მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია

სამედიცინო ეთიკის სახელმძღვანელო

მეორე გამოცემა 2009 წელი

2009 წელი მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის მიერ
ყველა უფლება დაცულია. დოკუმენტის 10 ცალი ასლი შეიძლება გაკეთდეს არაკომერციული, პირადი სარგებლობისათვის, პირველწყაროსთან შესაბამისობის გათვალისწინებით. სხვა ნებისმიერი რეპროდუქციისათვის, ნებისმიერი გზითა და ფორმით ასლის შენახვისა და გადაცემისათვის, აუცილებელია წინასწარ წერილობითი ნებართვა. ნებართვის მიღება უნდა გადაეგზავნოს მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციას, ბ.პ. 63, 01212 ფერნი-ვოლტერი სედექსი, საფრანგეთი.
e-mail: **wma@wma.net** , ფაქსი: (+33) 450405937

მოცემული სახელმძღვანელო წარმოადგენს მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ეთიკური დეპარატამენტის პუბლიკაციას. მისი ავტორია მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ეთიკის დეპარატამენტის დირექტორი ჯონ რ. უილიამსი. მისი შინაარსი აუცილებლად არ ასახავს მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის პოლიტიკას, გარდა იმ შემთხვევებისა, სადაც ეს ნათლად და არაორაზროვნად არის მითითებული.

მსოფლიო ჯანმრთელობის კომუნიკაციის ასოციაცია, დიდი ბრიტანეთი
სურათები ეკუთვნის ვან პერის მედიასს/კორბისი
კატალოგის პუბლიკაციის მონაცემები.
უილიამსი ჯონ რ. (ჯონ რეინოლდი), 1942-.
სამედიცინო ეთიკის სახელმძღვანელო

1. ბიოეთიკა 2. ექიმი-პაციენტის ურთიერთობები-ეთიკა
3. ექიმები როლი 4. ბიოსამედიცინო კვლევა-ეთიკა
5. ინტერპროფესიული ურთიერთობები 6. განათლება, სამედიცინო-ეთიკა
7. შემთხვევების ანგარიში 8. სახელმძღვანელოები

ISBN 92-990028-1-9 (ინგლისური ვერსიის)
(ნლმ კლასიფიკაცია: ვ 50)

სამეცნიერო რედაქტორები: გია ლობჟანიძე, ნინო ჩიხლაძე
ტექნიკური რედაქტორი: ზაზა ხაჭიპერაძე

თბილისი-2012

World Medical Association

Medical Ethics Manual

2nd edition 2009

This Manual is a publication of the Ethics Unit of the World Medical Association. it was written by John R. Williams, Director of Ethics, WMA.

Scientific Editors: Gia Lobzhanidze and Nino Chikhladze
Technical Editor: Zaza Khachiperadze

ISBN 92-990028-1-9

World Medical Association 2009

Tbilisi 2011

შინაარსი

მადლიერება
წინასიტყვაობა
შესავალი
რა არის სამედიცინო ეთიკა?
რატომ უნდა შევისწავლოთ სამედიცინო ეთიკა?
სამედიცინო ეთიკა, სამედიცინო პროფესიონალიზმი,
ადამიანის უფლებები და კანონმდებლობა
დასკვნა
თავი 1 – სამედიცინო ეთიკის ძირითადი მახასიათებლები
მიზნები
რა არის განსაკუთრებული მედიცინაში?
რა არის განსაკუთრებული სამედიცინო ეთიკაში?
ვინ წყვეტს რა არის ეთიკური?
იცვლება თუ არა სამედიცინო ეთიკა?
განსხვავდება თუ არა სამედიცინო ეთიკა ქვეყნების მიხედვით?
მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის როლი
როგორ წყვეტს მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია თუ რა არის ეთიკური?
როგორ წყვეტს ინდივიდი რა არის ეთიკური?
დასკვნა
თავი 2 – ექიმები და პაციენტები
მიზნები
სასწავლო შემთხვევა
რა არის განსაკუთრებული ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობებში?
პატივისცემა და თანასწორობა
კომუნიკაცია და თანხმობა
გადაწყვეტილების მიღება არაკომპეტენტური პაციენტებისათვის
კონფიდენციალობა
სიცოცხლის დასაწყისთან დაკავშირებული საკითხები
სიცოცხლის დასასრულთან დაკავშირებული საკითხები
სასწავლო შემთხვევის გარჩევა

თავი 3 – ექიმები და საზოგადოება
მიზნები
სასწავლო შემთხვევა
რა არის განსაკუთრებული ექიმი-საზოგადოების ურთიერთობებში?
ორმხრივი ლოიალობა
რესურსების განაწილება
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა
გლობალური ჯანმრთელობა
სასწავლო შემთხვევის გარჩევა

თავი 4 – ექიმები და კოლეგები
მიზნები
სასწავლო შემთხვევა
ექიმის ძალაუფლების გამოწვევები
ექიმების ურთიერთობა კოლეგებთან, მასწავლებლებთან და სტუდენტებთან
შეტყობინება სახიფათო და არაეთიკური შემთხვევების შესახებ
ურთიერთობა ჯანდაცვის სფეროს სხვა პროფესიონალებთან
თანამშრომლობა
კონფლიქტის გადაჭრა
სასწავლო შემთხვევის გარჩევა

თავი 5 – ეთიკა და სამედიცინო კვლევა
მიზნები
სასწავლო შემთხვევა
სამედიცინო კვლევების მნიშვნელობა
კვლევა სამედიცინო პრაქტიკაში
ეთიკური მოთხოვნები
ეთიკური კომიტეტის ნებართვა
მეცნიერული დასაბუთება
სოციალური ფასეულობა
რისკები და სარგებელი
ინფორმირებული თანხმობა

კონფიდენციალობა

როლთა კონფლიქტი

შედეგების კეთილსინდისიერი გამოქვეყნება

კანონსაწინააღმდეგო საქმიანობის მხილება
გადაუჭრელი საკითხები

სასწავლო შემთხვევის გარჩევა

თავი 6 – დასკვნა

ექიმების პასუხისმგებლობა და პრივილეგიები

პასუხისმგებლობა საკუთარი თავის მიმართ

სამედიცინო ეთიკის მომავალი

დანართი A – გლოსარიუმი

დანართი B – სამედიცინო ეთიკის რესურსები ინტერნეტში

დანართი C – მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია:
რეზოლუცია მთელს მსოფლიოში სამედიცინო სკოლების
კურიკულუმებში სამედიცინო ეთიკისა და ადამიანების უფლებების
ჩართვის შესახებ, და
სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაცია:
დიპლომამდელი სამედიცინო განათლება–ხარისხის გაუმჯობესების
გლობალური სტანდარტები

დანართი D – სამედიცინო სკოლებში ეთიკის სწავლების გაძლიერება

დანართი E – დამატებითი შემთხვევები

მადლიერება

მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ეთიკური დეპარატამენტი დიდად მადლიერია იმ პიროვნებებისა, რომლებმაც სახელმძღვანელოს პირველ სამუშაო ვერსიებზე გააკეთეს საფუძვლიანი და მნიშვნელოვანი შენიშვნები:

პროფ. სოლი ბენატარი, კეიპ ტაუნის უნივერსიტეტი, სამხრეთ აფრიკა
პროფ. კენეტ ბოიდი, ედინბურგის უნივერსიტეტი, შოტლანდია
დოქტორი ანეტ ჯ. რაუნაკ-მეიერი, ადელაიდას უნივერსიტეტი, ავსტრალია
დოქტორი რობერტ კარლსონი, ედინბურგის უნივერსიტეტი, შოტლანდია
ბატონი სევ ფლუსი, მსა და კიომსი, ჟენევა, შვეიცარია
პროფ. ეუგენიუს გეფენასი, ვილნიუსის უნივერსიტეტი, ლიტვა
დოქტორი დელონ ჰუმანი, მსა, ფერნი-ვოლტერი, საფრანგეთი
დოქტორი გირიშ ბობი კაპური, ჯორჯ ვაშინგტონის უნივერსიტეტი, ვაშინგტონი, აშშ.
პროფ. ნუალა კენი, დელჰაუზის უნივერსიტეტი, ჰაიფა, კანადა
პროფ. ჩერილ კოქს მაკფერსონი, სენტ ჯორჯის უნივერსიტეტი, გრენადა
ბატონი მარეიკ მოელერი, ჰანოვერის სამედიცინო სკოლა, გერმანია
პროფ. ფერენც ობერფრანკი, უნგრეთის მეცნიერებათა აკადემია, ბუდაპეშტი, უნგრეთი
ბატონი ატიფ რაჰმანი, ქაიბერის სამედიცინო კოლეჯი, პეშავარი, პაკისტანი
ბატონი მუჰამედ სვეილემი, ბანჰას მედიცინის ფაკულტეტი, ბანჰა, ეგვიპტე და მისი ათი სტუდენტი

მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ეთიკის დეპარატამენტს ნაწილობრივ მხარდაჭერას უწევს ჯონსონ&ჯონსონის საგანმანათლებლო გრანტი

წინასიტყვაობა

დოქტორი დელონ ჰუმანი
მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის
გენერალური მდივანი

წარმოუდგენელია, მაგრამ მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო ეთიკის ფუძემდებლებმა, მათ შორის მაგალითად ჰიპოკრატე, შექმნეს თავიანთი შრომები დაახლოებით 2000 წლის წინ, დღემდე სამედიცინო პროფესიაში არ არსებობს ყველას მიერ აღიარებული სამედიცინო ეთიკის სწავლების ერთიანი კურიკულუმი. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის მოცემული სახელმძღვანელო პირველია და ის მიზნად ისახავს ამ დანაკლისის შევსებას.
მოცემული სახელმძღვანელოს შექმნის იდეა წარმოიქმნა მსოფლიოს ექიმთა ასამლეის 51-ე გენერალურ ასამლეაზე 1999 წელს. აქ შეკრებილმა ექიმებმა, რომლებიც წარმოადგენდნენ მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნების ეროვნულ ექიმთა ასოციაციებს, გადაწყვიტეს „მტკიცე რეკომენდაცია გაეწიათ მსოფლიოს ყველა სამედიცინო ინსტიტუტებისთვის, რათა მათ თავიანთ სასწავლო პროგრამებში ჩაერთოთ სამედიცინო ეთიკისა და ადამიანის უფლებების სავალდებულო სასწავლო კურსი". ამ გადაწყვეტილების შესაბამისად დაიწყო მუშაობა სტუდენტებისა და ექიმებისათვის მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის პოლიტიკაზე დაფუძნებული სამედიცინო ეთიკის საბაზისო კურსის შექმნაზე, რომელიც თავისთავად არ უნდა ყოფილიყო მხოლოდ პოლიტიკის ამსახველი დოკუმენტი. მოცემული სახელმძღვანელო წარმოადგენს მეტად ფართო, გლობალური, საფუძვლიანი კონსულტაციური პროცესების შედეგს, რომელსაც ხელმძღვანელობა და კოორდინაცია გაუწია მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ეთიკის დეპარტამენტმა.
თანამედროვე ჯანდაცვა განსაკუთრებით კომპლექსური და მრავალწახნაგოვანი ეთიკური დილემების წინაშე აღმოჩნდა. ხშირად ექიმები არ არიან მზად მათი კომპეტენტური მართვისათვის. მოცემული წიგნი სპეციალურად იქნა შედგენილი ეთიკაში ექიმების ცოდნისა და პრაქტიკის გასაძლიერებლად და ის გვთავაზობს ინსტრუმენტებს სხვადასხვა ეთიკური დილემების გადაჭრისათვის. ეს სახელმძღვანელო არ არის „სწორი და არასწორი" პასუხების ჩამონათვალი, ის მიმართულია ექიმების იმ ღირებულებების გასაძლიერებლად, რომლებიც ეთიკური გადაწყვეტილების საფუძველს წარმოადგნენ. ამ მიზნით წიგნში მოცემული იქნება რამდენიმე შემთხვევა, რომლებიც შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ეთიკური განსჯისათვის როგორც ინდივიდუალურ დონეზე, ასევე ჯგუფში სამუშაოდ.
როგორც ექიმები, ჩვენ ვაცნობიერებთ, რომ ჩვენთვის პრივილეგიას წარმოადგენს შესაძლებლობა ვიყოთ ჩართულები ექიმი-პაციენტის ურთიერთობებში, როგორც უნიკალური ურთიერთობება ის სამეცნიერო ცოდნის გამდიდრების საშუალებას იძლევა. თავის მხრივ კი მის საფუძველს ეთიკა და ნდობა წარმოადგენს. მოცემული სახელმძღვანელო ისეა აგებული, რომ შევეხოთ ურთიერთობების სხვადასხვა სახეებს, რომლებშიც ექიმები მონაწილეობენ, თუმცა ყველა ამ შემთხვევაში უმთავრესი მაინც ექიმი-პაციენტის ურთიერთობებია. ბოლო დროს ეს ურთიერთობები რესურსების ნაკლებობისა და სხვა არანაკლებ მნიშვნელოვანი მიზეზების გამო გარკვეულ კრიზისს განიცდიან. მოცემული სახელმძღვანელო წარმოაჩენს ეთიკაში პრაქტიკის გაძლიერების აუცილებლობას. და ბოლოს, სამედიცინო ეთიკასთან დაკავშირებულ ნებისმიერ დისკუსიაში ცენტრალურ ადგილზე პაციენტია. ეროვნული სამედიცინო ორგანიზაციების უმეტესობა აღიარებს, რომ მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების დროს უპირველეს ყოვლისა გათვალისწინებული

უნდა იქნას ყოველი კონკრეტული პაციენტის ინტერესები. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის სამედიცინო ეთიკის მოცემული კურსი წარმატებული იქნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ის დაგვეხმარება სტუდენტი მედიკოსების და ექიმების მომზადებაში, ყოველდღიურ მუშაობაში წარმოქმნილი მრავალრიცხოვანი ეთიკური პრობლემების გასაწყვეტასა და პაციენტის ინტერესების პრიორიტეტულობის გათვალისწინებით ეფექტური გზების მოძიებაში.

შესავალი

რა არის სამედიცინო ეთიკა?

განვიხილოთ სამედიცინო შემთხვევები, რომლებსაც შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ნებისმიერ ქვეყანაში:

1. ექიმი პ., გამოცდილი ქირურგი, ასრულებს ღამის მორიგეობას საშუალო სიმძლავრის (საშუალო დონის) რაიონულ საავადმყოფოში. დედას საავადმყოფოში შემოყავს ახალგაზრდა ქალიშვილი. დედა ექთანს ეუბნება, რომ მან უნდა მიაქციოს ყურადღება დანარჩენ შვილებს, რის შემდეგ ის დაუყოვნებლივ ტოვებს საავადმყოფოს. პაციენტს აღენიშნება საშვილოსნოდან სისხლდენა და ძლიერი ტკივილი. გასინჯვის შემდეგ ექიმი პ.-ს აზრით აღნიშნული ჩივილების მიზეზი შესაძლოა იყოს ხელოვნური ან თვითნებითი აბორტი (ან ორსულობის ხელოვნური ან თვითნებითი შეწყვეტა). ექიმი ატარებს საშვილოსნოს ყელის დილატაციას და კიურეტაჟს. ის სთხოვს ექთანს გაარკვიოს პაციენტთან, შეუძლია თუ არა მას საავადმყოფოში დაყოვნების (ჰოსპიტალიზაციის) ხარჯების ანაზღაურება იმ ხნის განმავლობაში, სანამ მისი გაწერა უსაფრთხო იქნება მისი ჯანმრთელობისათვის. ექიმი კ. ცვლის ექიმ პ.-ს, რომელიც მიდის სახლში პაციენტთან გასაუბრების გარეშე.

2. ექიმი ს., ძალიან იმედგაცრუებული რჩება, როდესაც პაციენტები მასთან ვიზიტამდე ან ვიზიტის შემდეგ იგივე პრობლემის გამო სხვა ექიმებთანაც გადიან კონსულტაციას. მას ეს მიაჩნია რესურსების დანაკარგად და პაციენტის ჯანმრთელობისათვის საზიანოდ. მან გადაწყვიტა ესეთ პაციენტებს უთხრას, რომ ის შეწყვეტს მათ მიღებას, თუ პაციენტები გააგრძელებენ იმავე პრობლემის გამო სხვა ექიმებთან მიმართვას. მას გადაწყვეტილი აქვს მიმართოს სამედიცინო ასოციაციას თხოვნით ხელისუფლების წინაშე მოცემული საკითხის ლობირებასთან დაკავშირებით, რათა თავიდან იქნას აცილებული ჯანდაცვის რესურსების არაეფექტური გამოყენების აღნიშნული ფორმა.

3. ექიმი კ., ქალაქის საავადმყოფოს ახალგაზრდა ანესთეზიოლოგი, შეშფოთებულია საოპერაციოში მთავარი ქირურგის ქცევის გამო. ქირურგი არ იყენებს თანამედროვე ტექნოლოგიებს, რაც იწვევს ოპერაციის ხანგრძლივობის გაზრდას, პოსტოპერაციული ტკივილების ინტენსივობის მატებას და რეაბილიტაციის დროის გახანგრძლივებას. უფრო მეტიც, ის ხშირად უხეშად ხუმრობს პაციენტებისა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის მისამართით. როგორც უფრო ახალგაზრდა სპეციალისტი, ექიმი კ., იძულებულია გააკრიტიკოს ქირურგი ან მოახსენოს ზემდგომ ხელმძღვანელობას. ამგვარად, ის გრძნობს, რომ მან უნდა მიიღოს რაიმე ზომები სიტუაციის გასაუმჯობესებლად.

4. ექიმი რ. მუშაობს პატარა პროვინციულ ქალაქში თერაპევტად. მას მიმართა ერთ-ერთი კონტრაქტული კვლევითი ფირმის (C.R.O) წარმომადგენელმა და შესთავაზა ახალი არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატის (ოსტეოართრიტის სამკურნალოდ) კლინიკურ გამოცდაში მონაწილეობის მიღება. კვლევაში მონაწილე ყოველი პაციენტის სანაცვლოდ ექიმს შესთავაზეს გარკვეული ანაზღაურება.
ფირმის (C.R.O) წარმომადგენელი არწმუნებს ექიმს, რომ გამოცდის პროექტმა გაიარა ყველა საჭირო ფორმალობა, ეთიკის კომისიის ნებართვის ჩათვლით. ექიმ

რ.-ს აქამდე არასოდეს მიუღია მონაწილეობა პრეპარატის გამოცდაში. ექიმი რ. კმაყოფილია შეთავაზებით და დამატებითი ანაზღაურების მიღების პერსპექტივის შესაძლებლობით. ექიმმა რ. განაცხადა თანხმობა ისე, რომ არ დაინტერესდა კვლევის მეცნიერული ან ეთიკური ასპექტებით.

ყოველ მოცემულ შემთხვევაში ადგილი აქვს ეთიკურ ასპექტებს. როგორ უნდა მოიქცეს ექიმი მოცემულ შემთხვევებში და რა გადაწყვეტილება უნდა მიიღოს მან. ეს არ არის სამეცნიერო ან ტექნიკური საკითხი და ისეთი შეკითხვის ანალოგი როგორიცაა: „როგორ უმკურნალოთ დიაბეტს", არამედ ეს არის საკითხი ღირებულებების, უფლებებისა და პასუხისმგებლობების შესახებ. ექიმების წინაშე უკვე ხშირად დგება ამ ტიპის საკითხები.
მედიცინაში, სპეციალობის მიუხედავად, ზოგიერთ საკითხზე უფრო მარტივია პასუხის გაცემა, ვიდრე სხვებზე. თაბაშირის ან მარტივი ნაკერის დადება გამოცდილი სპეციალისტისათვის არ წარმოადგენს სირთულეს. ამის საპირისპიროდ შესაძლებელია გარკვეული გაურკვევლობა ან აზრთა სხვადასხვაობა წარმოიქმნას ამა თუ იმ დაავადების მკურნალობის მეთოდებთან დაკავშირებით, ისეთ ბანალურნ დაავადებებთან მიმართებითაც კი როგორიცაა ტუბერკულოზი ან ჰიპერტონია. ამის მსგავსად, სამედიცინო ეთიკის პრობლემებსაც სხვადასხვა ტიპის სირთულეები შეიძლება ჰქონდეთ. ზოგიერთზე პასუხი შეიძლება მარტივად იქნას გაცემული, ეს ხდება იმ შემთხვევაში, თუ კონკრეტულ სიტუაციაში არსებობს კონსენსუსი „სწორი" ქმედების თაობაზე (მაგალითად, ექიმმა უნდა მიიღოს პაციენტის თანხმობა კვლევებში მის მონაწილეობასთან დაკავშირებით). დანარჩენი საკითხები ბევრად უფრო რთულია, განსაკუთრებით ის საკითხები, რომლებთან მიმართებით არ არის დამკვიდრებული ქცევის მიღებული მოდელი, ან თუ შესაძლო ალტერნატივებს აქვთ უარყოფითი მხარეები (მაგალითად, შეზღუდული სამედიცინო რესურსების განაწილების პრობლემა).
მაშ რა არის ეთიკა და როგორ ეხმარება ის ექიმს მსგავსი პრობლემების გადაწყვეტაში? მარტივად რომ ვთქვათ, ეთიკა არის სწავლება მორალის შესახებ - წარსულში და აწმყოში მიღებული და მომავალში მისაღები მორალური გადაწყვეტილებებისა და ქცევის ასახვა, მათი დეტალური და სისტემატური ანალიზი. ქცევის ნორმები უკავშირდება ისეთ ცნებებს, როგორიცაა „უფლებები", „პასუხისმგებლობები", „ცუდი-კარგი", „სწორი-არასწორი", „სამართლიანი-უსამართლო". ამ კონტექსტში ეთიკა უპირატესად ცოდნასთან დაკავშირებული კატეგორიაა, ხოლო მორალი-ქმედების შერჩევასთან. მათი მჭიდრო კავშირი განპირობებულია ეთიკის ფუნქციით - მოიძიოს რაციონალური დასაბუთება ქცევის შერჩეული ვარიანტის უპირატესობაზე.
რადგან ეთიკა ეხება ადამიანის ქცევისა და გადაწყვეტილებების მიღების ყველა ასპექტს, ის წარმოადგენს ცოდნის მეტად ფართო და კომპლექსურ სფეროს მრავალი დარგითა და ქვეგანყოფილებით. მოცემული სახელმძღვანელო ფოკუსირებულია სამედიცინო ეთიკაზე, ეთიკის დარგზე, რომელიც შეისწავლის სამედიცინო პრაქტიკის მორალურ საკითხებს. სამედიცინო ეთიკა მჭიდროდ უკავშირდება ბიოეთიკას (ბიოსამედიცინო ეთიკა), მაგრამ არ არის მისი იდენტური. სამედიცინო ეთიკა კონცენტრაციას ახდენს ძირითადად სამედიცინო პრაქტიკაში წარმოქმნილ საკითხებზე, ბიოეთიკა კი მეტად ფართო საგანია, რომელიც შეისწავლის იმ მორალურ საკითხებს, რომლებიც წარმოიქმნება ბიოლოგიური მეცნიერებების განვითარებასთან ერთად. ბიოეთიკა იმითაც განსხვავდება სამედიცინო ეთიკისაგან, რომ ის არ მოითხოვს ტრადიციული ღირებულებების აღიარებას, რომლებიც ფუნდამენტურია სამედიცინო ეთიკაში და ამაში ჩვენ დავრწმუნდებით მეორე თავში.

როგორც აკადემიურ დისციპლინას, სამედიცინო ეთიკას აქვს მისი საკუთარი ლექსიკონი, რომელშიც ბევრი ტერმინი ფილოსოფიიდან არის ნასესხები. მოცემული სახელმძღვანელო არ გულისხმობს, რომ მკითხველი გათვითცნობიერებულია ფილოსოფიაში, ამიტომ საკვანძო ტერმინების განმარტებები წარმოდგენილია გლოსარიუმში სახელმძღვანელოს ბოლოს.

ეთიკა არის სწავლება მორალის შესახებ - მორალური გადაწყვეტილებებისა და ქცევის დეტალური და სისტემატური ანალიზი.

რატომ უნდა შევისწავლოთ სამედიცინო ეთიკა?

„როდესაც ექიმი მცოდნე და გამოცდილი კლინიცისტია, მაშინ ეთიკა ზედმეტია".
„ეთიკა ისწავლება ოჯახში და არა სამედიცინო სკოლაში".
„სამედიცინო ეთიკის შესწავლა შეიძლება გამოცდილი ექიმის საქმიანობაზე დაკვირვებით და არა წიგნებით ან ლექციებით".
„ეთიკა მნიშვნელოვანია, მაგრამ ჩვენი კურიკულუმი იმდენად გადატვირთულია, რომ არ რჩება ადგილი ეთიკის სწავლებისათვის".
ეს იმ გამონათქვამების ნაწილია, რომელთა გამო ეთიკას არ უკავია ერთ-ერთი წამყვანი ადგილი სამედიცინო სკოლების სასწავლო პროგრამებში. თითოეულ ამ გამონათქვამში რა თქმა უნდა არსებობს ჭეშმარიტება, მაგრამ მხოლოდ ნაწილობრივ. მთელს მსოფლიოში სამედიცინო სკოლები სულ უფრო ხშირად აცნობიერებენ, რომ ეთიკის სწავლებისათვის უნდა გამოიყოს სათანადო დრო და რესურსები. ამასთან დაკავშირებით არსებობს მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციისა და სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაციის მნიშვნელოვანი მხარდაჭერა (იხ. დანართი გ).
მოცემული სახელმძღვანელო ნათლად გვიჩვენებს სამედიცინო განათლებაში ეთიკის სწავლების მნიშვნელობას. ზოგადად, შეიძლება ითქვას, რომ ეთიკა ყოველთვის იყო და რჩება სამედიცინო პრაქტიკის განუყოფელ ნაწილად. ეთიკური პრინციპები, როგორიცაა ადამიანის პატივისცემა, ინფორმირებული თანხმობა და კონფიდენციალობა, წარმოადგენენ ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის საფუძველს. თუმცა ზოგჯერ მოცემული პრინციპებით ხელმძღვანელობა კონკრეტულ შემთხვევაში გარკვეულ სირთულესთან არის დაკავშირებული, რადგან ექიმებს, პაციენტებს, მათი ოჯახის წევრებს და სხვა სამედიცინო პერსონალს შესაძლებელია ჰქონდეს განსხვავებული აზრი იმის შესახებ თუ რა არის სწორი მოცემულ შემთხვევაში. ეთიკის შესწავლა სტუდენტებს ამზადებს რთული სიტუაციების გაცნობიერებისა და წარმოქმნილი დილემების რაციონალური გადაჭრისათვის. ეთიკა ექიმისათვის მნიშვნელოვანია ასევე საზოგადოებასთან და კოლეგებთან ურთიერთობების პროცესში და სამედიცინო კვლევების ჩატარებისთვის.

ეთიკის შესწავლა სტუდენტებს ამზადებს რთული სიტუაციების გაცნობიერებისა და წარმოქმნილი დილემების რაციონალური გადაჭრისათვის.

სამედიცინო ეთიკა, სამედიცინო პროფესიონალიზმი, ადამიანის უფლებები და სამართალი

პირველ თავში ნაჩვენები იქნება, რომ ეთიკა წარმოადგენს მედიცინის შემადგენელ ნაწილს ჯერ კიდევ ჰიპოკრატეს (ბერძენი მკურნალი, ჩვ. წ.-მდე V საუკუნე) დროიდან, რომელიც ითვლება სამედიცინო ეთიკის ფუძემდებლად. შწორედ ამ პერიოდიდან მედიცინა გაიგივებულია პროფესიასთან, რომლის დაუფლების შემდეგ ექიმები საჯაროდ დებენ ფიცს იმის შესახებ, რომ მათთვის საკუთარ ინტერესებზე უფრო მნიშვნელოვანი პაციენტების ინტერესები იქნება (დაწვრილებით იხილეთ თავი სამი). მოცემული სახელმძღვანელო ნათლად წარმოაჩენს ეთიკასა და პროფესიონალიზმს შორის კავშირს.

