառով, իսկ աբորտը կվատթարացնի նրա վիճակը: Բժիշկը որոշեց արգանդի վերհեշտոցի արտահատում կատարել: Ակնհայտ է, որ բժիշկ-գինեկոլոգի կողմից կատարված նախապատրաստական հոգեբանական աշխատանքը հեշտացրել է հիվանդի դժվարին ընտրությունը՝ համաձայնվելու վիրահատման հետ: Այս դեպքում կարևոր է եղել մի կողմից, հիվանդության ճիշտ ակտորոշումը, նրա հնարավոր զարգացումների կանխատեսումը, ինչպես նաև հիվանդի կողմից վիրահատման անխուսափելիության գիտակցումը:

Ի՞նչ պիտի ասի բժիշկը հիվանդ Ա-ին.

Քանի որ Ա-ն արդեն իսկ համաձայնել էր նախորդ մասնագետ-բժշկի ընդունած որոշման հետ արգանդի վերհեշտոցի արտահատման վերաբերյալ, կարիք չկա նրան ոչինչ ասել:

Բժիշկը պետք է Ա-ին ասի, որ նրա արգանդը մեծացել է, և որ նա կարող է հղի-

ացած լինել: Նա պետք է հիվանդին առաջարկի հղիության տեստ անցնել նախքան արտահատումը:

Բ-ն ուսուցչուհի է, նաև երգչախմբում՝ առաջատար երգչուհի: Դիմել է քիթ-կոկորդ բժշկին (օտորինոլարինգոլոգին) կոկորդի շրջանում ինչ-որ կուտակման պատճառով, որը գնալով աճում է: Նրան առաջարկել են վիրահատություն, սակայն նա հետաձգել է, մինչև բժշկի կողմից քաղցկեղի հնարավորության մասին նրա հետ անձնական զրույցը: Նա հրավիրվեց հիվանդանոց և սկզբում զննվեց օտորինոլարինգոլոգի, ապա վիրաբույժի կողմից:

Վիրահատությունը կատարեց օտորինոլարինգոլոգը: Վիրահատությունից հետո հիվանդը դժվար էր շնչում:

Հաջորդ օրը օտորինոլարինգոլոգի կողմից կատարվեց տրախեոստոմա: Մի շաբաթից հիվանդը դուրս գրվեց: Այնուհետև օտորինոլարինգոլոգը գրանցեց «զույգ ձայնալարերի դժվարեցված շարժունակություն»: Հիվանդը վերադարձավ աշխատանքի և 1 տարի 3 ամիս անց դիմեց մեկ այլ բժշկի՝ բրոնխոսպազմի բողոքով: Նրա այցելությունից 2 օր անց բժիշկը, խորհրդակցելով մեկ այլ օտորինոլարինգոլոգի հետ կարծիք հայտնեց, որ վիրահատության ժամանակ կարող են վնասված լինել նյարդերը: Երկրորդ օտորինոլարինգոլոգը մեկ ամիս անց զննեց հիվանդին և տվեց հետևյալ եզրակացությունը. «Ձայնալարերը սևեռված են դեպի կենտրոն՝ իրար շատ մոտ»: Կատարվեց նոր վիրահատություն ձայնալարերը միմյանցից հեռացնելու նպատակով, սակայն անհաջող:

Կիրառվե՞լ է արդյոք այս դեպքում տեղեկության հիման վրա կայացած համաձայնության կարգը.

Ո՛չ, չի պահպանվել, քանի որ բժիշկը պարտավոր էր Բ-ին տեղեկացնել սպասվող ինտենսիվ ռիսկի մասին (որպես երգչուհու) և հնարավորություն տար հետևություններ անելու:

Այո՛, կարգը պահպանվել է, քանի որ տվյալ դեպքում բժիշկը գործում էր ի շահ հիվանդի, նաև՝ դեպքը հրատապ էր:

Երկու հակասական, իրարամերժ գնահատականներ, որոնք արտացոլում են հիվանդին անհետաձգելի բուժօգնություն ցույց տալու տարբեր մոտեցումներ: Մի դեպքում, ակնհայտ է, որ անհրաժեշտ էր տեղեկացնել հիվանդին իր վիճակի սրության մասին: Մյուս կողմից, հիվանդը անհետաձգելի օգնության կարիք ուներ, իսկ բժիշկը բավարար ժամանակ չունեի մանրամասն տեղեկություններ հաղորդելու հիվանդին: Եթեկայումս նման վիճակը հայտնի է երկրնորանքի վիճակ անունով: Ո՞րն է Ձեր կարծիքը:

Տիկին Դ-ն 55 տարեկան բուժքույր է, ամուսնացած է, ունի մեկ որդեգրած տղա: Ըստ նրա հիվանդության պատմության մանուկ հասակում տառապել է ռեմատիզմով: Այն ուղեկցվել է էնդոկարդիտով, ինչը բերել է միտրալ ստենոզի և աորտայի անբավարարության: Վերը նշվածը պատճառ է հանդիսացել 8 տարի առաջ հաջող վիրաբուժական միջամտության: Մինչ վիրահատությունը նա անցել էր հակակոագուլյացիոն թերապիայի կուրս: Մինչդեռ երեք տարի առաջ նրա

մոտ առաջացել է վահանագեղձի հիվանդություն: Մի քանի ամիս անց նրա բերանում առաջ են գալիս որոշ գոյացություններ և սուր հազ: Ե-ն խորհուրդ է տալիս նրան այցելել էնդոկարդիոլոգի և կարդիոլոգի:

Այցելության արդյունքում հաստատվում է վահանագեղձի մեծացում, սակայն վիրահատական միջամտությունը մեծամասամբ մերժվում էր, քանի որ ուռուցքի չարորակ դառնալու վտանգը (5%), և վիրահատության ժամանակ արյունահոսությունը կբերեին պարտադիր հակակոագուլյացիոն բուժման:

Վերը նշված հարցերը քննարկվեցին հիվանդի հետ, սակայն նա որոշեց վիրահատվել որքան հնարավոր է շուտ:

Ինչպիսի՞ մոտեցում պետք է ցուցաբերեր բժիշկն այս դեպքում.

- Նա պետք է թույլ տար հիվանդին ստանձնել ռիսկը և ստանալ հիվանդի լիարժեք տեղեկացված համաձայնությունը վիրահատության համար:

- Նա պետք է հրաժարվեր վիրահատություն կատարելուց, որովհետև այդ դեպքում կխախտվեին առողջության պահպանման կլինիկական ստանդարտները:

Երկընտրանքի վիճակ, որը վկայում է այն մասին, թե որքան կարևոր է հիվանդ-բժիշկ երկխոսությունը փոխհամաձայնեցված, միասնական դիրքորոշում մշակելու համար:

Տիկին Զ-ն 25 տարեկան է, տնային տնտեսուհի, ամուսնացել է 3 տարի առաջ: Ունեցել է արու զավակ, որն ունեցել է սրտի արատ և մահացել է 6 շաբաթական հասակում: Հիվանդին շատ էր մտահոգում պտղի զարգացումը, և նա անցավ բոլոր տեսակի հետազոտությունները՝ VDRL, RBS, սակայն արդյունքները նորմալ էին: Նա ընդունում էր Tab Folic Acid 5 mg: Բուժման երկրորդ մասում՝ 16 շաբաթվա ընթացքում, կատարվում էր ուլտրասոնոգրաֆիա: 35 շաբաթվա բուժումից հետո ուլտրասոնոգրաֆիան ցույց տվեց հիվանդի մոտ ողնուղեղի թաքնված բիֆիդա:

Ինչպես հայտնի է, ողնուղեղի թաքնված բիֆիդան կարող է նպաստել կամ չնպաստել վերջույթների թուլացմանը:

Ի՞նչ պետք է ասեր բժիշկը հիվանդ կնոջն ու նրա ամուսնուն.

Նրանց պետք է ասվեր ողջ ճշմարտությունը, ներառյալ նկատված արատը և դրա թողած ազդեցությունը երեխայի վրա:

Ամեն ինչ պետք է ասվեր միայն ամուսնուն, նա էլ կորոշեր ինչ ասել կնոջը:

Վերստին բախվում ենք դժվարին ընտրության, լրիվ ճշմարտությունը հիվանդին ասելու, թե՛ չասելու իրողության հետ:

Ոչ ավանդական բուժման կամ ընդհանրապես չբուժման վտանգներն ու հեռանկարները:

Բուժման նորարարական եղանակի իրազեկման անհրաժեշտությունը:

Այս տիպի բուժման ժամանակ բժիշկները ավելի ծավալուն տեղեկություն պետք է հաղորդեն հիվանդին: Մյուս կողմից բժիշկը պետք է հավասարակշռված

տեղեկություն հաղորդի, որպեսզի հիվանդը կարողանա հեշտությամբ կայացնել ճիշտ որոշում:

Տեղեկության հիման վրա կայացած փոխընդունելի համաձայնության բացակայություն

Տիկին Է-ն 30 տարեկան է, ամուսնացել է 10 տարի առաջ, սակայն երեխա չի ունեցել: Ուսումնասիրությունները ցույց տվեցին, որ նրա արգանդը մեծանում է 10 շաբաթը մեկ: Բժշկական քուլեջի գլխավոր ռադիոլոգի կողմից կատարած ուլտրասոնոգրաֆիայի արդյունքում նրա մոտ հայտնաբերվեց 3 ինտրամուրալ ֆիբրոիդներ: Իսկ ամուսնու սերմնահեղուկի անալիզը նորմալ էր:

Հիվանդին առաջարկվեց միոմեկտոմիա կատարել անտիբիոտիկ ընդունելուց հետո: Վիրահատումից առաջ զույգին նախազգուշացվել էր արգանդի վերհեշտոցի արտահատման անհրաժեշտության մասին առատ արյունահոսության դեպքում: Անշուշտ զույգը հրաժարվեց դրանից, քանի որ նրանք ցանկանում էին երեխա ունենալ: Վիրահատության արդյունքում հիվանդի արգանդում հայտնաբերեցին ադենոմիոզներ և ոչ ֆիբրոիդներ: Այդ մասին հայտնեցին ամուսնուն, մինչ կնոջը ոչինչ չասվեց, քանի որ նա գտնվում էր ընդհանուր անզգայացած վիճակում: Առաջարկվեց արգանդի վերհեշտոցի արտահատում կատարել: Ամուսինը տվեց իր համաձայնությունը:

Պե՞տք էր վիրահատել, թե՞ ոչ.

- Ոչ, քանի որ բժիշկը պարտավոր էր լսել հիվանդի կարծիքը: Ամուսնու կարծիքը ընդունելի չէ այստեղ:

- Այո, քանի որ ամուսինը իրավունք ունի որոշում ընդունել՝ հիմնվելով բժշկի մասնագիտական խորհրդի վրա:

Ավելացնենք, որ ամուսինը գործել է՝ հիմնվելով ոչ միայն բժշկի մասնագիտական խորհրդի, այլ նաև սեփական պատասխանատվությունից բխող անձնական ռիսկի վրա:

Մյուս կողմից հայտնի է, որ մտազգաստությունը չկորցրած հիվանդի փոխարեն չի կարելի միակողմանի որոշում կայացնել, քանի որ դա ոտնահարում է հիվանդի իրավունքները: Առհասարակ, բժշկության մեջ ամենադժվար էթիկական խնդիրը պատասխանատու որոշում կայացնելու, նրանից բխող ռիսկը ստանձնելու խնդիրն է:

38 տարեկան մի բանվորի բերում են հիվանդանոց 3 շաբաթ շարունակ արտահայտվող շնչուղիների բորբոքման նախանշաններով: Նրա մոտ հայտնաբերվեց թոքաբորբ, և նա տեղափոխվեց հատուկ խնամքի բաժին: Նա ստանում էր ինտենսիվ բուժում՝ հակաբորբոքիչներով և այլ դեղորայքով: 3 շաբաթ հետո նրա վիճակը չփոխվեց, և շուտով բորբոքում նկատվեց նաև այլ օրգանների շրջանում՝ առանց բակտերիոլոգիական ախտորոշման: Երբ այդ մասին հայտնեցին կնոջը, վերջինս խնդրեց, որ հիվանդի սերմնահեղուկը անալիզի ենթարկեն, որպեսզի պարզ լինի, թե արդյո՞ք նրանք կարող են երեխա ունենալ: Հիվանդի կինը հայտնեց նաև, որ նրանք 14 տարի ամուսնացած են եղել, սակայն երեխա չեն ունեցել: Սերմնահեղուկի անալիզը դրական արդյունքներ տվեց, այսինքն՝ նրանք կարող էին երեխա ունենալ: Առաջարկվեց կատարել արհեստական բեղմ-

նավորում, սակայն դա հերքվեց հիվանդության պատճառով: Նրա կինը խնդրեց թույլ տալ, քանի որ հիվանդը իր ծնողների միակ զավակն է, և նրանք ցանկանում էին, որ իրենց սերունդը շարունակվի:

Ընդունել խնդրանքը, թե՞ ոչ.

Ոչ, քանի որ ամուսինը տեղյակ չէ կատարվածի մասին և համաձայնություն չի տվել: Այո՛, քանի որ ամուսինը նախկինում տվել է իր համաձայնությունը արհեստական բեղմնավորում կատարելու հարցում:

Այո՝ միայն հաշվի առնելով երեխայի շահերի մասին օրենքը, կնոջ հստակ ցանկությունը և հայրանալու ցանկության նպատակը:

Թերևս երրորդ դրդապատճառը ամենաճշմարիտն է, քանի որ, ինչպես քրեագիտության մեջ է ընդունված, պատասխանատվության խնդիրը լուծելիս՝ պետք է հաշվի առնել բոլոր կողմերի շահերը և դրանց համակցության մեջ քննել անհրաժեշտ ու պարտադիր որոշում կայացնելու հարցը:

Պարոն Թ-ն 52 տարեկան է, ամուսնացած է, ունի 2 երեխա՝ 12 և 14 տարեկան: Նա տառապում է հիպերտենզիայով և խրոնիկ թոքային հիվանդությամբ և 9 շաբաթ առաջ տարել է միոկարդիայի ինֆարկտ: Նա բուժվում էր 2 ընդհանուր կորոնար զարկերակների խցանումից: Այդ ընթացքում նա օրվա մեջ ընդունում էր ասպիրինի թույլ չափաբաժին: Մեկ շաբաթ անց նա տեղափոխվում է հիվանդանոց ձախ ազդրային զարկերակի խցանման բորբոքումով: Նա պահանջում է բուժումը իրականացնել միայն դեղամյութերով (հեպարին, ստրեպտոկինազ): Այդ տեսակ բուժումը արդյունք չտվեց, և շուտով առաջացավ ձախ ոտքի դիստալ մասի նեկրոզ: Խորհրդակցում են վիրաբույժի հետ, և որոշվում է հեռացնել ոտքը: Նա չի համաձայնվում՝ վախենալով մահից: Հիվանդի կինը պահանջում է վիրահատությունը կատարել առանց հիվանդի համաձայնության:

Ի՞նչ է պատասխանում վիրաբույժը.