ბოლო პერიოდში სამედიცინო ეთიკაზე მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინა მიღწევებმა ადამიანის უფლებების სფეროში. პლურალიზმისა და სხვადასხვა ტრადიციების მქონე უამრავი კულტურისა და სხვადასხვა მორალური ტრადიციების მქონე სამყაროში ადამიანის უფლებების სფეროში მიღებული ძირითადი შეთანხმებები აყალიბებენ საფუძვლებს სამედიცინო ეთიკისათვის, რაც მისაღებია ეროვნული ან კულტურული საზღვრების მიუხედავად. გარდა ამისა, ექიმები ხშირად თავიანთ პრაქტიკაში აწყდებიან ადამიანის უფლებების დარღვევით გამოწვეულ სამედიცინო პრობლემებს, მაგალითად იძულებითი მიგრაცია ან წამება. ამგვარად ექიმების საქმიანობაზე ზეგავლენას ახდენს დებატების შედეგები მაგალითად იმის შესახებ, არის თუ არა ადამიანის ჯანმრთელობაზე უფლება ადამიანის ერთ-ერთი ძირითადი უფლება. ცალკეულ ქვეყანაში ამ შეკითხვაზე პასუხის შესაბამისად განისაზღვრება თუ ვის აქვს უფლება მიიღოს სამედიცინო მომსახურება. მოცემულ სახელმძღვანელოში ჩვენ დაწვრილებით განვიხილავთ ადამიანის უფლებების სფეროს გავლენას სამედიცინო პრაქტიკაზე.

სამედიცინო ეთიკა ასევე მჭიდროდ არის დაკავშირებული კანონმდებლობასთან. უმეტეს ქვეყანაში არსებობს კანონმდებლობა, რომელიც აწესრიგებს ექიმის საქმიანობის ეთიკურ ასპექტებს პაციენტთან და სამედიცინო კვლევებთან მიმართებაში. გარდა ამისა, სამედიცინო მარეგულირებელ და სალიცენზიო ორგანოებს უფლება აქვთ დასაჯონ ექიმები ეთიკის ნორმების დარღვევისათვის. მაგრამ ეთიკა და კანონი არ არის ერთი და იგივე. უმეტეს წილად სამედიცინო ეთიკა ქცევის უფრო მაღალ სტანდარტებს აწესებს, ვიდრე კანონმდებლობა, ცალკეულ შემთხვევებში კი ავალდებულებს ექიმს დაარღვიოს კანონი, რომელიც არაეთიკურ საქციელს გულისხმობს. გარდა ამისა, კანონმდებლობა სხვადასხვა ქვეყანაში მნიშვნელოვნად განსხვავდება, მაშინ როდესაც ეთიკა უნივერსალური ცნებაა და არ არის დამოკიდებული ეროვნულ საზღვრებზე. ამ მიზეზების გამო მოცემული სახლემძღვანელო ყურადღებას გაამახვილებს ეთიკაზე და არა კანონმდებლობაზე.

სამედიცინო ეთიკა ქცევის უფრო მაღალ სტანდარტებს აწესებს, ვიდრე კანონმდებლობა, ცალკეულ შემთხვევებში კი ავალდებულებს ექიმს დაარღვიოს კანონი, რომელიც არაეთიკურ საქციელს გულისხმობს.

დასკვნა

მედიცინა ერთდროულად მეცნიერებაცაა და ხელოვნებაც. მისი მეცნიერული ნაწილი შეისწავლის მოვლენებს, რომლებზეც შეიძლება დაკვირვება და გაზომვა – გამოცდილი ექიმი დაავადებას ამოიცნობს სიმპტომების მიხედვით და მან იცის თუ როგორ უნდა უმკურნალოს პაციენტს. მაგრამ მეცნიერებას ამავე დროს თავისი საზღვრები გააჩნია, განსაკუთრებით ადამიანურ

ინდივიდუალურობასთან, კულტურასთან, რელიგიასთან, თავისუფლებასა და პასუხისმგებლობასთან მიმართებაში. მედიცინა როგორც ხელოვნება გულისხმობს სამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების გამოყენებას ინდივიდუალურ პაციენტებთან, ოჯახებთან და საზოგადოებასთან მიმართებაში, თითოეული მათგანი ერთადერთი და განუმეორებელია. განსხვავებები პაციენტებს, ოჯახებსა და საზოგადოებებს შორის არ ატარებენ ფიზიოლოგიურ ხასიათს, სწორედ ამიტომ წამყვანი ამ შემთხვევაში ჰუმანიტარული და სოციალური მეცნიერებებია, და მათ შორის ეთიკა. თვით ეთიკასაც ბევრი რამ სხვა სფეროებიდან აქვს აღებული. მაგალითად, რეალური სიტუაციის გათამაშება შესაძლებელია უფრო ეფექტური აღმოჩნდეს, ვიდრე მხოლოდ პრობლემის არსის აღწერა.

მოცემული სახელმძღვანელო სამედიცინო ეთიკის საგნისა და საკვანძო საკითხების შესახებ მხოლოდ საბაზისო წარმოდგენას იძლევა. მისი მიზანია მკითხველს სტიმული მისცეს მედიცინის ეთიკური ასპექტების დამოუკიდებელი ანალიზისათვის, და განსაკუთრებით, ყოველდღიური პრაქტიკის ეთიკური დილემების გადაჭრისათვის. დარგობრივი რესურსების სია, რომლებიც თქვენ დაგეხმარებათ დარგში ცოდნის გაღრმავებაში, წარმოდგენილია მეორე დანართში.

თავი 1 –
სამედიცინო ეთიკის ძირითადი მახასიათებლები

მიზნები

მოცემული თავის შესწავლის შემდეგ თქვენ უნდა შეძლოთ:

- **ახსნათ, რატომ არის მნიშვნელოვანი ეთიკა მედიცინაში**
- **დაასახელოთ სამედიცინო ეთიკის ძირითადი წყაროები**
- **ამოიცნოთ ეთიკური გადაწყვეტილების მიღების სხვადასხვა მიდგომები, მათ შორის თქვენი საკუთარი**

რა არის განსაკუთრებული მედიცინაში?

ისტორია გვიჩვენებს, რომ მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში ექიმად ყოფნა ყოველთვის რაღაც განსაკუთრებულთან იყო დაკავშირებული. ადამიანები ექიმს დახმარებისათვის მიმართავენ ყველაზე მძიმე შემთხვევებში, რათა განთავისუფლდნენ ტკივილისა და ტანჯვისაგან და აღიდგინონ საკუთარი ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა. ისინი ექიმებს საკუთარი თავის დათვალიერების, სხეულის ნებისმიერ ნაწილთან (მათ შორის ინტიმურთანაც კი) შეხებისა და მანიპულაციის ჩატარების საშუალებას აძლევენ. ისინი ამას აკეთებენ რადგან ისინი დარწმუნებულები არიან, რომ ექიმი მოქმედებენ მათი ინტერესების დაცვით.
ექიმის სტატუსი ქვეყნების ან ერთი ქვეყნის რაიონების მიხედვით განსხვავდება. თუმცა ზოგადად შესაძლებელია ვისაუბროთ ექიმის სტატუსის შესუსტებაზე. ექიმთა უმრავლესობა გრძნობს, რომ მათ მიმართ პატივისცემა ისეთი აღარ არის, როგორიც ეს ადრე იყო.

თუმცა ზოგადად შესაძლებელია ვისაუბროთ ექიმის სტატუსის შესუსტებაზე. ექიმთა უმრავლესობა გრძნობს, რომ მათ მიმართ პატივისცემა ისეთი აღარ არის, როგორიც ეს ადრე იყო.

ზოგიერთ ქვეყანაში ჯანდაცვაზე კონტროლი ექიმებიდან მენეჯერებისა და ბიუროკრატების ხელში გადავიდა, რომლებიც ექიმებს განიხილავენ უფრო როგორც დაბრკოლებას, ვიდრე პარტნიორებს რეფორმების პროცესში. პაციენტები, რომლებიც ოდესღაც უსიტყვოდ ასრულებდნენ ექიმის დანიშნულებას, დღეს ექიმისაგან ითხოვენ მათი რეკომენდაციების დასაბუთებას, იმ შემთხვევაში თუ ექიმის მიერ გაცემული დანიშნულება განსხვავდება სხვა ექიმის რეკომენდაციებისაგან ან ინტერნეტში მოძიებული მასალისაგან. ზოგიერთი პროცედურა ადრე მხოლოდ ექიმების პრეროგატივა იყო, დღეს მათ ტექნიკური სპეციალისტები, ექთნები ან პარამედიკოსები ასრულებენ.
მიუხედავათ ექიმის სტატუსის მიმდინარე ცვლილებისა, მედიცინა კვლავ პროფესიაა, რომელსაც მნიშვნელოვნად აფასებენ დაავადებული ადამიანები,

რომლებსაც ექიმების მომსახურება ესაჭიროებათ. გარდა ამისა, ის კვლავ მიმზიდველად რჩება მრავალი ნიჭიერი, გულმოდგინე და თავისი საქმის ერთგული სტუდენტისათვის. სტუდენტი მედიკოსების და პაციენტების მოლოდინის დასაკმაყოფილებლად, მნიშვნელოვანია, რომ ექიმებმა იცოდნენ თუ რა არის მედიცინის საბაზისო ღირებულებები და თვითონვე იძლეოდნენ საუკეთესო მაგალითს, განსაკუთრებით კი ეს ეხება ისეთ ღირებულებებს, როგორიცაა: თანაგრძნობა, კომპეტენტურობა და დამოუკიდებლობა. ზემოთ აღნიშნული ღირებულებები ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებთან ერთად სამედიცინო ეთიკის საფუძველს წარმოადგენენ.

სტუდენტი მედიკოსების და პაციენტების მოლოდინის დასაკმაყოფილებლად, მნიშვნელოვანია, რომ ექიმებმა იცოდნენ თუ რა არის მედიცინის საბაზისო ღირებულებები და თვითონვე იძლეოდნენ საუკეთესო მაგალითს.

რა არის განსაკუთრებული სამედიცინო ეთიკაში?

თანაგრძნობა, კომპეტენტურობა და ავტონომია საჭიროა არა მხოლოდ მედიცინაში. თუმცა ექიმებისთვის ამ ღირებულებათა დაცვის მოთხოვნები გაცილებით მაღალია, ვიდრე სხვა პროფესიის წარმომადგენლებისთვის.
თანაგრძნობა, გაგება და ზრუნვა სხვების პრობლემებზე ძალიან მნიშვნელოვანია სამედიცინო პრაქტიკაში. პაციენტის პრობლემების გადასაჭრელად ექიმს უნდა შეეძლოს სიმპტომებისა და დაავადების გამომწვევი მიზეზების ამოცნობა, რათა შემდგომ ის დაეხმაროს პაციენტს დროულ გამოჯანმრთელებაში. პაციენტებს მკურნალობის მიმართ უფრო კარგი დამოკიდებულება უჩნდებათ იმ შემთხვევაში, თუ ისინი ხედავენ, რომ ექიმს ესმის მათი პრობლემა და ექიმი მკურნალობს პაციენტს და არა მის დაავადებას. ექიმებისგან მოელიან და მოითხოვენ მაღალ კომპეტენტურობას. მისმა ნაკლებობამ შესაძლებელია გამოიწვიოს სიკვდილი ან პაციენტის სერიოზული დაავადება. კომპეტენციების მაღალი დონის მისაღწევად ექიმები დახელოვნების ხანგრძლივ გზას გადიან, თუმცა სამედიცინო მეცნიერების განვითარების მაღალი ტემპების გამო, ცოდნის დონის მეცნიერების თანამედროვე დონესთან შესაბამისობის შენარჩუნება არ არის ადვილი ამოცანა ნებისმიერი ექიმისათვის. ამის გარდა ექიმმა უნდა განავითაროს არა მხოლოდ თავისი მეცნიერული ცოდნა და ტექნიკური უნარ-ჩვევები, არამედ ეთიკური ცოდნა, უნარ-ჩვევები და დამოკიდებულებები, რადგან მედიცინის ცვლილებების პარალელურად სოციალურ ან პოლიტიკურ გარემოში ხდება ახალი ტიპის ეთიკური პრობლემებისა და საკითხების აღმოცენება.
ავტონომია მედიცინის ძირითადი ღირებულებაა, რომელმაც დროთა განმავლობაში ყველაზე მეტი ცვლილება განიცადა. ადრე ექიმს მკურნალობის მეთოდის შერჩევისას თვითონ ჰქონდა კლინიკური ავტონომიის მაღალი ხარისხი. ექიმები კოლექტიურად (სამედიცინო პროფესია) დამოუკიდებლად განსაზღვრავდნენ სამედიცინო განათლებისა და სამედიცინო პრაქტიკის სტანდარტებს. სახელმძღვანელოში შემდგომ ნაჩვენები იქნება, რომ ბევრ ქვეყანაში ხელისუფლება და სხვა უფლებამოსილი ორგანოები სულ უფრო მეტად ზღუდავენ ექიმის ავტონომიის ორივე გზას. მიუხედავად ამისა, ექიმები კვლავ აფასებენ თავიანთ კლინიკურ და პროფესიულ ავტონომიას და ცდილობენ მის შენარჩუნებას როდესაც ეს შესაძლებელია. ამავე დროს, ფართოდ იქნა აღიარებული ექიმების მხრიდანაც პაციენტების ავტონომია, მათი ერთპიროვნული უფლება გადაწყვეტილების მიღებაზე, რაც ზეგავლენას ახდენს მათ მდგომარეობაზე. მოცემულ სახელმძღვანელოში მოყვანილი იქნება პოტენციური კონფლიქტების მაგალითები, რომლებიც წარმოიქმნება ისეთი

პრინციპების თანხვედრისას, როგორიცაა ექიმის ავტონომია და პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა.
გარდა ამ ძირითადი ღირებულებების დაცვისა, სამედიცინო ეთიკა განსხვავდება ყველა სხვა სფეროში გამოყენებული ეთიკისაგან იმითაც, რომ მისი გაჟღერება ხდება ღიად ფიცში, რომლის მაგალითს წარმოადგენს მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ჟენევის დეკლარაცია) და/ან კოდექსში. ფიცები და კოდექსები შესაძლებელია იყოს განსხვავებული სხვადასხვა ქვეყანაში ან თუნდაც ერთი ქვეყნის ფარგლებში, მაგრამ მათ აქვთ ბევრი საერთო მახასიათებელი, მათ შორის: ექიმის პირობა პატივი სცეს პაციენტის ინტერესებს საკუთარ ინტერესებზე მეტად, არ გაუწიოს დისკრიმინაცია პაციენტებს სქესის, რელიგიის ან სხვა მახასიათებლების მიხედვით, დაიცვას კონფიდენციალობა და გაუწიოს სამედიცინო დახმარება ყველას, ვისაც ეს ესაჭიროება.

მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ჟენევის დეკლარაცია

ვხდები რა სამედიცინო პროფესიის წარმომადგენელი, საზეიმოდ ვფიცავ:

- ჩემი ცხოვრება მივუძღვნა ადამიანის სამსახურს
- ღირსეული პატივი და მადლიერება მივაგო ჩემს მასწავლებლებს
- კეთილსინდისიერად და ღირსეულად შევასრულო ჩემი პროფესიული მოვალეობა
- პაციენტის ჯანმრთელობა გავიხადო ჩემს უმთავრეს საზრუნავად
- შევინახო ჩემთვის მინდობილი საიდუმლო, პაციენტის სიკვდილის შემდეგაც კი
- შეძლებისდაგვარად დავამკვიდრო საექიმო პროფესიის კეთილშობილური ტრადიციები
- კოლეგები მივიჩნიო ძმებად და დებად
- არ დავუშვა პაციენტის ასაკის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის, აღმსარებლობის, რასის, სქესის, ეროვნების, პოლიტიკური შეხედულებების, სექსუალური ორიენტაციის, სოციალური მდგომარეობის ზეგავლება ჩემი პროფესიული მოვალეობის აღსრულებაზე
- კვლავაც უსაზღვრო პატივი ვცე ადამიანის სიცოცხლეს მისი ჩასახისთანავე, ვერავითარმა ძალამ ვერ მაიძულოს გამოვიყენო სამედიცინო ცოდნა კაცთმოყვარეობის კანონების წინააღმდეგ
- ამ აღთქმას ვდებ საზეიმოდ, ნებაყოფლობით და უანგაროდ.

ვინ წყვეტს რა არის ეთიკური?

ეთიკა პლურალისტური ცნებაა. ადამიანებს შესაძლებელია ჰქონდეთ განსხვავებული აზრი იმის შესახებ, თუ რა არის სწორი, და რა - არასწორი; მაშინაც კი, როდესაც ისინი თანხმდებიან, დასაბუთება მაინც შესაძლებელია იყოს განსხვავებული. ზოგიერთ საზოგადოებაში მსგავსი აზრთა სხვადასხვაობა ნორმად ითვლება და თითოეულ ადამიანს მოქმედების არჩევანში დიდი თავისუფლება აქვს იმ პირობით, რომ ეს არ არღვევს სხვა ადამიანის უფლებებს. თუმცა უფრო ტრადიციულ ქვეყნებში ეთიკის შესახებ აზრი უფრო კონსერვატულია, და ქცევის ერთ-ერთი სახეობის სასარგებლოდ შესაძლებელია გამოვლინდეს საზოგადოების ზეწოლა, რომელიც მხარდაჭერილი იქნება კანონითაც კი. ესეთ საზოგადოებებში ეთიკურ ქცევას განსაზღვრავს ძირითადად კულტურა და რელიგია.

ამგვარად შეკითხვაზე თუ „ვინ წყვეტს რა არის ეთიკური ზოგადად ადამიანებისათვის?" პასუხი სხვადასხვა საზოგადოებებში ან თუნდაც ერთი საზოგადოების ფარგლებშიც კი შესაძლებელია იყოს განსხვავებული. ლიბერალურ საზოგადოებაში ინდივიდს გააჩნია მნიშვნელოვანი თავისუფლება ეთიკური ქცევის განსაზღვრისათვის, თუმცა უდაოდ მის საქციელზე გავლენას ახდენს ოჯახი, მეგობრები, რელიგია, მასმედია და სხვა გარეგანი ფაქტორები. უფრო ტრადიციულ საზოგადოებაში ეთიკურობის განსაზღვრაში უფრო დიდი გავლენა აქვს ოჯახს და კლანის უფროსებს, რელიგიურ ავტორიტეტებსა და პოლიტიკურ ლიდერებს, ვიდრე ინდივიდებს.

ამ განსხვავებების მიუხედავად, ადამიანების უმეტესობას შესაძლოა გააჩნდეს საერთო აზრი ფუნდამენტური ეთიკური პრინციპების შესახებ, მაგალითად ადამიანის ძირითადი უფლებები დეკლარირებულია გაეროს ადამიანთა უფლებების საყოველთაო დეკლარაციაში და ასევე სხვა ფართოდ გავრცელებულ და ოფიციალურად აღიარებულ დოკუმენტებში. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სამედიცინო ეთიკაში ადამიანის ისეთი უფლებები, როგორიცაა: უფლება სიცოცხლეზე, დისკრიმინაციისაგან, წამებისაგან, და ადამიანის ღირსების შემლახველი დამოკიდებულებებისაგან გათავისუფლების უფლება, აზრის და გამოხატვის თავისუფლება, საზოგადოებრივი მომსახურებით, კერძოდ სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობის უფლება და თანაბარი ხელმისაწვდომობა.

ახლო წარსულში ექიმებისათვის პასუხი შეკითხვაზე „ვინ წყვეტს რა არის ეთიკური?" განსხვავდებოდა ზოგადად სხვა ადამიანების პასუხისაგან. საუკუნეების განმავლობაში სამედიცინო პროფესიამ თავისი წარმომადგენლებისათვის შეიმუშავა ქცევის საკუთარი სტანდარტები, რომლებიც ეთიკურ კოდექსებსა და სხვა დოკუმენტებშია აღწერილი. გლობალურ დონეზე მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციამ შეიმუშავა და გამოაქვეყნა ექიმისაგან მოსალოდნელი ქცევის ეთიკური სტანდარტები, მიუხედავად ექიმის საცხოვრებელი და სამუშაო ადგილისა. ზოგიერთ, ან შეიძლება ითქვას, რომ უმეტეს ქვეყანაში, ეთიკური სტანდარტების შემუშავებასა და გამოყენებაზე პასუხისმგებლობა სამედიცინო ასოციაციებს აკისრიათ. სამედიცინო კანონმდებლობასთან ქვეყნის დამოკიდებულების შესაბამისად ამ სტანდარტებს შესაძლებელია იურიდიული სტატუსი ჰქონდეს.

თუმცა სამედიცინო პროფესიის პრივილეგია საკუთარი ეთიკური სტანდარტების შემუშავებაში არასოდეს არ იყო აბსოლუტური. მაგალითად:

- ექიმებს ყოველთვის ეხებათ ქვეყანაში მოქმედი ძირითადი კანონები და ზოგჯერ ისჯებიან მათი დარღვევისათვის.

- ზოგიერთმა სამედიცინო ორგანიზაციამ განიცადა რელიგიური მოძღვრების მნიშვნელოვანი გავლენა, რაც თავის მიმდევრებს დამატებით ვალდებულებებს აკისრებს, გარდა იმისა, რაც ყოველ ექიმს ევალება.
- ბევრ ქვეყანაში, იმ ორგანიზაციებში, რომლებიც ექიმების ქცევის სტანდარტებს განსაზღვრავენ და მათ შესრულებაზე ახორციელებენ მონიტორინგს, საგრძნობლად დიდია სხვა (არა ექიმები) პროფესიის მქონე წევრების რაოდენობა.

სამედიცინო ასოციაციების ეთიკური დირექტივები თავისი ბუნებით ზოგადია. მასში შეუძლებელია გათვალისწინებული იყოს ყველა სიტუაცია, რომელშიც შეიძლება აღმოჩნდეს ექიმი სამედიცინო პრაქტიკის პროცესში. უმეტეს შემთხვევაში ექიმმა თვითონ უნდა შეარჩიოს სწორი გადაწყვეტილება, მაგრამ გადაწყვეტილების მიღებისას სასარგებლო იქნება ექიმმა იცოდეს თუ როგორ მოიქცეოდნენ სხვა ექიმები ანალოგიურ სიტუაციაში. სამედიცინო კოდექსები და ნორმატიული დოკუმენტები ასახავენ ექიმის სასურველი ქცევის ამსახველ ზოგადად აღიარებულ შეხედულებებს, და ზოგადად რეკომენდებულია ექიმების მხრიდან მათი დაცვა, თუ არ არსებობს ქცევის სხვა ტიპის საფუძვლიანი მიზეზი.

გადაწყვეტილების მიღებისას სასარგებლო იქნება ექიმმა იცოდეს თუ როგორ მოიქცეოდნენ სხვა ექიმები ანალოგიურ სიტუაციაში.

იცვლება თუ არა სამედიცინო ეთიკა?

არ არსებობს ეჭვი, იმასთან დაკავშირებით, რომ სამედიცინო ეთიკა წლების განმავლობაში შეიცვალა. დღემდე ექიმებს ჰქონდათ უფლება და მოვალეობა თვითონ აერჩიათ პაციენტის მკურნალობის მეთოდი და მათ არ ევალებოდათ პაციენტისაგან ინფორმირებული თანხმობის მიღება. თუმცა მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის პაციენტთა უფლებების დეკლარაციის 2005 წლის ვერსია იწყება შემდეგნაირად: „ბოლო დროს ექიმს, პაციენტებსა, და კიდევ უფრო ფართოდ, საზოგადოებას შორის ურთიერთობებმა, მნიშვნელოვანი ცვლილებები განიცადა. ექიმმა უნდა იმოქმედოს არა მხოლოდ საკუთარი სინდისის და პაციენტის ინტერესების შესაბამისად, არამედ მან არანაკლები ძალისხმევა უნდა მოახმაროს პაციენტის ავტონომიისა და სამართლიანობის უზრუნველყოფას.” დღეს ბევრ ადამიანს მიაჩნია, რომ ისინი თვითონ უზრუნველყოფენ სამედიცინო მომსახურებას საკუთარი თავისთვის, ხოლო ექიმის როლი შემოიფარგლება კონსულტანტის ან ინსტრუქტორის როლით. მიუხედავად იმისა, რომ მკურნალობაში პაციენტის როლზე ეს აქცენტი არ არის უნივერსალური, ის მაინც ასახავს ექიმი-პაციენტის ურთიერთობების ზოგად ევოლუციას, რომელმაც მოიტანა ექიმის განსხვავებული ეთიკური ვალდებულებები.
ბოლო დრომდე ექიმები თვლიდნენ, რომ ანგარიშვალდებულები არიან მხოლოდ საკუთარი თავის, სამედიცინო პროფესიაში კოლეგების წინაშე, ხოლო მორწმუნეები დამატებით - ღმერთის წინაშე. დღეს მათ კიდევ სხვა დამატებითი ანგარიშვალდებულება გააჩნიათ მათი პაციენტების, მესამე მხარის, კერძოდ, საავადმყოფოს, ჯანდაცვითი ორგანიზაციების, სამედიცინო სალიცენზიო და მარეგულირებელი ორგანოების, და ხშირად კანონმდებლობის წინაშე. ამ განსხვავებულმა ანგარიშვალდებულებამ შესაძლოა წარმოშვას ერთმანეთს შორის კონფლიქტი, რაც უფრო დაწვრილებით განხილული იქნება მესამე თავში ორმაგი ლოიალობის ნაწილში.

განსხვავებულმა ანგარიშვალდებულებამ შესაძლოა წარმოშვას ერთმანეთს შორის კონფლიქტი.

მაგრამ სამედიცინო ეთიკა იცვლებოდა სხვა მიმართულებითაც. ბოლო დრომდე ყველა სამედიცინო კოდექსი კრძალავდა აბორტების ოპერაციებში მონაწილეობას, მაგრამ დღეს ზოგიერთ ქვეყანაში ეს დასაშვებია გარკვეული გარემოებების დროს. თუკი ტრადიციულ სამედიცინო ეთიკაში ექიმის პასუხისმგებლობა შემოიფარგლებოდა მხოლოდ ცალკეული პაციენტის წინაშე პასუხისმგებლობით, დღეს ყველას მიერ აღიარებულია, რომ ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს საზოგადოების მოთხოვნილებაც, განსაკუთრებით შეზღუდული სამედიცინო რესურსების განაწილების შემთხვევაში (იხ. თავი 3).
სამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების თანამედროვე მიღწევები წარმოქმნიან ახალ ეთიკურ საკითხებს, რომლებზეც პასუხი ძველი ტრადიციული სამედიცინო ეთიკის ფარგლებში არ არის. ხელოვნური განაყოფიერება, გენეტიკა, ბიოინფორმატიკა, სიცოცხლის გახანგრძლივების ტექნოლოგიები – მოითხოვენ ექიმის ჩარევას, მაგრამ ისინი ატარებენ როგორც პაციენტისათვის სასარგებლო პოტენციალს, ისე შესაძლო ზიანს, იმის შესაბამისად, თუ როგორ იქნებიან გამოყენებული. ექიმების გადაწყვეტილების მიღებაში დასახმარებლად, თუ რა შემთხვევაში მიიღონ მათ მონაწილეობა მსგავს ღონისძიებებში, სამედიცინო ასოციაციებმა უნდა გამოიყენონ სხვადასხვა სახის ანალიტიკური მეთოდები და არა ეთიკური ნორმების ტრადიციული კოდექსები.
მიუხედავად სამედიცინო ეთიკის ზემოთაღნიშნული აშკარა ცვლილებებისა, ექიმებს შორის ფართოდ არის გავრცელებული აზრი, რომ მედიცინის ფუნდამენტური ღირებულებები და ეთიკური პრინციპები არ უნდა შეიცვალოს. რადგან დაავადებების აღმოცენება გარდაუვალია, კაცობრიობას ყოველთვის ექნება საჭიროება მათი მკურნალი ექიმების თანაგრძნობაში, კომპეტენტურობასა და ავტონომიაში.

განსხვავდება თუ არა სამედიცინო ეთიკა სხვადასხვა ქვეყანაში?

სამედიცინო ეთიკა იცვლება დროში სამედიცინო მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების განვითარების და საზოგადოებრივი ღირებულებების საპასუხოდ, და სწორედ ამავე ფაქტორების ზეგავლენით სამედიცინო ეთიკა განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყანაში. მაგალითად, მნიშვნელოვნად განსხვავდება სხვადასხვა ეროვნული სამედიცინო ასოციაციების აზრი ევთანაზიის შესახებ. ზოგიერთი გმობს, ხოლო ზოგიერთი ნეიტრალურია მის მიმართ, სულ მცირე ერთისთვის, დანიის სამეფო სამედიცინო ასოციაციისთვის, ის მისაღებია გარკვეული გარემოებების პირობებში. ანალოგიურად ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობასთან მიმართებაში, ზოგიერთი ეროვნული სამედიცინო ასოციაცია მხარს უჭერს ყველა მოქალაქის თანასწორობას, მაშინ როდესაც სხვები ტოლერანტულები არიან მნიშვნელოვანი უთანასწორობის მიმართ. ზოგიერთ ქვეყანაში არსებობს დიდი ინტერესი განვითარებულ ტექნოლოგიებთან დაკავშირებული ეთიკური საკითხების მიმართ. იმ ქვეყნებში კი, სადაც არ არსებობს ხელმისაწვდომობა უახლეს ტექნოლოგიებზე, ინტერესიც შესაბამისად არ არის მაღალი. ზოგიერთ ქვეყანაში ექიმები დარწმუნებულები არიან, რომ ხელისუფლება მათ ვერ აიძულებს არაეთიკურად მოიქცნენ, მაშინ, როდესაც სხვა ქვეყნებში ექიმებისათვის რთულია ეთიკური პრინციპების დაცვა, მაგალითად კონფიდენციალობის დაცვა იმ პირობებში, როდესაც პოლიცია ან

სამხედრო ძალები მათგან „საეჭვო” ჭრილობების შესახებ შეტყობინებას მოითხოვენ.
მიუხედავად იმისა, რომ ზემოთ ჩამოთვლილი განსხვავებები მნიშვნელოვანია, მსგავსება მაინც უფრო მეტია. ექიმებს მთელი მსოფლიოს მასშტაბით ბევრი რამ აერთიანებთ და როდესაც ისინი იკრიბებიან ისეთ ორგანიზაციაში, როგორიცაა მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია, ისინი აღწევენ კონსენსუსს ნებისმიერ საკამათო ეთიკურ საკითხზე, თუმცა ეს ხანდახან ხანგრძლივ დებატებს მოითხოვს. სამედიცინო ეთიკის ძირითადი ღირებულებები- თანაგრძნობა, კომპეტენტურობა და ავტონომია, ექიმის გამოცდილებასა და უნარ-ჩვევებთან ერთად, ჯანდაცვის ყველა დარგში უზრუნველყოფენ მედიცინაში ეთიკური საკითხების ანალიზისა და გადაწყვეტილების მიღებისათვის მყარ საფუძველს, რაც სრულად ასახავს ცალკეული პაციენტის, მოქალაქის და ზოგადად ჯანდაცვის ინტერესებს.

მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის როლი

მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია წარმოადგენს ერთადერთ ორგანიზაციას, რომელიც მიისწრაფის წარმოადგინოს ყველა ექიმი ეროვნების და სპეციალობის მიუხედავად. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციამ იტვირთა მთელს მსოფლიოში გამოსაყენებელი სამედიცინო ეთიკის ზოგადი სტანდარტების შემუშავების მისია. თავისი დაარსებისთანავე 1947 წელს მან იმუშავა ნაცისტურ გერმანიაში და სხვა ქვეყნებში ექიმების არაეთიკური საქციელის გამეორების თავიდან აცილებაზე. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის პირველ მიზნად განისაზღვრა ჰიპოკრატეს ფიცის განახლება XX საუკუნის მოთხოვნების შესაბამისობაში მოყვანის მიზნით. ამ მიმართულებით მუშაობის შედეგს წარმოადგენს ჟენევის დეკლარაცია, რომელიც მიღებული იქნა მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის მეორე გენერალურ ასამბლეაზე 1948 წელს. მას შემდეგ ის რამდენჯერმე იქნა გადასინჯული, ბოლოს – 1994 წელს. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის მეორე ამოცანად განისაზღვრა სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსის შემუშავება, რომელიც მიღებული იქნა მესამე გენერალურ ასამბლეაზე და გადასინჯული იქნა 1968 წელს და 1983 წელს. მოცემულ მომენტში მიმდინარეობს მუშაობა კოდექსის მორიგ განახლებაზე. შემდეგ მიზნად განისაზღვრა ადამიანებზე კვლევების ჩატარების ეთიკური პრინციპების შემუშავება, რამაც მოითხოვა ბევრად უფრო მეტი დრო წინა ორ დოკუმენტთან შედარებით. პრინციპები მიღებული იქნა 1964 წელს ჰელსინკის დეკლარაციის სახით. მოცემულ დოკუმენტს ასევე გააჩნია რამდენიმე რედაქცია, ბოლო განახლება განხორციელდა 2000 წელს.
გარდა ამ პროგრამული დოკუმეტებისა, მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციამ შეიმუშავა დირექტივები 100-ზე მეტ ცალკეულ საკითხებზე, რომელთა უმეტესობა თავისი არსით ეთიკას განეკუთვნება, დანარჩენები – სამედიცინო და სოციალურ საკითხებს, მათ შორის სამედიცინო განათლებას და ჯანდაცვის სისტემებს. ყოველწლიურად მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია ახდენს გამოცემული დირექტივების გადასინჯვას ან გამოსცემს ახალ დირექტივებს.

მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციამ იტვირთა მთელს მსოფლიოში გამოსაყენებელი სამედიცინო ეთიკის ზოგადი სტანდარტების შემუშავების მისია.

როგორ წყვეტს მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია

რა არის ეთიკური?

საერთაშორისო კონსენსუსის მიღწევა ურთიერთსაწინააღმდეგო ეთიკურ საკითხებში მეტად რთული ამოცანაა, ისეთ შედარებით ერთგვაროვან ჯგუფშიც კი, როგორსაც ექიმები წარმოადგენენ. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია მიისწრაფის ეთიკის სფეროში პროგრამულ დოკუმენტებში ასახოს საერთო აზრი, ამიტომ ყოველწლიურ გენერალურ ასამბლეაზე დაწესებული იქნა 75%-იანი ბარიერი არსებულ დოკუმენტებში რედაქციის ან ახალი დოკუმენტის მიღებაზე. შეთანხმების ესეთი მაღალი ხარისხის მიღწევის აუცილებელი პირობაა მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის სამედიცინო ეთიკის კომიტეტის და ზოგჯერ სპეციალური სამუშაო ჯგუფის მიერ ვერსიების წინასწარი ფართო განხილვა, საკითხის შესახებ ყველა კომენტარის ყურადღებით გათვალისწინება, შემდეგ ყოველივე ამის ასახვა პროექტის მორიგ ვერსიაში და შემდგომი შეთანხმება. პროცესი შესაძლებელია ძალიან გახანგრძლივდეს თემის სირთულისა და სიახლის შესაბამისად. მაგალითად, ჰელსინკის დეკლარაციის ბოლო გადასინჯვა დაიწყო 1997 წელს და დასრულდა მხოლოდ 2000 წელს. მაგრამ ამის შემდგომაც კი დარჩა სადაო პუნქტები, რომლებზეც მუშაობა შემდგომ გააგრძელეს სამედიცინო ეთიკის კომიტეტმა და სპეციალურმა სამუშაო ჯგუფებმა.

საერთაშორისო კონსენსუსის მიღწევა ურთიერთსაწინააღმდეგო ეთიკურ საკითხებში მეტად რთული ამოცანაა.

პროცესის კარგი ორგანიზაცია აუცილებელია, მაგრამ არ არის საკმარისი ხარისხიანი პროდუქტის მისაღებად. თუ რა არის ეთიკური - გადაწყვეტილების მიღებისას, მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია ეყრდნობა სამედიცინო ეთიკის არსებულ ტრადიციებს, რომლებიც ასახულია უფრო ადრეულ დოკუმენტებში. მხედველობაში მიიღება ასევე განსახილველი საკითხის შესახებ ეროვნულ და საერთაშორისო ორგანიზაციებში არსებული ალტერნატიული აზრი და ასევე ეთიკის ცალკეული სპეციალისტის აზრი. ცალკეულ საკითხებზე, მაგალითად ინფორმაციულ თანხმობაზე, მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია ღებულობს გადაწყვეტილებას უმეტესობის აზრზე დაყრდნობით. სხვა საკითხებში, მაგალითად, საექიმო საიდუმლოს შესახებ ცალკეული ექიმის პოზიცია შეიძლება ეწინააღმდეგებოდეს სახელმწიფოს, ჯანდაცვის ადმინისტრატორების და კომერციული ორგანიზაციების აზრს. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის მიდგომას ეთიკის მიმართ ახასიათებს ცალკეული პაციენტის და კვლევის ობიექტის პრიორიტეტულობა. ჟენევის დეკლარაციის თანახმად, ექიმი იღებს ვალდებულებას, რომ „მისთვის უმაღლესი ღირებულება იქნება პაციენტის ჯანმრთელობა". ხოლო ჰელსინკის დეკლარაციაში აღნიშნულია, რომ „ადამიანზე ჩატარებული სამედიცინო კვლევების დროს ადამიანის კეთილდღეობა და ჯანმრთელობა უპირატესია მეცნიერებისა და საზოგადოების ინტერესებთან შედარებით"

ცალკეული ექიმის პოზიცია შეიძლება ეწინააღმდეგებოდეს სახელმწიფოს, ჯანდაცვის ადმინისტრატორების და კომერციული ორგანიზაციების აზრს.

როგორ წყვეტს ცალკეული ინდივიდი
რა არის ეთიკური დასკვნა?

ცალკეული ექიმებისათვის და სტუდენტებისათვის სამედიცინო ეთიკა არ არის მხოლოდ მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ან სხვა სამედიცინო ორგანიზაციების რეკომენდაციების ბრმა შესრულება. ეს რეკომენდაციები, როგორც წესი, თავისი ბუნებით ძალიან ზოგადია, და ადამიანმა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში უნდა განსაზღვროს მისაღებია თუ არა ისინი. გარდა ამისა, პრაქტიკაში წარმოიქმნება მრავალი ეთიკური დილემა, რომელიც არ არის განხილული სამედიცინო ასოციაციის მიერ. საბოლოოდ, ყოველი ადამიანი თვითონ არის პასუხისმგებელი გადაწყვეტილების მიღებასა და მის განხორციელებაზე.

ყოველი ადამიანი თვითონ არის პასუხისმგებელი გადაწყვეტილების მიღებასა და მის განხორციელებაზე.

დილემების ანალიზის მრავალი მეთოდი არსებობს, რამოდენიმე მათგანი სახელმძღვანელოს შესავალშია აღწერილი სასწავლო შეთხვევებში. მათი დაყოფა პირობითად ორ კატეგორიად შეიძლება: რაციონალური და არა-რაციონალური მიდგომები. გასათვალისწინებელია, რომ არა-რაციონალური არ ნიშნავს ირაციონალურს. ის მოიცავს მიდგომებს, რომლებიც გადაწყვეტილებათა მიღების პროცესში არ იყენებენ სისტემატურ განსჯას. განვიხილოთ თითოეული მათგანი.

არა-რაციონალური მიდგომები:

- **დაქვემდებარება** - წარმოადგენს ეთიკური გადაწყვეტილების მიღების ერთ-ერთ ჩვეულ გზას, განსაკუთრებით მოსახლეობის ისეთ ჯგუფებთან მიმართებაში, როგორიცა არიან მაგალითად ბავშვები, ავტორიტარული სტრუქტურების (მაგ. ჯარი, პოლიცია, ზოგიერთი რელიგიური ორგანიზაცის და სხვ.) თანამშრომლები. დილემის გადაჭრა ხდება დადგენილი წესებისა და მოქმედი ინსტრუქციების დაცვით, იმის მიუხედავად ეთანხმებით თუ არა მათ პირადად თქვენ.
- **იმიტაცია** - დაქვემდებარების მსგავსი მიდგომაა. ის იყენებს სხვა ადამიანის მსჯელობას გადაწყვეტილების მართებულობის შესახებ. დილემის გადაჭრა ხდება როლური მაგალითის მიბაძვით. ეს სამედიცინო ეთიკის შესწავლის ყველაზე გავრცელებული სწავლების მეთოდია ახალგაზრდა დამწყები ექიმებისთვის, რომლებისთვისაც სამაგალითო როლს ასრულებს მათი უფროსი კოლეგა, ამ შემთხვევაში ეთიკის შესწავლა ხდება დაკვირვებისა და ამ პროცესში მოქმედი ღირებულებების შესწავლით.
- **გრძნობა ანუ სურვილი** - წარმოადგენს ეთიკური გადაწყვეტილების მიღების სუბიექტურ მიდგომას. სწორედ, მართებულად მიიჩნევა ის ქმედება, რომელსაც კარნახობს გრძნობა ან ქმედება, რომელიც აკმაყოფილებს სურვილს, ხოლო არამართებულად, არასწორედ, ის რაც არასწორედ მიგვაჩნია და ჩვენს გრძნობას ეწინააღმდეგება. მორალურ შეფასებას ახდენს თითოეული ინდივიდი და ბუნებრივია, განსხვავდება არა მარტო სხვადასხვა ადამიანების მიერ მიღებული გადაწყვეტილება, არამედ სხვადასხვა დროს ერთი და იგივე ადამიანის მიერ გაკეთებული შეფასებაც.
- **ინტუიცია** - ემყარება კონკრეტულ სიტუაციაში მოქმედების სწორი გზის მომენტალურ აღქმასა და შეფასებას. ის არ არის სისტემატური ან შინაარსობრივი, ის იწვევს სპონტანურ ქმედებებს. ინტუიცია, ისევე როგორც გრძნობა ან სურვილი, შეიძლება სრულიად განსხვავებული იყოს

სხვადასხვა ადამიანში, და დროთა განმავლობაში იცვლებოდეს ერთ ადამიანშიც.

- **ჩვევა** - ეთიკური გადაწყვეტილების მიღების ეფექტური მეთოდია. ეთიკური დილემის წარმოქნისას მისი გამოყენება არ მოითხოვს ყოველ სიტუაციაში გადაწყვეტილების თავიდან მიღებას. ჩვევა შეიძლება იყოს როგორც ცუდი (ტყუილის თქმა), ისე კარგი (სიმართლის თქმა). ამასთანავე გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ ზოგჯერ შემთხვევები, რომლებიც საწყისს ეტაპზე გვეჩვენება ანალოგიურ სიტუაციებად, შესაძლებელია მოითხოვდნენ სრულიად განსხვავებულ საპასუხო ქმედებებს.

რაციონალური მიდგომები:

წარმოადგენს რა ეთიკა ზნეობრივი კანონების სისტემას, ის აღიარებს ქცევისა და გადაწყვეტილების მიღებაში არა-რაციონალური მიდგომების გამოყენების პრიორიტეტულობას. თუმცა ძირითადად ის კონცენტრირებულია რაციონალურ მიდგომებზე. ესენია:

- **დეონტოლოგია** - დასაბუთებული წესების ძიება, რაც შეიძლება გახდეს ეთიკური გადაწყვეტილების მიღების საფუძველი. ესეთი წესის მაგალითი შეიძლება იყოს შემდეგი წესი: „ყველა ადამიანს ერთნაირად უნდა მოვექცეთ". საფუძველი შეიძლება ატარებდეს რელიგიურ ხასიათს (მაგალითად ყველა ღვთაებრივი არსების თანასწორობის რწმენა), ან არ იყოს კავშირში რელიგიასთან (მაგალითად ადამიანები არიან პრაქტიკულად ერთნაირი გენების მტარებლები). ერთხელ გამომუშავებული წესები შემდგომში გამოიყენება კონკრეტულ სიტუაციებთან მიმართებაში, რამაც შეიძლება მრავალი უთანხმოება წარმოქმნას (მაგალითად გულისხმობს თუ არა მკვლელობის აკრძალვა სიკვდილით დასჯაზე და აბორტებზე უარის თქმას).
- **ონსეკვენციალიზმი** - ეთიკურ გადაწყვეტილებათა მიღება ქმედებების სხვადასხვა ვარიანტებისა და მათი შესაძლო შედეგების ანალიზის საფუძველზე. სწორედ განისაზღვრება ის გადაწყვეტილება, რომელიც იძლევა ყველაზე სასურველ შედეგს. კონსეკვენციალიზმის ერთ-ერთი ყველაზე ცნობილ ფორმას წარმოადგენს **უტილიტარიზმი**, რომელიც ეტალონად იყენებს სარგებლიანობას ან შესაძლო სარგებლობას. შედეგების საზომად შესაძლებელია გამოყენებული იქნას მაგალითად QALY ან DALY ინდექსები. კონსეკვენციალიზმის მიმდევრები ხშირად არ ემორჩილებიან წესებსა და კანონებს. პრინციპების იდენტიფიცირება, პრიორიტეტების მიხედვით დალაგება და მათი გამოყენება საკმაოდ რთულია. გარდა ამისა, ისინი არ ითვალისწინებენ იმას, რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, ანუ შედეგებს. პრინციპების არგამოყენება ხდება იმ ბრალდების მიზეზი, რომ კონსეკვენციალიზმის მომხრეები ეთანხმებიან მტკიცებულებას, რომ „მიზანი ამართლებს საშუალებას", ანუ მაგალითად შესაძლებელია ადამიანის უფლებების დარღვევა მთელი საზოგადოების საერთო მიზნის მისაღწევად.
- **პრინციპიალიზმი** - როგორც თვით სახელწოდებიდან ჩანს, გადაწყვეტილებათა მიღების საფუძველს ეთიკური პრინციპები წარმოადგენენ. ეთიკური პრინციპები გამოიყენება ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში და სიტუაციაში იმისათვის, რომ განისაზღვროს სწორი ქმედება, როგორ წესების, ისე შედეგების გათვალისწინებით. პრინციპიალიზმა დიდი ზეგავლენა იქონია ეთიკის შესახებ წარმოქმნილ

კამათში, განსაკუთრებით აშშ-ში. სამედიცინო პრაქტიკაში აღიარებულია ოთხი პრინციპი, რომელიც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ეთიკური დილემის გადაწყვეტის პროცესში. ესენია: დამოუკიდებლობის პატივისცემა, თანაგრძნობა, ზიანის არ მიყენება და სამართლიანობა. პრინციპები უდაოდ მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ რაციონალური გადაწყვეტილების მიღების მექანიზმში. თუმცა ამ ოთხი პრინციპის გამოყოფა და დამოუკიდებლობის პრიორიტეტულობა დანარჩენ პრინციპებთან მიმართებაში, წარმოადგენს დასავლეთის ლიბერალური ღირებულებების სისტემის ასახვას და ის არ არის უნივერსალური. გარდა ამისა, ზოგიერთ კონკრეტულ შემთხვევაში ეს პრინციპები შეიძლება ერთმანეთს ეწინააღმდეგებოდნენ, ამიტომ საჭიროა მსგავსი კონფლიქტების გადაჭრის გზების ან კრიტერიუმების შემუშავება.

- **კეთილისმოსურნის ეთიკა** - აქცენტს აკეთებს არა გადაწყვეტილების მიღებაზე, არამედ გადაწყვეტილების მიმღების ხასიათზე და მის ქმედებაზე. კეთილისმოსურნის ეთიკა არის მორალური უპირატესობის ერთ-ერთი ტიპი. როგორც უკვე ზემოთ ავღნიშნეთ ექიმისათვის ეს შეიძლება იყოს თანაგრძნობა, ასევე პატიოსნება, წინდახედულობა, თავგანწირვა. არსებობს დიდი ალბათობა იმისა, რომ ექიმები, რომლებსაც გააჩნიათ ეს თვისებები, მიიღებენ სწორ ეთიკურ გადაწყვეტილებას და სწორ რეალიზებას გაუკეთებენ მას. თუმცა რიგ შემთხვევაში ძალიან კეთილისმოსურნე ადამიანმაც კი არ იცის როგორ მოიქცეს კონკრეტულ სიტუაციაში და ის არ არის დაზღვეული არასწორი გადაწყვეტილების მიღებისაგან.

პრაქტიკაში ვერც ერთმა ამ ოთხი მიდგომიდან, და ვერც სხვა შემოთავაზებულმა მიდგომებმა, ვერ მოიპოვა საყოველთაო აღიარება. ადამიანები განსხვავებულად ანიჭებენ უპირატესობას როგორც რაციონალურ, ისე არარაციონალურ მიდგომებს. ეს ნაწილობრივ აიხსნება იმითაც, რომ თითოეულ მიდგომას ახასიათებს როგორც თავისი დადებითი მხარე, ისე ნაკლიც. შესაძლოა რაციონალური გადაწყვეტილების მიღების საუკეთესო ვარიანტს წარმოადგენს ოთხივე მიდგომის შერწყმა, რომლის დროს გამოყენებული იქნება თითოეული მოდგომის საუკეთესო მახასიათებლები. ეს „იდეალური" მეთოდი გააერთიანებს კონკრეტული სიტუაციისათვის ყველაზე მნიშვნელოვან და გამოყენებად წესებსა და პრინციპებს, და გამოიყენებს მათ რაც შეიძლება ფართოდ. გარდა ამისა, გათვალიწინებული იქნება ყველა შესაძლო ალტერნატივების შედეგები და განისაზღვრება ყველაზე სასურველი მათ შორის. და ბოლოს, შემოწმდება, რამდენად უნაკლოა ინდივიდის (ექიმის) ქცევა როგორც გადაწყვეტილების მიღების, ისე მისი რეალიზაციის პროცესში. ასეთი პროცესი შესაძლებელია მოიცავდეს შემდეგ ეტაპებს:

1. განისაზღვროს არის თუ არა პრობლემა ეთიკური.
2. განისაზღვროს არის თუ არა მსგავსი საკითხების გადაწყვეტის ზოგადი მეთოდი, რომელიც რეკომენდირებულია სამედიცინო ასოციაციისა ან სხვა ავტორიტეტული წყაროების მიერ.
3. შესაძლო ალტერნატივების განხილვა იმ თვალსაზრისით, თუ რომელ პრინციპებსა და ღირებულებებს აკმაყოფილებენ ისინი.
4. შესაძლო ქმედებების განხილვა იმ ადამიანებთან ერთად, რომლებზეც ისინი მოახდენენ გავლენას.
5. საბოლოო გადაწყვეტილების მიღება და მასთან შესაბამისი ქმედებების განხორციელება.
6. საკუთარი გადაწყვეტილების შეფასება და მზადყოფნა, რომ ანალოგიურ სიტუაციაში მომავალში შესაძლებელია სხვაგვარად იმოქმედოთ.

დასკვნა

სამედიცინო ეთიკის ცალკეულ საკითხზე მუშაობისას სასარგებლოა გვახსოვდეს, რომ ექიმს ერთმანეთის მსგავსი შემთხვევები თავისი კლინიკური საქმიანობის განმავლობაში შეიძლება მრავალჯერ შეხვდეს, ამ შემთხვევაში მისი დაგროვილი გამოცდილება შეიძლება მეტად სასარგებლო აღმოჩნდეს. მსოფლიო ექიმთა საზოგადოება და სხვა სამედიცინო ორგანიზაციები აგრძელებენ ანალოგიურ ტრადიციას და გამოცდილების განზოგადების შედეგად იძლევიან რეკომენდაციებს ექიმების ეთიკურ ქცევასთან დაკავშირებით. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგად საკითხებში კონსენსუსი მიღწეულია, კონკრეტულ შემთხვევაში სათანადო ქცევის შესახებ შეიძლება აზრთა სხვადასხვაობა არსებობდეს. ზოგჯერ სწორედ ექიმის აზრი განსხვავდება პაციენტის ან მესამე მხარის აზრისაგან. ამ ტიპის ეთიკური კონფლიქტის გადაჭრის დროს საჭიროა ექიმისა და დისკუსიაში მონაწილე მხარეების პოზიციებიდან გამომდინარე გადაწყვეტილების მიღების სხვადასხვა მიდგომების გაანალიზება. ეს შესაძლებლობას მოგცემთ შეიმუშავოთ ქცევის თქვენი საკუთარი მოდელი, რომელსაც სხვებსაც დაუსაბუთებთ.

თავი 2 ექიმი და პაციენტი

მიზნები

მოცემული თავის შესწავლის შემდეგ თქვენ უნდა შეძლოთ:

- **ახსნათ, რატომ იმსახურებს ყველა პაციენტი პატივისცემასა და თანასწორობას;**
- **განსაზღვროთ ინფორმირებული თანხმობის ძირითადი ელემენტები;**
- **ახსნათ, როგორ უნდა იქნას მიღებული გადაწყვეტილება იმ პაციენტებთან მიმართებაში, რომლებსაც დამოუკიდებლად არ შეუძლიათ გადაწყვეტილების მიღება;**
- **ახსნათ კონფიდენციალობის დაცვის აუცილებლობის მიზეზები და ამოიცნოთ კანონიერი გამონაკლისი შემთხვევები;**
- **განსაზღვროთ ძირითადი ეთიკური საკითხები, რომლებიც დაკავშირებულია სიცოცხლის დასაწყისსა და დასასრულთან;**
- **განაზოგადოთ არგუმენტები ევთანაზიასთან მიმართებით, გააცნობიეროთ განსხვავება ევთანაზიასა და პალიატიურ მკურნალობას შორის ან ევთანაზიასა და მკურნალობაზე უარს შორის.**

სასწავლო შემთხვევა

ექიმი პ., გამოცდილი ქირურგი, ასრულებს ღამის მორიგეობას საშუალო სიმძლავრის (საშუალო დონის) რაიონულ საავადმყოფოში. დედას შემოყავს ახალგაზრდა ქალიშვილი საავადმყოფოში. დედა ექთანს ეუბნება, რომ მან უნდა

მიაქციოს ყურადღება დანარჩენ შვილებს, რის შემდეგ ის დაუყოვნებლივ ტოვებს საავადმყოფოს. პაციენტს აღენიშნება საშვილოსნოდან სისხლდენა და ძლიერი ტკივილი. გასინჯვის შემდეგ ექიმი პ.-ს აზრით აღნიშნული ჩივილების მიზეზი შესაძლოა იყოს ხელოვნური ან თვითნებითი აბორტი (ან ორსულობის ხელოვნური ან თვითნებითი შეწყვეტა). ექიმი ატარებს საშვილოსნოს ყელის დილატაციას და კიურეტაჟს. ის სთხოვს ექთანს გაარკვიოს პაციენტთან, შეუძლია თუ არა მას საავადმყოფოში დაყოვნების (ჰოსპიტალიზაციის) ხარჯების ანაზღაურება იმ ხნის განმავლობაში, სანამ მისი გაწერა უსაფრთხო იქნება მისი ჯანმრთელობისათვის. ექიმი კ. ცვლის ექიმ პ.-ს, რომელიც მიდის სახლში პაციენტთან გასაუბრების გარეშე.