Վիրաբույժը կնոջը տեղեկացնում է, որ իր ամուսինը ևս իրավունք ունի որոշում կայացնել բուժման վերաբերյալ, նույնիսկ, եթե արդյունքում հնարավոր է մահ:

Վիրաբույժը կնոջը տեղեկացնում է, որ ամուսնու բուժումից հրաժարվելը կարող է մահվան հանգեցնել: Այս տեսակ որոշման համաձայն ամուսինը որոշում կայացնելու հարցում իրավասու չէ: Այսինքն՝ անկախ հիվանդի որոշումից վիրաբույժը պետք է անդամահատի հիվանդին:

Վիրաբույժը կնոջը տեղեկացնում է, որ պետք է անդամահատի հիվանդին, քանի որ դա բխում է նրա շահերից:

Ի-ն 69 տարեկան է, աշխատում է բանկում: Վերջին 18 տարիներին նա տառապում է շաքարախտով: Իսկ վերջին 6 ամսվա ընթացքում նա զգում էր հենդիալիզի կարիք, ինչի պատճառով նրա մոտ առաջանում է երիկամային բորբոքում: 3 օր հետո նրան տեղափոխում են հիվանդանոց, քանի որ անուշադրության էր մատնել իր բորբոքված ձախ ոտքը: Դիաբեթոլոգը, վիրաբույժը և հիվանդի ընտանիքի անդամները որոշում են հեռացնել ոտքը: Նրա մեծ որդին, որը բժիշկ էր, համաձայնում է անդամահատմանը, սակայն պահանջում է,

որ ոչ ոք չպետք է հիվանդին հայտնի այդ մասին: Նրան հայտնում են միայն, որ պետք է կատարվի «վիրահատական մաքրում»: Տղան մտածում է, որ այդ նորությունը կուժեղացնի լարվածությունը: Հիվանդի ամուսինն ու երեխաները համաձայնում են:

Ինչպե՞ս պետք է վարվի վիրաբույժը.

Վիրաբույժը չպետք է վիրահատի առանց հիվանդի համաձայնության, քանի որ տեղեկության հիման վրա կայացած համաձայնությունը հիվանդի օրինական իրավունքն է:

Վիրաբույժը պետք է վիրահատի առանց հիվանդի համաձայնության, քանի որ հիվանդի որոշումը կարող է հանգեցնել մահվան, իսկ հակառակ դեպքում՝ հիվանդը շնորհակալ կլինի իր կյանքը փրկելու համար:

Դուք հերթապահ վիրաբույժ եք: Ոստիկանը ձեզ մոտ է բերում մի մարդու, որը ենթադրվում է, որ դանակահարված է: Վկաներ չկան, սակայն տուժածի մարմնի վրա կան հետքեր, որոնք կարող են օգնել ոճրագործի անձը պարզելու գործում: Մինչ քննությունը կասկածյալը խմում է մի բաժակ ջուր և ծխում մի քանի ծխախոտ դրսում: Դուք կասկածյալին հայտնում եք, որ պետք է վերցնեք բջիջների օրինակներ նրա բերանից, կամ արյուն՝ զոհի մարմնի հետքերի մեջ հայտնաբերած բջիջների հետ համեմատություն կատարելու համար: Կասկածյալը անցնում է քննությունը և գնում ոստիկանի հետ:

Մի քանի րոպե հետո վերադառնում է ոստիկանը՝ բերելով բաժակը և սիգարետները. խնդրում է ձեզ կատարել մատնահետքերի համեմատություն:

Արժե՞ կատարել մատնահետքերի համեմատում.

1. Այո, դա իմ աշխատանքի մի մասն է:
2. Ոչ, կասկածյալը իմ հիվանդը չէ, և ես պատասխանատվություն չեմ կրում նրա համար:
Ո՞րն է Ձեր կարծիքը:

Ի՞նչ պետք է իմանա ուսանողը բիոտեխնոլոգիայի դասընթացն ավարտելուց հետո

- Բիոտեխնոլոգիայի ծագման պատճառներն ու պատմությունը:
- Բիոտեխնոլոգիայի տեսական հիմքերը, զարգացման հիմնական փուլերը:
- Բիոտեխնոլոգիայի հիմնական կանոնները:
- Բժշկական մասնագիտական ընկերությունների էթիկական հիմնական փաստաթղթերը:
 - «Մարդու իրավունքների և բիոտեխնոլոգիայի մասին Համաձայնագիրը» (Եվրոխորհուրդ, 1997թ.)
 - ՀՀ բնակչության առողջության պահպանմանը վերաբերող օրենսդրական հիմքերը
- Բժշկի երդումը:
- Բժշկի բարոյական պարտավորությունները:
- Հիվանդի իրավունքները:
- Ներմասնագիտական փոխհարաբերությունների բարոյական նորմերը:
- Մարդկանց և կենդանիների մասնակցությամբ կատարվող գիտափորձերի բարոյագիտական սկզբունքները:
- Բժշկական գենետիկայի էթիկական հիմնահարցերի էությունը:
- Մարդու օրգանների և հյուսվածքների փոխպատվաստման էթիկական հիմնահարցերը:
- ՁԻԱՀ-ի և վարակիչ հիվանդությունների հետ կապված էթիկական հիմնահարցերը:
- Հոգեբուժության բարոյաիրավական հիմնախնդիրների յուրահատկությունները:
- Բժշկության մեջ նախաձեռնողական գործունեության բարոյական հիմքերը:

Ի՞նչ պետք է կարողանա անել ուսանողը բիոտեխնոլոգիայի դասընթացն ավարտելուց հետո

- Բարոյական ընդհարումների (կոնֆլիկտների) լուծման ժամանակ առաջնորդվել առաջին հերթին հիվանդի շահերով:
- Պաշտպանել հիվանդի տեղեկություն ստանալու՝ իրազեկված լինելու, ազատ ընտրելու և գործելու իրավունքը:
- Պաշտպանել հիվանդի կյանքի անձեռնմխելիությունը՝ որպես մարդկային արժանապատվության հիմք:
- Պահպանել բժշկական գաղտնիքը (կոնֆիդենցիալությունը):
- Դրսևորել մարդասիրություն (հումանիզմ) գիտափորձերի ենթարկվող կենդանիների նկատմամբ:
- Դրսևորել տակտի, չափի զգացում և նրբանկատություն՝ հիվանդների և նրանց հարազատների հետ շփվելիս:
- Կարողանալ գնահատել գիտափորձերին մասնակցող մարդու ռիսկի աստիճանը և նրան նախազգուշացնել անթույլատրելի ռիսկի և հետևանքների մասին:
- Բարձր պահել բժշկական մասնագիտության բարոյական մաքրությունը և արժանապատվությունը:

Ուսանողի ինքնուրույն աշխատանքի թեմաներ և գրականություն

Բժշկի մասնագիտության առանձնահատկությունները: Գրականություն N 1, էջ 7-21:
Ընդհանուր հասկացողություն բժշկական էթիկայի ու դեոնտոլոգիայի մասին: Գրակ.
N1, էջ 21-31:

Անձնագրությունն ու հերոսությունը բժշկության մեջ: Սխրանք: Գրակ. N 1, էջ 176-
290, գրակ. N 5, էջ 379:

Բժիշկը և օրենքը: Գրակ. N 1, էջ 142-156:

Բժշկի խոսքը: Գրակ. N 1, էջ 90-99:

Բժշկին ներկայացվող բարոյական պահանջները, պատվիրանները:
Հանդուրժողականություն: Հարգանք: Գրակ. N 1, էջ 7-21, գրակ. N 5, էջ 242, 252:

Բժշկի հատկանիշները, արժանիքները: Պատասխանատվություն, պարտք, պատիվ,
արդարամտություն, արդարացիություն, առաքինություն, ազնվություն,
արժանապատվություն: Գրակ. N 1, էջ 7-21, գրակ. N 5, էջ 7, 40-41, 19:

Բժշկի մասնագիտական վարպետության բաղադրիչները: Գրակ. N 1, էջ 7-21:

Բժիշկը և հիվանդի հարազատները: Գրակ. N 1, էջ 85-90:

Էթիկայի կատեգորիաները: Գրակ. N 5, էջ 54-55:

Ի՞նչ է կեղծ բարեպաշտությունը, փարիսեցիությունը, պարծենկոտությունը: Գրակ. N
5, էջ 203, 420, 349:

Էվթանազիան այն երկրում, որտեղից եկել են:

Կա՞ մարդ, որ խիղճ չունի: Խիղճ: Կարեկցանք, գթասրտություն: Գրակ. N 5, էջ 187-
188, 201-202:

Ի՞նչ է սուտը, սուրբ սուտը, պլացեբո. ստելը, ձևացնելը, կես ճշմարտություն ասելը:
Կատեգորիկ իմպերատիվ: Գրակ. N 5, էջ 197:

Ինքնավերահսկում, ինքնազնահատում: Ինքնատիրապետում. ինչպե՞ս է այն
դրսևորվում բժշկի մասնագիտության մեջ: Գրակ. N 2, էջ 71-80, գրակ. N 5 էջ 164, 169:
Էթիկետ, քաղաքավարություն: Խոսքի և գործի միասնություն: Գրակ. N 5, էջ 146, 423,
189:

Ի՞նչ է զգացմունքների կուլտուրան, զգայունությունը, սերը, ասելությունը: Կյանքի
իմաստը: Գրակ. N 5, էջ 127, 125, 377, 36, 210:

Այն հրաշալի դեղերի մասին, որոնք դեղատներում չեն գտնի: Գրակ. N 2, էջ 22-30:

Ինչպես լիցքաթափել բացասական հույզերը: Գրակ. N 2, էջ 41-70:

Լեզվի տակ ավելի հեշտ է պահել շիկացած ածուխ, քան գաղտնիք.
կոնֆիդենցիալություն: Գրակ. N1, էջ 157-175, գրակ. N 4, էջ 139-155:

Իսկական տարիքը գրված է ոչ թե անձնագրում, այլ արյունատար անոթների
պատերին: Գրակ. N 2, էջ 5-22:

Գեղեցիկը բարություն է արթնացնում: Շտապիր ուրախացնել մարդուն: Գրակ. N 2, էջ
80-100:

Այն, ինչ չի մարզվում, մեռնում է: Առողջ ապրելակրպի մշակույթը: Ինչպե՞ս ապրել
ավելի երկար: Ի՞նչ է կանխարգելիչ բժշկությունը: Գրակ. N 2 էջ 5-21, 30-40:

«Կիրյան էֆեկտի» կիրառությունը որոշ հոգեկան հիվանդությունների ախտորոշման
ժամանակ: Գրակ. N 3, էջ. 185-186:

Հիվանդը և բժիշկը: Գրակ N 6, էջ 130-144:

Մեղքը և հիվանդությունը: Ձղջուլն, քավությունը: Գրակ. N 6, էջ 109-129, գրակ. N 5,

էջ130, 294, 424:

Ի՞նչ է նշանակում առողջություն. ի՞նչ արժեք է դա: Գրակ. N 6, էջ 104-129:

Բժշկական արվեստի բարոյահոգեբանական ասպեկտները: Գրակ. N 7, էջ 7-47:

Բժիշկ – հիվանդ հարաբերությունները. հիվանդի հոգեկանի վրա ներգործելու արվեստը: Գրակ. N 7, էջ 47-67:

Բժիշկ – հիվանդ հարաբերությունները նեղ մասնագիտացման և գիտատեխնիկական առաջընթացի պայմաններում: Գրակ. N 7, էջ 110-131:

Հիվանդը և արվեստի ներգործությունը: Գրակ. N 7, էջ 227-250:

Բժիշկ – ստեղծագործողներ: Գրակ. N 7, էջ 276-296:

Ալտրուիզմ, եսասիրություն: Գրակ. N 5, էջ 8, 132-133:

Ի՞նչ է հեղոնիզմը, վոլյունտարիզմը, իռացիոնալիզմը, պրագմատիզմը, ուտիլիտարիզմը, ֆրեյդիզմը: Գրակ. N 5, էջ 169, 256, 362, 409, 418, 444:

Моральные проблемы проведения исследований с участием человека и животных. Лит. N 8, стр. 37-41.

Моральные проблемы трансплантологии. Лит. N 8, стр. 30-33.

Этические аспекты помощи ВИЧ-инфицированным. Лит. N 8, стр 23-26.

В чем особенность моральных проблем психиатрии. Лит. N 8, стр. 27-29.

Моральные проблемы репродукции, клонирования и манипуляций со стволовыми клетками. Лит. N 8, стр. 17-22.

Моральные проблемы генетики. Лит. N 8, стр. 10-14.

Социальная справедливость как проблема биоэтики. Лит. N 9, стр. 27-31

Извлечения из международных и национальных нормативных актов. Лит. N 9, стр. 67-69

Գրականություն

1. Վ.Ա. Աստվածատրյան, Ա. Մ. Հարությունյան, Բշկական էթիկա, Երևան, 1984թ.
2. Ս.Հ. Հայրապետով, Առողջություն, հույզեր, գեղեցկություն, Երևան, 1985թ.
3. Վահան Քոչար, Հայ լուսավորիչներ, Երևան 2007.
4. Ռ.Ա. Գրիգորյան, Ն.Դ.Վարդազարյան, Բժշկական դեոնտոլոգիա, Երևան, 1988թ.
5. Բարոյագիտական բառարան. Երևան 1999թ.
6. Աշոտ Պետրոսյան, Նարեկը բժշկարան, Բերձոր, 2002թ.
7. Ռուլանդ Գրիգորյան, Բժշկություն և արվեստ, Երևան, 2004թ.
8. Биоэтика: Вопросы и ответы, под. ред. Б.Г. Юдина, Москва, 2004.
9. П.Д. Тищенко, Б. Г. Юдин, Проблемы биоэтики в СМИ, Москва, 2006.

Քննական հարցեր (տեստերի նմուշներ)

ԾԻՇՏ ԵՆ ՍԻ ՔԱՆԻՍԸ

1. Բիոէթիկայում լիբերալ (ազատական) դիրքորոշման կողմնակիցները ելնում են.
1. հին կտակարանի բարոյագիտությունից 2. Նիցշեի ուսմունքից
3. պրագմատիզմի գաղափարներից 4. ստոիցիզմի գաղափարներից
5. պլատոնիզմի գաղափարներից
- ա. 1,5 բ. 2,4 գ. 2,3 դ. 1,3,5 ե. 2,4,5

2. Ըստ Լիսաբոնյան Հռչակագրի հիվանդը իրավունք ունի

1. ազատորեն ընտրելու բժշկին
 2. մերժելու այն բժշկի օգնությունը, որն անկախ է կողմնակի ազդեցություններից՝ մասնագիտական (բժշկական) և էթիկական որոշումներ ընդունելիս:
 3. արժանապատվորեն մահանալու
 4. համաձայնելու բուժմանը կամ հրաժարվելու դրանից՝ ստանալով համապատասխան տեղեկություն:
- ա. 2,4 բ. 1,2,3 գ. 1,3,4 դ. 1,4

3. Ասել թե՞ չասել ճշմարտությունը. նշեք փաստարկներ հօգուտ «սուրբ ստի».

1. սարսափազդու ճակատագրական ախտորոշման և կանխատեսման ճշմարտությունը երբեմն «սպանում» է հիվանդի պաշտպանական ուժերը
 2. ախտորոշումը և կանխատեսումը կարող են սխալ լինել, բժիշկը մարդ է, ոչ՝ Աստված...
 3. «անբուժելի հիվանդություն» հասկացությունը հարաբերական հասկացություն է, իսկ եթե պարզվի, որ ինչ-որ տեղ, ինչ-որ ձևով դա կարելի էր բուժել
 4. նրանք, ովքեր տեղեկանում են ողբերգական ճշմարտությանը, երբեմն հակված են ինքնասպանության
- ա. 1,4 բ. 1,2,3,4 գ. 1,3,4 դ. 2,3

4. Բժշկին ներկայացվող բարոյական պահանջներն են.