რა არის განსაკუთრებული ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობებში?

ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობა წარმოადგენს სამედიცინო პრაქტიკისა და შესაბამისად სამედიცინო ეთიკის ქვაკუთხედს. როგორც უკვე ავღნიშნეთ, ჟენევის დეკლარაცია ექიმისაგან მოითხოვს, რომ „პაციენტის ჯანმრთელობა იყოს უმთავრესი პრიორიტეტი", ხოლო სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსის თანახმად „ექიმი ვალდებულია იყოს მაქსიმალურად პაციენტის ერთგული და გამოიყენოს მთელი მისი სამეცნიერო ცოდნა პაციენტის სასარგებლოდ". როგორც უკვე ავღნიშნეთ პირველ თავში, უკანასკნელი წლების განმავლობაში კანონმდებლობაში და ეთიკაში უარყოფილია ექიმისა და პაციენტის ტრადიციული პატერნალური მოდელი, რომლის დროსაც ექიმი იღებდა გადაწყვეტილებას, ხოლო პაციენტი მას ასრულებდა. მაგრამ ვინაიდან პაციენტთა დიდ ნაწილს არ აქვს უნარი ან არ სურთ მიიღონ გადაწყვეტილება მათ მკურნალობასთან მიმართებაში, პაციენტის ავტონომიის პრინციპი ხშირად პრობლემური ხდება.
არა ნაკლებ რთულია ურთიერთობათა სხვა ასპექტები, მაგალითად ექიმის ვალდებულება - უზრუნველყოს პაციენტის მონაცემების კონფიდენციალობა- სამედიცინო ჩანაწერების კომპიუტერული დამუშავებისა და სამედიცინო მომსახურების რეგულირების ეპოქაში ან ექიმის სიცოცხლის შენარჩუნების მოვალეობა სიკვდილის დაჩქარების თხოვნის შემთხვევაში.
მოცემულ თავში განხილული იქნება სამედიცინო პრაქტიკის ექვსი ყველაზე ხშირი პრობლემა: პატივისცემა და თანასწორობა; კომუნიკაცია და თანხმობა; არაკომპეტენტური/ქმედუუნარო პაციენტების ნაცვლად გადაწყვეტილების მიღება; კონფიდენციალობა; სიცოცხლის დასაწყისთან დაკავშირებული საკითხები; სიცოცხლის დასასრულთან დაკავშირებული საკითხები

პაციენტის ჯანმრთელობა უმთავრესი პრიორიტეტია

პატივისცემა და თანასწორობა

შედარებით დიდი ხანია არ არის გასული, რაც აღიარებული იქნა პრინციპი, რომ ყველა ადამიანი იმსახურებს პატივისცემასა და თანასწორობას. ბევრ საზოგადოებაში ნორმად იყო მიჩნეული სხვადასხვა ადამიანებისა და ჯგუფების მიმართ განსხვავებული დამოკიდებულება და უთანასწორობა. ესეთი დამოკიდებულების ერთ-ერთი მაგალითია მონობა, რომელმაც იარსება აშშ და

ევროპის კოლონიებში XIX საუკუნემდე, და რაც დღემდე შემორჩენილია მსოფლიოს ცალკეულ ნაწილებში. სამხრეთ აფრიკაში დისკრიმინაციის აღმოფხვრა არა თეთრკანიანების მიმართ კიდევ უფრო უახლეს ისტორიას მიეკუთვნება. ბევრ ქვეყანაში დღემდე არსებობს არასაკმარისი პატივისცემა და უთანასწორობა ქალების მიმართ. გარდა ამისა ფართოდ არის გავრცელებული ასაკზე, უნარშეზღუდულობაზე ან სექსუალურ ორიენტაციაზე დაფუძნებული დისკრიმინაცია. ანუ შეიძლება ითქვას, რომ არსებობს გარკვეული წინააღმდეგობა იმ მოწოდების მიმართ, რომ ყველა ადამიანი თანასწორია.

კაცობრიობის მიერ ადამიანების თანასწორობის პრინციპის დამკვიდრება დაიწყო XVII-XVIII საუკუნეებში ევროპასა და ჩრდილოეთ ამერიკაში. ძირითად მამოძრავებელ ძალას წარმოადგენდა ორი წინააღმდეგობრივი იდეოლოგია: ქრისტიანული სარწმუნოების ახალი გააზრება და ანტიქრისტიანული რაციონალიზმი. პირველი იყო ამერიკის რევოლუციის და ბილის უფლებების შთაგონება, ხოლო ეს უკანასკნელი-საფრანგეთის დიდი რევოლუციის და ასევე მასთან დაკავშირებული პოლიტიკის განვითარების შედეგი. ამ ორი ფაქტორის ზეგავლენით დემოკრატიამ გაიმარჯვა და მოხდა მისი თანდათანობითი გავრცელება მსოფლიოს სხვა ქვეყნებში. ის ეფუძნება ყველა მამაკაცის (და მოგვიანებით ქალებისაც) პოლიტიკური თანასწორობის რწმენას, და შესაბამისად მათ თანაბარ უფლებას გამოხატონ საკუთარი აზრი სასურველი მართვის თაობაზე.

XX საუკუნეში ადამიანების თანასწორობის კონცეფცია კიდევ უფრო დაზუსტდა ადამიანის უფლებებზე წარმოდგენის ფარგლებში. ერთ-ერთი პირველი დოკუმენტი, რომელიც გაერომ მიიღო მისი დაარსების შემდეგ იყო ადამიანის უფლებების საყოველთაო დეკლარაცია (1948წ.), რომლის პირველ მუხლში აღნიშნულია, რომ: „ყველა ადამიანი იბადება თავისუფალი და თანასწორი თავის ღირსებებსა და უფლებებში". მრავალმა სხვა საერთაშორისო და ეროვნულმა ორგანიზაციამ გამოსცა დოკუმენტები ყველა ადამიანის ან გარკვეული ქვეყნების მოსახლეობის ან გარკვეული ჯგუფების უფლებების (ბავშვთა უფლებები, პაციენტთა უფლებები, მომხმარებელთა უფლებები და სხვ.) შესახებ. მოცემულ დოკუმენტებში გაწერილი უფლებების რეალიზაციისათვის იქმნებოდა სხვადასხვა ორგანიზაციები. თუმცა, სამწუხაროდ, დღეისათვის ადამიანის უფლებები არ არის დაცული ყველა ქვეყანაში.

მედიცინაში მრავალი წლის განმავლობაში არსებობდა რამდენადმე წინააღმდეგობრივი შეხედულებები პაციენტებისა და მათი უფლებების შესახებ. ერთის მხრივ, ექიმებს ეკრძალებოდათ „რომ პაციენტის ასაკს, დაავადებას ან უნარშეზღუდულობას, რასას, სექსუალურ ორიენტაციას ან სოციალურ მდგომარეობას ზემოქმედება მოეხდინა საექიმო მოვალეობის შესრულებაზე" (ჟენევის დეკლარაცია); მეორეს მხრივ, ექიმები იტოვებდნენ უფლებას უარი განეცხადათ პაციენტის მიღებაზე ექსტრებული დახმარების შემთხვევების გარდა. მართალია უარის მიზეზი შეიძლება კანონიერი იყოს, მაგალითად, გადატვირთული რეჟიმი ან საგანმანათლებლო კვალიფიკაცია (უკმარისობა) ან სპეციალიზაცია, ამ მხრივ ექიმს ფაქტიურად ძალიან მარტივად შეუძლია დისკრიმინაცია გაუწიოს პაციენტს ანგარიშგების გარეშე. ერთადერთი საშუალება, რომელსაც შეუძლია ამ სახის ადამიანის უფლებების დარღვევის თავიდან აცილება, არის მხოლოდ ექიმის სინდისი, და არა კანონი ან დისციპლინარული ნორმები.

თუკი ექიმი არ არღვევს პაციენტის მიღებისას პატივისცემისა და საყოველთაო თანასწორობის პრინციპს, მას მაინც შეუძლია ამის გაკეთება პაციენტებთან ურთიერთობის პროცესში. შემთხვევა, რომელიც აღწერილია თავის დასაწყისში, სწორედ მსგავსი პრობლემის ილუსტრაციაა. როგორც უკვე ავღნიშნეთ პირველ თავში, თანაგრძნობა მედიცინის ერთ-ერთი ძირითადი ღირებულებაა და ის

წარმოადგენს მკურნალობის პროცესში კარგი ურთიერთობების დამყარების აუცილებელ პირობას. თანაგრძნობა ემყარება ადამიანის ღირსებისა და ფასეულობების პატივისცემას და ამავე დროს რეაგირებს პაციენტის მგრძნობელობაზე დაავადების მიმართ. თუკი პაციენტი გრძნობს თანაგრძნობას ექიმის მხრიდან, მაშინ ის უფრო მეტი ალბათობით ირწმუნებს, რომ ექიმი მოქმედებს მისი ინტერესებიდან გამომდინარე და ამ შემთხვევაში ნდობის ფაქტორი საკუთარ წვლილს შეიტანს გამოჯანმრთელების პროცესში.
ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობებში არსებული ნდობის, როგორც აუცილებელი კომპონენტის, ქვეშ როგორც წესი იგულისხმება, რომ ექიმი არ მიატოვებს იმ პაციენტს, რომლის მკურნალობაც მან დაიწყო. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი გულისხმობს, რომ ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის შეწყვეტის ერთადერთი მიზეზი შეიძლება გახდეს სხვა კომპეტენციების მქონე ექიმის აუცილებლობა: „ექიმი ვალდებულია იყოს მაქსიმალურად პაციენტის ერთგული და გამოიყენოს მისი კეთილდღეობისათვის თავისი მეცნიერული ცოდნა. თუკი ავადმყოფის გასინჯვა და მკურნალობა ცდება ექიმის კომპეტენციას, მან უნდა მოუხმოს სხვა სპეციალისტს, რომელსაც აქვს სათანადო უნარ-ჩვევები". თუმცა არსებობს სხვა უამრავი შემთხვევა, როდესაც შესაძლებელია ექიმს მოუნდეს პაციენტთან ურთიერთობების შეწყვეტა, მაგალითად, ექიმის მიერ პრაქტიკის სხვა დაწესებულებაში გაგრძელება ან შეწყვეტა, პაციენტის მხრიდან ექიმის საფასურის ანაზღაურებაზე უარი ან ფინანსური სახსრების არქონა, ექიმსა და პაციენტს შორის აღმოცენებული ანტიპატია, პაციენტის მხრიდან უარი დაიცვას ექიმის რეკომენდაციები და ა.შ. ამავე დროს მიზეზები შეიძლება იყოს როგორც კანონიერი, ისე არაეთიკური. მსგავს სიტუაციაში აღმოჩენის შემთხვევაში, ექიმმა უპირველეს ყოვლისა ეთიკის კოდექსითა და სხვა ანალოგიური დოკუმენტით უნდა იხელმძღვანელოს და საკუთარი მოტივები დეტალურად გაანალიზოს. ექიმი მზად უნდა იყოს დაასაბუთოს საკუთარი გადაწყვეტილება საკუთარი თავის, პაციენტის და საჭიროების შემთხვევაში მესამე მხარის წინაშე. თუკი მიზეზი კანონიერია, ექიმი უნდა დაეხმაროს პაციენტს სხვა ექიმის მოძიებაში, ან თუ ეს შეუძლებელია, შეატყობინოს მას მკურნალობის შეწყვეტის შესახებ, რათა პაციენტმა შეძლოს ადეკვატური ალტერნატიული სამედიცინო დახმარების მოძიება. თუკი მიზეზი არ არის კანონიერი, მაგალითად რასობრივი შეხედულებები, ექიმმა სათანადო ზომები უნდა მიიღოს მოცემული ნაკლის დასაძლევად.

ექიმი-პაციენტთან ურთიერთობების შეწყვეტის შემთხვევაში ექიმი მზად უნდა იყოს დაასაბუთოს საკუთარი გადაწყვეტილება საკუთარი თავის, პაციენტის და საჭიროების შემთხვევაში მესამე მხარის წინაშე.

ბევრი ექიმი, განსაკუთრებით სახელმწიფო მედიცინაში, ხშირად ვერ ირჩევს პაციენტებს, რომლებსაც უნდა უმკურნალოს. ზოგიერთი პაციენტი აგრესიულია და ის ექიმის უსაფრთხოებას უქმნის პრობლემას. ზოგი შესაძლებელია იყოს გამომწვევი თავისი ანტისოციალური დამოკიდებულებების და საქციელის გამო. აქვთ თუ არა ესეთ პაციენტებს უფლება პატივისცემასა და თანასწორობაზე, თუ ექიმმა უნდა განახორციელოს დამატებითი, ზოგჯერ კი გმირული ძალისხმევა იმისათვის რომ დაამყაროს და შეინარჩუნოს მათთან ექიმისა და პაციენტის ჩვეული ურთიერთობები? ესეთ პაციენტებთან ექიმმა წონასწორობა უნდა დაიცვას საკუთარი და კოლეგების უსაფრთხოებასა და კეთილდღეობას და მის ვალდებულებებას - ხელი შუწყოს პაციენტის კეთილდღეობას - შორის. ის ყველანაირად უნდა შეეცადოს მოძებნოს ორივე ვალდებულების

დაკმაყოფილების შესაძლებლობები; და თუკი ეს აღმოჩნდება შეუძლებელი- შეეცადოს მოძებნოს პაციენტის მკურნალობის სხვა ალტერნატიული მეთოდები.
ყველა პაციენტის პატივისცემისა და თანასწორობის პრინციპი რთული დასაცავია ინფექციური პაციენტების მკურნალობის პროცესში. ხშირად ესეთ შემთხვევაში ფოკუსირება ხდება შიდსით/აივ-ინფექციით ინფიცირებულ პაციენტზე, არა მხოლოდ იმიტომ, რომ ის სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებაა, არამედ იმიტომაც რომ ის დაკავშირებულია სოციალურ ცრურწმენასთან. თუმცა არსებობს უამრავი სხვა ინფექციური დაავადება, რომელიც გაცილებით უფრო იოლად შეიძლება გადაედოს სამედიცინო პროფესიონალებს, ვიდრე აივ-ინფექცია/შიდსი. ზოგიერთი ექიმი ესეთ შემთხვევებში შესაძლო დაინფიცირების გამო თავს იკავებს ინვაზიური პროცედურებისაგან. თუმცა სამედიცინო ეთიკის კოდექსები არ აკეთებენ გამონაკლისს ინფექციური დაავადების მქონე პაციენტებისათვის და ექიმისაგან მოითხოვენ თანასწორ მოპყრობას ყველა პაციენტის მიმართ განურჩევლად. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის დებულებაში ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის შესახებ აივ-ინფექციით/შიდსით დაავადებულ პაციენტებთან მუშაობასთან დაკავშირებით აღნიშნულია:
შიდსით დაავადებულ პაციენტებს აქვთ უფლება კვალიფიციურ სამედიცინო მომსახურებაზე თანაგრძნობასა და მათი ღირსების პატივისცემასთან ერთად.
ეთიკური ნორმების შესაბამისად, ექიმს არ აქვს უფლება უარი უთხრას პაციენტს მისი კომპეტენციების ფარგლებში მკურნალობაზე მხოლოდ იმიტომ, რომ პაციენტი აივ-პოზიტიურია.
სამედიცინო ეთიკა კრძალავს პაციენტების დისკრიმინაციას აივ-პოზიტიური ნიშნის გამო. შიდსით დაავადებულ ადამიანს სჭირდება სათანადო მკურნალობა. თუ ექიმს არ შეუძლია უზრუნველყოს ამ კატეგორიის ავადმყოფების მკურნალობა და მოვლა, მაშინ მან უნდა მიუთითოს პაციენტს იმ ექიმსა და სამედიცინო დაწესებულებაზე, რომლებსაც ეს შესაძლებლობა აქვთ. მანამდე კი ექიმმა უნდა უზრუნველყოს პაციენტის მომსახურება თავისი შესაძლებლობების ფარგლებში”

შიდსით დაავადებულ პაციენტს სჭირდება კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურება თანაგრძნობასთან ერთად.

ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის ინტიმურმა ბუნებამ შესაძლოა სექსუალური ლტოლვა წარმოქმნას. ტრადიციული სამედიცინო ეთიკის ფუნდამენტური წესის მიხედვით ასეთი სახის გატაცება დაუშვებელია. ჰიპოკრატეს ფიცი მოიცავს შემდეგ დებულებას: „რომელ სახლშიც შევიდე, მხოლოდ ავადმყოფის სასიკეთოდ შევაღო კარი, და არ იყოს გულსა ჩემსა წინაგანზომვა, უმართებულობა და ავი სურვილი, მით უმეტეს ზრახვანი სამიჯნურონი ქალთა მიმართ და მუშაობის წვდომა კაცთა მიმართ”.
უკანასკნელ წლებში მრავალმა პროფესიულმა სამედიცინო ასოციაციამ ხელახლა განაცხადა ექიმსა და პაციენტს შორის სექსუალური ურთიერთობების ხსენებული აკრძალვის შესახებ. ამ აკრძალვის მიზეზი იგივეა, რაც იყო 2500 წლის წინ ჰიპოკრატეს ეპოქაში. პაციენტი დაუცველია და მკურნალობის პროცესში მთლიანად ენდობა ექიმს. მან შესაძლოა წინააღმდეგობა არ გაუწიოს ექიმის სექსუალურ ლტოლვას, იმის შიშით, რომ საფრთხე შეექმნება მის მკურნალობას. გარდა ამისა, ექიმის კლინიკურ გადაწყვეტილებაზე შეიძლება ცუდი ზეგავლენა იქონიოს პაციენტთან ემოციურმა დამოკიდებულებამ. ამ მიზეზმა შეიძლება ხელი შეუშალოს ექიმის საკუთარი ოჯახის წევრების

მკურნალობაშიც, ამიტომ ბევრ სამედიცინო ეთიკის კოდექსებში ამ გარემოებაზეც არის გამახვილებული ყურადღება. თუმცა როგორც სამედიცინო ეთიკის სხვა დებულებების შემთხვევაში, ისიც მჭიდროდ არის დაკავშირებული კონკრეტულ გარემოებებთან. მაგალითად, ექიმები, რომლებიც ცხოვრობენ და მარტო მუშაობენ დასახლებული პუნქტებიდან მოშორებულ რეგიონში, ვალდებულები არიან აღმოუჩინონ სამედიცინო დახმარება საკუთარი ოჯახის წევრებს, განსაკუთრებით ექსტრემალურ შემთხვევებში.

კომუნიკაცია და თანხმობა

ინფორმირებული თანხმობა წარმოადგენს თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის ძირითად პრინციპს. პაციენტის უფლება - დამოუკიდებლად მიიღოს საკუთარ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებები - მთელს მსოფლიოში აისახება იურიდიულ და ეთიკურ დოკუმენტებში. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის პაციენტის უფლებების დეკლარაციაში აღნიშნულია:

პაციენტს აქვს უფლება გადაწყვეტილების მიღებაზე, რომელიც მის მკურნალობას ეხება. ექიმმა მას უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია მოსალოდნელი შედეგების შესახებ. ქმედუნარიან პაციენტს უფლება აქვს დათანხმდეს ან უარი განაცხადოს ნებისმიერ დიაგნოსტიკურ პროცედურასა და მკურნალობაზე. პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს სრული ინფორმაცია, რომელიც მას გადაწყვეტილების მისაღებად სჭირდება. პაციენტს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია ნებისმიერი პროცედურისა თუ ტესტის, დანიშნულების, შედეგების ინტერპრეტაციის, გამოსავალის შესახებ.

ინფორმირებული თანხმობის აუცილებელ პირობას წარმოადგენს ექიმსა და პაციენტს შორის კარგი კომუნიკაცია. სამედიცინო პატერნალიზმის ეპოქაში კომუნიკაცია მეტად მარტივი იყო: ის შედგებოდა მხოლოდ ექიმის მითითებებისაგან. დღეს კომუნიკაცია ექიმისაგან მოითხოვს გაცილებით უფრო მეტ ძალისხმევას. ექიმმა პაციენტს უნდა მიაწოდოს გადაწყვეტილების მიღებისათვის საჭირო სრული ინფორმაცია. ეს გულისხმობს რთული სამედიცინო დიაგნოზების, პროგნოზების, მკურნალობის რეჟიმების ახსნას მარტივი ენით, ამასთანავე ექიმი უნდა დარწმუნდეს, რომ პაციენტმა გაიგო მკურნალობის ყველა შესაძლო საშუალებები, თითოეულის უპირატესობისა და ნაკლის ჩათვლით. გარდა ამისა ექიმმა უნდა უპასუხოს ყველა შეკითხვას, პატივისცემით უნდა იქნას მიღებული პაციენტის ნებისმიერი გადაწყვეტილება, და შესაძლებლობის ფარგლებში, მისი არგუმენტაციაც. კომუნიკაციის კარგი უნარი ბუნებრივად არ ახასიათებს ყველა ადამიანს; საჭიროა მისი გაცნობიერებულად განვითარება, შენარჩუნება და პერიოდული შეფასება.
ექიმისა და პაციენტის კომუნიკაციაში ორ ძირითად სირთულეს წარმოადგენს ენა და კულტურა. თუ ექიმი და პაციენტი ვერ საუბრობენ ერთი და იმავე ენაზე, შესაძლებელია საჭირო გახდეს თარჯიმანის დახმარება. სამწუხაროდ, ბევრ სიტუაციაში შესაძლოა ახლომახლო ვერ მოიძებნოს სათანადო კვალიფიკაციის მქონე თარჯიმანი და ექიმმა უნდა მოძებნოს ესეთ შემთხვევაში გამოსადეგი ყველაზე შესაფერისი ადამიანი. კულტურა, რაც მოიცავს ენას, მაგრამ გაცილებით ფართოა, წარმოქმნის კომუნიკაციის დამატებით საკითხებს. დაავადების მიზეზებისა და ბუნების სხვადასხვაგვარი კულტუროლოგიური აღქმის გამო პაციენტებმა შესაძლოა ვერ გაიგონ მათი დიაგნოზი და ექიმის მიერ შეთავაზებული მკურნალობის მეთოდები. ესეთ შემთხვევაში ექიმმა უნდა გამოიყენოს გონივრული ძალისხმევა, იმისათვის რომ პაციენტისათვის გასაგები

გახდეს ჯანმრთელობისა და გამოჯანმრთელების საშუალებები და რეკომენდაციები.
თუ ექიმი წარმატებით გაართმევს თავს ამოცანას და პაციენტს მიაწოდებს მისი საჭიროების შესაბამის სრული ინფორმაციას, ასევე უპასუხებს დიაგნოზთან, დაავადების განვითარების პროგნოზთან და მკურნალობის შესაძლო მეთოდებთან დაკავშირებულ ყველა შეკითხვას, ეს ნიშნავს, რომ პაციენტს შეუძლია ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღება. მართალია ტერმინი „თანხმობა" გულისხმობს შეთავაზებულ მკურნალობაზე დასტურს, მასში მოიაზრება ასევე მკურნალობაზე უარი ან სხვადასხვა მეთოდებს შორის სასურველი მეთოდის არჩევა. ქმედუნარიან პაციენტს უფლება აქვს უარი განაცხადოს მკურნალობაზე, იმ შემთხვევაშიც თუ ამას შედეგად მოყვება მისი უნარშეზღუდულობა ან სიკვდილი.

ქმედუნარიან პაციენტს უფლება აქვს უარი განაცხადოს მკურნალობაზე, იმ შემთხვევაშიც თუ ამას შედეგად მოყვება მისი უნარშეზღუდულობა ან სიკვდილი.

თანხმობა შეიძლება მკაფიოდ იყოს გამოხატული ან ფარულად (ნაგულისხმევი). გამოხატული თანხმობა შეიძლება იყოს ზეპირი ან წერილობითი სახის. თანხმობა ნაგულისხმევია, როდესაც პაციენტი ქმედებით გამოხატავს მზადყოფნას ჩაუტარდეს გარკვეული პროცედურა ან მკურნალობა. მაგალითად, ნაგულისხმები თანხმობა ვენიდან სისხლის აღებაზე გამოიხატება ხელის გაწოდებით. მკურნალობის ისეთი მეთოდების გამოყენებისას, რომელიც უკავშირდება გარკვეულ რისკს ან იწვევს საგრძნობ დისკომფორტს, სასურველია პაციენტისაგან მიღებული იქნას გამოხატული თანხმობა.
არსებობს ორი გამონაკლისი შემთხვევა, რომელიც არ მოითხოვს ინფორმირებულ თანხმობას ქმედუნარიანი პაციენტისაგან:

- სიტუაცია, როდესაც პაციენტი ნებაყოფლობით გადასცემს გადაწყვეტილების მიღების უფლებას ექიმს ან მესამე მხარეს. გადასაწყვეტი საკითხების სირთულის ან ექიმის გადაწყვეტილების მიმართ სრული ნდობის შემთხვევაში პაციენტმა შეიძლება მიმართოს ექიმს: „გააკეთეთ ის, რასაც საჭიროდ ჩათვლით". პაციენტის ასეთ თხოვნას ექიმი დიდი ენთუზიაზმით არ უნდა შეხვდეს, მაგრამ მან უნდა უზრუნველყოს პაციენტი მკურნალობის შესაძლო მეთოდების შესახებ ძირითადი ინფორმაციით და წაახალისოს პაციენტის მიერ საკუთარი გადაწყვეტილების მიღება. თუ მიუხედავად ამისა, პაციენტი მაინც არჩევანის უფლებას ექიმს უტოვებს, მაშინ ექიმმა უნდა იმოქმედოს პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე.
- სიტუაცია, როდესაც ინფორმაციის მიწოდებამ შესაძლოა პაციენტს ზიანი მიაყენოს. ესეთ შემთხვევაში მოქმედებს ტრადიციული პრინციპი „თერაპიული პრივილეგია", რაც ექიმს საშუალებას აძლევს პაციენტს არ შეატყობინოს ინფორმაციის ის ნაწილი, რომელიც მას მნიშვნელოვან ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ ან ემოციურ ზიანს მიაყენებს. მაგალითად იმ შემთხვევაში თუ პაციენტი შეეცდება თვითმკვლელობას უკურნებელი დაავადების შესახებ ინფორმაციის მიღების შემდეგ. ეს წესი გზას უხსნის მნიშვნელოვან დარღვევებს, ამიტომ ექიმმა უნდა ისარგებლოს ამ წესით მხოლოდ ექსტრემალური გარემოებების შემთხვევაში. გათვალისწინებული უნდა იქნას, რომ პაციენტს შეუძლია ფაქტების რეალური შეფასება, და

ამიტომ ექიმი იტოვებს უფლებას არ მიაწოდოს ინფორმაციის ნაწილი პაციენტს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ეს იქნება ნაკლებად საზიანო პაციენტისათვის სრული სიმართლის მიწოდებასთან შედარებით.

ზოგიერთ კულტურაში მიღებულია, რომ უკურნებელი დაავადების შემთხვევაში არ მოქმედებს ექიმის ვალდებულება შეატყობინოს პაციენტს სიმართლე. ნავარაუდებია, რომ ესეთ შემთხვევაში სიმართლის გაგებისას, პაციენტი სასოწარკვეთაში ჩავარდება და დარჩენილ დროს ის გაატარებს უფრო უბედურ მდგომარეობაში ვიდრე, მაშინ როდესაც მას ექნება გამოჯანმრთელების იმედი. მთელს მსოფლიოში ფართოდ არის გავრცელებული პრაქტიკა, რომლის დროსაც პაციენტის ნათესავები ექიმს სთხოვენ პაციენტს არ მიეწოდოს ინფორმაცია მოსალოდნელი გარდაცვალების შესახებ. ამის გამო „ცუდი სიახლის" შესახებ ინფორმაციის და განსაკუთრებით მოახლოებული სიკვდილის შესახებ ინფორმაციის მიწოდებისას ექიმმა მხედველობაში უნდა მიიღოს როგორც კულტურული ფაქტორები, ისე პიროვნული თვისებები. თუმცა სულ უფრო ფართოდ ხდება ინფორმირებულ თანხმობაზე პაციენტთა უფლებების აღიარება, და ექიმის ძირითადი ვალდებულებაა დაეხმაროს პაციენტს ამ უფლების რეალიზებაში.

თუ მხედველობაში მივიღებთ მზარდ ტენდენციებს და ჯანდაცვას განვიხილავთ როგორც მომსახურებას, ხოლო პაციენტს როგორც მომხმარებელს, ამ ტენდეციებთან მიმართებით პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები ხშირად მოითხოვენ ხელმისაწვდომობას იმ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც ექიმების აზრით არ არის საჭირო. ასეთი მაგალითები უამრავია, ვირუსული დაავადებების დროს ანტიბიოტიკების დანიშვნიდან პერსპექტიული, მაგრამ ჯერ კიდევ დაუმტკიცებელი მედიკამენტებისა და სამედიცინო ოპერაციების ჩათვლით. ზოგიერთი პაციენტი ასახელებს თავის უფლებას ნებისმიერ სამედიცინო პროცედურაზე, რომელიც შესაძლებელია მათთვის სასარგებლო იყოს, ხშირად ექიმები იქცევიან თავიანთი ვალდებულების - დაეხმარონ თავის პაციეტებს - შესაბამისად, იმ შემთხვევაშიც კი თუკი ისინი დარწმუნებულები არიან რომ მოცემული სამედიცინო პროცედურა არ მოახდენს პაციენტის ჯანმრთელობაზე არანაირ სამედიცინო ეფექტს. ეს პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ წამოიჭრება შეზღუდული რესურსების პირობებში, როდესაც ზოგიერთი პაციენტისთვის „უშედეგო" და „უსარგებლო" მკურნალობის ჩატარება ნიშნავს სხვების დატოვებას მკურნალობის გარეშე.

უშედეგო და უსარგებლო მკურნალობა შესაძლებელია გააზრებული იყოს შემდეგნაირად: ზოგიერთ შემთხვევაში ექიმმა შესაძლოა განსაზღვროს, რომ მკურნალობა სამედიცინო თვალსაზრისით უშედეგოა ან უსარგებლოა, თუკი არ არსებობს საფუძველი, რომ ვივარაუდოთ, რომ მოცემული მკურნალობა გამოიწვევს პაციენტის გამოჯანმრთელებას ან მისი მდგომარეობის გაუმჯობესებას, ან თუ შეუძლებელია, რომ გაუმჯობესდეს პაციენტის რაიმე მდგომარეობა. სხვა შემთხვევებში მკურნალობის მიზანშეწონილობა და სარგებლობა განისაზღვრება მხოლოდ პაციენტის საკუთარი მდგომარეობის სუბიექტური შეფასების საფუძველზე. ზოგადად კი პაციენტმა მონაწილეობა უნდა მიიღოს ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში მიზანშეწონილობის განსაზღვრის პროცესში, გამონაკლის შემთხვევებში მსგავსი მსჯელობა შეიძლება არ იყოს მის ინტერესებში. ამასთანავე ექიმი არ არის ვალდებული პაციენტს შესთავაზოს უშედეგო ან უსარგებლო მკურნალობა.

ექიმი არ არის ვალდებული პაციენტს შესთავაზოს უშედეგო ან უსარგებლო მკურნალობა.

ინფორმირებული თანხმობის პრინციპი პაციენტისათვის, სხვების გარდა, მოიცავს ექიმის მიერ შეთავაზებული მკურნალობის რამდენიმე ვარიანტიდან არჩევანის გაკეთების უფლებას. უკანასკნელ პერიოდში ეთიკაში, კანონმდებლობასა და პოლიტიკაში სულ უფრო ხშირია კამათები, რომელიც ეძღვნება იმ გარემოების განსაზღვრას, თუ როდის აქვთ პაციენტებს და მათი ოჯახის წევრებს უფლება მოითხოვონ ის სამედიცინო მომსახურება, რომელიც არ არის რეკომენდებული მკურნალი ექიმის მიერ. სანამ ეს საკითხი არ იქნება გადაწყვეტილი სამთავრობო, სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიებისა და/ან სამედიცინო პროფესიული ორგანიზაციების დონეზე, ექიმებს დამოუკიდებლად მოუწევთ მიიღონ გადაწყვეტილება იმის შესახებ, დააკმაყოფილონ თუ არა თხოვნა მკურნალობაზე, რომელიც არ არის აუცილებელი. ამასთანავე, თუ ექიმი დარწმუნებულია, რომ მოცემული მკურნალობა უფრო მეტ ზიანს მიაყენებს პაციენტს, ვიდრე სარგებლობას, მაშინ ექიმმა უარი უნდა თქვა ამ ტიპის მკურნალობაზე. ექიმი არ უნდა მოერიდოს უარის თქმას იმ შემთხვევაშიც, როდესაც მკურნალობის სასარგებლო მოქმედების ალბათობა მინიმალურია; ამასთანავე არ უნდა იქნას უგულებელყოფილი პლაცებოს შესაძლო ეფექტი. თუ ამ დროს ჩნდება ასევე შეზღუდული რესურსების პრობლემა, მაშინ ამ საკითხზე ექიმმა ყურადღება უნდა გაუმახვილოს იმ პიროვნებას, რომელსაც ეხება რესურსების განაწილება.

აქვს თუ არა უფლება პაციენტს ისარგებლოს სამედიცინო მომსახურებით, რომელიც არ არის რეკომენდირებული ექიმის მიერ?

გადაწყვეტილების მიღება არაკომპეტენტური პაციენტებისათვის

ბევრ პაციენტს არ შეუძლია დამოუკიდებლად გადაწყვეტილების მიღება. მათ რიცხვში შედიან მცირეწლოვანი ბავშვები, პაციენტები ფსიქიკური ან ნევროლოგიური დარღვევებით, ავადმყოფები, რომლებიც იმყოფებიან დროებით უგონო მდგომარეობაში ან კომაში. ესეთი პაციენტებისათვის აუცილებელია ისეთი პიროვნება, რომელიც მიიღებს გადაწყვეტილებას მათ მაგივრად - ეს შეიძლება იყოს ექიმი ან სხვა პიროვნება. ეთიკური საკითხები წარმოიქმნება პაციენტის მაგივრად გადაწყვეტილების მიმღები პირის შერჩევისას, ხოლო არაკომპეტენტური პაციენტების მაგივრად გადაწყვეტილების მიღებისას - სხვის მაგივრად კრიტერიუმების შერჩევისას.
სამედიცინო პატერნალიზმის პერიოდში არაკომპეტენტური პაციენტების ნაცვლად გადაწყვეტილების მიღებისათვის ყველაზე შესაბამის პიროვნებად ექიმი იყო მიჩნეული. ექიმს შეეძლო კონსულტაცია ჩაეტარა პაციენტის ოჯახთან მკურნალობის მეთოდებთან დაკავშირებით, მაგრამ საბოლოო გადაწყვეტილება მაინც მას ეკუთვნოდა. ბევრ ქვეყანაში ექიმებმა თანდათანობით დაკარგეს ადრე მინიჭებული ძალაუფლება, ამასთანავე პაციენტებს მიეცათ უფლება დაესახელებინათ პიროვნება, რომელიც მათ მაგივრად მიიღებდა გადაწყვეტილებას მაშინ, როდესაც ისინი ქმედუნარიანი გახდებოდნენ. გარდა ამისა, ზოგიერთ ქვეყანაში დაზუსტებულია რანჟირებული სია იმ პიროვნებებისა, რომლებსაც აქვთ უფლება გახდნენ კანონიერი წარმომადგენლები (მაგალითად, მეუღლე, სრულწლოვანი შვილები, ძმა ან და და ა.შ.) ექიმი პაციენტის მაგივრად

ღებულობს გადაწყვეტილებას მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ კანონიერი წარმომადგენლის მოძიება ვერ მოხერხდა, რაც ხშირია ექსტრემალური სიტუაციების დროს. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის პაციენტთა უფლებების დეკლარაციაში ამასთან დაკავშირებით აღნიშნულია შემდეგი:

„თუ პაციენტი უგონო მდგომარეობაშია ან ისეთ მდგომარეობაში, როდესაც არ შეუძლია საკუთარი სურვილის გამოხატვა, შეძლებისდაგვარად მიღებული უნდა იქნას ინფორმირებული თანხმობა მისი კანონიერი წარმომადგენლისაგან. თუ კანონიერ წარმომადგენელთან დაკავშირება შეუძლებელია, და პაციენტის მდგომარეობა მოითხოვს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, მაშინ იგულისხმება პაციენტისაგან თანხმობის მიღება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც არსებობს აშკარა მტკიცებულებები (ახლო წარსულში პაციენტის ქმედებები და აზრი), რომ პაციენტი ამ სახის ჩარევაზე უარს განაცხადებდა".

პრობლემები წარმოიქმნება იმ შემთხვევაში თუ კანონიერ წარმომადგენლებს, მაგალითად ოჯახის წევრებს არ აქვთ საერთო აზრი, ან არსებობს შეჯერებული აზრი, მაგრამ ექიმის აზრით ის ეწინააღმდეგება პაციენტის ინტერესებს. პირველ შემთხვევაში ექიმი უნდა გახდეს შუამავალი, მაგრამ თუ ექიმი ამას ვერ მოახერხებს და აზრთა სხვადასხვაობა მაინც დარჩება, გადაწყვეტილება უნდა მიღებულ იქნას სხვა გზით, მაგალითად კენჭისყრით ან ოჯახის უფროსის გადაწყვეტილებით. იმ შემთხვევაში, თუ ექიმსა და კანონიერ წარმომადგენელს შორის მნიშვნელოვანი უთანხმოებაა, პაციენტთა უფლებების დეკლარაციის თანახმად „თუ კანონით დადგენილი წარმომადგენელი ან პირი, რომელიც დანიშნულია პაციენტის მიერ, კრძალავს მკურნალობის ჩატარებას, რომელიც ექიმის აზრით პაციენტის ინტერესებშია, მაშინ ექიმმა უნდა გაასაჩივროს მოცემული გადაწყვეტილება კანონით ან სხვა დებულებით გათვალისწინებული დოკუმენტების შესაბამისად".
წინა პარაგრაფში განხილული ინფორმირებული თანხმობის პრინციპები და პროცედურები ეხებათ კანონიერ წარმომადგენლებს ისევე, როგორც თვით პაციენტებს. ექიმის მოვალეობაა კანონიერ წარმომადგენელს მიაწოდოს ყველა ინფორმაცია, რაც კი საჭიროა გადაწყვეტილების მისაღებად. ეს ნიშნავს რთული სამედიცინო დიაგნოზების, პროგნოზებისა და მკურნალობის რეჟიმების ახსნას მარტივი ენით, ამასთანავე პაციენტმა/კანონიერმა წარმომადგენელმა უნდა გაიგოს მკურნალობის ყველა შესაძლო საშუალებები, თითოეულის უპირატესობისა და ნაკლის ჩათვლით. გარდა ამისა, აუცილებელია ყველა წარმოქმნილ შეკითხვაზე პასუხის გაცემა, პატივისცემით უნდა იქნას მიღებული პაციენტის/კანონიერი წარმომადგენლის ნებისმიერი გადაწყვეტილება, და შესაძლებლობის ფარგლებში, მისი არგუმენტაციაც.
არაკომპეტენტური პაციენტის ნაცვლად გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მთავარ კრიტერიუმად გამოიყენება პაციენტის სურვილები, თუკი ისინი ცნობილია. ეს სურვილები შესაძლოა იყოს მითითებული წინასწარ მითითებებში, ან შეიძლება ემცნოს კანონიერ წარმომადგენელს, ექიმს ან სხვა სამედიცინო პერსონალს. იმ შეთხვევაში თუ პაციენტის სურვილები წინასწარ არ არის ცნობილი, გადაწყვეტილება პაციენტის მკურნალობასთან მიმართებაში მიღებული უნდა იყოს პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე და გათვალისწინებული უნდა იყოს: ა) დაავადების დიაგნოზი და განვითარების პროგნოზი; ბ) პაციენტის ცნობილი ღირებულებები; გ) ინფორმაცია, მიღებული პაციენტის ცხოვრებაში არსებული მნიშვნელოვანი ადამიანებიდან, ვისაც შეუძლიათ პაციენტის ინტერესების განსაზღვრაში დახმარება; დ) პაციენტის კულტურისა და რელიგიის თავისებურებები, რამაც შეიძლება მნიშვნელოვანი

გავლენა მოახდინოს გადაწყვეტილების მიღებაზე. ეს მიდგომა ნაკლებად მკაცრია იმასთან შედარებით, როდესაც არსებობს წინასწარ შედგენილი მითითებები, მაგრამ ეს საშუალებას აძლევს კანონიერ წარმომადგენელს პაციენტის ზოგადად ცხოვრებისადმი დამოკიდებულებების გათვალისწინებით გამოთქვას ვარაუდი, თუ რომელ გადაწყვეტილებას მიიღებდა პაციენტი მოცემულ სიტუაციაში.
განსაკუთრებით რთულია შეფასდეს გადაწყვეტილების მიღების უნარი ბავშვებში და იმ პირებში, რომელთა ძალები შემცირებულია მწვავე ან ქრონიკული დაავადებებით. პიროვნებას შეიძლება შეეძლოს გადაწყვეტილების მიღება მხოლოდ ცხოვრების ზოგიერთ ასპექტთან მიმართებაში. ასევე გადაწყვეტილების მიღების უნარი შესაძლოა არ იყოს მუდმივი. მართალია კანონის თანახმად ესეთი პაციენტები შესაძლოა არ იყვნენ ქმედუნარიანები, მაგრამ მათ მაგივრად გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული მათი აზრიც. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის პაციენტთა უფლებების დეკლარაციაში ამასთან დაკავშირებით აღნიშნულია შემდეგი:

თუ პაციენტი არის არასრულწლოვანი ან არ აქვს სამართლებრივად გადაწყვეტილების მიღების უნარი, მაშინ საჭიროა მისი კანონიერი წარმადგენლის თანხმობა. მიუხედავად ამისა, პაციენტები მაქსიმალურად უნდა იყვნენ ჩართული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, მათი შესაძლებლობების ფარგლებში.

ხშირად პაციენტებს, დაავადებით გამოწვეული დისკომფორტისა და შფოთვის გამო, არ აქვთ უნარი მიიღონ გააზრებული და დასაბუთებული გადაწყვეტილება მკურნალობის შესაძლო ვარიანტთან მიმართებით. თუმცა მათ შესაძლოა გამოთქვან უარი სპეციფიურ მკურნალობაზე, მაგალითად, უარი განაცხადონ ინტრავენურ კვებაზე. ესეთ შემთხვევებში, პაციენტის გამოხატულ უარს ყურადღება უნდა მიექცეს, თუმცა ის განხილული უნდა იყოს მკურნალობის ზოგადი მიზნების პოზიციითაც.

პაციენტები მაქსიმალურად უნდა იყვნენ ჩართული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, მათი შესაძლებლობების ფარგლებში.

განსაკუთრებული რთული ეთიკური პრობლემები წარმოიქმნება ფსიქიკური ან ნევროლოგიური დარღვევების მქონე პაციენტებთან მუშაობისას, რომლებმაც შესაძლოა საფრთხე შეუქმნან საკუთარ თავს ან გარშემო მყოფებს. აუცილებელია მაქსიმალურად სრულად იყოს დაცული მათი უფლებები, განსაკუთრებით უფლება თავისუფლებაზე, რამდენადაც ეს შესაძლებელია. თუმცა იმისათვის, რომ თავიდან იყოს აცილებული სხვებისათვის ან საკუთარი თავისთვის ზიანის მიყენების შესაძლებლობა, შესაძლებელია ისინი იძულებით იყვნენ მოთავსებულები და/ან მკურნალობა გაეწიოთ სპეციალურ დაწესებულებებში. უნდა განისაზღვროს განსხვავება იძულებით მოთავსებასა და იძულებით მკურნალობას შორის. პაციენტთა უფლებების ზოგიერთი დამცველები იცავენ პაციენტთა უფლებას უარი განაცხადონ მკურნალობაზე, თუნდაც შედეგად ამას მათი შესაძლო იზოლაცია მოყვეს. მკურნალობაზე უარის ლეგიტიმური მიზეზი შესაძლოა იყოს წარსულში მკურნალობის მტკივნეული გამოცდილება, ფსიქოტროპული ნივთიერებების მძიმე გვერდითი

მოვლენები. ამ ტიპის პაციენტიების მაგივრად გადაწყვეტილების მიღებისას, ექიმი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ ის დანამდვილებით წარმოადგენს საკუთარი თავისთის და გაშემო მყოფთათვის საფრთხეს, და არა მხოლოდ შეწუხების მიზეზს. ექიმი უნდა შეეცადოს დაადგინოს ესეთი პაციენტების დამოკიდებულება მკურნალობასთან მიმართებით, და ამ უპირატესობის მიზეზები, იმ შეთხვევაშიც კი თუკი საბოლოოდ პაციენტის აზრი მაინც არ იქნება გათვალისწინებული.

კონფიდენციალობა

ჰიპოკრატეს დროიდან მოყოლებული სამედიცინო ეთიკის საფუძველს წარმოადგენს ექიმის ვალდებულება შეინახოს საიდუმლოდ ინფორმაცია პაციენტის შესახებ. ჰიპოკრატეს ფიცის თანახმად: „დღეს მკურნალობის ჟამს - ან თუ სხვა დროს ყური მოვკრა ან ვიხილო რაიმე კაცთა ცხოვრებიდან, როცა არ უნდა იქნეს გამჟღავნებული, საიდუმლოდ მივიჩნიო და არავის გავუმიხილო იგი.” ჰიპოკრატეს ფიცი და მისი შედარებით უახლესი ვერსიები არ უშვებენ კონფიდენციალობის ვალდებულებაში არანაირ გამონაკლისს. თუმცა სხვა კოდექსებში უარყოფილია კონფიდენციალობის მიმართ მსგავსი აბსოლუტისტური მიდგომა. მაგალითად, მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი მოითხოვს ექიმისაგან „პატივი სცეს და შეინახოს საიდუმლო, რომელიც მას მიაწოდა პაციენტმა, მისი გარდაცვალების შემდეგაც კი”. შესაძლოა კონფიდენციალობის პრინციპიდან ეს გადახვევა ნიშნავს უბრალოდ მოწოდებას, რომ დაზუსტებული იყოს კონფიდენციალობის იდეა.

გამონაკლის შემთხვევებში კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება არაეთიკური არ არის

კონფიდენციალობის მაღალი ღირებულება სამ წყაროს ეფუძნება: ავტონომია, სხვების პატივისცემა და ნდობა. ავტონომია პირდაპირ მიმართებაშია კონფიდენციალობასთან. რადგან ადამიანის პერსონალური ინფორმაცია მისი კუთვნილებაა და მისი თანხმობის სხვისთვის არ უნდა გახდეს ცნობილი. როცა ადამიანი თავისი ნებით გადასცემს პერსონალურ ინფორმაციას სხვა პიროვნებას - მაგალითად, ექიმს ან ექთანს, ან როდესაც ინფორმაცია ხდება ცნობილი სამედიცინო ანალიზის შედეგად, ინფორმაციის მცოდნე პიროვნებები ვალდებულნი არიან დაიცვან კონფიდენციალობა, იმ შემთხვევის გარდა, როცა პაციენტი ნებას რთავს მათ, გაახმაურონ ინფორმაცია.
კონფიდენციალობა იმიტომაც არის მნიშვნელოვანი, რომ ყველა ადამიანი იმსახურებს პატივისცემას. საკუთარი პატივისცემის გამოხატვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გზაა - საიდუმლოს შენახვა. სამედიცინო გარემოცვაში ხშირად ირღვევა პრივატულობა, მაგრამ ეს არ უნდა გახდეს ადამიანის პირად ცხოვრებაში ჩარევის მიზეზი. ადამიანები განსხვავდებიან პირადული საკითხების მიმართ დამოკიდებულებით, აქედან გამომდინარე, ჩვენ არ შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ყველას უნდა ისე მოექცნენ, როგორც ჩვენ ვისურვებდით. ზუსტად უნდა გავარკვიოთ, რომელი ინფორმაციის შენახვა სურს საიდუმლოდ ადამიანს და რომელი ინფორმაციის გაზიარება მიაჩნია მას დასაშვებად.
ნდობა წარმოადგენს ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობების განუყოფელ ნაწილს. მკურნალობის დანიშვნისათვის პაციენტმა აუცილებლად უნდა გაუმჟღავნოს პერსონალური ინფორმაცია ექიმს ან სხვა პირებს - მისთვის

სრულიად უცხო ადამიანებს. ამისათვის უნდა არსებობდეს მყარი საბაბი, რომ ექიმის მიერ მიღებული ინფორმაცია არ იქნება გამხელილი. ამ ნდობის საფუძველს წარმოადგენს კონფიდენციალობის ეთიკური და საკანონმდებლო სტანდარტები, რომლებიც დაცული უნდა იყოს მედიკოსების მიერ. იმ რწმენის გარეშე, რომ ექიმისათვის გადაცემული ინფორმაცია დარჩება საიდუმლოდ, პაციენტმა შესაძლოა დაფაროს გარკვეული ინფორმაცია, რაც თავის მხრივ, ხელს შეუშლის ექიმის ძალისხმევას მოახდინოს ეფექტური ჩარევა და ზოგადად შეაფერხებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზნების მიღწევას.
მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის პაციენტთა უფლებების დეკლარაციაში პაციენტის კონფიდენციალობის უფლება ასახულია შემდეგი სახით:

- ინფორმაცია პაციენტის მდგომარეობის, დიაგნოზის, პროგნოზის, მკურნალობის შესახებ და სხვა პირადი ინფორმაცია კონფიდენციალური უნდა იყოს პაციენტის გარდაცვალების შემდეგაც კი. გამონაკლისი შეიძლება დაშვებული იქნას ნათესავებისათვის ინფორმაციის იმ ნაწილში, რომელმაც მათ ჯანმრთელობას შესაძლებელია საფრთხე შეუქმნას.
- კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება შესაძლებელია მხოლოდ პაციენტის თანხმობის შემთხვევაში და კანონით გათვალისწინებულ სხვა შემთხვევებში. ინფორმაცია საჭიროების შესაბამისად და მინიმალურად შეიძლება გადაეცეს სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერებს, თუ სხვა რამ არ არის წინასწარ შეთანხმებული პაციენტთან.
- პერსონალური ინფორმაცია სრულად უნდა იყოს დაცული. დაცვა უნდა შეესაბამებოდეს ინფორმაციის შენახვის არჩეულ მეთოდს. ანალოგიურად უნდა იყვნენ დაცული ადამიანები, რომლებისგანაც შესაძლებელია მოცემული ინფორმაციის მიღება.

როგორც მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის მოცემულ დეკლარაციაში ნათქვამია, არსებობს რამოდენიმე გამონაკლისი - ზოგიერთი მათგანი საკმაოდ გამჭვირვალეა, სხვები – წარმოშობენ საკმაოდ რთულ ეთიკურ პრობლემებს.
ჯანდაცვის ბევრ დაწესებულებაში ხშირად ადგილი აქვს კონფიდენციალობის „რუტინულ" დარღვევას ექიმების, ექთნების, ლაბორანტების და სხვათა მიერ. მაგალითად საჭიროა ავადმყოფობის ისტორია მკურნალობის დასანიშნად, ან სტუდენტთა სწავლის პროცესში, თუ როგორ უნდა ჩატარდეს მკურნალობა; თუ პაციენტი და ექიმი არ საუბრობენ ერთი და იმავე ენაზე, მაშინ საჭირო ხდება თარჯიმანი; თუ პაციენტი ქმედუუნაროა, მის შესახებ ინფორმაცია უნდა გადაეცეს სხვა ადამიანს, რათა მან მიიღოს გადაწყვეტილება პაციენტის სახელით და უზრუნველყოს პაციენტის სათანადო მკურნალობა; ექიმები ოჯახის წევრებს ინფორმაციას აწვდიან გარდაცვალების მიზეზების შესახებ. კონფიდენციალობის დარღვევის ყველა ზემოთ დასახელებული შემთხვევა დასაშვებია, მაგრამ მათი რაოდენობა დაყვანილი უნდა იყოს მინიმუმამდე, ხოლო პირებმა, რომლებსაც აქვთ წვდომა კონფიდენციალურ ინფორმაციაზე, არ უნდა გაავრცელონ ის იმაზე მეტად, ვიდრე ეს პაციენტის კეთილდღეობისთვისაა საჭირო. ამასთანავე, პაციენტები, შეძლებისდაგვარად, უნდა იყვნენ გაფრთხილებულები, რომ საექიმო საიდუმლოს პრინციპს გააჩნიათ გამონაკლისი შემთხვევები.
კონფიდენციალობის დარღვევის სხვა ფართოდ აღიარებული მიზეზებია – კანონის მოთხოვნებთან შესაბამისობა. მაგალითად ბევრ ქვეყანაში არსებობს კანონი იმ პაციენტებზე სავალდებულო შეტყობინების შესახებ, რომლებსაც გარკვეული დაავადება გააჩნიათ, ან არიან მთვრალ მდგომარეობაში, ან ეჭვმიტანილები არიან ბავშვებთან სასტიკ მოპყრობაში. ექიმმა უნდა იცოდეს

კანონით დადგენილი მოთხოვნები კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნებასთან მიმართებით. თუმცა საკანონმდებლო მოთხოვნები შესაძლოა წინააღმდეგობაში იყოს ადამიანის უფლებებთან, რაც წარმოადგენს სამედიცინო ეთიკის საფუძველს. ამგვარად, ექიმმა კრიტიკულად უნდა შეაფასოს საკანონმდებლო მოთხოვნები კონფიდენციალობის დარღვევასთან მიმართებაში და ის უნდა დარწმუნდეს, რომ ეს მოთხოვნა გამართლებული იქნება თუკი ის მას შეასრულებს.

ექიმმა კრიტიკულად უნდა შეაფასოს საკანონმდებლო მოთხოვნები კონფიდენციალობის დარღვევასთან მიმართებაში და ის უნდა დარწმუნდეს, რომ ეს მოთხოვნა გამართლებული იქნება თუკი ის მას შეასრულებს.

თუკი ექიმი დარწმუნებულია, რომ კანონის მოთხოვნები პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გადაცემის შესახებ საფუძვლიანია, სასურველია ინფორმაციის გამჟღავნებამდე მან განიხილოს ეს საკითხი პაციენტთან ან მის კანონიერ წარმომადგენელთან და მიიღოს მათი თანხმობა. მაგალითად, სასურველია, რომ პაციენტმა, რომელიც ეჭვმიტანილია ბავშვებთან სასტიკ მოპყრობაში, დამოუკიდებლად შეატყობინოს ამის შესახებ სათანადო ორგანიზაციებს ექიმის თანდასწრებით ან, თუ ექიმი გადასცემს ამ ინფორმაციას, მან წინასწარ მოიპოვოს ამის შესახებ პაციენტის თანხმობა. თუკი მსგავსი თანამშრომლობა შეუძლებელია, ან თუ ექიმს აქვს სათანადო საფუძველი ვარაუდი იმისა, რომ შეტყობინების დაყოვნებამ შეიძლება გამოიწვიოს ბავშვის ჯანმრთელობისათვის მნიშვნელოვანი რისკი, მაშინ მან დაუყოვნებლივ საქმის კურსში უნდა ჩააყენოს ბავშვთა უფლებების დამცველი ორგანიზაციები და შეატყობინოს პაციენტს, რომ მან ეს გააკეთა.