1. Հիվանդին վերաբերվիր այնպես, ինչպես կցանկանայիր, որ քեզ վերաբերվեն հիվանդության պահին:
 2. Հիվանդին վերաբերվիր ըստ գրպանի պարունակության: Բուժել՝ նշանակում է գումար ստանալ:
 3. Հիվանդության կանխարգելումը քո առաջին պարտքն է: Ապագան կանխարգելիչ (պրոֆիլակտիկ) բժշկությանն է պատկանում:
 4. Օրգանիզմը ամբողջական համակարգ է. բուժիր հիվանդությունը, ոչ թե հիվանդին:
 5. Վտանգավոր չէ ցույց տալ, թե գիտես այն, ինչ չգիտես. մի ամաչիր դրանից, հիվանդը կարող է գլխի չընկնել:
- ա. բոլորը բ. 1,3,4 գ. 1,3 դ. 1,2,3,5

5. Բժշկության մեջ հակապատերմալիստական միտումները պայմանավորված են հետևյալ գործոններով: Նշեք, որ՝

1. Ժամանակակից տեսական և պրակտիկ բժշկությունը դարձել է ավելի բարդ, քան առաջ (գործիքային առումով): Սրա հետևանքով բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունները դիմազրկվել են:
2. Նեղ մասնագիտացումը, բուժիմնարկների չափերի աննախադեպ մեծացումը ավելի խորացրեց բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների դիմազրկման

(դեպերսոնալիզացման, անձնավորման) գործընթացը:

3. Աճել է յատրոգեն հիվանդությունների թիվը:

4. Պարզ դարձավ, որ հիվանդն իր իմացության մակարդակով կարող է հաճախ մրցել անգամ բժշկի հետ:

ա/ 1,2,3 բ/ 1,3 գ/ 2,4 դ/ 1,2,3,4

6. Ըստ պատերնալիստների բժիշկը հիվանդի բուժման, իրազեկման և խորհրդատվության միջոցների ընտրության հարցում հենվում է.

1. միայն սեփական դատողությունների վրա
2. առավել փորձառու գործընկերների խորհրդատվության վրա
3. միայն հիվանդի կարծիքի վրա
4. միայն հիվանդի հարազատների առաջարկների վրա

ա. բոլորը բ. 1,2 գ. 2,4 դ. 1,2,4

7. Բարոյական ինքնավարությունը ըստ Կանտի.

1. բարոյական ինքնավարությունն այն է, որ «պետք է իրականությունը զգալ, ինչպես սեփական ատամի ցավը, որպեսզի վերափոխելու մտադրությունը բխի մեր անձնական որակներից».

2. բարոյական ինքնավարությունն այն է, որ «մենք պետք է ուրիշի ուրախությունն ու տառապանքներն ընդունենք ինչպես մեր սեփականը.

3. բարոյական ինքնավարությունն այն է, որ «մարդ ծտում է իր համար օրենք ստեղծել և առանց պարտադրամքի պայքարել այդ օրենքի գոյության համար».

4. բարոյական ինքնավարությունն այն է, որ նշում է, թե «ինչպես են խախտվել արդի հասարակության բարոյական արժեքները և ինչպես է անհատը հայտնվել կապանքների մեջ»:

5. բարոյական ինքնավարությունը մարդու արժանապատվության հիմքն է.

ա. 1,3,4 բ. 2,5 գ. 1,2,4 դ. 3,5 ե. 1,2,3,4

8. Հին Հունաստանն ու Հին Հռոմն աշխարհին տվել են բժշկության այնպիսի դեմքեր, (կորիֆեյներ), ինչպիսիք են.

1. Ավիցենան 2. Գալենը 3. Ցելսը 4. Ամիրոդվաթը 5. Հիպոկրատը

ա. 2,3,5 բ. 1,3,4 գ. բոլորը դ. 1,3

9. Բիոէթիկայում պահպանողական էթիկայի ավանդույթը ձևավորվում է 2 հիմնական ուսմունքի (տեսության) միջոցով.

1. հեղոնիզմ 2. քրիստոնեական ավանդական աշխարհայացք

3. պրագմատիզմ 4. Կանտի էթիկա 5. Ֆրեյդիզմ

ա. 1,3 բ. 1,3,5 գ. 2,4,5 դ. 1,2,4 ե. 2,4

10. Ռացիոնալ որոշում կայացնելու հիմք են.

1. հավատը 2. դեոնտոլոգիան 3. էքստրապոլացիան

4. տրամաբանական օրենքները 5. կրքերն ու զգացմունքները

ա. 1,2,3, բ. 2,3,4, գ. 2,4, դ. 1,3,5

11. Ի՞նչ է ուտիլիտարիզմը

1. ուտիլիտարիզմը պանթեիզմի տարատեսակ է.

2. ուտիլիտարիզմը կոնսեքվենտալիզմի տարատեսակներից է

3. ուտիլիտարիզմը բարոյականության չափանիշ է համարում խիղճը.

4. ուտիլիտարիզմը բարոյականության չափանիշ է համարում օգուտը.
 5. ուտիլիտարիզմը բարոյական է համարում այն, ինչ առավել մեծ օգուտ է ապահովում մեծ թվով մարդկանց համար.
 6. ա.1,3,4 բ.1,4,5 գ.2,4,5 դ.1,3 ե.2,4

ՍԽԱԼ ԵՆ ՄԻ ՔԱՆԻՍԸ

12. Նարեկի՝ որպես բժշկարանի հիմնական գաղափարն այն է, որ
 1. Քնմիական նյութերի ազդեցությամբ է բուժվում հիվանդությունը
 2. Դեղամիջոցների ազդեցությամբ է բուժվում հիվանդությունը
 3. Մեղքի խոստովանության միջոցով է բուժվում հիվանդությունը
 4 Աղոթքներով է բուժվում հիվանդությունը
 ա. 2,3 բ.1,4 գ.1,2 դ. 2,4

- 13.Գոյություն ունեն եվգենիկայի հետևյալ տեսակները
 1. ազատական 2. պահպանողական 3.դրական 4.բացասական
 ա.բոլորը բ.1,2 գ.3,4 դ.2,3

ՃԻՇՏ Է ՄԵԿԸ

14. Ինչպե՞ս է կոչվում Անհաղթի աշխատությունը, որում պարփակված են մտքեր էվթանագիայի մասին.

- ա. Պատմություն Չայոց գ. Սահմանք բժշկության
 բ. Փիլիսոփայություն Չայոց
 դ. Սահմանք իմաստասիրության
 ե. Եղծ աղանդոց

15. Ի՞նչ է բարոյականությունը ըստ Ա. Շվեյցերի
 ա. բարոյականությունն այն է, ինչ օգուտ է բերում անհատին
 բ. բարոյականությունը մարդ արարածի համար չէ, այն անպիտան մի բան է
 գ. բարոյականությունը անսահման պատասխանատվությունն է այն ամենի նկատմամբ, ինչն ապրում է
 դ. բարոյականությունը զենք է՝ անելու համար այն, ինչ մարդուն պետք է

16. Ու՞մ միտքն է. «Կյանքի ցանկացած դրսևորում պահպանելու ձգտումը պետք է դառնա մարդկության բարոյական կատարելագործման հիմք».
 ա. Շիլլերի բ. Շվեյցերի գ. Շոպենհաուերի դ. Յեզեվի. ե. Պոտերի

17. «Յուրաքանչյուր մարդու գոյությունը կախված է ուրիշ մարդկանցից: Այդ պատճառով մարդը չի կարող օտար լինել ուրիշ մարդու համար: Յուրաքանչյուր ոք պետք է մտածի ուրիշ մարդկանց մասին և հարցնի՝ արդյոք ես ունե՞մ իրավունք քաղելու բոլոր այն պտուղները, ինչին կարող է ձեռքս հասնել»: Ու՞մ մտքերն են.
 ա. Շիլլերի բ. Շվեյցերի գ. Յեզեվի դ. Յյունի ե. Յոզաբոդի

- 18.Ու՞մ գաղափարն էր բնորոշել էվթանագիան որպես «ոչ լիարժեք կյանքի ոչնչացում»
 ա. Արիստոտելի բ.Բեկոնի գ. Սքրայբերի դ. Գոխեի ե. Պոտերի

19. Հարկադրական հոսպիտալացման դեպք է նկարագրվում հետևյալ ստեղծագործություններից մեկում: Նշել ո՞ր.
 ա. Ֆեդերիկո Գարսիա Լորկա՝ «Բերնարդան և իր աղջիկները»

- բ. Աղասի Այվազյան՝ «Ցեղի ֆիզիոլոգիան»
- գ. Թենեսի Ուիլյամս՝ «Տրամվայ «ցանկություն»
- դ. Յ. Պարոնյան՝ «Ատամնաբույժն արևելյան»
- ե. Լուկաս Բերֆուս «Մեր ծնողների նկրողները» (Լիբիդո)

20. Ո՞ր հռչակագրում է ընդունվել «Հիվանդն իրավունք ունի արժանապատվորեն մահանալու» կետը.

- ա. Տոկիոյի հռչակագրում
- բ. Ժնևի հռչակագրում
- գ. Լիսաբոնի հռչակագրում
- դ. Սիդնեյի հռչակագրում

21. Բնակչության մեկ շնչին ընկնող ծախսերը առողջապահության ոլորտում (2007թ. տվյալներով) ո՞ր երկրում է ամենաբարձրը.

- ա. Ավստրիա
- բ. Նորվեգիա
- գ. Ֆրանսիա
- դ. Լյուքսեմբուրգ
- ե. Կանադա

22. Նախապես տրված ցանկալի հատկանիշներով արհեստական մարդու ստեղծման գաղափարը հանդիպում է՝

- ա. քրիստոնեական տեքստերում
- բ. հեթանոսական տեքստերում
- գ. կաբալիստական տեքստերում
- դ. բահայական տեքստերում
- ե - բուդդիստական տեքստերում

23. Ու՞մ աշխատության մեջ ենք հանդիպում հետևյալ արտահայտությունը. «Պատժապարտ է այն բժիշկը, որն արագացնում է հիվանդների մահը միտումնավոր կամ տգիտության պատճառով»:

- ա. Դավիթ Անհաղթի
- բ. Ներսես Մեծի
- գ. Ալբերտ Շվեյցերի
- դ. Ամիրոդվլաթ Ամասիացու
- ե. Մխիթար Գոշի

24. Ներքոնշյալ ստեղծագործություններից ո՞րի մեջ է նկարագրվում հարկադրական աբորտի և անլացման դեպք.

- ա. Թենեսի Ուիլյամս «Տրամվայ «ցանկություն»
- բ. Ֆեդերիկո Գարսիա Լորկա «Բերնարդան ու իր աղջիկները»
- գ. Լուկաս Բերֆուս «Մեր ծնողներիսեռական նկրողները»
- դ. Յակոբ Պարոնյան «Ատամնաբույժն արևելյան»
- ե. Աղասի Այվազյան «Ցեղի ֆիզիոլոգիան»

25. Ե՞րբ է Փարիզում ստորագրվել մարդու կենսաբանական պլանավորումը (արհեստական մարդու ստեղծումը) արգելող միջազգային փաստաթուղթը:

- ա. 1989
- բ. 2001
- գ. 1978
- դ. 1998
- ե. 2001

26. Բժիշկների համաշխարհային ընկերակցության (ԲՀԸ) II քայլը.

- ա. մարդու վերաբերյալ գիտություններում ուսումնասիրություններ կատարելու սկզբունքների ու կանոնների մշակումն էր.
- բ. Հիպոկրատեսի երդումը թարմացնելն էր.
- գ. բժշկական էթիկայի միջազգային վարքականոնի մշակումն էր.
- դ. ժնևի հռչակագրի նախապատրաստումն էր
- ե. Հելսինկիի հռչակագրի նախապատրաստումն էր:

Toll-free telephone
888-BIO-ETHX
(202-687-3885
outside the US and Canada)

WorldWideWeb
[http://
bioethics.georgetown.edu](http://bioethics.georgetown.edu)

Email
[bioethics@
georgetown.edu](mailto:bioethics@georgetown.edu)

Fax
202-687-6770

Hours
Monday-Friday
9 to 5 (ET)

Location
102 Healy Hall
37th & O Streets, N.W.

Mailing address
NRCBL/KIE
Box 571212
Georgetown University
Washington, DC
20057-1212
USA

**National
Reference
Center
for
Bioethics
Literature**

**Kennedy Institute
of Ethics**

**Georgetown
University**

*Serving an
International Community
via the Internet*

Յ ա վ ե լ վ ա ծ

Հիպոկրատեսի երդումը

«Երդվում են բժշկության աստված Ասքլլոնի, առողջության հովանավոր Ասկլեպիասի և այլ աստվածների ու դիցուհիների անունով՝ նրանց վկայակոչելով, որ ես կկատարեմ այս երդումը և գրավոր պարտավորությունը, որքան ներեն ուժերս ու թելադրի խիղճս:

Բժշկության արվեստ ինձ սովորեցնող ուսուցչիս երդվում են պաշտել ծնողիս հետ հավասար, նրա հետ կիսել իմ ողջ կարողությունը ու հոգալ նրա կարիքները, նրա որդիներին համարել իմ եղբայրներս, և, եթե նրանք կամենան, սովորեցնել բժշկական արվեստ անվարձահատույց և առանց գրավոր պայմանագրի: Իմ բոլոր գիտելիքները, դասախոսությունները և այլ դասավանդման եղանակները երդվում են հաղորդել իմ որդիներին, ուսուցչիս որդիներին և պաշտոնապես գրանցված ու երդում տված աշակերտներին ու նրանցից բացի ոչ ոքի:

Երդվում են օգնել հիվանդներին խղճիս համաձայն, որքան ներեն ուժերս՝ խուսափելով նրանց որևէ վնաս կամ չարիք պատճառելուց:

Երդվում են երբեք ոչ ոքի չտալ մահաբեր թույն կամ աջակցել այդ գործում, ով էլ որ խնդրի այդ մասին: Երդվում են նույնպես երբեք չտալ կանանց վիժեցնող դեղամիջոց:

Երդվում են լինել բարոյապես մաքուր ու բարեպաշտ առօրյա կյանքում և արվեստիս մեջ:

Երդվում են երբեք հանձն չառնել կատարել վիրահատություն, նույնիսկ քարահատում՝ այն թողնելով այդ գործով զբաղվող արհեստավորներին:

Ինչ տուն էլ որ ես մտնեմ, երդվում են այդ անել միայն հիվանդի բարօրության համար, զերծ մնալով որևէ անարդար գործից, սեռական կապերից կանանց կամ տղամարդկանց հետ, միևնույն է, լինեն նրանք ազատ թե ստրուկ, և այլ արատներից:

Ինչ էլ որ ես տեսնեմ կամ լսեմ իմ բժշկական գործունեության ընթացքում կամ նրանից դուրս, մասնավոր կյանքում, որ չպետք է հրապարակ հանվի, երդվում են լռության մատնել ու այն համարել սրբազան գաղտնիք:

Եթե այս երդումը ես բարեխղճորեն կատարեմ ու այն երբեք չդրժեմ, թող ինձ բաժին ընկնի երջանկություն կյանքում, հաջողություն արվեստիս մեջ, և մարդկանց հարգանքը հավիտյանս հավիտենից: Իսկ եթե ես դրժեմ երդումս, թող ինձ բաժին ընկնի դրա հակառակը»:

*Սիրելի ապագա բժիշկ,
քեզ հետ կյանք տար նաև ա՛յս աղոթքը*

ՃԵՅՄԱ ՔԵԼԸՐ ԲԺԻՇԿԻՆ ԱՂՕԹՔԸ

Փառք քեզ Տէր, առանձնաշնորհումին համար, որ բժիշկ եմ, անոր համար, որ թող տուած ես ինձ խնամելու հիւանդն ու կարօտեալը քո փոխարէն:

Թող որ միշտ երկիւղածութեամբ վարուիմ մարդկային կեանքին հետ, որ ստեղծած ես դուն:

Պահէ զիս միշտ զգօն, տեսնելու, թե պետք չէ ոտնակոխուի ապրելու արդար պահանջը, նունիսկ ամենատին անձին:

Զօրացուր մեջս սերը մարդոց հանդէպ, որպեսզի միշտ զոհաբերեմ անձնուրախութեամբ անոնց, որոնք կը տառապին հիւանդութեամբ:

Օգնէ՛ ինձ, լսեմ համբերութեամբ, ախտորոշեմ ուշադրութեամբ, նշանակեմ խղճմտօրեն եւ հաւատարմորեն հետեւիմ մինչեւ վերջ:

Սորվեցուր համատեղել ազնուութիւն ու հմտութիւն, ըլլալ բժիշկ սրտով և մտքով:

Թող, որ ըլլամ հանդարտաբարոյ, բայց ոչ անտարբեր, համբերատար, բայց ոչ տկար, զօրաւոր, բայց ոչ հպարտ:

Օգնէ՛ Տէր, տալու քաջերանք, բայց ոչ գերվստահութիւն. ըսելու ճշմարտութիւն առանց ըլլալու կոպիտ: Թող ըլլամ ճշտապահ՝ ամոքելու ցաւը ատենին, ըլլամ արագ՝ կարենալ գտնելու սփոփարար յույսի ամենափոքրիկ նշոյլն իսկ :

Ներշնչէ՛ ինձ, որ միշտ ցույց տամ քնքշութիւն աղքատին եւ լքեալին, ընկճուածներուն եւ՝ մարմնով, եւ՝ հոգիով:

Չամաշխարհային բժշկական միության կողմից ընդունված հռչակագրեր, բանաձևեր և հայտարարություններ բժշկական բարոյագիտության սկզբունքների վերաբերյալ

Բժշկական էթիկայի միջազգային վարքականոն.

Ընդունված է Չամաշխարհային բժշկական միության 3-րդ գլխավոր համաժողովի կողմից, Լոնդոն, Մեծ Բրիտանիա, հոկտեմբեր, 1949թ., լրամշակված է Չամաշխարհային բժշկական միության 22-րդ (Սիդնեյ, Ավստրալիա, օգոստոս, 1968թ.) և 35-րդ (Վենետիկ, Իտալիա, հոկտեմբեր, 1983թ.) համաժողովների կողմից:

Բժիշկների ընդհանուր պարտականությունները.

Բժիշկը պետք է մշտապես պահպանի մասնագիտական ամենաբարձր չափորոշիչները:

Բժիշկը չպետք է թույլ տա, որ իր անձնական շահի նկատառումները ազդեն մասնագիտական որոշման ազատության և անկախության վրա: Այն պետք է ընդունվի բացառապես ի օգուտ հիվանդի:

Բժիշկը պետք է անկյունաքարը դարձնի հիվանդի մարդկային արժանապատվության հանդեպ հարգանքն ու կարեկցանքը և ամբողջովին պատասխանատվություն կրի բուժօգնության բոլոր տեսակետների համար՝ անկախ իր մասնագիտացումից:

Բժիշկը իր հիվանդների և գործընկերների հարաբերություններում պետք է լինի ազնիվ և պայքարի իր այն գործընկերների դեմ, որոնք բանիմաց չեն կամ խաբեքա են:

Բժշկական էթիկայի նորմերի հետ անհամատեղելի են.

Ինքնագովազդը, եթե այն հատուկ ձևով թույլատրված չէ երկրի օրենքներով և ազգային բժշկական միության էթիկական վարքականոնով:

Բժշկի կողմից հիվանդ ուղարկելու համար միջնորդադրամի կամ որոշակի բուժական հաստատություն, որոշակի մասնագետի մոտ հիվանդ ուղարկելու համար ցանկացած աղբյուրից դրամի կամ այլ պարզև ստացումը, կամ էլ որոշ տեսակի բուժման նշանակելը՝ առանց բավարար բժշկական հիմքերի:

Բժիշկը պետք է հարգի հիվանդների, գործընկերների, այլ բժշկական աշխատողների իրավունքները, ինչպես նաև պահպանի բժշկական գաղտնիքը:

Բժիշկը պետք է, բժշկական օգնություն ցուցաբերելիս, միայն ի շահ հիվանդի իրականացնի այնպիսի միջամտություններ, որոնք կարող է վատթարացնել նրա ֆիզիկական կամ հոգեկան վիճակը:

Բժիշկը պետք է լինի ծայր աստիճանի զգույշ հայտնագործությունների, նոր տեխնոլոգիաների և բուժման եղանակների վերաբերյալ ոչ մասնագիտական ուղիներով տեղեկություն տրամադրելիս:

Բժիշկը պետք է հաստատի միայն այն, ինչ ստուգված է անձամբ իր կողմից:

Բժշկի պարտականությունները հիվանդի նկատմամբ.

Բժիշկը պետք է մշտապես հիշի մարդկային կյանքի պահպանման իր պարտականության մասին:

Բժիշկը պետք է դիմի առավել բանիմաց գործընկերներին, եթե հիվանդին անհրաժեշտ հետազոտությունը կամ բուժումը դուրս են սեփական մասնագիտական հնարավորությունների շրջանակներից:

Բժիշկը պետք է պահպանի բժշկական գաղտնիքը նույնիսկ հիվանդի մահից հետո:

Բժիշկը պետք է մշտապես անհետաձգելի օգնություն ցուցաբերի կարիք ունեցող յուրաքանչյուրին, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ համոզված է, որ այլ անձինք անհրաժեշտ ամեն ինչ անելու ցանկություն և հնարավորություն ունեն:

Բժիշկների պարտականությունները միմյանց նկատմամբ.

Բժիշկը պետք է իր գործընկերներին վերաբերվի այնպես, ինչպես կցանկանար, որպեսզի նրանք վերաբերվեն իրեն:

Բժիշկը չպետք է իր կողմ գրավի իր գործընկերների հիվանդներին:

Բժիշկը պետք է հետևի Համաշխարհային բժշկական միության հավանությանն արժանացած «Ժնևյան հռչակագրի» սկզբունքներին:

Առողջապահության ցանկացած ազգային համակարգում բժշկական օգնություն ցուցաբերելու տասներկու սկզբունքները

Ընդունված է Համաշխարհային բժշկական միության 17-րդ համաժողովի կողմից (Նյու-Յորք, ԱՄՆ, հոկտեմբեր 1963թ.), լրամշակված է Համաշխարհային բժշկական միության 35-րդ համաժողովի կողմից, Վենետիկ, Իտալիա, 1983թ.:

Սկզբունքները

Առողջապահության ցանկացած համակարգում բժիշկների աշխատանքի պայմանները պետք է սահմանվեն՝ հաշվի առնելով հասարակական բժշկական կազմակերպությունների դիրքորոշումները:

Առողջապահության ցանկացած համակարգ պետք է ապահովի հիվանդին՝ բժշկին ընտրելու, իսկ բժշկին՝ հիվանդին ընտրելու իրավունքով՝ դրանով իսկ չոտնահարելով ո՛չ բժշկի, ո՛չ էլ հիվանդի իրավունքները: Ազատ ընտրության սկզբունքը պետք է պահպանվի՝ նաև այն դեպքերում, երբ բժշկական օգնությունը իրականացվում է բժշկական կենտրոններում: Բժշկի մասնագիտական և էթիկական պարտականությունն է՝ բժշկական անհետաձգելի օգնություն ցույց տալ ցանկացած մարդու՝ առանց բացառության:

Առողջապահության ցանկացած համակարգ պետք է բաց լինի գործունեության իրավունք ունեցող բոլոր բժիշկների համար. ո՛չ ընդհանուր, ո՛չ էլ մասնավոր դեպքերում որևէ բժշկի չի կարելի հարկադրել աշխատել իր համար անընդունելի պայմաններում:

Բժիշկը պետք է ազատորեն ընտրի իր գործունեության բնագավառը և սահմանափակվի միայն իր մասնագիտության սահմաններում: **Բժշկական հանրությունը պետք է պետությանը օգնի՝ երիտասարդ բժիշկներին կողմնորոշելով աշխատելու այն շրջաններում, որտեղ նրանք առավել անհրաժեշտ են:** Բժիշկներին պետք է այնպիսի աջակցություն ցույց տրվի, որպեսզի գործունեության հագեցվածությունը և կյանքի մակարդակը համապատասխանեն նրանց մասնագիտական կարգավիճակին:

Բժշկական հանրությունը պետք է համապատասխանորեն ներկայացված լի-

նի պետական բոլոր կառույցներում, որոնք կապ ունեն առողջության պահպանության հիմնախնդիրների հետ:

Բոլոր նրանք, ովքեր մասնակցում են բուժական գործընթացին կամ վերահսկում են այն, պետք է գիտակցեն, հարգեն և պահպանեն բժշկի և հիվանդի փոխհարաբերությունների գաղտնիությունը:

Անհրաժեշտ են բժշկի բարոյական, տնտեսական և մասնագիտական անկախության երաշխիքներ:

Եթե բժշկական ծառայության համար հոնորարի չափը որոշված չէ բժշկի և հիվանդի միջև կնքված պայմանագրով, ապա այն կազմակերպությունները, որոնք ֆինանսավորում են բժշկական ծառայությունների մատուցումը, պարտավոր են համապատասխանաբար փոխհատուցել բժշկի աշխատանքը:

Բժշկի հոնորարի ծավալը պետք է կախված լինի բժշկական ծառայության բնույթից: Բժշկական ծառայությունների գինը պետք է սահմանվի բժշկական հանրության ներկայացուցիչների մասնակցությամբ համաձայնեցված, այլ ոչ թե բժշկական ծառայությունների տրամադրումը ֆինանսավորող կազմակերպությունների կամ կառավարության միակողմանի որոշմամբ:

Բժշկի կողմից ցուցաբերվող բժշկական օգնության որակը և արդյունավետությունը, տրամադրվող ծառայությունների ծավալը, գինը և քանակը պետք է գնահատեն միայն բժիշկները՝ առաջնորդվելով առավելապես տարածաշրջանային, ոչ թե ազգային չափորոշիչներով:

Հիվանդի շահերը թելադրում են, որ, ժամանակակից չեփորոշիչներին համապատասխանող ցանկացած դեղամիջոցը դուրս գրելիս և ցանկացած բուժումը նշանակելիս, չի կարող լինել բժշկի իրավունքների ոչ մի սահմանափակում:

Բժիշկը պետք է ակտիվորեն ձգտի իր գիտելիքների խորացմանը և մասնագիտական կարգավիճակի բարձրացմանը:

Հիվանդի իրավունքների մասին Լիսաբոնյան հռչակագիր

Ընդունված է Համաշխարհային բժշկական միության 34-րդ համաժողովի կողմից, Լիսաբոն, Պորտուգալիա, սեպտեմբեր/հոկտեմբեր, **1981թ.**, լրամշակված է Համաշխարհային բժշկական միության 47-րդ համաժողովի կողմից, Բալի, Ինդոնեզիա, սեպտեմբեր, 1995թ.:

Բժիշկը պետք է գործի ի շահ հիվանդի և բարեխղճորեն՝ հաշվի առնելով այն երկրի իրավաբանական, էթիկական և գործնական նորմերը, որտեղ նա գործում է: Ներկա հռչակագիրը հաստատում է այն հիմնական իրավունքները, որոնք, ըստ բժշկական հանրության տեսակետի, պետք է ունենա յուրաքանչյուր հիվանդ:

Եթե որևէ երկրում օրենսդրական դրույթները կամ կառավարության գործողությունները խոչընդոտում են ստորև թվարկված իրավունքների իրականացմանը, բժիշկները պետք է բոլոր հնարավոր միջոցներով վերականգնեն դրանք և ապահովեն դրանց պահպանումը:

- Հիվանդը իրավունք ունի ազատորեն ընտրելու բժշկին:

- Հիվանդը իրավունք ունի ստանալու այն բժշկի օգնությունը, որն անկախ է կողմնակի ազդեցություններից՝ մասնագիտական բժշկական և էթիկական որոշումներ ընդունելիս:

- Հիվանդը իրավունք ունի համաձայնվելու բուժմանը կամ հրաժարվելու դրանից՝ ստանալով համապատասխան տեղեկություն:

- Հիվանդը իրավունք ունի ենթադրելու, որ բժիշկը կպահպանի իրեն վստահված բժշկական և անձնական տեղեկության գաղտնիությունը:

- Հիվանդը իրավունք ունի մահանալու արժանապատվորեն:

- Հիվանդը իրավունք ունի օգտվելու կամ հրաժարվելու հոգևոր կամ բարոյական աջակցությունից՝ ներառյալ ցանկացած կրոնական դավանանքի սպասավորի օգնությունը:

1994 թ. մարտի 28-30-ը Ամստերդամում Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունն անցկացրել է Եվրոպական խորհրդակցություն՝ նվիրված **հիվանդների իրավունքներին**: Նույն խորհրդակցությունում ընդունվել է «Եվրոպայում հիվանդների իրավունքների ապահովման բնագավառում քաղաքականության մասին» հռչակագիր, որի մեջ ձևակերպված է **հիվանդների իրավունքների ցանկը**: Հռչակագրի հիմքում ընկած են հետևյալ համամարդկային արժեքները.

Յուրաքանչյուր մարդ ունի սեփական անձի նկատմամբ հարգանքի իրավունք:

Յուրաքանչյուր մարդ ունի ընտրության իրավունք:

Յուրաքանչյուր մարդ ունի ֆիզիկական և հոգևոր ամբողջականության և անձնական անվտանգության իրավունք:

Յուրաքանչյուր մարդ ունի իր մասնավոր կյանքի նկատմամբ հարգանքի իրավունք:

Յուրաքանչյուր մարդ ունի իր բարոյական և մշակութային արժեքների, ինչպես նաև իր կրոնական և փիլիսոփայական համոզմունքների նկատմամբ հարգալից վերաբերմունքի իրավունք:

Յուրաքանչյուր մարդ ունի իր առողջության պահպանման իրավունք, որն ապահովվում է համարժեք բուժական, կանխարգելիչ միջոցների կիրառմամբ, ինչպես նաև ունի իր առողջության մակարդակը առավելագույնս բարձրացնելու իրավունք:

Հռչակագրի 2-4 բաժինները վերաբերում են հիվանդի իրազեկվածությանը, իրազեկված համաձայնության, գաղտնիության սկզբունքներին:

Բուժական կանխարգելիչ օգնության հարցում Հռչակագրում առաջադրվում են հետևյալ հիմնադրույթները.

5.1. Յուրաքանչյուր մարդ բժշկական օգնություն ստանալու իրավունք ունի՝ իր առողջության համար անհրաժեշտությանը համապատասխան՝ ներառյալ կանխարգելիչ միջոցառումները և ջանքերը, որոնք ուղղված են առողջության ամրապնդմանը: Համապատասխան ծառայությունները պետք է մշտապես մատչելի լինեն հավասարապես բոլորին, առանց որևէ խտրականության և այն ֆինանսական, մարդկային և նյութական ռեսուրսներին համապատասխան, որոնք տվյալ հասարակությունը կարող է առանձնացնել այդ նպատակի համար:

5.2. Հիվանդներն ունեն առողջապահության համակարգի ցանկացած մակարդակում ներկայացուցչության որոշակի ձևեր ստեղծելու կոլեկտիվ իրավունք...

5.3. Հիվանդները բարձրորակ բուժական-կանխարգելիչ օգնություն ստանալու իրավունք ունեն...

5.4. Հիվանդները ունեն բուժական-կանխարգելիչ օգնության ժառանգորդ-

վածության իրավունք, որն ապահովվում է մասնավորապես առողջապահության բոլոր աշխատողների և բուժական-կանխարգելիչ հիմնարկությունների միջև համագործակցությամբ, որոնք մասնակցում են տվյալ հիվանդի ախտորոշմանը, բուժմանն ու խնամքին:

5.5. Պայմաններում, երբ առողջապահության աշխատողները պետք է ընտրություն կատարեն մի քանի պոտենցիալ հիվանդների միջև, դրանցից մեկին դեֆիցիտային բժշկական միջամտություն ցույց տալու համար բոլոր հիվանդներն ունեն արդար ընտրության իրավունք, որը պետք է հիմնվի բժշկական չափանիշների վրա և իրականացվի առանց որևէ խտրականության:

5.6. Հիվանդներն ունեն իրենց բուժող բժշկին ընտրելու և փոխարինելու, ինչպես նաև բուժական-կանխարգելիչ հիմնարկությունն ընտրելու իրավունք՝ առողջապահության համակարգում դրա համար պայմանների առկայության դեպքում:

5.7. Հիվանդները, որոնց բժշկական վիճակը հետագայում չի պահանջում գտնվել տվյալ ստացիոնար բուժական-կանխարգելիչ հիմնարկությունում, ունեն այլ բուժական-կանխարգելիչ հիմնարկություն փոխադրվելու առիթով պարզաբանումներ ստանալու իրավունք...

5.8. Հիվանդները պատշաճ վերաբերմունքի իրավունք ունեն՝ ախտորոշման, բուժման և խնամքի ընթացքում...

5.9. Հիվանդներն ունեն իրավունք օգտվելու իրենց ընտանիքի անդամների, ազգականների ու ընկերների աջակցությունից բուժման և խնամքի ընթացքում...

5.10. Հիվանդներն ունեն իրենց ֆիզիկական տառապանքները թեթևացնելու իրավունք՝ բժշկության ժամանակակից հնարավորություններին համապատասխան:

5.11. Հիվանդները կյանքի ու մահվան սահմանամերձ վիճակում մարդասիրական օգնության և խնամքի, ինչպես նաև արժանապատիվ մահվան իրավունք ունեն:

Ժնկի հռչակագիրը (բժիշկների միջազգային երդումը)

1948թ. սեպտեմբերին, Ժնևում (Շվեյցարիա) Բժիշկների համաշխարհային ընկերակցության 2-րդ համաժողովի ընթացքում, ընդունվեց Հռչակագիր, որը լրացվեց 1968թ. օգոստոսին Սիդնեյում (Ավստրալիա) կայացած 22-րդ համաժողովի և 1983 թ հոկտեմբերին Վենետիկում (Իտալիա) կայացած 35-րդ համաժողովի ընթացքում:

Ընդգրկվելով բժշկական հանրության մեջ՝ ես որոշում եմ կամավոր կերպով նվիրվել հումանիզմի նորմերին և երդվում եմ.

Պահպանել երախտագիտության և հարգանքի զգացումը իմ ուսուցիչների նկատմամբ:

Իմ մասնագիտական պարտքը կատարել արժանապատվության զգացումով և խղճի մտքը:

Իմ ամենազխրավոր հատուցումը պիտի համարեն հիվանդի ապաքինումը:

Հարգել ինձ վստահված գաղտնիքները՝ նույնիսկ հիվանդի մահից հետո:

Անել հնարավոր ամեն բան, իմ ուժերի ներածին չափով բժշկական հանրության լավագույն ավանդույթները և պատիվը պահպանելու համար:

Իմ գործընկերներին համարել իմ եղբայրներ:

Թույլ չտալ, որ իմ և իմ հիվանդի միջև խանգարող հանգամանք հանդես գան ռասսայական, քաղաքական, ազգային, կրոնական և սոցիալական բնույթի գործոնները:

Մարդկային կյանքի նկատմամբ ես կդրսևորեմ բացարձակ հարգանք՝ սկսած սաղմնավորման պահից և երբեք, նույնիսկ սպառնալիքի ներքո չեմ օգտագործի իմ բժշկական գիտելիքները ի վնաս հումանիտական նորմերի:

Ես ընդունում եմ այս պարտավորությունները մտածված կերպով, ազատ ու ազնվաբար:

ՅԵԼՍԻՆԿԻԻ ԽՉՅԿԱԳԻՐ

**Ընդունվել է ԲՅԸ 18-րդ ասամբլեայի կողմից. ՅԵԼՍԻՆԿԻ. 1964թ.
Լրամշակվել է ԲՅԸ 29-րդ ասամբլեայի կողմից. Տոկիո. 1975թ. և
լրամշակվել է ԲՅԸ 35-րդ ասամբլեայի կողմից. Վենետիկ. 1983**

ՅԵԼՍԻՆԿԻԻ ԽՉՅԿԱԳԻՐը վերաբերում է մարդկանց մասնակցությամբ կենսաբժշկական ուսումնասիրություններին: Այս ԽՉՅԿԱԳԻՐն ընդունվել է այն հիման վրա, որ բժշկի գիտելիքը, խիղճը պետք է ծառայեն մարդու առողջությունը պահպանելուն: Բժշկական հանրությունը պատասխանատվություն ունի նաև անընդհատ բարելավել առկա փստորոշման, թերապևտիկ և պրոֆլիակտիկ միջոցները ինչպես նաև խորացնել և ընդլայնել գիտելիքները հիվանդությունների ծագման վերաբերյալ: Այս առաջընթացն անհրաժեշտորեն ներառում է մարդու մասնակցությամբ հետազոտություններ: Կենսաբժշկական հետազոտություններում առանձնացվում են փստորոշիչ և թերապևտիկ ուսումնասիրությունները մի կողմից և զուտ գիտական ուսումնասիրությունները մյուս կողմից: ՅԵԼՍԻՆԿԻԻ ԽՉՅԿԱԳԻՐի ընթացքում պետք է պահպանել նաև կենդանիների մասնակցությամբ կատարվող գիտափորձերի էթիկան:

ՅԵԼՍԻՆԿԻԻ ԽՉՅԿԱԳԻՐը պատրաստվել է այս և մի շարք այլ հիմնախնդիրներին սկզբունքներ առաջարկելու նպատակով: ՅԵԼՍԻՆԿԻԻ ԽՉՅԿԱԳԻՐը կազմված է կենսաբժշկական հետազոտությունների ընդհանուր սկզբունքների վերաբերյալ դրույթներից, փստորոշիչ և թերապևտիկ ուսումնասիրություններին և զուտ գիտական ուսումնասիրություններին նվիրված կետերից:

Ընդհանուր սկզբունքները ներառում են այնպիսի ակնհայտ դրույթներ, ինչպիսիք են ուսումնասիրությունից առաջ ուսումնասիրության թեմայի վերաբերյալ գիտական գրականությանը քաջածանոթ լինելը, նախքան մարդու և կենդանիների մասնակցությամբ գիտափորձերի իրականացումը գիտափորձի մարնամասն նկարագրությունն անկախ կոմիտեների փոխանցելը և նրանց կողմից վերլուծվելը:

Մարդկանց մասնակցությամբ կենսաբժշկական ուսումնասիրությունները պետք է իրականացվեն միայն մրցունակ մասնագետների կողմից՝ միայն կլինիկական մեծ փորձ և հեղինակություն ունեցող բժշկի վերահսկողության ներքո: Ընդ որում, ուսումնասիրության առարկա հանդիսացող մարդու համար պատասխանատվություն կրում է վերահսկող բժիշկը՝ նույնիսկ այն բանից հետո, երբ ուսումնասիրության առարկա հանդիսացող անձը տվել է ուսումնասիրությանը մասնակցելու իր գրավոր կամ բանավոր համաձայնությունը:

Կենսաբժշկական ուսումնասիրությունը կարող է իրականացվել միայն այն դեպքում, երբ ուսումնասիրությունը գիտական առումով խոստումնալից է, և ստացվելիք արդյունքը գերազացում է հնարավոր ռիսկերն ու վնասները:

Տոկիոյի հռչակագիր Ընդունվել է ԲՅԸ 29-րդ ասամբլեայի կողմից. Տոկիո. 1975

Համաշխարհային պրակտիկայում աստիճանաբար աճում էր բանտարկյալներին քննչական նպատակներով հարցման ենթարկելու ժամանակ անցանկալի եղանակների կիրառման և մասնավորապես կտտանքների ենթարկելու դեպքերի թիվը: Որոշ երկրներում այս երևույթների անցանկալի հետևանքները մեղմելու նպատակով փորձեցին այս գործերին ներգրավել բժիշկների:

1974թ. Բրիտանական բժշկական ընկերակցությունը, ուսումնասիրելով Յուսիսային Իռլանդիայում իրականացված դեպքերը, Համաշխարհային բժշկական ընկերակցությանը զեկուցեց կտտանքների բժշկական ասպեկտների մասին:

Բրիտանական բժշկական ընկերակցության կարծիքով բժիշկը պետք է պահպանի իր մշտական դերակատարությունը՝ նույնիսկ այնպիսի հակասությունների դեպքում, ինչպիսիք տեղի ունեցան Յուսիսային Իռլանդիայում: Ըստ ընկերակցության անդամների, բժիշկը երբեք չպետք է ուղղակի կամ անիուղղակի մասնակցի հարցաքննություններին:

Բրիտանական բժշկական ընկերակցության, Իռլանդական բժշկական ընկերակցության և Ֆրանսիական բժշկական դաշնության ջանքերով պատրաստվեց հռչակագրի մի տարբերակ, որն էլ 1975թ. Տոկիոյի համաժողովում միաձայն ընդունվեց: Իր ընդունվելուց ի վեր հռչակագիրը ոչ մի անգամ չի վերանայվել և խմբագրվել:

Տոկիոյի հռչակագիրը հայտարարում է, որ բժշկի համար պատվաբեր է իր բժշկական գիտելիքներն ու հմտությունները մարդկությանը ծառայեցնելը: Նույնիսկ վտանգի դեպքում, մարդու կյանքի նկատմամբ գերագույն հարգանքը պետք է պահպանել: Ըստ հռչակագրի բժիշկը չպետք է մասնակցի որևէ կտտանքի կամ որևէ անմարդկային կոպիտ գործողության՝ անկախ զոհի հանգամանքներից, քաղաքացիական հայացքներից և այլն: Ավելին, բժիշկը չպետք է տրամադրի որևէ խորհուրդ, գործիքներ կամ նյութեր, որոնք կհեշտացնեն մարդուն կտտանքների ենթարկելը կամ կսահմանափակեն այդ կտտանքներին դիմադրելու՝ զոհի կարողությունները: Բժիշկը պետք է ունենա լիակատար ազատություն իր հոգատարությանը հանձնված մարդուն լիարժեք բժշկական ծառայություն մատուցելու հարցում: Նա չպետք է ներկա լինի որևէ կտտանքի: Մյուս կողմից, սակայն, բժիշկը չպետք է հարկադրաբար ցուցաբերի բժշկական օգնություն այն մարդկանց նկատմամբ, ովքեր ըստ բժշկի ի վիճակի են ողջախոհ որոշում կայացնել և հրաժարվում են բժշկական օգնությունից: Համաշխարհային բժշկական ընկերակցությունն, ըստ Տոկիոյի հռչակագրի, ստանձնում է բժիշկներին այս սկզբունքները պահպանելու հարցում սատարելու պարտականությունը:

ԵրՊԲՀ էթիկական հանձնաժողովի կանոնադրությունը

Էթիկական հանձնաժողովը (ԷՀ) հասարակական կազմակերպություն է եւ ԵրՊԲՀ-ին կից գործող փորձաքննական մարմին է:

Հասարակական կազմակերպության հիմնական նպատակն է՝

անցկացնել բժշկության ոլորտում տարվող հետազոտական աշխատանքների և նախագծերի, դրանց հնարավոր արդյունքների ներդրման էթիկական հարցերի անկախ փորձաքննություն:

ԷԷԻ-ի կազմակերպական կառուցվածքը և գործունեությունը

2.1. ԷԷ-ն կազմված է նրա գլխավոր քարտուղարից և աշխատակազմից, որոնք կազմակերպում են նրա գործունեությունը:

ԷԷ-ի գործադիր մարմինը նրա մասնագիտական բարձրագույն խորհուրդն է, որն իր նիստերը անց է կացնում ամիսը մեկ անգամ: Մասնագիտական խորհրդի կազմի մեջ մտնում են հանրապետության ճանաչված գիտնականները, բժիշկ-կլինիցիստներն ու պրակտիկ բժշկության ներկայացուցիչները:

ԷԷ-ի Մասնագիտական խորհրդի նիստերի ժամանակ որոշվում են այն հրատապ հարցերը, որոնք հետագայում պետք է քննարկվեն ԷԷ-ի ընդլայնված նիստերի ժամանակ:

Անհրաժեշտության դեպքում ԷԷ-ի Մասնագիտական բարձրագույն խորհուրդը կարող է ստեղծել փորձագիտական ժամանակավոր խմբեր՝ այս կամ այն հետազոտական խնդիրը կամ նախագիծը քննարկելու համար:

ԷԷ-ի ընդլայնված նիստի որոշումները ընդունվում են ձայների պարզ մեծամասնությամբ՝ առաջատար մասնագետների մասնակցությամբ:

ԷԷ-ի կանոնադրության մեջ կատարվող փոփոխություններն ու ուղղումները ընդունվում են նրա ընդլայնված նիստում՝ ձայների պարզ մեծամասնությամբ:

ԷԷ-ի իրավունքները և պարտականությունները

3.1. ԷԷ-ն պարտավոր է գնահատել հետազոտողի մասնագիտական իրավասությունը:

ԷԷ-ն պետք է տա առաջարկվող հետազոտության կամ նրա նախագծի գնահատականը, որոշի դրանց քննարկման հրատապությունը, բացահայտ գիտականորեն արժեքավոր արդյունքներին հասնելու նրանց ներուժը, որոշի դրանց հասարակական դիսկի աստիճանը:

3.3. ԷԷ-ն պարտավոր է տալ կոնկրետ հետազոտության մեջ տվյալ մասնագետի մասնակցության գրավոր համաձայնության ձևակերպման եղանակը:

ԷԷ-ն պարտավոր է գնահատել այն տեղեկության լիարժեքությունը և ճշգրտությունը, որը շարադրված է հետազոտողի կողմից ներկայացված գրավոր հայտի մեջ:

ԷԷ-ն պարտավոր է գնահատել առաջարկված հետազոտության մեթոդիկայի անվտանգությունը՝ հետազոտման օբյեկտ հանդիսանող մարդու համար:

3.6. Առաջարկված հետազոտության անցկացման համար նախատեսված մարդկանց կամավորության հիմունքներով ընտրության չափանիշերի գնահատումը: ԷԷ-ն կարող է հավանություն չտալ ԵՊԲԷ-ի կողմից առաջարկված ցանկացած հետազոտական նախագիծ նույնիսկ այն դեպքում, եթե կա այլ, համանման էթիկական հանձնաժողովների համաձայնությունը տվյալ նախագիծը իրակա նացնելու համար:

ԷԷ-ն պարտավոր է իր գործունեության տարեկան հաշվետվությունը ներկայացնել ամենամյա համաժողովում:

ԷԷ-ն պարտավոր է արձանագրել բոլոր քննարկվող հայտերը և դրանց վերաբերյալ որոշումները:

Անհրաժեշտության դեպքում ԷԷ-ն իրավունք ունի անցկացնել քննարկվող հարցին նվիրված նիստ՝ տեղական կամ արտասահմանյան մասնագետների մասնակցությամբ:

Անհրաժեշտության դեպքում ԷԷ-ն իրավունք ունի ներկայացված նախագիծն

ուղարկել արտաքին փորձաքննության:

ԷՅ-ի խնդիրները:

4.1. Ուսումնասիրել կլիմիկական և փորձարարական հետազոտությունների էթիկական ասպեկտները:

4.2. Պարզել առաջարկվող հետազոտական նախագծի հիմնավորվածության և անհրաժեշտության աստիճանը:

Բացահայտել քննարկվող նախագծի հրատապությունը:

Պարզել նախատեսված հետազոտության նորարարական բնույթը:

Բացահայտել առաջարկվող հետազոտության համար ընտրված մեթոդիկայի համապատասխանությունը ժամանակակից գիտության չափանիշներին:

Պարզել առաջարկվող հետազոտության գործնական նշանակությունն ու կարևորությունը:

4.3. Ապահովել հետազոտության վերաբերյալ տեղեկությունների խորհրդապահական գաղտնիքը:

4.4. Ապահովել առաջարկված հետազոտական նախագծի իրականացման՝ հետազոտվողի համար հնարավոր վտանգի աստիճանի գնահատումը, այն կանխելու ուղղությամբ միջոցառումների մշակումը:

4.5. Ապահովել հետազոտական նախագծի իրականացման նկատմամբ վերահսկողությունը՝ համապատասխան մոնիտորինգի հիման վրա:

ԷՅ-ի գործունեության հիմնական սկզբունքները

5.1. Որոշումների ընդունման ընթացքում ԷՅ-ն հիմնվում է ՀՀ Սահմանադրության և ընթացիկ օրենսդրության վրա:

Որոշումներ կայացնելիս ԷՅ-ն առաջնորդվում է ՄԱԿ-ի Մարդու իրավունքների միջազգային հռչակագրի սկզբունքներով: Հելսինկիի հռչակագրի համապատասխան հիմնադրույթներով, ինչպես նաև Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության պահանջներով:

Հայաստանի Հանրապետության օրենքը (ընդունված է Ազգային ժողովի կողմից, 4 մարտի, 1996թ.) բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին:

Հայաստանի Հանրապետության օրենքը (Ընդունված է ՀՀ Գերագույն խորհրդի կողմից 16 նոյեմբերի, 1992թ.) Հայաստանի Հանրապետության բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման մասին:

Մարդու իրավունքները բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացման բնագավառում

ՀՈԴՎԱԾ 4. Բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու մարդու իրավունքը:

ՀՈԴՎԱԾ 5. Մարդու իրավունքները բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալիս:

ՀՈԴՎԱԾ 6. Բժշկական օգնության և սպասարկման ընթացքում հասցված վնասի փոխհատուցում ստանալու մարդու իրավունքը:

ՀՈԴՎԱԾ 7. Առողջական վիճակի մասին տեղեկություն ստանալու մարդու իրավունքը:

ՀՈԴՎԱԾ 8. Համաձայնությունը բժշկական միջամտության:

ՀՈԴՎԱԾ 9. Մարդու վերարտադրողական իրավունքը:

ՀՈԴՎԱԾ 10. Բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու երեխայի իրավունքը:

ՀՈԴՎԱԾ 11. Շրջապատի համար վտանգ ներկայացնող հիվանդությամբ տառապող մարդու իրավունքը:

ՀՈԴՎԱԾ 12. Ձերբակալված, կալանավորված և ազատագրկման վայրում պատիժ կրող անձանց բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունքները:

ՀՈԴՎԱԾ 13. Ձինձառայողների և զորակոչիկների բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունքները:

ՀՈԴՎԱԾ 14. Արտակարգ իրավիճակներում տուժած մարդկանց բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունքները:

ՀՈԴՎԱԾ 15. Օտարերկրյա քաղաքացիների, քաղաքացիություն չունեցող անձանց բժշկական օգնություն և սպասարկում ստանալու իրավունքները:

ՀՈԴՎԱԾ 16. Բժշկական օգնության և սպասարկման իրականացումը առանց մարդու համաձայնության:

ՀՈԴՎԱԾ 17. Բժշկական միջամտությունից հրաժարվելը:

Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողները և նրանց իրավունքները

ՀՈԴՎԱԾ 19. Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների պարտականությունները և պատասխանատվությունը:

Բժշկական օգնության և սպասարկման առանձնակի տեսակները և կազմակերպման ձևերը

ՀՈԴՎԱԾ 23. Էվթանազիայի արգելումը:

ՀՈԴՎԱԾ 27. Բժշկական հիմնարկների պարտականությունները դեղերի կողմնակի ազդեցությունների մասին տեղեկատվություն ներկայացնելու գործում:

ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԲԺՇԿԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ ԴՐՈՒՅԹՆՐԸ ԵՎ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԲԺՇԿԻ ԳՈՐԾՈՒՆԵՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼՈՒ ՁևԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Համաձայն Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2003 թվականի նոյեմբերի 13-ի N 1533-Ն որոշմամբ հաստատված ժամանակացույցի 4-րդ կետի՝ Հայաստանի Հանրապետության կառավարությունը որոշում է.

1. Հաստատել՝

ա) ընտանեկան բժշկի գործունեության կազմակերպման դրույթները՝ համաձայն

հավելվածի.

բ) ընտանեկան բժշկի գործունեության մասին տեղեկատվություն ներկայացնելու ձևը՝ համաձայն հավելվածի.

2. Սույն որոշումն ուժի մեջ է մտնում պաշտոնական հրապարակման հաջորդ օրվանից:

Դրույթներ ընտանեկան բժշկի գործունեության կազմակերպման մասին

1. Ընտանեկան բժշկի գործունեության հիմնական ուղղություններն ու սկզբունքները

Ընտանեկան բժիշկն ընտանիքի անդամներին (անկախ նրանց տարիքից, սեռից, էթնիկական խմբից և կրոնական դավանանքից) առաջնային բժշկաստ-
ցիալական օգնություն ցուցաբերող շտապօգնության ծառայություն իրակա-
նացնելու իրավունք ունեցող և համապատասխան մասնագիտացում ստացած
բժիշկն է:

Ընտանեկան բժիշկը իրականացնում է առողջ ապրելակերպի քարոզչու-
թյուն, հիվանդությունների կանխարգելում, առաջնային բուժում և առողջության
վերականգնում՝ հիմնվելով անհատի, նրա ընտանիքի, մասնագիտական ու սո-
ցիալական պայմանների մասին իր գիտելիքների և իմացության վրա:

Ընտանեկան բժիշկ կարող է աշխատել այն մասնագետը, որը յուրացրել է
տվյալ մասնագիտական որակավորմանը համապատասխան ուսումնական
ծրագիրը և որակավորվել այդ մասնագիտությամբ:

Ընտանեկան բժիշկն իրականացնում է առաջնային բժշկական օգնություն
անհատական, խմբային (այլ ընտանեկան բժիշկների հետ համատեղ) կամ թի-
մային (ընդգրկում է այլ մասնագետների, օրինակ՝ մանկաբուժ, գինեկոլոգ, ստո-
մատոլոգ և այլ) պրակտիկայի ձևով:

Ընտանեկան բժիշկը կարող է իր գործունեությունը իրականացնել բժշկա-
կան հիմնարկներում՝ անկախ դրանց սեփականության ձևից, ինչպես նաև ծա-
վալել մասնավոր պրակտիկա՝ համաձայն Հայաստանի Հանրապետության
օրենսդրության:

Ընտանեկան բժիշկը (ընտանեկան բժիշկների խումբը) կարող է պայմանագ-
րային հիմունքներով աշխատել պետական, համայնքային կազմակերպություն-
ների, ինչպես նաև բժշկական ապահովագրական և բժշկական
կազմակերպությունների հետ:

Ընտանեկան բժիշկն ընտանիքներին առաջնային բժշկական օգնություն է
ցուցաբերում հավաքագրման սկզբունքով՝ համաձայն Հայաստանի Հանրապե-
տության առողջապահության նախարարության կողմից սահմանվող ընտանե-
կան բժշկի գործունեությանը վերաբերող կարգի և մեթոդական ցուցումների:

Ընտանեկան բժիշկն իրականացնում է ամբուլատոր ընդունելություն, տնա-
յին այցեր, իր իրավասության սահմաններում շտապ և անհետաձգելի բժշկա-
կան օգնություն, կանխարգելիչ, ախտորոշիչ, բուժական ու վերականգնողական
միջոցառումներ, մասնակցում է ընտանիքի բժշկաստցիալական և առողջապա-
հական կրթման խնդիրների լուծմանը:

Ընտանեկան բժիշկը ղեկավարվում է սույն դրույթներով և բնակչության
առողջության պահպանման հարցերին վերաբերող իրավական ակտերով:

Ընտանեկան բժշկի գործունեության նկատմամբ հսկողությունն իրականաց-
նում է հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարությունը՝
որպես լիցենզավորող, ինչպես նաև պետական պատվեր տեղադրող մարմին:

Ընտանեկան բժիշկը պետք է տիրապետի բնակչության բժշկական օգնու-
թյան մասին Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրության հիմունքներին,
իմանա հանրապետության առողջապահության համակարգի կառուցվածքը և
գործունեության հիմնական սկզբունքները, իր մասնագիտական իրավունքնե-
րը, պարտականությունները և պատասխանատվությունը:

Ընտանեկան բժիշկը պետք է կարողանա պլանավորել իր աշխատանքը, իրականացնել առողջապահական վերլուծություն, համագործակցել այլ մասնագետների ծառայությունների հետ:

Ընտանեկան բժիշկը պարտավոր է պահպանել բժշկական էթիկայի կանոնները:

Ընտանեկան բժիշկը կրում է պատասխանատվություն իր իրավասությունների սահմաններում ինքնուրույն ընդունած որոշումների համար: Հակաօրինական գործողությունների կամ անհրաժեշտ գործողություններ չկատարելու համար, որով վնաս է հասցրել հիվանդի առողջությանը կամ նպաստել նրա մահվան ելքին, կրում է պատասխանատվություն՝ Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով:

2. Ընտանեկան բժշկի մասնագիտական պատրաստվածությունը

15. Ընտանեկան բժիշկը պարտավոր է տիրապետել բժշկական գործունեության հետևյալ տեսակներին և դրանց վերաբերող խնդիրների լուծմանը՝

ա) առավել տարածված հիվանդությունների կանխարգելում, ախտորոշում, բուժում և հիվանդների առողջության վերականգնում՝ իր իրավասության սահմաններում.

բ) շտապ և անհետաձգելի բուժօգնության ցուցաբերում, բժշկական մասնագիտական գործողությունների (միջամտությունների) կատարում.

գ) Կազմակերպման գործունեություն:

Առավել տարածված հիվանդությունների կանխարգելում, ախտորոշում, բուժում և հիվանդների առողջության վերականգնում

16. Ընտանեկան բժիշկը պետք է կարողանա ինքնուրույն՝

ա) տիրապետել բնակչության առողջության պահպանման մեթոդներին.

բ) կատարել հիվանդի զննում և գնահատել հետազոտության տվյալները.

գ) կազմել լաբորատոր գործիքային հետազոտությունների պլան.

դ) մեկնաբանել արյան, մեզի, խորխի քննության, ստամոքսաիյուսի, դուռդենալ հետազոտության, կոպրոգրամայի, ողնուղեղային հեղուկի, ճառագայթային, էլեկտրաֆիզիոլոգիական, ռենտգենաբանական և այլ հետազոտությունների տվյալները.

ե) տիրապետել առավել տարածված հիվանդությունների կանխարգելման, ախտորոշման, բուժման և առողջության վերականգնման մեթոդներին.

զ) անհրաժեշտության դեպքում կազմակերպել հիվանդների լրացուցիչ քննություն, խորհրդատվություն, հոսպիտալացում և իրականացնել նրանց հետագա բուժումն ու հսկողությունը:

Շտապ և անհետաձգելի բուժօգնության ցուցաբերում, բժշկական մասնագիտական գործողությունների (միջամտությունների) կատարում

17. Ընտանեկան բժիշկը պետք է ունենա՝

ա) ընդհանուր մասնագիտական ունակություններ.

բ) ունակություններ նյարդաբանության բնագավառում.

գ) քիթ-կոկորդ-ականջի մասնագիտական անհրաժեշտ կարողություններ.

դ) մանկաբուժության մասնագիտական կարողություններ.

ե) ակնաբուժական մասնագիտական անհրաժեշտ կարողություններ.

18. Ընտանեկան բժիշկը պետք է կարողակնա ինքնուրույն իրականացնել հետևյալ գործողությունները՝

- ա) շտապ և անհետաձգելի օգնության գործողություններ.
- բ) վիրաբուժական միջամտություններ.
- գ) ակնաբուժական գործողություններ.
- դ) մանկաբարձական և գինեկոլոգիական գործողություններ:

Կազմակերպչական գործունեություն

19. Ընտանեկան բժիշկը պարտավոր է իմանալ իր կողմից սպասարկվող ընտանիքների ժողովրդագրական, բժշկասոցիալական բնութագիրը, որի համաձայն պետք է կազմակերպի իր հետևյալ գործունեությունը՝

ա) կրթել բնակչությանը՝ քարոզելով առողջ ապրելակերպ (հակաժխտատախին, հակաալկոհոլային, հակաթմրամոլային և այլն).

բ) կազմակերպել ընտանիքի պլանավորման, էթիկայի, հոգեբանության, սոցիալական, բժշկագենետիկական և բժշկասեռաբանական օգնությաշուն.

գ) հետևել հղիության ընթացքին, հղի կնոջ էքստրագենիտալ հիվանդությունների ախտորոշմանը և բուժմանը, հսկել հետծննդյան շրջանը.

դ) հղի կնոջը և ընտանիքին հոգեբանորեն նախապատրաստել ծննդաբերությանը.

ե) իրականացնել կնոջ առողջության նկատմամբ հսկողություն՝ կյանքի բոլոր փուլերում.