კანონით გათვალისწინებული კონფიდენციალობის დარღვევების გარდა, ექიმის ეთიკურმა ვალდებულებამ შეიძლება მოითხოვოს, რომ ექიმმა გაუზიაროს კონფიდენციალური ინფორმაცია მათ, ვისი ჯანმრთელობაც პაციენტის გამო საფრთხეშია. ეს შესაძლებელია იყოს ორ შემთხვევაში: როდესაც პაციენტი ატყობინებს თავის ფსიქიატრს, რომ აპირებს ზიანი მიაყენოს სხვა ადამიანს ან როდესაც ექიმი დარწმუნებულია, რომ აივ დადებითი პაციენტი აპირებს გააგრძელოს დაუცველი სექსუალური კონტაქტი მეუღლესთან ან სხვა პარტნიორთან.

კონფიდენციალობის გამჟღავნების ძირითადი პირობა არა კანონით გათვალისწინებულ შემთხვევებში, არის მოსალოდნელი ზიანის მნიშვნელობა და შეუქცევადობა, რომლის აცილებაც სხვა გზით შეუძლებელია, გარდა კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნებისა. ორი ბოროტების შედარებისას ექიმმა უნდა შეადაროს და შეაფასოს ზიანის მნიშვნელობა თითოეულ შემთხვევაში და მისი დადგომის ალბათობა. თუ ექიმი ვერ შეძლებს სათანადო შეფასებას, მაშინ მან უნდა მიმართოს შესაბამის სპეციალისტს კონსულტაციისათვის.

იმ შემთხვევაში, თუ ექიმმა გადაწყვიტა, რომ საფრთხის შესახებ გაფრთხილება ამართლებს კონფიდენციალობის არასანქციონირებულ გამჟღავნებას, წარმოიქმნება ორი კითხვა: ვის უნდა გაუმჟღავნოს კონფიდენციალური ინფორმაცია და ამ ინფორმაციის რა ნაწილი უნდა გაუმჟღავნოს. ზოგადად გამჟღავნებული უნდა იყოს ინფორმაციის მხოლოს ის ნაწილი, რომელიც აუცილებელია პროგნოზირებადი ზიანის თავიდან ასაცილებლად, და მხოლოდ მათ მიეწოდოთ ინფორმაცია, ვისაც ეს ინფორმაცია ესაჭიროება ზიანის თავიდან ასაცილებლად. ძალისხმევა უნდა იყოს მიმართული იმისაკენ, რომ საექიმო საიდუმლოს გამჟღავნებით პაციენტისათვის მიყენებული ზიანი მინიმუმამდე იყოს დაყვანილი. რეკომენდებულია, რომ ექიმმა პაციენტს ამცნოს საექიმო

საიდუმლოს შესაძლო დარღვევის შესახებ, თუკი ეს იქნება ჩადენილი პაციენტის ან პოტენციური მსხვერპლის საკეთილდღეოდ. ამასთანავე, სასურველია მოპოვებული იქნას პაციენტის მხარდაჭერა.
აივ დადებითი პაციენტის შემთხვევაში, ინფორმაციის მიწოდება მეუღლისათვის ან მიმდინარე სექსუალური პარტნიორისათვის არ შეიძლება ჩაითვალოს არაეთიკურ საქციელად, და რა თქმა უნდა გამართლებულია იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი თვითონ არ აპირებს ამ ინფორმაციის მიწოდებას იმ პირებისათვის, ვინც საფრთხეში არინ. ესეთ შემთხვევაში კონფიდენციალობის გამჟღავნებისას დაცული უნდა იყოს შემდეგი პირობები: პარტნიორი აივ-ინფექციით დასნებოვნების რისკის ქვეშ არის და მას არ აქვს სხვა წყარო ამ ინფორმაციის მიაღებად; პაციენტი უარს აცხადებს პარტნიორისათვის ამ ინფორმაციის მიწოდებაზე; პაციენტმა უარი განაცხადა ექიმის შუამდგომლობაზე პარტნიორისათვის აივ-ინფექციაზე ინფორმაციის მიწოდებაში; ექიმმა ამცნო პაციენტს თავისი გადაწყვეტილების შესახებ, რომ მოუყვეს პაციენტის პარტნიორს პაციენტის დაავადების შესახებ.
განცალკავებულად დგას კონფიდენციალობის პრობლემა ეჭვმიტანილთა ან რაიმე დანაშაულის გამო სასჯელმისჯილთა მკურნალობასთან მიმართებით. მართალია ექიმებს, პატიმართა სამედიცინო მომსახურების აღმოჩენისას, სერიოზული შეზღუდვები აქვთ თავიანთ ქმედებებში, მაგრამ ისინი ყველანაირად უნდა შეეცადონ, რომ მათ ისეთივე მკურნალობა ჩაუტარონ, როგორც სხვა პაციენტებს. კერძოდ, მათ უნდა დაიცვან კონფიდენციალობა, და არ გაუმჟღავნონ ციხის ზედამხედველებს პაციენტის ჯანმრთელობის დეტალები, მისგან თანხმობის მიღების გარეშე.

სიცოცხლის დასაწყისთან დაკავშირებული საკითხები

სამედიცინო ეთიკის ბევრი მნიშვნელოვანი საკითხი დაკავშირებულია სიცოცხლის დასაწყისთან. მოცემული წიგნის ფარგლებში ეს საკითხები შეუძლებელია გარჩეული იყოს ძალიან დეტალურად, მაგრამ აზრი აქვს მოვხაზოთ მაინც ისინი, რათა შესაძლებელი იყოს მათი ეთიკური ბუნების იდენტიფიცირება და შესაბამისად შემდგომ მათზე მუშაობა. თითოეული ეს საკითხი წარმოადგენს სამედიცინო ორგანიზაციების, ეთიკის სპეციალისტების და სამთავრობო საკონსულტაციო ორგანოების დეტალური ანალიზის საგანს. ბევრ ქვეყანაში ჩამოყალიბებულია კანონმდებლობა, რომელიც არეგულირებს მუშაობას ამ საკითხებთან.
კონტრაცეფცია - მართალია სულ უფრო ფართოდ არის აღიარებული ქალის უფლება გააკონტროლოს საკუთარი ფერტილობა, მათ შორის თავიდან აიცილოს არასასურველი ორსულობა, მაგრამ ექიმები დღემდე მუშაობენ ისეთ რთულ საკითხებზე, როგორიცაა კონტრაცეფციის მოთხოვნა სექსუალური უმცირესობისათვის, კონტრაცეფციის სხვადასხვა მეთოდების რისკების ახსნა და სხვ.
ხელოვნური განაყოფიერება - წყვილებისათვის (ან ცალკეული პირისათვის), რომლებსაც არ შეუძლიათ ბუნებრივი გზით დაორსულება, შემუშავებულია ხელოვნური განაყოფიერების სპეციალური მეთოდები, მაგალითად, საშვილოსნოს შიდა განაყოფიერება ან ემბრიონის გადანერგვა, რაც ფართოდ არის გავრცელებული სამედიცინო ცენტრებში. სხვა ალტერნატივას წარმოადგენს სუროგატული ფეხმძიმობა. მაგრამ ყველა ეს ტექნოლოგია ბადებს

მრავალ შეკითხვას როგორც კონკრეტული ადამიანის, ისე სახელმწიფო პოლიტიკის დონეზე.
საშვილოსნოს შიდა გენეტიკური სკრინინგი - დღეისათვის შესაძლებელი გახდა ნაყოფის გენეტიკური გადახრებისა და სქესის განსაზღვრისათვის გენეტიკური ტესტების ჩატარება. მათი შედეგების შესაბამისად შესაძლებელია მიღებული იქნას გადაწყვეტილება ორსულობის შენარჩუნებისა ან შეწყვეტის შესახებ. ექიმმა უნდა შეძლოს განსაზღვროს, თუ როდის შეიძლება მსგავსი ტესტის შეთავაზება და როგორ აეხსნას პაციენტს მისი შედეგები.
ორსულობის შეწყვეტა - დიდხანს ეს საკითხი სამედიცინო ეთიკის ერთ-ერთი ყველაზე სადავო საკითხი იყო, ამასთან როგორც ექიმებისათვის, ისე ხელისუფლებისათვის. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის გაცხადება, რომ „სამედიცინო ჩვენებით ორსულობის შეწყვეტა" აღიარებს აზრთა სხვადასხვაობას ამ საკითხთან მიმართებაში, და ასკვნის, რომ „პასუხი ამ შეკითხვაზე არის ყოველი კონკრეტული ადამიანის სინდისზე და შეხედულებებზე, რასაც პატივი უნდა ვცეთ".
სერიოზულ საფრთხეში მყოფი ნაყოფი - დღენაკლულობის ან თანდაყოლილი მანკების გამო ზოგიერ ნაყოფს შეიძლება ჰქონდეს მეტად ნეგატიური პროგნოზი. ამიტომ მიღებული უნდა იქნას მეტად რთული გადაწყვეტილება შემდგომის ნაბიჯების შესახებ: უნდა შევეცადოთ მას გაუგრძელოთ სიცოცხლე თუ მივცეთ გარდაცვალების საშუალება.
კვლევების ჩატარებასთან დაკავშირებული საკითხები - ეს საკითხები უკავშირდება ახალი ემბრიონების მიღებას ან „თავისუფალი" ბლასტოციტების (რომლებიც არ გამოიყენება განაყოფიერებისათვის) გამოყენებას ღეროვანი უჯრედების მისაღებად ან ხელოვნური განაყოფიერების ახალი ტექნოლოგიების ტესტირებისათვის, ან ნაყოფზე ექსპერიმენტების ჩატარება.

სიცოცხლის დასასრულთან დაკავშირებული საკითხები

სიცოცხლის დასასრულთან დაკავშირებული საკითხების წრე საკმაოდ ფართოა- ექსპერიმენტული ტექნოლოგიების გამოყენებით, მომაკვდავი პაციენტების სიცოცხლის გაგრძელების მცდელობებიდან, როგორიცაა მაგალითად ცხოველების ორგანოების გადანერგვა, ევთანაზიის გზით სიცოცხლის შეწყვეტის მცდელობამდე და სამედიცინო დახმარებით თვითმკვლელობამდე. ამ საზღვრებში მოთავსებულია სიცოცხლის პოტენციური გაგრძელებისათვის მკურნალობის გამოყენებასა და შეწყვეტასთან დაკავშირებული საკითხები, უიმედო ავადმყოფის მოვლა და პაციენტის წინასწარი განკარგულებების დაცვა.
განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს ორი საკითხი: ევთანაზია და თვითმკვლელობა სამედიცინო დახმარებით.
ევთანაზია ნიშნავს შეგნებულ და განზრახულ ქმედებებს, მიმართულს სხვა ადამიანის სიცოცხლის შეწყვეტისაკენ, და გულისხმობს შემდეგ პირობებს: მოქმედების ობიექტი - ქმედუნარიანი და სრული ინფორმაციის მქონე ადამიანია, რომელსაც აქვს უკურნებელი სენი და რომელმაც ნებაყოფლობით მოითხოვა სიცოცხლის შეწყვეტა. მოქმედების სუბიექტმა იცის ობიექტის მდგომარეობა და მისი სურვილი, და ის ასრულებს ქმედებას, რომლის ძირითად მიზანს წარმოადგენს ევთანაზიის ობიექტისათვის სიცოცხლის შეწყვეტა; ქმედება ხორციელდება თანაგრძნობის საფუძველზე, მატერიალური დაინტერესების გარეშე.
თვითმკვლელობა სამედიცინო დახმარებით - ნიშნავს ადამიანისათვის შეგნებული და განზრახული ინფორმაციის და ინსტრუმენტების მიწოდებას,

რომელიც მას დაეხმარება თვითმკვლელობაში, მათ შორის ინფორმაციის მიწოდებას წამლის სასიკვდილო დოზის შესახებ, მის გამოწერას და ამ დოზის მიცემას.
მიხედავად იმისა, რომ არსებობს პრაქტიკული, ხოლო ზოგიერთ ქვეყანაში იურიდიული განსხვავება ევთანაზიასა და სამედიცინო დახმარებით თვითმკვლელობას შორის, ხშირად მათ განიხილავენ როგორც ეთიკურად ტოლფასებს.
ევთანაზიისა და სამედიცინო დახმარებით თვითმკვლელობის მოყვანილი განმარტებები სცილდება უსარგებლო, შეუსაბამო ან პალიატიურ მკურნალობას, იმ შემთხვევაშიც კი თუ ისინი ამცირებენ დარჩენილ სიცოცხლეს.
თხოვნა ევთანაზიისა და თვითმკვლელობაში დახმარების შესახებ შესაძლოა იყოს პაციენტის აუტანელი ტანჯვის შედეგი, ამდენად პაციენტს ურჩევნია მოკვდეს, ვიდრე გააგრძელოს ესეთი წვალებით სიცოცხლე. გარდა ამისა, ბევრ პაციენტს მიაჩნია, რომ მათ აქვთ არა მხოლოდ სიკვდილის უფლება, არამედ ამაში დახმარების უფლება. ექიმი განიხილება როგორც სიკვდილში ყველაზე შესაბამისი დამხმარე, რადგან ის ფლობს ცოდნას, მედიკამენტებს, რაც საკმარისია სწრაფი და უმტკივნეულო სიკვდილისათვის.
ნათელია, რომ ექიმებს არ სურთ ევთანაზიასა ან თვითმკვლელობის დახმარებაში მონაწილეობის მიღება, რადგან მსგავსი ქმედებები ბევრ ქვეყანაში კანონსაწინააღმდეგოა და აკრძალულია ეთიკის სამედიცინო კოდექსების უმრავლესობაში. ეს აკრძალვა იყო ჰიპოკრატეს ფიცის ნაწილი და განმეორებულია მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ევთანაზიის შესახებ დეკლარაციაში:
„ევთანაზია, პაციენტის სიცოცხლის წინასწარ განზრახული შეწყვეტა, განხორციელებული პაციენტის ან მისი უახლოესი ნათესავების თხოვნის საფუძველზეც კი, ეწინააღმდეგება სამედიცინო ეთიკას. თუმცა ეს არ ეწინააღმდეგება პაციენტის სურვილის პატივისცემას არ იქნას დარღვეული სიკვდილის ბუნებრივი მოახლოება დაავადების საბოლოო სტადიაზე”.
ევთანაზიისა და სამედიცინო დახმარებით თვითმკვლელობის აკრძალვა არ ნიშნავს, რომ ექიმს არაფრის გაკეთება არ შეუძლია პაციენტის სიცოცხლისათვის საშიში დაავადების გვიან სტადიაზე, რომლის მკურნალობა შეუძლებელია. ბოლო პერიოდში შემუშავებულია პალიატიური მკურნალობის ტექნოლოგიები ტკივილის შემსუბუქებისა და პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის ასამაღლებლად. პალიატიური მკურნალობა გამოიყენება ყველა ასაკის პაციენტებისათვის – ბავშვებისთვის, მოხუცებისთვის, რომლებიც უახლოვდებიან სიკვდილს. პალიატიური მკურნალობის მთავარ ასპექტს წარმოადგენს ტკივილის შეგრძნების კონტროლი. ექიმი, რომელიც მუშაობს მომაკვდავ პაციენტთან, უნდა ფლობდეს ამისათვის აუცილებელ უნარ-ჩვევებს, ასევე აუცილებლობის შემთხვევაში, მას უნდა ჰქონდეს პალიატიური მკურნალობის სპეციალისტებთან კონსულტაციის შესაძლებლობა. გარდა ამისა, ექიმმა არ უნდა მიატოვოს მომაკვდავი ავადმყოფი და მან უნდა გააგრძელოს მასზე ზრუნვა, თუნდაც მკურნალობა იყოს უსარგებლო.

ექიმმა არ უნდა მიატოვოს მომაკვდავი ავადმყოფი და მან უნდა გააგრძელოს მასზე ზრუნვა, თუნდაც მკურნალობა იყოს უსარგებლო.

სიკვდილის მოახლოება, უდაოდ, იწვევს უამრავ ეთიკურ შეკითხვებს როგორც პაციენტებში, ისე მათ კანონიერ წარმომადგენლებსა და ექიმებში. მედიკამენტების, რეანიმაციული ღონისძიებების, რადიოლოგიური პროცედურებისა და ინტენსიური თერაპიის დახმარებით სიცოცხლის გახანგრძლივების შესაძლებლობა მოითხოვს გადაწყვეტილების მიღებას მათი

დაწყებისა და შეწყვეტის შესახებ, და იმ შემთხვევაშიც როდესაც ამ ღონისძიებებს ეფექტი არ აქვთ.
როგორც უკვე ავღნიშნეთ კომუნიკაციასა და თანხმობასთან მიმართებით, ქმედუნარიან პაციენტს აქვს უფლება უარი განაცხადოს ნებისმიერ სამედიცინო მკურნალობაზე, იმ შემთხვევაშიც კი, თუკი მკურნალობაზე უარი სიკვდილს გამოიწვევს. ადამიანები განსხვავდებიან სიკვდილის მიმართ თავიანთი დამოკიდებულებების მიხედვით, ზოგიერთი ყველაფერზე თანახმაა მისი გადავადებისათვის მიუხედავად იმისა, თუ ამას შედეგად რა ტანჯვა და ტკივილი მოყვება; ზოგიერთებს კი ისე უნდათ სიკვდილი, რომ უარს აცხადებენ ელემენტარულ პროცედურებზეც კი, რომლებიც შეუნარჩუნებენ მათ სიცოცხლეს, მაგალითად ბაქტერიული პნევმონიის დროს ანტიბიოტიკების გამოყენებაზე. თუმცა ექიმი, რომელიც ინფორმაციას აწვდის პაციენტს მკურნალობის ყველა შესაძლო მეთოდებსა და მათ შედეგებზე, პატივს უნდა სცემდეს პაციენტის გადაწყვეტილებას ნებისმიერი მკურნალობის დაწყებისა და შეწყვეტის შესახებ.
მნიშვნელოვანი პრობლემებია დაკავშირებული ქმედუუნარო პაციენტის სიცოცხლის შეწყვეტასთან. რა თქმა უნდა, პრობლემები უფრო მარტივად გადაწყდება, თუკი პაციენტები ნათლად და წინასწარ გადმოსცემენ თავიანთ სურვილებს, მაგალითად წინასწარ მითითებებში. იმ შემთხვევაში თუ სურვილები ბუნდოვანია, მაშინმათი ინტერპრეტაცია უნდა მოხდეს პაციენტის მიმდინარე მდგომარეობიდან გამომდინარე. თუკი პაციენტმა არ დატოვა წინასწარ არანაირი მითითება, გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მისმა კანონიერმა წარმომადგენელმა უნდა იხელმძღვანელოს სხვა კრიტერიუმებით, კერძოდ, პაციენტის ინტერესებით.

სასწავლო შემთხვევის გარჩევა

მოცემულ თავში აღწერილი ექიმი-პაციენტის ურთიერთობების ანალიზის შესაბამისად, ექიმმა პ. ჩაიდინა რამდენიმე დანაშაული: (1) კომუნიკაცია - მან არ იღონა არანაირი მცდელობა, რომ გასაუბრებოდა პაციენტს მოცემული მდგომარეობის მიზეზების გასარკვევად, მკურნალობის შესაძლო ვარიანტების განსახილველად და საავადმყოფოში რეაბილიტაციისათვის საჭირო პარიოდის ანაზღაურების შესაძლებლობების შესახებ; (2) თანხმობა - მან არ მიიღო პაციენტისაგან მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობა; (3) თანაგრძნობა - პაციენტთან ურთიერთობა არ ადასტურებს მის მიმართ თანაგრძნობის არსებობას. შესაძლებელია ქირურგიული ჩარევა ჩატარდა მაღალ პროფესიულ დონეზე, და შეიძლება ის ძალიან დაღლილი იყო სამუშაო დღის ბოლოს, მაგრამ ეს არ ამართლებს ექიმის მხრიდან ეთიკური პრინციპების დარღვევის ფაქტს.

თავი 3 ექიმი და საზოგადოება

მიზნები

მოცემული თავის შესწავლის შემდეგ თქვენ უნდა შეძლოთ:

- **განსაზღვროთ წინააღმდეგობები ექიმის ვალდებულებებს შორის ერთის მხრივ, პაციენტის მიმართ და მეორე მხრივ - საზოგადოების მიმართ, და განსაზღვროთ მათი წარმოქმნის მიზეზები;**
- **განსაზღვროთ და გადაწყვიტოთ შეზღუდული სამედიცინო რესურსების განაწილებასთან დაკავშირებული ეთიკური საკითხები;**
- **განსაზღვროთ ექიმის პასუხისმგებლობა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და გლობალური ჯანმრთელობის მიმართ.**

სასწავლო შემთხვევა №2

ექიმი ს., ძალიან იმედგაცრუებული რჩება, როდესაც პაციენტები მასთან ვიზიტამდე ან შემდეგ იგივე პრობლემის გამო სხვა ექიმებთანაც გადიან კონსულტაციას. მას მიაჩნია ეს რესურსების დანაკარგად და პაციენტის ჯანმრთელობისათვის საზიანოდ. მან გადაწყვიტა ესეთ პაციენტებს უთხრას, რომ ის შეწყვეტს მათ მიღებას, თუ პაციენტები გააგრძელებენ იმავე პრობლემის გამო სხვა ექიმებთან მიმართვას. მას გადაწყვეტილი აქვს მიმართოს თავის სამედიცინო ასოციაციას, ხელისუფლების წინაშე ლობირებისთვის, რათა თავიდან იქნას აცილებული ჯანდაცვის რესურსების არაეფექტური გამოყენების ეს ფორმა.

რა არის განსაკუთრებული ურთიერთობებში ექიმი - საზოგადოება?

მედიცინა არის პროფესია. ტერმინს „პროფესია" ორი სხვადასხვა, თუმცა ერთმანეთთან მჭიდროდ დაკავშირებული მნიშვნელობა აქვს: (1) საქმიანობა, რომელსაც ახასიათებს სხვების კეთილდღეობაზე ზრუნვა, მაღალი მორალური სტანდარტები, ცოდნისა და უნარ-ჩვევების კომპლექსი და ავტონომიის მაღალი ხარისხი და (2) ინდივიდების ერთიანობა, რომლებიც ახორციელებენ მოცემულ საქმიანობას. ამგვარად, ტერმინი „სამედიცინო პროფესია" შეგვიძლია განვიხილოთ როგორც სამედიცინო პრაქტიკასთან, ისე ექიმებთან მიმართებით.
სამედიცინო პროფესიონალიზმი გულისხმობს არა მხოლოდ ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობას, რაც აღწერილია მეორე თავში, არამედ ურთიერთობას კოლეგებთან და ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებულ სხვა პროფესიონალებთან, რაც დეტალურად განხილული იქნება მეოთხე თავში. სამედიცინო პროფესიონალიზმი გულისხმობს ასევე საზოგადოებასთან ურთიერთობას. ეს ურთიერთობები შეიძლება განვიხილოთ როგორც „სოციალური კონტრაქტი", რომლის პირობების თანახმად საზოგადოება აწესებს პროფესიულ პრივილეგიებს, მათ შორის განსაკუთრებულ და პრიორიტეტულ უფლებას რაიმე სახის მომსახურების განხორციელებაზე და თვითრეგულირების მაღალ ხარისხზე, საპასუხოდ პროფესიის წარმომადგენლები მზად არიან გამოიყენონ მინიჭებული პრივილეგიები, უპირველეს ყოვლისა პაციენტების საკეთილდღეოდ და მხოლოდ ამის შემდეგ, საკუთარი სარგებლობისათვის.
დღეს, ყველაზე მეტად ვიდრე ოდესმე, მედიცინა წარმოადგენს უპირველესად საზოგადოებრივ საქმიანობას და არა მხოლოდ ინდივიდუალურ საქმიანობას.

დღეს, ყველაზე მეტად ვიდრე ოდესმე, მედიცინა წარმოადგენს უპირველესად საზოგადოებრივ საქმიანობას და არა მხოლოდ ინდივიდუალურ საქმიანობას

ის ხორციელდება სახელმწიფო და სამთავრობო ორგანიზაციებისა და დაფინანსების ფარგლებში, მისი ცონდისა და მეთოდების საფუძველი სახელმწიფო და კორპორატიული კვლევებია, ის შეისწავლის დაავადებებს, რომლებიც თავისი ბუნებით სოციალურია და არა მხოლოდ ბიოლოგიური.
ჰიპოკრატეს სამედიცინო ეთიკის ტრადიციები ვერ არეგულირებენ ურთიერთობებს საზოგადოებასთან და ამიტომ თანამედროვე სამედიცინო ეთიკა დამატებით განიხილავს საკითხებს, რომლებიც მოქცეულია ინდივიდუალური ურთიერთობების ექიმი - პაციენტი ფარგლებს გარეთ და გვთავაზობს მათ გადასაწყვეტად კრიტერიუმების სისტემას.
მედიცინის საზოგადოებრივი ხასიათის შესახებ საუბრისას ბუნებრივად ისმება კითხვა: „რა არის საზოგადოება?" მოცემულ სახელმძღვანელოში ეს ტერმინი განიხილება თემისა და ერის კონტექსტში. ის არ წარმოადგენს ხელისუფლების სინონიმს. ხელისუფლება უნდა იცავდეს საზოგადოების ინტერესებს, თუმცა ეს ყოველთვის ასე არ ხდება. მაშინაც კი, როცა ასე ხდება, ხელისუფლება მოქმედებს *საზოგადოებისათვის* და არა *როგორც* საზოგადოება.
ექიმებს საზოგადოებასთან სხვადასხვაგვარი ურთიერთობები აქვთ. ვინაიდან საზოგადოება და მისი ფიზიკური გარემო პაციენტის ჯანმრთელობაზე მნიშვნელოვან ზემოქმედებას ახდენს, მედიცინა, როგორც პროფესია, და ცალკეული ექიმები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ჯანდაცვაში, სანიტარულ განათლებაში, გარემოს დაცვაში და კანონების შემუშავებაში, რომლებიც ჯანდაცვასა და კეთილდღეობას ეხება. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის **პაციენტთა უფლებების დეკლარაცია** ამის შესახებ აღნიშნავს: „იმ შემთხვევებში, როდესაც კანონმდებლობა, მთავრობების ან სხვა ორგანიზაციების ქმედებები უარს უცხადებენ პაციენტს (მის) უფლებებზე, ექიმმა ყველაფერი უნდა იღონოს იმისათვის, რომ უზრუნველყოფილი ან აღდგენილი იქნას ეს უფლებები." ექიმმა ასევე ძირითადი როლი უნდა შეასრულოს საზოგადოებაში შეზღუდული სამედიცინო რესურსების განაწილებაში და ზოგჯერ არ დაუშვას პაციენტები რაიმე სახის მომსახურებაზე, რომელზეც მათ არ აქვთ უფლება. მოცემული ვალდებულებების შესრულება შესაძლოა ეთიკური კონფლიქტების საფუძველი გახდეს, თუკი საზოგადოების ინტერესები წინააღმდეგობაშია ცალკეული პაციენტის ინტერესებთან.

ორმხრივი ლოიალობა

როდესაც ექიმს გააჩნიათ ვალდებულებები და ანგარიშვალდებულნი არიან როგორც პაციენტების, ისე მესამე მხარის მიმართ, და როდესაც ეს ვალდებულებები შეუთავსებელია ანგარიშვალდებულებებთან, მაშინ ექიმი აღმოჩნდება „ორმხრივი ლოიალობის" სიტუაციაში. მესამე მხარე, რომელიც ექიმისაგან ლოიალობას მოითხოვს, შეიძლება იყოს: ხელისუფლება, დამსაქმებელი (მაგალითად საავადმყოფო ან სხვა სამედიცინო დაწესებულება), სადაზღვევო ორგანიზაციები, სამხედრო პირები, პოლიცია ან პაციენტის ოჯახის წევრები. მართალია მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის **პაციენტთა უფლებების დეკლარაცია** ამტკიცებს, რომ „ექიმმა უნდა გამოავლინოს საკუთარი პაციენტების მიმართ სრული ლოიალობა", აღიარებულია, რომ გამონაკლის შემთხვევებში ექიმს შეუძლია დააყენოს სხვა პირის ინტერესები პაციენტის ინტერესებზე უფრო მაღლა.

გამონაკლის შემთხვევებში ექიმს შეუძლია დააყენოს სხვა პირის ინტერესები პაციენტის ინტერესებზე უფრო მაღლა.

ორმხრივი ლოიალობა მოიცავს გარემოებათა მეტად ფართო სპექტრს: საზოგადოებრივი ინტერესების პრევალირებიდან პაციენტების ინტერესების აბსოლუტურ უპირატესობამდე. ამ სიტუაციებს შორის უზარმაზარი „ნაცრისფერი სივრცეა", სადაც მოქმედების სწორი კურსის არჩევა სათანადო გაცნობიერებას მოითხოვს.
მოცემული სპექტრის ერთ ბოლოშია მოთხოვნა შესაბამის სტრუქტურებში სავალდებულო შეტყობინების შესახებ იმ პაციენტების თაობაზე, რომლებსაც განსაზღვრული დაავადებები აქვთ, არიან ნასვამ მდგომარეობაში ან ეჭვმიტანილები არიან ბავშვების მიმართ ძალადობაში. ექიმმა ეს მოთხოვნა უყოყმანოდ უნდა შეასრულოს, თუმცა ამის შესახებ პაციენტებს უნდა ეცნობოთ.
სპექტრის მეორე მხარეს არის პოლიციის ან სამხედროების თხოვნა ან ბრძანება ისეთ ქმედებებში მონაწილეობის შესახებ, რომელიც ეწინააღმდეგება ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებს - მაგალითად წამებაში მონაწილეობა. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია მეტად მკაფიო მითითებებს აძლევს ექიმებს მოცემულ შემთხვევაში. კერძოდ, ექიმმა პაციენტის ინტერესების განსაზღვრისას უნდა შეინარჩუნოს პროფესიონალური დამოუკიდებლობა, და რამდენადაც ეს შესაძლებელია მან უნდა დაიცვას ჩვეული ეთიკური მოთხოვნები ინფორმირებულ თანხმობასა და საექიმო საიდუმლოსთან მიმართებით. ამ პრინციპების ნებისმიერი დარღვევა უნდა იქნას დასაბუთებული და პაციენტს უნდა ეცნობოს ამის შესახებ. ექიმმა უნდა აცნობოს ხელისუფლებას პაციენტის მკურნალობის პროცესში არსებული ნებისმიერი უკანონო ჩარევის და განსაკუთრებით მისი ფუნდამენტური უფლებების დარღვევის შესახებ. ხელისუფლების მხრიდან საპასუხო რეაქციის არ აღმოჩენის შემთხვევაში დახმარება შესაძლოა აღმოჩენილი იქნას ეროვნულ სამედიცინო ასოციაციების, მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ან ადამიანის უფლებების დამცველი ორგანიზაციების მიერ.

ექიმმა უნდა აცნობოს ხელისუფლებას პაციენტის მკურნალობის პროცესში არსებული ნებისმიერი უკანონო ჩარევის, და განსაკუთრებით მისი ფუნდამენტური უფლებების დარღვევის შესახებ.

სპექტრის დაახლოებით შუა ნაწილში მოქცეულია ზოგიერთი სამედიცინო პროგრამა, რომელიც ზღუდავს ექიმის კლინიკურ ავტონომიას მოცემული პაციენტისათვის მკურნალობის მეთოდის მკაცრი განსაზღვრით. მართალია მოცემული პროგრამები ყოველთვის არ არის წინააღმდეგობაში პაციენტის ინტერესებთან, მაგრამ ეს შესაძლებელია, და ექიმმა სათანადოდ უნდა გაიაზროს თავისი გადაწყვეტილება მსგავს პროგრამებში მონაწილეობის დროს. იმ შემთხვევაში, თუ ექიმებს არ აქვთ არჩევანის შესაძლებლობა, მაგალითად თუ არ არსებობს ალტერნატიული პროგრამები, მათ სათანადოდ უნდა დაიცვან თავისი პაციენტის ინტერესები, და სამედიცინო ასოციაციის დახმარებით ყველა იმ პაციენტის ინტერესები, რომლებზეც ვრცელდება უფლებების შემზღუდველი პრაქტიკა.
ორმხრივი ლოიალობის კერძო მაგალითს ექიმი შესაძლოა შეხვდეს იმ შემთხვევაში, როდესაც არსებობს პოტენციური ან არსებული წინააღმდეგობა, ერთის მხრივ, კომერციული ორგანიზაციის ინტერესებსა და მეორეს მხრივ, პაციენტისა და საზოგადოების ინტერესებს შორის. ფარმაცევტული კომპანიები, სამედიცინო მოწყობილობების მწარმოებლები და სხვა კომერციული ორგანიზაციები ხშირად სთავაზობენ ექიმებს სხვადასხვა სახის საჩუქრებს და სხვა წახალისებებს - უფასო ნიმუშების გადაცემიდან და კონფერენციებში მონაწილეობის ხარჯების ანაზღაურებიდან კვლევითი საქმიანობის მნიშვნელოვან ფულად ანაზღაურებამდე (იხ. მეხუთე თავი) – კომპანიების

მხრიდან მსგავსი გულუხვი საჩუქრების მოტივს წარმოადგენს ექიმის წახალისება იმისათვის, რომ მან გამოწეროს ან გამოიყენოს მოცემული კომპანიის პროდუქცია, რაც შესაძლებელია სრულიადაც არ შეესაბამება პაციენტის ინტერესებს და ასეთი ქმედებით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღირებულებას არასაჭირო ხარჯები დაემატოს. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის 2004 წლის ექიმებსა და კომერციულ ორგანიზაციებს შორის ურთიერთობების პრინციპების შესახებ რეზოლუცია შეიცავს რეკომენდაციებს მსგავს სიტუაციებში ექიმის ქცევის თაობაზე; გარდა ამისა, მრავალმა ეროვნულმა ექიმთა ასოციაციამ შეიმუშავა თავისი საკუთარი რეკომენდაციები. ყველა ამ რეკომენდაციის ძირითად ეთიკურ პრინციპს წარმოადგენს შემდეგი: ექიმმა საკუთარ ინტერესებსა და პაციენტის ინტერესებს შორის არსებული ნებისმიერი კონფლიქტი ყოველთვის უნდა გადაჭრას პაციენტის ინტერესების სასარგებლოდ.

ექიმმა საკუთარ ინტერესებსა და პაციენტის ინტერესებს შორის არსებული ნებისმიერი კონფლიქტი ყოველთვის უნდა გადაჭრას პაციენტის ინტერესების სასარგებლოდ.

რესურსების განაწილება

მსოფლიოს ნებისმიერ ქვეყანაში, მათ შორის ყველაზე მდიდარ ქვეყნებშიც კი, არსებობს მნიშვნელოვანი და მზარდი განსხვავება ჯანდაცვის მომსახურებაზე მოთხოვნილებასა და ამ მომსახურების გაწევისათვის აუცილებელ რესურსებით უზრუნველყოფას შორის. ამ განსხვავების არსებობა მოითხოვს არსებული რესურსების ერთგვარ რაციონალურ განაწილებას. არსებობს ჯანდაცვის რაციონალიზაციის ანუ რესურსების განაწილების სამი დონე:

- ზედა („მაკრო") დონეზე ხელისუფლება წყვეტს საერთო ბიუჯეტის რა ნაწილი უნდა გამოიყოს ჯანდაცვაზე; რომელი ტიპის სამედიცინო მომსახურება იქნება გაწეული უფასოდ, და რომელი იქნება ფასიანი, რომლის ანაზღაურება მოხდება ან უშუალოდ პაციენტის ან სამედიცინო დაზღვევის მიერ. ჯანდაცვის ბიუჯეტის ფარგლებში ხელისუფლება წყვეტს თუ რა ნაწილი დაიხარჯება ექიმების, ექთნებისა და სხვა სამედიცინო პერსონალის ხელფასებზე, რა ნაწილი - საავადმყოფოების კაპიტალურ და მიმდინარე ხარჯებზე, რამდენი დაიხარჯება კვლევებზე, განათლებასა და სპეციალურ პროგრამებზე (მაგალითად, ტუბერკულოზის, შიდსის მკურნალობა) და სხვ.
- ინსტიტუციურ („მეზო") დონეზე, რომელიც მოიცავს საავადმყოფოებს, კლინიკებს, ჯანდაცვის სააგენტოებს და სხვა, აღმასრულებელი ხელისუფლება წყვეტს თუ როგორ გადაანაწილოს რესურსები: რა სახის მომსახურება იყოს შეთავაზებული, რამდენი დაიხარჯოს პერსონალზე, აღჭურვილობაზე, უსაფრთხოებაზე, მიმდინარე ხარჯებზე, რემონტზე, გაფართოებაზე და სხვ.
- ცალკეული პაციენტის („მიკრო") დონეზე ჯანდაცვის სისტემის აგენტები, ძირითადად ექიმები, წყვეტენ თუ რა ტესტები უნდა იქნას ჩატარებული, საჭიროა თუ არა სხვა სპეციალისტის კონსულტაცია ან პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია, საჭიროა პატენტური წამალი თუ საკმარისია ჯენერიკი და სხვ. ზოგიერთი შეფასების მიხედვით ექიმები აკონტროლებენ ჯანდაცვის დანახარჯების 80%-ს, და მიუხედავად მართვადი სამედიცინო მომსახურების გაფართოებისა, ჯერ კიდევ მნიშვნელოვანი თავისუფლებაა იმაში, თუ რომელი რესურსები იქნება პაციენტებისათვის ხელმისაწვდომი.

თითოეულ დონეზე მიღებულ გადაწყვეტილებას გააჩნია ეთიკური განზომილება, რადგან იგი ეფუძნება იმ ღირებულებებს, რომლებიც მნიშვნელოვნად

ზემოქმედებენ როგორც ცალკეული ადამიანების, ისე მთლიანად საზოგადოების ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე. მართალია ექიმზე გავლენას ახდენს ყველა დონეზე მიღებული გადაწყვეტილება, მაინც ყველაზე მეტად ისინი ჩართულები არიან მიკროდონეზე გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. შესაბამისად, ჩვენც ყურადღებას გავამახვილებთ სწორედ ამ დონეზე.
როგორც ზემოთ უკვე ავღნიშნეთ, ექიმებისგან ყველა ტრადიციულად მოელის პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე საქმიანობას, სხვების ინტერესებისა და მოთხოვნილებების გათვალისწინების გარეშე – სწორედ აქეთ არის მიმართული მათი ძირითადი ეთიკური ღირებულებები: თანაგრძნობა, კომპეტენტურობა და ავტონომია. სამედიცინო ეთიკის მიმართ ინდივიდუალურმა მიდგომამ განიცადა ცვლილება ექიმის უპირატესობიდან პაციენტის დამოუკიდებლობამდე, რომლის დროსაც რაიმე სახის რესურსების მიღების ან არმიღების მთავარ კრიტერიუმად პაციენტის სურვილი განისაზღვრა. ამასთანავე, სულ ცოტა ხნის წინ კიდევ ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფაქტორად, რომელიც გავლენას ახდენს გადაწყვეტილების მიღებაზე, განისაზღვრა სამართლიანობის პრინციპი. ის გულისხმობს რესურსების განაწილებისათვის უფრო მეტად სოციალურად ორიენტირებული მიდგომის გამოყენებას, ვიდრე მხოლოდ ერთ პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომის გამოყენებას. ახალი მიდგომის შესაბამისად ექიმი გარკვეულწილად პასუხისმგებელია არა მხოლოდ საკუთარ, არამედ სხვა ექიმის პაციენტებზეც.

ექიმი გარკვეულწილად პასუხისმგებელია არა მხოლოდ საკუთარ, არამედ სხვა ექიმის პაციენტებზეც.

რესურსების განაწილების პროცესში ექიმის ახალმა როლმა ასახვა ჰპოვა მრავალი ეროვნული ორგანიზაციების ეთიკურ კოდექსებში, აგრეთვე მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის პაციენტთა უფლებების დეკლარაციაში, რომელშიც ნათქვამია: „იმ პირობებში, როდესაც რამდენიმე პაციენტს შორის უნდა გაკეთდეს არჩევანი გარკვეული მკურნალობის ჩატარებასთან მიმართებით, რაზეც ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია, არჩევანი ამ პაციენტებს შორის უნდა გაკეთდეს არჩევნების სამართლიანი პროცედურის საფუძველზე – ამისათვის გამოყენებული უნდა იქნას სამედიცინო კრიტერიუმები და არ უნდა იქნას დაშვებული არანაირი სახის დისკრიმინაცია.''

რესურსების განაწილებაზე ექიმის პასუხისმგებლობის ერთ-ერთ გამოვლინებაა - ექიმის უარი არაეკონომიურ და არაეფექტურ პროცედურებზე, მაშინაც კი როდესაც პაციენტი ამას მოითხოვს.

რესურსების განაწილებაზე ექიმის პასუხისმგებლობის ერთ-ერთ გამოვლინებაა - ექიმის უარი არაეკონომიურ და არაეფექტურ პროცედურებზე, მაშინაც კი როდესაც პაციენტი ამას მოითხოვს. ანტიბიოტიკების ზედმეტად ინტენსიური გამოყენება წარმოადგენს რესურსების არაეკონომიური და მავნე გამოყენების ერთ-ერთ მაგალითს. გარდა ამისა, გამოვლენილი იქნა მკურნალობის მრავალი სხვა მიღებული მეთოდების არაეფექტურობა გარკვეულ გარემოებებში მათი გამოყენების პირობებში. იმისათვის რომ თავიდან აცილებული ყოფილიყო მსგავსი არაეფექტურობა, შემუშავებული იქნა რიგი რეკომენდაციები კონკრეტულ პირობებში მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების კლინიკური გამოყენებისათვის. ექიმს უნდა შეეძლოს ამ ტიპის რეკომენდაციებში ორიენტაცია, რათა თავიდან აიცილოს რესურსების არაეფექტური ხარჯვა, და ამის გარდა ყოველი კონკრეტული პაციენტისათვის შეარჩიოს მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდი.

ექიმებს შეიძლება მოუწიოთ რესურსების გადანაწილებასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღება, ისეთ შემთხვევებში როგორიცაა მაგალითად: არჩევანი ორ ან მეტ პაციენტს შორის, რომლებსაც ესაჭიროებათ შეზღუდული რესურსები, მაგალითად რეანიმაციული ბრიგადის მუშაობა, ინტენსიური თერაპიის პალატაში დარჩენილი ერთი ადგილი, ორგანოები ტრანსპლანტაციისათვის, მაღალტექნოლოგიური რადილოგიური ანალიზები და ძვირადღირებული წამლები. ექიმი, რომელიც აკონტროლებს ამ რესურსებს, ამავდროულად, განსაზღვრავს თუ რომელი პაციენტი მიიღებს მოცემულ რესურსს და რომელი არა, და ამასთანავე მისთვის ცნობილია, რომ ზოგიერთი მათგანი, ვინც ვერ მიიღებს საჭირო რესურსს, შესაძლოა ამის შედეგად ძლიერ დაზიანდეს ან გარდაიცვალოს კიდეც.

ზოგიერთი ექიმი რესურსების განაწილების პროცესში კიდევ ერთი სახის წინააღმდეგობას აწყდება, როდესაც ექიმის მიერ ჩამოყალიბებულია ზოგადი პრინციპები, რომლებიც ზეგავლენას ყველა პაციენტზე ახდენენ, მათ შორის მათ საკუთარ პაციენტებზე. მსგავს სიტუაციებს ადგილი აქვთ საავადმყოფოებსა და სხვა დაწესებულებებში, სადაც ექიმებს ადმინისტრაციული თანამდებობებიც უკავიათ ან არიან ეთიკური კომიტეტის წევრები, და სწორედ მათი პრეროგატივაა ორგანიზაციის სამუშაო პრინციპებისა და რეკომენდაციების შემუშავება. მართალია უმეტესობა ცდილობს საკუთარი პაციენტების საჭიროებების აბსტრაგირება გააკეთოს, მაგრამ ზოგიერთებმა შეიძლება ისარგებლონ თავისი მდგომარეობით, და საკუთარ პაციენტებს უპირატესობა მიანიჭონ სხვა პაციენტებთან შედარებით, რომლებსაც შესაძლოა უფრო მეტად სჭირდებათ ზოგიერთი რესურსი.

რაციონალური განაწილების პრობლემების გადაჭრისას, ექიმმა უნდა შეძლოს არა მხოლოდ თანაგრძნობასა და სამართლიანობას შორის ოპტიმალური თანაფარდობის განსაზღვრა, არამედ მან უნდა განსაზღვროს სამართლიანობის რომელი მიდგომა უნდა იქნას გამოყენებული მოცემულ შემთხვევაში. ეს შესაძლებელია იყოს ერთ-ერთი ქვემოთ მოყვანილი ოთხი მიდგომიდან:

ლიბერტარული - რესურსები უნდა განაწილდეს საბაზრო პრინციპების შესაბამისად (ინდივიდუალურ არჩევანს საფუძვლად უდევს გადახდისუნარიანობა სიღარიბის პრობლემის იგნორირების პირობებში).

უტილიტარული - რესურსები უნდა განაწილდეს ყველასათვის მაქსიმალური სარგებლის პრინციპის შესაბამისად.

ეგალიტარული - რესურსები უნდა განაწილდეს მკაცრად საჭიროებების შესაბამისად.

რესტორატიული - რესურსები უნდა განაწილდეს ისე, რომ უფრო სუსტებმა რესურსები მიიღონ უფრო მეტი რაოდენობით.

როგორც ზემოთ უკვე ავღნიშნეთ, ექიმები თანდათანობით სცილდებიან სამედიცინო ეთიკის ტრადიციულ ინდივიდუალიზმს, რომელიც ქადაგებს ლიბერტარულ მიდგომას და მეტად ემხრობიან საკუთარი როლის სოციალურად პასუხისმგებლურ კონცეფციას. ამასთანავე, თუკი უგულებელყოფილი იქნება ლიბერტარული მიდგომა, სამედიცინო ეთიკის სპეციალისტები ვერ აღწევენ კონსენსუსს იმასთან დაკავშირებით, თუ რომელი გახდება დომინანტური დანარჩენი სამი მიდგომიდან. ნათელია, რომ ზემოთ დასახელებულ პირობებში, თითოეული მიდგომა სრულიად განსხვავებულ შედეგებს გვაძლევს – იქნება ეს ანალიზების ჩატარების შერჩევა, სხვა სპეციალისტის მოწვევა, პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია, ბრენდირებული წამლის თუ ჯენერიკის მიღება, თუ გადაწყვეტილება იმის შესახებ, თუ ვინ მიიღებს ორგანოს ტრანსპლანტაციისათვის და სხვ.

უტილიტარული მიდგომის გამოყენებით რესურსების განაწილება შესაძლებელია ყველაზე რთული აღმოჩნდეს ცალკეული ექიმისათვის, რადგან იგი მოითხოვს

მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების შედეგების შესახებ არსებული ინფორმაციის უდიდესი მასის დამუშავებას, არა მარტო საკუთარი პაციენტებისათვის, არამედ ყველა სხვა პაციენტებთან მიმართებაშიც. დარჩენილი ორ მიდგომას (ან სამს, თუ ჩავთვლით ლიბერტარულ მიდგომას) შორის არჩევანი დამოკიდებულია ექიმის პირად მოსაზრებებზე, აგრეთვე იმ სოციალურ-პოლიტიკურ პირობებზე, რომელშიც ის მუშაობს. ზოგიერთ ქვეყანაში, მაგალითად აშშ-ში უპირატესობა ენიჭება ლიბერტარულ მიდგომას, სხვებში, მაგალითად შვედეთში, ეგალიტარულ მიდგომას, ხოლო სამხრეთ აფრიკის ქვეყნებში გამოიყენება რესტორატიული მიდგომა. განსხვავებების მიუხედავად ხშირად ჯანდაცვის ერთი და იმავე ეროვნული სისტემის ფარგლებში შეიძლება თანაარსებობდეს ერთდროულად ორი ან მეტი მიდგომა, მსგავს ქვეყნებში ექიმს აქვს მუშაობის პირობების არჩევანის შესაძლებლობა (სახელმწიფო დაწესებულება ან კერძო პრაქტიკა), რაც უფრო მეტად შეესაბამება მის ღირებულებებს.

არჩევანი დამოკიდებულია ექიმის პირად მოსაზრებებზე, აგრეთვე იმ სოციალურ-პოლიტიკურ პირობებზე, რომელშიც ის მუშაობს.

რესურსების გადანაწილების პროცესში ექიმის მიერ შესრულებული როლის მიუხედავად, მას ყველა შემთხვევაში აკისრია პასუხისმგებლობა ხელმისაწვდომი რესურსების რაოდენობის გაზრდაზე, თუკი რესურსები არ არის საკმარისი პაციენტების მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად. ეს კი, როგორც წესი, მოითხოვს ექიმების ერთობლივ მუშაობას შესაბამის სამედიცინო ასოციაციებში, რათა მათ შეძლონ დაარწმუნონ გადაწყვეტილების მიმღები ხელისუფლების წარმომადგენლები, რომ აუცილებელია ამ მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება, და შესაძლოა ამავე დროს შემუშავებული იქნას ლოკალურ დონეზე და მსოფლიოს მასშტაბით ამისი მიღწევის შესაძლებელი გზები.
ექიმს აკისრია პასუხისმგებლობა ხელმისაწვდომი რესურსების რაოდენობის გაზრდაზე, თუკი რესურსები არ არის საკმარისი პაციენტების მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად.

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა

XX საუკუნის მედიცინა გახდა ჯანდაცვის „საზოგადოებრივ" და სხვა („კერძო" ან „ინდივიდუალურ") ნაწილად სავალალო გაყოფის მოწმე. გაყოფა აღმოჩნდა სავალალო, რადგან, როგორც ზემოთ უკვე ავღნიშნეთ, საზოგადოება შედგება ცალკეული პიროვნებებისაგან და ღონისძიებები, რომელთა შემუშავება ხდება საზოგადოების ჯანმრთელობის დაცვისა და შენარჩუნებისათვის, ზოგიერთისათვის შესაძლებელია ეს დაავადებისთვის შემწეობად იქცეს. გარკვეული გაუგებრობა შეიძლება გამოიწვიოს სიტყვათა კრებულმა „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა", როდესაც ის გამოიყენება „ჯანდაცვის საზოგადოების დაფინანსების" აღნიშვნისათვის (ანუ ჯანდაცვისა, რომელიც დაფინანსებას იღებს გადასახადებიდან და სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემიდან) და განიხილება როგორც გამონათქვამის „ჯანდაცვა, რომელიც დაფინანსებას იღებს კერძო პირებიდან" (ანუ ჯანდაცვა, რომელიც დაფინანსებას იღებს ინდივიდებისაგან ან ინდივიდუალური სამედიცინო დაზღვევისაგან და როგორც წესი ის არ არის ყველასთვის ხელმისაწვდომი).
ტერმინი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობა" განეკუთვნება როგორც საზოგადოების ჯანმრთელობას, ასევე სამედიცინო სპეციალობას, რომელიც

შეისწავლის ჯანმრთელობას, რომელიც არის უფრო მთელი მოსახლეობის, ვიდრე ცალკეული ინდივიდის. ნებისმიერი ქვეყანა განიცდის ამ პროფილის სპეციალისტების მწვავე ნაკლებობას, მათ შეუძლიათ რჩევების მიცემა და იბრძოლონ პოლიტიკისათვის, რომელიც მიმართულია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის განმტკიცებისაკენ, მათ შეუძლიათ თავისი ძალისხმევა მიმართონ საზოგადოების ინფექციური დაავადებებისაგან ან ჯანმრთელობის სხვა საფრთხეებისაგან დაცვისაკენ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პოლიტიკა (რომელსაც ასევე ეწოდება „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მედიცინა" და „კომუნალური მედიცინა") უპირატესად ეფუძნება ეპიდემიოლოგიის სამეცნიერო პრინციპებს, რომელიც შეისწავლის პოპულაციაში დაავადების განაწილებას და ჯანმრთელობის დეტერმინანტებს. ფაქტიურად ზოგიერთი ექიმი გადის დამატებით სწავლებას და ხდება ექიმი-ეპიდემიოლოგი, მათ უნდა შეძლონ ცაკლეული პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მოქმედი სოციალური და გარემოს დეტერმინანტების განსაზღვრა. როგორც მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ჯანმრთელობის დაცვის რეზოლუციაში არის აღნიშნული: „პრაქტიკოსი ექიმებისა და შესაბამისი პროფესიული ორგანიზაციების ეთიკურ ვალს და პროფესიულ პასუხისმგებლობას წარმოადგენს ყოველთვის პაციენტის ინტერესების სასარგებლოდ მიმართული საქმიანობა, მათ უნდა შეუთავსონ საკუთარი ვალდებულებები საზოგადოების ჯანმრთელობაზე უფრო ფართო ზრუნვას, საზოგადოების ჯანმრთელობის უზრუნველყოფასა და პროპაგანდაში მონაწილეობას".

ექიმებმა უნდა შეძლონ ცალკეული პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მოქმედი სოციალური და გარემოს დეტერმინანტების განსაზღვრა.

საზოგადოების ჯანმრთელობის სფეროში საქმიანობა, მაგალითად ვაქცინაციის კამპანია ან ინფექციურ დაავადებათა აფეთქებაზე საგანგებო რეაგირება წარმოადგენს მნიშვნელოვან ფაქტორს, რომელიც მიმართულია ცალკეული ინდივიდების ჯანმრთელობის შენარჩუნებისაკენ. მაგრამ კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია სოციალური ფაქტორები, როგორიცაა საცხოვრებელი პირობები, სურსათით მომარაგება და დასაქმება. ექიმებს იშვიათად შეუძლიათ პაციენტების დაავადებების სოციალური მიზეზების მკურნალობა, მაგრამ არაპირდაპირი გზით მათ შეუძლიათ საკუთარი წვლილის შეტანა პრობლემების შორეულ გადაწყვეტაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ან სანიტარული განათლების სფეროში აქტიური მონაწილეობით.

ზოგჯერ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერესები შეიძლება ეწინააღმდეგებოდეს ცალკეული პაციენტის ინტერესებს, მაგალითად ვაქცინაციას თან ახლავს პათოლოგიური რეაქციის რისკი, რომლის დროსაც პიროვნება აღარ იქნება დაავადების გამავრცელებელი, მაგრამ შესაძლებელია ის თვითონ დაინფიცირდეს; ან მაგალითად გარკვეული ინფექციური დაავადებების ან ბავშვების ან მოხუცებულთა მიმართ სასტიკი მოპყრობის შემთხვევების შეტყობინების აუცილებლობა, ან გარკვეულ შემთხვევებში მაგალითად მანქანის ტარება ან თვითმფრინავის პილოტირება, რაც სახიფათოა როგორც თვით ინდივიდებისთვის, ისე გარშემო მყოფებისათვის - ყველა ეს შემთხვევა არის ორმხრივი ლოიალობის მაგალითი. მსგავსი სიტუაციებიდან გამოსავლის ძიების პროცედურები აღწერილია მოცემული სახელმძღვანელოს მეორე თავში „საექიმო საიდუმლო". ზოგადად, ექიმი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მოთხოვნათა დაცვის დროს უნდა მიისწრაფოდეს მინიმუმამდე შეამციროს ცალკეული პაციენტისათვის ზიანის რისკი. მაგალითად, სავალდებულო შეტყობინების დროს, კანონის მოთხოვნის შესაბამისად მაქსიმალურად სრულად უნდა იყოს დაცული პაციენტის კონფიდენციალობა.