զ) խորհուրդներ տալ ծնողներին՝ երեխաների խնամքի, կերակրման, սեռական և ֆիզիկական դաստիարակության, կոփման, ինչպես նաև՝ դեռահասների սեռական հասունացման առանձնահատկությունների վերաբերյալ.

է) նպաստել ընտանիքի անդամների հոգեկան և ֆիզիկական զարգացման բնականոն պայմանների ապահովմանը.

ը) մասնակցել ընտանիքի սոցիալական ծրագրերի իրականացմանը.

թ) մասնակցել հիգիենիկ-հակահամաճարակային ծառայության միջոցառումներին, առողջապահական միջոցառումների իրականացման գործում ներգրավել հիմնարկների և կազմակերպությունների ղեկավարներին ու հասարակական կազմակերպություններին.

ժ) իրականացնել աշխատանքներ հիվանդությունների կանխարգելման, ռիսկի գործոնների ու հիվանդությունների վաղ հայտնաբերման համար և նպաստել դրանց վերացմանը.

ժա) անհրաժեշտության դեպքում համագործակցել բուժհաստատությունների համապատասխան ծառայությունների հետ.

ժբ) իրականացնել հիվանդների անաշխատունակության փորձաքննության և անհրաժեշտության դեպքում նրանց ներկայացնել բժշկասոցիալական փորձաքննության հանձնաժողովին (ԲՍՓՅ).

ժգ) իրականացնել սպասարկվող բնակչության բժշկահոգեբանական օգնություն.

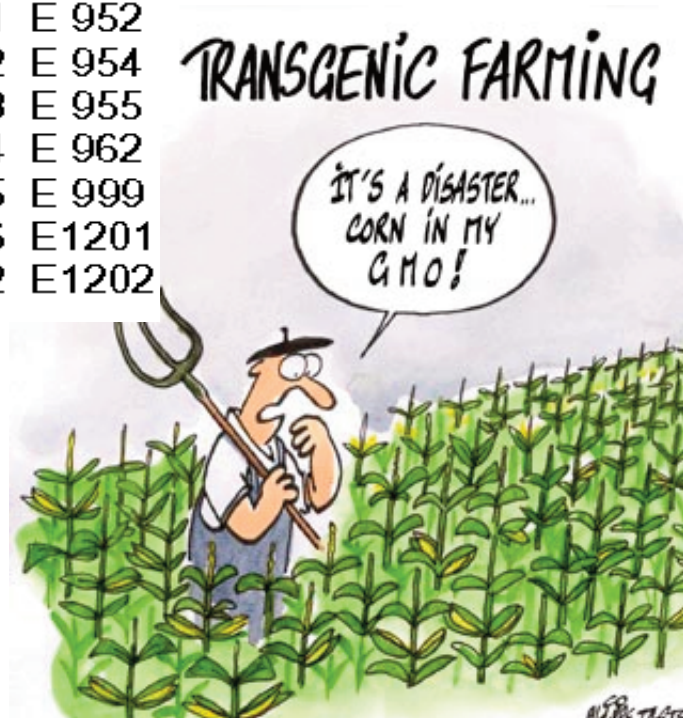
ժդ) գնահատել սպասարկվող բնակչության առողջական վիճակը և ապահովել առողջական վիճակի ցուցանիշների գրանցումը, դրանց վերլուծությունն ու հաշվետվությունը:

Բնակչության մեկ շնչին ընկնող ծախսերը առողջապահության ոլորտում ըստ երկրների 2007թ.ԱՄՆ դոլարով

Երկիր	1 շնչին ընկնող ծախսերը ԱՄՆ դոլար	Երկիր	1 շնչին ընկնող ծախսերը ԱՄՆ դոլար
Իսլանդիա	3,294	Իսպանիա	2,099
Նորվեգիա	4,080	Ջամբիա	63
Սիեռա Լեոն	34	Սալավի	58
Բուրկինա Ֆասո	77	Ավստրիա	3,418
Ավստրալիա	3,123	Սիացյալ Թագավորություն	2,560
Կանադա	3,173	Բենին	40
Գվինեա Բիսաու	28	Անգոլա	38
Նիգեր	26	Բելգիա	3,133
Իռլանդիա	2,618	Լյուքսեմբուրգ	5,178
Շվեդիա	2,828	Ռուանդա	126
Սալի	54	Գվինեա	96
Սոգամբիկ	42	Նոր Ջեյլանդիա	2,081
Շվեյցարիա	4,011	Իտալիա	2,414
Ճապոնիա	2,293	Տանզանիա	29
ԿԱՀ	54	Նիգերիա	53
Չադ	42	Հոնգ Կոնգ	n.a.
Նիդերլանդներ	3,092	Չեռմանիա	3,171
Ֆրանսիա	3,040	Էրիտրեա	27
Էֆիոպիա	21	Սենեգալ	72
Կոնգո	15	Իսրայել	1,972
Ֆինլանդիա	2,203	Հունաստան	2,179
ԱՄՆ	6,096	Գամբիա	88
Բուռունդի	16	Ուգանդա	135
Կոտ Դիվուար	64	Սինգապուր	1,118
Չեռմանիա	2,780	Կորեա	1,135
Յեմեն	82	Տոգո	63
Սլովենիա	1,815	Կիպրոս	1,128
Ջիմբաբվե	139	Տիմոր Լեստե	143
Պորտուգալիա	1,897	Բրունեյ	1,897
Դժբուտի	87	Կենիա	86
Սուդան	54	Հաիթի	82

Ավելորդ չենք համարում ընթերցողի ուշադրությանը ներկայացնել առողջությանը վնաս հասցնող E-երի շարքը ըստ 2008թ. Փարիզում հրատարակված տվյալների¹²⁵:

E 102	E 214	E 312	E 520
E 104	E 215	E 315	E 521
E 110	E 216	E 316	E 522
E 120	E 217	E 320	E 523
E 122	E 218	E 321	E 541
E 123	E 219	E 380	E 554
E 124	E 220	E 385	E 555
E 127	E 221	E 407	E 556
E 128	E 222	E 407a	E 620
E 129	E 223	E 431	E 621
E 131	E 224	E 432	E 622
E 142	E 226	E 433	E 623
E 151	E 227	E 434	E 624
E 154	E 228	E 435	E 625
E 155	E 239	E 436	E 900
E 161g	E 242	E 442	E 905
E 173	E 249	E 459	E 951
E 174	E 250	E 491	E 952
E 175	E 251	E 492	E 954
E 180	E 252	E 493	E 955
E 210	E 284	E 494	E 962
E 211	E 285	E 495	E 999
E 212	E 310	E 496	E 1201
E 213	E 311	E 512	E 1202



ԲԻՈԵԹԻԿԱԿԱՆ ԵԶՐԵՐԻ (ՏԵՐՄԻՆՆԵՐԻ) ԲԱՌԱՐԱՆ

Անձի ավտոնոմիա
Автономия личности
autonomy of person

Անձի ինքնադետերմինացիա
Самодетерминация личности
Self-determination of person

Մեփական ընտրության հիման վրա գործելու մարդու իրավունք և ունակություն:
Մարդու գործունեությունն ինքնիշխան է (ավտոնոմ), եթե այն իրականացվում է՝
ա) մտադրությունների գիտակցմամբ (ինտենցիոնալ)
բ) այն բանի բավարար ըմբռնմամբ, թե հատկապես ինչ է արվում
գ) արտաքին ներգործություններից զերծ, որոնք եապես ազդում են նրա ընտրության վրա:

Ալոտրանսպլանտացիա
аллотрансплантация
allotransplantation Նույն տեսակի կենսաբանական էակների (օրինակ մարդկանց) միջև օրգանների և հյուսվածքների պատվաստում (օրինակ, մի մարդուց մյուսին)

Եվգենիկա
Евгеника
Eugenics
Մարդկային անհատների և պոպուլյացիաների զենետիկ որակների բարելավում օպտիմալ ժառանգական որակներով օժտված ամուսնական զույգերի ընտրության միջոցով (**պոզիտիվ՝ դրական եվգենիկա**) կամ անընդունելի համարվող ժառանգական հատկանիշներով օժտված անձանց բազմացման կասեցում կամ արգելք (**նեգատիվ՝ բացասական եվգենիկա**):

Քսենոտրանսպլանտացիա
ксенотрансплантация
xenotransplantation
Տարբեր տեսակի կենսաբանական էակների միջև օրգանների ու հյուսվածքների պատվաստում (օրինակ, կենդանիներից մարդուն)

Մասնավոր կյանքի անձեռնմխելիություն
Неприкосновенность частной жизни
Privacy
Կանոն, ըստ որի բուժաշխատողը պարտավոր է նախնական թույլտվություն ստանալ այնպիսի գործողությունների (ախտորոշիչ, բուժական կամ կանխարգելիչ) դիմելու համար, որոնք կարող են որակվել որպես հիվանդի մասնավոր կյանքի միջամտություն:

Կլոնավորում
Клонирование
cloning
Միաբջիջ և բազմաբջիջ օրգանների ոչ սեռական (սեքսուալ) վերարտադրման տարբեր մեթոդների ընդհանուր անվանում:
Ռեպրոդուկտիվ (վերարտադրողական) կլոնավորումը մարդու զենետիկ

կրկնօրինակի ստացման ուղղություն է:

Թերապևտիկ կլինավորումը նույնական (հղենտիկ) սաղմերի (էմբրիոնալ) դոլոնտին բջիջների ստացման նպատակով կատարվող կլինավորումն է, որը փորձում են օգտագործել մարդու տարբեր հիվանդությունների բուժման նպատակով (ինֆարկտ, Ալցհեյմերի հիվանդություն և այլն):

Կենսաբժշկական էթիկա

Биомедицинская этика

Biomedical ethics

Միջառարկայական հետազոտությունների բանգավառ, ուսումնական առարկա և ձևավորվող սոցիալական ինստիտուտ, որ կապված է բարոյագիտական (էթիկական) հիմնահարցերի իմաստավորման, քննարկման ու լուծման հետ: Առաջ է եկել կենսաբժշկական գիտությունների նորագույն նվաճումների և պրակտիկայի հետ: Բիոէթիկական մեթոդ

Փոխըմբռնման և փոխադարձ ընդունելի որոշումների որոնման նպատակով բոլոր շահագրգիռ կողմերի հիմնահարցերի ռացիոնալ փաստարկումների վրա հիմնված հրապարակային քննարկումներն է: Բիոէթիկական ընդգծում է, որ յուրաքանչյուր մարդ ունի անհատ կոչվելու իրավունք (և ոչ թե լինելու ուրիշի նպատակների իրականացման միջոց):

Դեոնտոլոգիա

Деонтология

Deontology

Բարոյագիտության ուղղություն, որ քննում է նախ և առաջ պարտքի և պատշաճի հիմնահարցերը, ընդ որում բարիքը հասկացվում է որպես որոշակի բարոյագիտական (էթիկական) սկզբունքի հետևելու անպայման պարտք, բարոյագիտական պարտավորություն: Դեոնտոլոգիական են կոչվում էթիկական այն տեսությունները, որոնց մեջ պարտք հասկացությունն առաջնային է:

Դոնոր

Донор

Donore

Անձ, որի օրգանները կամ հյուսվածքները բուժման նպատակներով պատվաստվում են մեկ այլ անձի:

Իրազեկված համաձայնություն

Информационное согласие

Informed consent

Էթիկական կանոն, որ ենթադրում է հետևյալը. մարդու՝ որպես փորձարկվող թակի մասնակցությամբ բժշկական միջամտությունները և հետազոտությունները թույլատրելի են միայն այն բանից հետո, եթե տվյալ անհատը (կամ նրա օրինական ներկայացուցիչը) այդ միջամտության և հետազոտությունների նպատակների, պրոցեդուրաների և հետևանքների վերաբերյալ բավարար տեղեկություն ստանալուց հետո տալիս է իր ինքնական, ազատ համաձայնությունը:

Կոնֆիդենցիալություն, բժշկական գաղտնիքի պահպանում, չհրապարակում, չգաղտնազերծում

конфиденциальность

сохранение врачебной тайны

Confidentiality

Կանոն, որ արգելում է բժիշկներին հրապարակելու մասնագիտական պարտականությունների կատարման ժամանակ հիվանդների վերաբերյալ ստացված տեղեկությունները առանց վերջինիս թույլտվության:

Ուտիլիտարիզմ
утилитаризм
Utilitarianizm

Բարոյագիտության (էթիկայի) ուղղություն, որի շրջանակներում բարին հասկացվում է որպես մարդկանց երջանկության «քանակի» (կամ «որակի») գերակշռում տանջանքի և տառապանքի «քանակին» (կամ որակին):

Էվթանազիա
намернализм
Euthanasia

Բժշկի գործողություն (ակտիվ էվթանազիա) կամ անգործություն (պասիվ էվթանազիա), որ արագացնում է հիվանդի մահը

Պատերնալիզմ
Патернализм
Paternalism

Առաջարկվող գրականություն

1. Աստվածաշունչ:
2. Աղուզումցյան Ռ.Վ. Հոգեբանի միտորումներ էվթանազիայի վերաբերյալ, ԲՍՀՀ, Երևան, 2003:
3. Աստվածատրյան Վ.Ա., Հարությունյան Ա. Բժշկական էթիկա, Երևան, 1984:
4. Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես, Երևան, 2002-2005, Գլխ. խմբագիր, ք.գ.դ. պրոֆ. Ռ.Ա. Հովհաննիսյան:
5. Բիոէթիկայի զարգացման ընկերություն. Բիոէթիկայի նորմերն ու սկզբունքները, Տեղեկացված համաձայնություն, Բիոէթիկային վերաբերող օրենսդրական ակտերը և այլ նորմերը, Երևան, 2004:
6. Գրիգորյան Ռ.Ա., Վարդազարյան Ն.Դ. Բժշկական դեոնտոլոգիա, Երևան, 1988:
7. Գրիգորյան Ռ.Ա. Բժշկություն և արվեստ, Երևան, 2004:
8. Դավթյան Ս.Յ. Նոր մոտեցումների արմատական հիմնահարցը բիոէթիկա և ավանդական էթիկա առարկաների առնչությամբ, XVI ուսումնամեթոդական կոնֆերանս, Ուսումնագիտական նոր տեխնոլոգիաների ներդրման գործընթացը բժշկական համալսարանի ամբիոններում, Երևան, 2003:
9. Դավթյան Ս.Յ. Անգլախոս և ռուսախոս արտասահմանցի ուսանողների բիոէթիկա և հայ մշակույթ առարկաների դասավանդման առանձնահատկությունների շուրջ, XVII ուսումնամեթոդական կոնֆերանս, անգլերեն լեզվով դասավանդման գործընթացը և բարելավման ուղիները, Երևան, 2004:
10. Դավթյան Ս.Յ. Հայ մշակույթ առարկայի դասավանդման մասին, ԵՊԲՀ XV ուսումնամեթոդական կոնֆերանս, Երևան, 2002:
11. Դավթյան Ս.Յ. ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ն և բիոէթիկական կրթության հրատապ հարցերը, ԵՊԲՀ XVIII ուսումնամեթոդական կոնֆերանս, բարձրագույն բժշկական կրթությունը Հայաստանում, նվաճումներ և հեռանկարներ, Երևան, 2005:
12. Դավթյան Ս.Յ. Հովհաննես Չեքիջյան, Երևան 2000, էջ 75-76, 160-163:

13. Դավթյան Ա.Յ., Մարդու իրավունքների բիոէթիկական ասպեկտները կրթական համակարգում (միջազգային համաժողովի նյութերի ժողովածու), Երևան, 2007:
14. Դավթյան Ա.Յ., Օտարերկրյա ուսանողների կրթական առանձնա հատկությունները ԵՊԲՅ-ում, Միջազգային կրթական գիտաժողով, «Օտար երկրացիների ուսուցումը Հայաստանում. հիմնախնդիրներ և լուծումներ», 2008, Երևան:
15. Հրե Գունդ, Ամսագիր, Երևան, 2007, #14 (158):
16. Վահան Քոչար, Հայ լուսանկարիչներ, Երևան, 2007:
17. Պետրոսյան Ա. Նարեկը՝ բժշկարան, Բերձոր, 2002:
18. Վարդանյան Ս.Ա. Հայաստանի բժշկության պատմություն, Երևան, 2000:
19. Վարվելակերպի էթետիկա, Երևան:
20. Քարնեգի Դ. Ինչպես ձեռք բերել բարեկամներ և ազդել մարդկանց վրա, Երևան, 1991:
21. Պալիատիվ բժշկություն, Երևան, 2007
22. Амосов Н.М. Мысли и сердце. М., 1969.
23. Аристотель, Никомахова Этика, Соя Т.4, 1983.
24. Аристотель. Соч., Т. 4, М., 1983.
25. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти (Пер. с франц.), М., 1992.
26. Бадмаев П. Основы врачебной науки Тибета. Жуд-ши. М., 1991.
27. Билибин А.Ф. Вагнер Е.А., Корж С.Б. Деонтология медицинская. М., 1977.
28. Биомедицинская Этика. Под ред. В.И.Покровского, М., 1997.
29. Биомедицинская Этика. учеб. пособ. Минск, 2003.
30. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. Под ред. Б.Г. Юдина. М., 1998.
31. Биоэтика: междисциплинарные стратегии и приоритеты. Минск, 2007.
32. Вартанян С.А. Медико-биологические воззрения Давида Непобедимого (Философия Давида непобедимого), М., 1984, стр. 83-93.
33. Вагнер Е.А. Раздумья о врачебном долге. Пермь, 1986.
34. Введение в биоэтику (под ред. Б.Г. Юдина и П.Д. Тущенко), М., 1999.
35. Вересаев В.В. Записки врача., М., 1994.
36. Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы: Сборник официальных документов., М., 1995.
37. Врачи, пациенты, общество, права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций, Киев, 1996.
38. Герман Гессе, Сидхардха, М., 1990.
39. Гиппократ. Избранные книги, М., 1994.
40. Гуманизация обучения специалистов медико-биологического профиля, Минск, 2007.
41. Давид Анахт. Сочинения, М., 1980.
42. Давтян С.А. Этическая экспертиза биомедицинских исследований в государствах-участниках СНГ (Социальные и культурные аспекты), Санкт-Петербург, 2007, с. 110-128.
43. Давтян С. Биоэтическое образование. Сборник материалов международной конференции, Ереван, 2006, стр. 73-77.
44. Давтян С.А. Права и достоинство человека. Сборник материалов научной конференции. Ереван, 2007.
45. Давтян С. А. Качество биоэтического образования в медицинских ВУЗ-ах: реалии, перспективы, Сборник материалов международного конференции

- “Биоэтические аспекты прав человека в системе образования”, Ереван, 2005.
46. Давтян С.А. Экологическое образование как механизм формирования экономической культуры общества. Сб. материалов международной конференции: “Экологические проблемы XXI века”, Минск, 2008.
 47. Дещинский Л.А. Деонтология в практике врача-терапевта. М., 1989.
 48. Журнал “Свет, природа и человек”, 1999. #1.
 49. Журнал “Студенческий меридиан”, 2000, #1.
 50. Журнал “Природа” Струнников В.А., Клонирование животных: теория и практика, 1998, #7.
 51. Зорза Р., Хорза В. Путь к смерти. Жить до конца (пер. с. англ.), М., 1990.
 52. Иванюшкин А.Я. Профессиональная этика в медицине. М., 1990.
 53. Иванюшкин А.Я. Этика сестринского дела. -М., 1998.
 54. Казине Н. Резервы человеческого духа. Иностранная лит.-1981, # 3
 55. Казине Н. Врачующее сердце. Иностранная лит. –М. 1985, # 7
 56. Кассирский И.А. О врачевании. -М., 1970.
 57. Лериш Р. Воспоминания о моей минувшей жизни. - М., 1966
 58. Лещинский Л.А. Деонтология в практике терапевта. -М.,1989.
 59. Лик Э. Врач и его призвание. - Днепропетровск, 1928.
 60. Лопатын П. В., Карташова О. В., Биоэтика, М., 2008
 61. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и úатрогенные заболевания. -М., 1977.
 62. Магазаник Н.А. Искусство общения с больным. –М., 1991.
 63. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. -М., 1995.
 64. Медицина и права человека: Нормы и правила международного права, этики, -М., 1992.
 65. Молль А. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности. -М., 1904.
 66. Митрополит Антоний Сурожский. Жизнь. Болезнь.Смерть. - М., 1995.
 67. Михайлова Е.П., Бартко А.Н. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. -М.,: Изд-во ММСИ, 1996.
 68. Мудров М.Я. Избранные произведения. -М., 1949.
 69. На грани жизни и смерти: краткий очерк современной биоэтики в США (Под ред.Д.Уиклера и др., пер. С англ. –М., 1989.
 70. Наумов А.Б. Легко ли стать врачом? - Ташкент, 1983.
 71. Неговский В.А. Смерть,умирание и оживление – этические аспекты. М.,
 72. Общая врачебная практика (семейная медицина). Под ред. С.А.Симбирцева и Н.Н.Гурина. – В 2 т.- СПб., 1996.
 73. Общепрактическая и семейная медицина. Под ред. М. Кохена: Пер с нем.- Минск, 1997.
 74. Опыт семейной практики в ряде зарубежных стран. – М., 1992.
 75. Орлов А.Н. Исцеление словом.- Красноярск, 1989.
 76. Основы законодательства Российской федерации об охране здоровья граждан. Законодательные основы профессиональной деятельности медицинских работников. Сборник официальных документов. -М., 1995.
 77. Основы биоэтики (Под ред.А.Н.Орлова.-Красноярск.
 78. Первая Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. -

- М., 1970.
79. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. 5-е изд. - Л., 1956.
 80. Писарев Д.И. Основные проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии, -М., 1969.
 81. Постановление главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 2. X. 2003г, # 116 "О государственной гигиенической регламентации и регистрации продовольственного сырья или пищевых продуктов, полученных из или с использованием генетически модифицированных источников <http://biosafety.org.by/rus/legislation.html> / Православие и проблемы биоэтики. –М.: Жизнь, 2000.
 82. Проблемы биоэтики: Реферативный сборник. -М., 1993.
 83. Рокицкий М.Р. Этика и деонтология в хирургии. -М., 1998.
 84. Рейчелс Д.Ж. Активная и пассивная эвтаназия.(Этическая мысль. -М., 1990.
 85. Ригельман Р.К. Как избежать врачебных ошибок (Пер. С англ.) –М.,1994.
 86. Ролз Д.Ж. Теория справедливости (Пер. С англ.) – Новосибирск, 1995.
 87. Социальная справедливость в здравоохранении: биоэтика и права человека, (Под. Общ. Ред. чл. кор. РАНБГ Юдина), -М., 2006
 88. Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации (Под ред. Ю.Д.Сергеева) –М., 1995.
 89. Семья и биоэтика. Материалы международного симпозиума. –СПБ, 1998.
 90. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. –М., 1997.
 91. Силуянова И.В. Этика врачевания. – М., 2000.
 92. Сократ. Платон. Аристотель. Сенека. -М., 1995.
 93. Сточик А.М. Избранные лекции по курсу истории медицины и культурологии. Вып. 2., -М., 1992.
 94. Судо Ж. http://www.konrutat_ru/religion/catholic/aborto2.htm
 95. Сук И.С. Врач как личность. -М., 1984.
 96. Тищенко П. Д. феномен биоэтики, Вопросы философии. 1992, # 3
 97. Уорен Рик. Целеустремленная жизнь. (пер. с англ.), Н. Новгород, 2003.
 98. Фрайер П.Г. Альберт Швейцер. Картина жизни. -М., 1984.
 99. Фролов И.Т., Юдин Б.Г. Этика науки: проблемы и дискуссии. – М., 1986.
 100. Фуко М. Интеллектуалы и власть, -М.: Часть 1, 2002, Часть 2 2005.
 101. Хейли А. Окончательный диагноз. –М., 1993.
 102. Чазов У.И. Здоровье и власть. – М., 1992.
 103. Швейцер А. Культура и этика. -М., 1973.
 104. Швейцер А. Благоговение перед жизнью, -М. 1992
 105. Эльштейн Н.В. Диалог о медицине.-Таллин, 1986
 106. Юдин Г. Г. Жить или не жить? Человек -1990, # 2, стр. 36-44
 107. Юдин Г. Г. Этика науки, Минск, 2007
 108. Яскевич Я. С. Методология и этика в современной науке: поиск открытой рациональности, Минск, 2007.
 109. Яровинский М.Я. Лекционный курс по медицинской этике (Биоэтика) 4. 1, 2, -М., 1999-2000
 110. Davtyan S. H. "The quality of Bioethical education in medical institutes of Higher education: Realias, perspectives". Materials of international conference on Bioethical aspects of Human Rights in education system. Yerevan, 2006, p.74-78.

111. Davtyan S. H. Ethical Review System of the Biomedical Research in Republic of Armenia. The specific traits of development of the ethical review of bio medical research in the CIS States, Saint Petersburg, 2007
112. Davtyan S. H. From history of Armenian Choral art, 2006
113. Davtyan S. H. The traditions, customs, culture, mentality of the nation and problem of Euthanasia in Armenia, Israel, Eilat, 2002.
114. Family Medicine: Principles and Practice Ed. By R. Tayfun, 2000.
115. Fundamentals of Family Medicine. Ed. By R. Taylor.- 1983
116. Informed consent. Unesco Chair in Bioethics Haifa, Israel, 2003, Editor prof. Amnon Carmi.
117. Leo Alexander Medical science under Dictatorship, Journal of Medicine, The New England, 1949
118. Mason J. K., Laurie G. T. Law and Medical Ethics, Oxford, 2006
119. Medical Ethics. A Guide for Health Professionals.-Rock-ville, Maryland.-1988
120. Medical Ethics Manual, World Medical Association, 2005
121. Potter V.R. Global Bioethics - Michigan, 1988
122. Roemer M.I.. Medical ethics and Formation Responsibility to the Society. The Yale journal of biology and medicine. 1990. # 53
123. Seward E., Fleming S. Scientific American, Jetjber 2006.- Vol. 243.-# 4.-P.37.
124. Vardanyan Stella, L'histoire de la médecine en Arménie, Paris, 1999.
125. *ABC de la Naturopathie Asterig Heretchian.2008.Paris

Որպես լրացուցիչ գրականություն ուսանողին առաջարկվում է կարդալ (կամ դիտել համապատասխան ներկայացումները Երևանի Գ. Սունդուկյանի անվան պետական, Զ. Պարոնյանի անվան երաժշտական կոմեդիայի և Զ. Մալյանի անվան թատրոններում)։

1. Հակոբ Պարոնյան. Ատամնաբույժն արևելյան
2. Լուկաս Բերֆուս. Մեր ծնողների նկրողները (Լիբիդո)
3. Ադասի Այվազյան. Ցեղի ֆիզիոլոգիան
4. Теннеси Уильямс. Трамвай- “желание”.
5. Федерико Гарсия Лорка. Альба и ее дочери.
6. Хемингуэй Э. По ком звонит колокол?

Ինչպես նաև առաջարկում ենք օգտվել հետևյալ ինտերնետային կայքերից՝

- www.hsph.harvard.edu/bioethicis
- www.wits.ac.za/bioethicis
- www.http:/research. haifa.ac.il./-mediaw
- www. ethicsweb.ca/books/index-bioethics.htm
- <http://biblescripture.net/Abortion.html>
- <http://ethics.iit.edu/codes/coe/world.med.assoc.tokyo.html>
- http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&
- <http://wings.buffalo.edu/faculty/research/bioethics/lwill.html>
- <http://www.changesurfer.com/Hlth/DPReview.html>

<http://www.cirp.org/library/ethics/geneva/>
<http://www.cirp.org/library/ethics/helsinki/>
<http://www.cirp.org/library/ethics/hippocrates/>
<http://www.cirp.org/library/ethics/intlcode/>
<http://www.infoplease.com/ipa/A0934556.html>
<http://www.jesuschristsavior.net/Ethics.html>
<http://www.nrlc.org/euthanasia/facts/keypoints.html>
http://www.nvcc.edu/home/mgregory/bioethics_glossary.htm
<http://www.sixwise.com/newsletters>
http://www.restoringourheritage.com/articles/nej_medicaldictatorship.pdf
<http://www.wma.net/e/history/tokio.htm>
www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.html
www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html
www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm
www.hsph.harvard.edu/bioethics/
www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.html
www.nofreelunch.org
www.unadids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/
www.who.int/ethics/research/en/
www.who.int/ethics/topics/cloning/en/
www.who.int/reproductive-health/infertility/report_content.htm
www.wits.ac.za/bioethics
www.wma.net
www.wuthanasia.com

ՄԻԱՎՉԻԱՐ-ն ու Մարդու իրավունքները (UNESCO/UNICEF)
<http://www.unaids.org/publications/documents/human/JC651-Folder-E.pdf>

ՄԱԿ-ի Ջարգացման Ծրագրի Եվրոպայի և ԱՊՀ տարածաշրջանային գրասենյակ՝
<http://www.unifem.undp.org/rbec/>

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության տարածաշրջանային գրասենյակը Եվրոպայում՝
<http://www.who.dk/eprise/main/WHO/Home/TopPage>

Резюме

Этот первый учебник по биоэтике на национальном языке отличается тем, что в нем представлены как международные декларации, документы по биоэтике, так и законодательные акты, принятые Национальным Собранием Республики Армения. В книге также представлены соображения, мысли средневековых армянских мыслителей (Нарекаци, Давида Непобедимого, Мхитара Гоша и др.).

Теоретический материал оснащен результатами социологических исследований. В книге анализированы вопросы прикладной этики. Также представлены анализы конкретных ситуаций (case-study) из медицинской практики разных стран.

Предусмотрен для студентов, ординаторов, соискателей, а также для всех тех, кто интересуется биоэтикой.

Пособие имеет учебно-методическую направленность, словарь терминов, список использованной литературы, а также темы научных рефератов и дискуссий.

Summary

This first manual in the national language on Bioethics is outstanding for it includes documents, declarations and resolutions on Bioethics adopted both by international organizations and the National Assembly of Republic of Armenia.

The book presents thoughts and ideas of Medieval Armenian thinkers (Narekatsi, David the Invincible, Mkhitar Gosh etc.).

The theoretical topics are enriched by results of sociological surveys. Issues of applied ethics as well as analyses of specific case-studies collected from the medical practice of different foreign countries are also discussed in the manual.

The book is designed for students, for PhD students and researchers as well as general public who are interested in Bioethics.

The handbook is designed as an educational-methodical manual. It has a glossary of Bioethical terms, a list of topics for academic reports, discussions and seminars, as well as bibliography.