ცელკეული პაციენტის ინტერესებსა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ინტერესებს შორის კონფლიქტის სხვა ტიპი შეიძლება წარმოიქმნას, როდესაც პაციენტი სთხოვს დახმარებას ექიმს ისეთი მომსახურებით სარგებლობისათვის, რომელიც მას კანონით არ ეკუთვნის, მაგალითად დაზღვევის თანხის ან საავადმყოფო ფურცელის აღება. ექიმებს აქვს უფლებამოსილება დაადასტურონ, პაციენტის სათანადო სამედიცინო ჩვენება ამა თუ იმ სარგებლის მისაღებად. თუმცა ზოგჯერ ექიმებს არ უნდათ პაციენტისათვის უარის თქმა ამ ტიპის დოკუმენტების მიღებაში, თუმცა უფრო სწორე მათი მხრიდან იქნება ამ პაციენტებისათვის სხვა მეთოდებით დახმარება, რომელიც ექიმისაგან არ მოითხოვს არაეთიკური საქციელის ჩადენას.

გლობალური ჯანმრთელობა

ექიმების პასუხისმგებლობა იმ საზოგადოების წინაშე, რომელშიც ისინი ცხოვრობენ, ბოლო ათწლეულში განზოგადდა და გლობალურ ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობამდე გაიზარდა. ეს ტერმინი აერთიანებს ჯანდაცვის პრობლემებსა და საკითხებს, რომლებიც სცდება ეროვნულ საზღვრებს და სხვადასხვა გარემოებების გამო სხვა ქვეყნებში ვრცელდება. ეს მოითხოვს კოოპერატიულ ქმედებებსა და გადაწყვეტილებების მიღებას. გლობალური ჯანმრთელობა წარმოადგენს უფრო ფართო მოძრაობის, კერძოდ გლობალიზაციის შემადგენელ ნაწილს, რომელიც მოიცავს ინფორმაციის გაცვლას, კომერციას, პოლიტიკას, ტურიზმს და ადამიანის საქმიანობის სხვა სფეროებს.
გლობალიზაციის საფუძველია იმ ფაქტის გაცნობიერება, რომ ადამიანები და საზოგადოებები სულ უფრო მეტად ხდებიან ერთმანეთზე დამოკიდებულნი. ეს განსაკუთრებით ნათლად აისახება ჯანდაცვაში და დასტურდება ისეთი დაავადებების სწრაფი გავრცელებით, როგორიცაა გრიპი და მწვავე რესპირატორული დაავადება („ჩიტის გრიპი") – მსგავსი ტიპის ეპიდემიების შეჩერება მოითხოვს თანამშრომლობას საერთაშორისო მასტაბით. თუ ერთ ქვეყანაში ექიმმა ვერ აღმოაჩინა და სათანადოდ ვერ უმკურნალა მაღალი რისკის ინფექციურ დაავადებას, ამ ფაქტმა შეიძლება საშინელი ეფექტი მოახდინოს სხვა ქვეყნის პაციენტებზე, ამდენად ექიმის ეთიკური ვალდებულებები ბევრად უფრო ფართოა, ვიდრე მუშაობა ცალკეულ პაციენტთან, ან თემთან და მთელს მოსახლეობასთან.

თუ ერთ ქვეყანაში ექიმმა ვერ აღმოაჩინა და სათანადოდ ვერ უმკურნალა მაღალი რისკის ინფექციურ დაავადებას, ამ ფაქტმა შეიძლება საშინელი ეფექტი მოახდინოს სხვა ქვეყნის პაციენტებზე.

ჯანმრთელობის შესახებ გლობალური ხედვის გავრცელებამ მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის ჯანდაცვაში არსებული დისპროპორციები გამოავლინა. მიუხედავად იმისა, რომ უღარიბეს ქვეყნებში ბავშვთა სიკვდილიანობისა და ავადობის შესამცირებლად ფართო მასშტაბიანი კამპანიები ტარდება, და მიუხედავად პროგრესისა ისეთ სფეროებში, როგორიცაა ყვავილი, პოლიომიელიტი, განსხვავება ღარიბი და უმდიდრესი ქვეყნების ჯანდაცვის მდგომარეობებს შორის განუწყვეტლივ მატულობს.

სასწავლო შემთხვევის გარჩევა

მოცემულ თავში ექიმი - საზოგადოების ურთიერთობების ანალიზის შესაბამისად, ექიმი ს. მართალია, როდესაც ყურადღებას აქცევს პაციენტის ქცევის გავლენას საზოგადოებაზე. იმ შემთხვევაშიც კი, თუკი სხვა ექიმებთან კონსულტაცია ტარდება ჯანდაცვის იმ სისტემის ფარგლებს გარეთ, რომელშიც თვითონ ექიმი მუშაობს, და არ იწვევს დამატებით ფინანსურ დანაკარგებს საზოგადოებისათვის, პაციენტი მაინც ართმევს ექიმს დროს, რომლის განმავლობაში ექიმს შეუძლია დახმარება გაუწიოს სხვა პაციენტებს. თუმცა ანალოგიურ სიტუაციებში ექიმებმა ყურადღება უნდა გაამახვილონ, რადგან პაციენტებს სხვადასხვა მიზეზების გამო ყოველთვის არ შეუძლიათ რაციონალური გადაწყვეტილების მიღება, სწრაფად საკუთარი და სხვების ინტერესების გაცნობიერება; ექიმი ს. მართალია, როდესაც მიმართავს თავის სამედიცინო ასოციაციას მოცემული პრობლემის გამო, რადგან პრობლემა ეხება არა მხოლოდ საკუთარ პაციენტს, არამედ სხვა ექიმებსა და პაციენტებს.

თავი 4 ექიმები და კოლეგები

მიზნები

მოცემული თავის შესწავლის შემდეგ თქვენ უნდა შეძლოთ:

- **წარმოიდგინოთ, როგორ უნდა მოიქცნენ ექიმები ერთმანეთის მიმართ;**
- **გამოავლინოთ და ახსნათ კოლეგების არაეთიკური ქცევა;**
- **განსაზღვროთ პაციენტებთან ურთიერთობის ძირითადი ეთიკური პრინციპები;**
- **ახსნათ, როგორ უნდა გადაიჭრას კონფლიქტური სიტუაციები, რომლებიც უკავშირდება მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების აღმოჩენაში მონაწილე სხვა ადამიანებსა და ორგანიზაციებს.**

სასწავლო შემთხვევა №3

ექიმი ს., ქალაქის საავადმყოფოს ახალგაზრდა ანესთეზიოლოგი, გამოძახებულია საოპერაციოში მთავარი ქირურგის მიერ. ქირურგი არ იყენებს თანამედროვე ტექნოლოგიებს, რაც იწვევს ოპერაციის ხანგრძლივობის ზრდას, პოსტოპერაციული ტკივილების ინტენსივობის მატებას და რეაბილიტაციის დროის გახანგრძლივებას. უფრო მეტიც, ის ხშირად უხეშად ხუმრობს პაციენტებისა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის მისამართით. როგორც უფრო ახალგაზრდა სპეციალისტი, ექიმი ს., თავს იკავებს და არ სურს ქირურგის კრიტიკა ყველასთან თანდასწრებით და ამ ფაქტის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება ზემდგომი ხელმძღვანელობისათვის. მიუხედავად ამისა ის გრძნობს, რომ მან უნდა მიიღოს რაიმე ზომები სიტუაციის შესაცვლელად.

ექიმის ძალაუფლების გამოწვევები

ექიმები განეკუთვნებიან პროფესიულ საზოგადოებას, რომელშიც ტრადიციულად პრევალირებს იერარქიული ურთიერთდამოკიდებულებები როგორც უშუალოდ საზოგადოების შიგნით, ისე პაციენტებთან მიმართებაში. საზოგადოების შიგნით შეგვიძლია გამოვყოთ სამი ურთიერთგადამკვეთი იერარქიული ურთიერთდამოკიდებულება: პირველი ფორმაა ექიმების ურთიერთდამოკიდებულებები სხვა სპეციალისტებთან, რომლებსაც უფრო პრესტიჟული და მაღალანაზღაურებადი სპეციალობები აქვთ; მეორე ფორმა არსებობს გავლენიანი აკადემიური წრეების წარმომადგენლებსა და კერძო ან მუნიციპალური პრაქტიკის ექიმებს შორის; მესამე ფორმაა ურთიერთდამოკიდებულებები პაციენტებთან, რომლებიც მკურნალ ექიმს ყოველთვის იერარქიული კიბის თავში აყენებენ, იმ შემთხვევაშიც კი თუ მის კოლეგებს უფრო მაღალი წოდება ან გამოცდილება აქვთ. ეს ხდება მანამდე, სანამ ისინი საკონსულტაციო მომსახურებას უწევენ პაციენტს, მაგრამ სიტუაცია იცვლება როგორც კი პაციენტი გადაეცემა რომელიმე მათგანს მკურნალობისა ან მეთვალყურეობისათვის. გარდა ამისა, ექიმები ყოველთვის მაღლა არიან იერარქიული კიბეზე საშუალო სამედიცინო პერსონალთან, ექთნებთან ან სამედიცინო და სოციალური სფეროს სხვა მუშაკებთან შედარებით.

ექიმები განეკუთვნებიან პროფესიულ საზოგადოებას, რომელშიც ტრადიციულად პრევალირებს იერარქიული ურთიერთდამოკიდებულებები.

მოცემული თავი ეძღვნება უშუალოდ საექიმო საზოგადოებაში აღმოცენებულ ან საზოგადოების სხვა წარმომადგენლებთან ურთიერთობების საკითხებს. ზოგიერთი პრობლემა დამახასიათებელია როგორც ერთი, ისე მეორე შემთხვევაში, ზოგიერთი ხდება მხოლოდ საექიმო საზოგადოებაში, ან პირიქით გარე სტრუქტურებთან ან მათ წარმომადგენლებთან ურთიერთობებისას. ზოგიერთი პრობლემა შედარებით ახალია და უკავშირდება მედიცინისა და ჯანდაცვის უახლეს ცვლილებებს. ქვემოთ მოყვანილი იქნება ამ ცვლილებების მოკლე მიმოხილვა, რადგან სწორედ ისინი ახდენენ გავლენას სამედიცინო ადმინისტრაციასთან ტრადიციულ ურთიერთობებზე.
მეცნიერული სიახლეების დანერგვისა და კლინიკაში მათი გამოყენების ტემპების ზრდასთან ერთად მედიცინა სულ უფრო და უფრო რთული სფერო ხდება. ერთი და იგივე ექიმი შეუძლებელია იყოს კომპეტენტური ექსპერტი ერთდროულად მედიცინის სხვადასხვა დარგში იმისათვის რომ შეძლოს კვალიფიციური პროფესიონალური სამედიცინო ან სოციალური დახმარების გაწევა. მსგავსი მომსახურების გასაწევად საჭირო ხდება ისეთი სპეციალისტები, როგორიცაა ექთნები, ფარმაცევტები, ფიზიოთერაპევტები, ექიმი-ლაბორანტები, სოციალური მუშაკები და მრავალი სხვა. ექიმმა უნდა იცოდეს თუ როგორ შეუძლიათ პაციენტებს მათთვის საჭირო მომსახურების მიღება, რომლის გაწევა უშუალოდ მას არ შეუძლია.
როგორც მეორე თავში ავღნიშნეთ, სამედიცინო პატერნალიზმი თანდათან დაიჩრდილა პაციენტთა უფლებების ფართო აღიარებით - თვითონ მიიღონ საკუთარ მკურნალობაზე გადაწყვეტილება. ამის შედეგად, სამედიცინო პატერნალიზმისათვის დამახასიათებელი ტრადიციული ავტორიტარული მოდელი ჩაანაცვლა გადაწყვეტილების მიღების კოოპერაციულმა მოდელმა. ანალოგიურ რამ ხდება მკურნალ ექიმსა და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალურ მუშაკებს შორის ურთიერთობებში. ამ უკანასკნელებს აღარ სურთ შეასრულონ მკურნალი ექიმების მითითება, თუ არ ეცოდინებათ მოცემული დანიშნულების მკაფიო დასაბუთება. ისინი საკუთარ თავს პროფესიონალებად თვლიან, რომლებსაც პაციენტების მიმართ განსაკუთრებული ეთიკური ვალდებულებები აკისრიათ.

შესაძლოა ექიმის დასაბუთება ეწინააღმდეგებოდეს პაციენტის ინტერესებს. ისინი თავს ვალდებულად თვლიან საჭიროების შემთხვევაში ეჭვის ქვეშ დააყენონ ექიმის დანიშნულება. მაშინ, როცა იერარქიული ავტორიტარული მოდელი ნათლად განსაზღვრავდა რომელი მხარის აზრი პრევალირებდა და არ არსებობდა არანაირი ეჭვი გამოთქმული აზრის შესახებ, კოოპერატიული მოდელისათვის დასაშვებია კამათი პაციენტის მოვლის მისაღები მეთოდების შესახებ. მსგავსი ცვლილებები იწვევენ „თამაშის წესების" ცვლილებებს მკურნალ ექიმსა და მის სამედიცინო კოლეგებს, აგრეთვე ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალებთან ურთიერთობებს შორის. მოცემული თავის დასკვნით ნაწილში განხილული იქნება ამ ურთიერთობების პრობლემატური ასპექტები და შეთავაზებული იქნება მათი გადაჭრის გზები.

სამედიცინო პატერნალიზმისათვის დამახასიათებელი ტრადიციული ავტორიტარული მოდელი ჩაანაცვლა გადაწყვეტილების მიღების კოოპერაციულმა მოდელმა.

ექიმების ურთიერთობა კოლეგებთან, მასწავლებლებთან და სტუდენტებთან

პროფესიონალური სამედიცინო საზოგადოების წევრობიდან გამომდინარე მკურნალი ექიმები ერთმანეთს განიხილავენ როგორც ერთი დიდი ოჯახის წევრებს, და არა როგორც უცნობ ადამიანებს ან უბრალოდ მეგობრებს. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ჟენევის დეკლარაციაში აღნიშნულია, რომ „ჩემი კოლეგები იქნებიან ჩემი ძმები და დები". თუმცა ამ მოთხოვნის ინტერპრეტაციამ ცვლილებები განიცადა დროში და აგრეთვე კონკრეტულ ქვეყნებთან მიმართებაში. მაგალითად იქ, სადაც ყოველი მომსახურებისთვის გადახდა წარმოადგენდა მკურნალი ექიმების ძირითად და ერთადერთ ანაზღაურებას, არსებობდა „პროფესიონალური ეტიკეტის" მყარი ტრადიცია, რის გამო მკურნალი ექიმები მკურნალობის პროცესში არ ართმევდნენ თანხას საკუთარ კოლეგებს. ამ პრაქტიკამ ნაკლები გამოხატულება ჰპოვა იმ ქვეყნებში, სადაც არსებობს სადაზღვევო მედიცინა.

გარდა კოლეგებისადმი პატივისცემისა და მათთან ერთობლივი მუშაობის პოზიტიური მოთხოვნებისა, რაც უზრუნველყოფს პაციენტის მაქსიმალურ მოვლას, მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო წესდება მოიცავს მკურნალი ექიმების ურთიერთობებში ორ შეზღუდვას: (1) დაუშვებელია სხვა სპეციალისტთან პაციენტის მიმართვის გაგზავნის სანაცვლოდ მისგან დამატებითი გადასახადის მოთხოვნა, (2) დაუშვებელია კოლეგებისაგან პაციენტების გადაბირება. შემდგომ განხილული იქნება მესამე ვალდებულება – კოლეგების არაეთიკური ან არაკომპეტენტური საქციელის შესახებ შეტყობინება.

ჰიპოკრატეს ტრადიციების შესაბამისად სამედიცინო ეთიკა ავალდებულებს მკურნალ ექიმს გამოავლინოს განსაკუთრებული პატივისცემა საკუთარი მასწავლებლების მიმართ. ჟენევის დეკლარაციის თანახმად: „მე პატივს ვცემ ჩემს მასწავლებლებს და ვაღიარებ მათ, ისე, როგორც ისინი ამას იმსახურებენ". მიუხედავად იმისა, რომ თანამედროვე სამედიცინო განათლება მოიცავს სტუდენტი - მასწავლებლის მრავალმხრივ ურთიერთობებს, და არა ცალკეული სტუდენტის ურთიერთობას ერთ მასწავლებელთან, როგორც ეს ადრე იყო, ის მაინც დამოკიდებულია პრაქტიკოსი მკურნალი ექიმების კეთილ ნებაზე,

რომლებიც ხშირად არ იღებენ არანაირ ანაზღაურებას თავიანთ პედაგოგიურ საქმიანობაზე. ამიტომ სტუდენტი მედიკოსები და სხვა პირები, რომლებიც სწავლობენ მედიცინას, მოვალენი არიან მადლიერება გამოხატონ მასწავლებლების მიმართ, რომელთა გარეშე სამედიცინო განათლება თვითგანათლებად გადაიქცეოდა.
თავის მხრივ, მასწავლებლები ვალდებულები არიან პატივისცემით მოეპყრონ სტუდენტებს და პაციენტების მიმართ კარგი დამოკიდებულების ნათელი მაგალითი მისცენ მათ. სამედიცინო განათლების ე.წ. „ფარული კურსი", ანუ პრაქტიკოსი მკურნალი ექიმების ქცევის სტანდარტები გაცილებით ძლიერ გავლენას ახდენს, ვიდრე სამედიცინო ეთიკის სასწავლო კურსი. იმ შემთხვევაში, როდესაც ეთიკის მოთხოვნები და მასწავლებლის აზრი და ქცევა ერთმანეთს არ დაემთხვევა, სტუდენტები სავარაუდოდ გაიმეორებენ მასწავლებლების მაგალითს.

მასწავლებლები ვალდებულები არიან პატივისცემით მოეპყრონ სტუდენტებს და პაციენტების მიმართ კარგი დამოკიდებულების ნათელი მაგალითი მისცენ მათ.

მასწავლებლებს არ აქვთ უფლება სტუდენტებს აიძულონ არაეთიკურ სამედიცინო პრაქტიკაში მონაწილეობის მიღება. სამედიცინო ჟურნალებში აღწერილია მსგავსი შემთხვევების მაგალითები, როდესაც სტუდენტი-მედიკოსები იღებენ პაციენტისაგან თანხმობას ისეთ მეთოდებზე, რომელთა გამოყენების უფლება მხოლოდ სრული პროფესიული განათლების მქონე სპეციალისტებს აქვთ, ატარებენ ანატომიურ გამოკვლევებს ანესთეზიაში მყოფ პაციენტებზე ან ახლად გარდაცვლილ პაციენტებზე მათი წინასწარი თანხმობის გარეშე. მასწავლებლების მხრიდან უნდა არსებობდეს გარანტია, რომ ისინი არ უბიძგებენ სტუდენტებს არაეთიკური საქციელისაკენ. ბევრ სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებაში არსებობს მოსწავლეთა გაერთიანებები ან სტუდენტი-მედიკოსების ასოციაციები, რომლებიც თავიანთი ძირითადი ამოცანების პარალელურად შეძლებენ იმ პრობლემების განხილვას, რომლებიც სამედიცინო განათლების ეთიკურ ასპექტებს ეხება. სტუდენტებს, რომლებსაც აწუხებთ თავიანთი განათლების ეთიკური ასპექტები, უნდა ჰქონდეთ ხელმისაწვდომობა ისეთ ორგანიზაციულ მექანიზმებთან, რომელთა დახმარებით ისინი შეძლებენ თავიანთი პრობლემების გამომჟღავნებას და არ მიიღებენ „დამსმენის" სახელს, და ამავე დროს ექნებათ თანადგომის იმედი საქმის ოფიციალური განხილვის შემთხვევაში.
სტუდენტმა-მედიკოსებმა უნდა გამოავლინონ ეთიკური ქცევის მაღალი სტანდარტები, ისეთივე, რაც შეესაბამება მათ მომავალ საექიმო პრაქტიკას. ისინი სხვა სტუდენტებს ისე უნდა მოეპყრონ, როგორც კოლეგებს და საჭიროების შემთხვევაში მზად უნდა იყვნენ დახმარებისათვის, არაპროფესიონალური ქცევის შემთხვევაში მაკორექტირებელი რჩევის მიცემის ჩათვლით. ისინი ჩართული უნდა იყვნენ ერთობლივ პროექტებსა და სამუშაოებში, მაგალითად სასწავლო პრაქტიკასა და/ან გამოძახებების მომსახურებაში.

სტუდენტებს, რომლებსაც აწუხებთ თავიანთი განათლების ეთიკური ასპექტები, უნდა ჰქონდეთ ხელმისაწვდომობა ისეთ ორგანიზაციულ მექანიზმებთან, რომელთა დახმარებით ისინი შეძლებენ თავიანთი პრობლემების გამომჟღავნებას.

შეტყობინება სახიფათო და არაეთიკური შემთხვევების შესახებ

მედიცინა ტრადიციულად ამაყობდა თავისი თვითრეგულირებადი პროფესიის სტატუსით. საზოგადოების მხრიდან არსებული პრივილეგიების და მისი წარმომადგენლების მიმართ პაციენტების ნდობის საპასუხოდ, მედიცინაში დამკვიდრდა ქცევის მაღალი სტანდარტები და დისციპლინარული პროცედურები ამ სტანდარტების დარღვევის ბრალდების გამოსავლენად, დამნაშავეთა დასასჯელად. თვითრეგულირების ეს სისტემა ხშირად არ ამართლებს, ამიტომ ბოლო წლებში მიღებული იქნა ზომები პროფესიის უფრო მეტად კონტროლირებად რეჟიმში გადაყვანისა, მაგალითად, საზოგადოების წევრებს დაეკისრათ გარე ადმინისტრაციული რეგულირება. თუმცა თვითრეგულირების ძირითადი მოთხოვნაა მკურნალი ექიმების მიერ მისი პრინციპების სრული მხარდაჭერა და მათი მისწრაფება - გამოავლინონ და გამოიცნონ სახიფათო და არაეთიკური მკურნალობის შემთხვევები. ექიმის ვალდებულება, განაცხადოს კოლეგების არაკომპეტენტურობის, არაადეკვატური და არასწორი საქმიანობის შესახებ მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო წესდებაში ასახულია შემდეგნაირად: „ნებისმიერი მკურნალი ექიმი უნდა მიისწრაფოდეს, რომ გამოავლინოს ის მკურნალი ექიმები, რომლებსაც აქვთ ნაკლოვანება ხასიათში, კომპეტენტურობასა, ან რომლებიც ჩარეული არიან ფალსიფიცირებასა და ტყუილში. თუმცა ამ პრინციპის აღიარება არც ისე მარტივია. ერთის მხრივ, ექიმი შეიძლება ცდუნებაში იყოს შეყვანილი, რათა ზიანი მიაყენოს კოლეგებს და მას შესაძლებელია ამოძრავებდეს მხოლოდ პირადი მოტივები, ისეთი როგორიცაა შური ან კოლეგების შენიშვნებზე საპასუხო რეაქცია. მკურნალმა ექიმმა შესაძლოა არ გამოამჟღავნოს კოლეგის არასწორი ქცევა მის მიმართ მეგობრული დამოკიდებულების ან სიმპატიების არსებობის გამო („ღმერთის რწმენით ვაკეთებთ ამას"). შეტყობინების შედეგები შესაძლოა სავალალო აღმოჩნდეს განმცხადებელისთვის, რაც შესაძლოა გამოიხატოს განაწყენებული კოლეგის, ან შესაძლოა სხვა კოლეგების მხრიდანაც, მტრული დამოკიდებულებით.

მიუხედავად, ყველა სირთულისა, არასწორი ქცევის შესახებ შეტყობინება წარმოადგენს მკურნალი ექიმის პროფესიულ ვალდებულებას. ისინი პასუხისმგებელნი არიან არა მხოლოდ იზრუნონ საკუთარი პროფესიის რეპუტაციაზე, არამედ ხშირად მხოლოდ მათ შეუძლიათ ამხილონ არაკომპეტენტურობა, სამსახურეობრივი შეუსაბამობა და საკუთარი ვალდებულებების არაკეთილსინდისიერი შესრულება. თუმცა დისციპლინარულ ინსტანციებში კოლეგების შესახებ შეტყობინების გაგზავნა უნდა იყოს უკიდურესი ზომა სხვა ალტერნატიული გზების მოსინჯვისა და ამოწურვის შემდეგ. პირველი ნაბიჯი შესაძლოა იყოს კოლეგის გაფრთხილება, რომ ამ უკანასკნელის ქცევა მას სახიფათოდ და არაეთიკურად მიაჩნია. თუ საკითხი ამ დონეზე გადაჭრილი იქნება, მაშინ შესაძლებელია აღარ გახდეს საჭირო შემდგომი ნაბიჯები. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შემდეგი ნაბიჯი შესაძლებელია იყოს საკითხის განხილვა საკუთარ ხელმძღვანელობასთან ან კოლეგის ხელმძღვანელობასთან, რათა მათ მიერ მიღებული იქნას გადაწყვეტილება საკითხის შემდგომი მსვლელობის შესახებ. თუ ეს პრაქტიკაც არაეფექტური აღმოჩნდება და არ იქნება წარმატებული, მაშინ შესაძლებელია გამოყენებული იქნას უკიდურესი ზომა, დისციპლინარულ ინსტანციებში შეტყობინების მიწოდება.

დისციპლინარულ ინსტანციებში კოლეგების შესახებ შეტყობინების გაგზავნა უნდა იყოს უკიდურესი ზომა სხვა ალტერნატიული გზების მოსინჯვისა და ამოწურვის შემდეგ.

ურთიერთობა ჯანდაცვის სფეროს სხვა პროფესიონალებთან

მეორე თავი, რომელიც პაციენტებთან ურთიერთობას ეხება, დაიწყო მკურნალი ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობების პატივისცემისა და თანასწორობის მნიშვნელობის განხილვით. მსჯელობაში განხილული პრინციპები ეხება კოლეგებთან ურთიერთობებსაც. კერძოდ, დისკრიმინაციის საწინააღმდეგო აკრძალვა „ასაკის, ავადმყოფობის ან შესაძლებლობების შეზღუდვის, შეხედულებების, ეთნიკური თავისებურებების, სქესის, ეროვნების, პოლიტიკური შეხედულებების, რასის, სექსუალური ორიენტაციისა და სოციალური მდგომარეობის საფუძველზე" (მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ჟენევის დეკლარაცია) ეხება ყველა იმ ადამიანს, ვისთანაც კი აქვს შეხება მკურნალ ექიმს პაციენტების მოვლის პროცესში ან სხვა პროფესიონალური ვალდებულებების შესრულების დროს.
დისკრიმინაციის გამორიცხვა არის ურთიერთობების გამოხატვის პასიური სახე. პატივისცემა არის უფრო გამოხატული და ღია მოვლენა.
ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული სხვა მუშაკების, მაგალითად სხვა მკურნალი ექიმები, ექთნები, დამხმარე სამედიცინო პერსონალი, და სხვათა მიმართ პატივისცემა გამოიხატება ყველა მონაწილე პერსონალის მიერ პაციენტის მოვლის პროცესში შეტანილი წვლილის აღიარებით თითოეულის კვალიფიკაციისა და გამოცდილების შესაბამისად. ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებულ ყველა ადამიანს არ აქვს განათლებისა და კვალიფიკაციის თანაბარი დონე, თუმცა მათ თანაბრად აქვთ ზოგადსაკაცობრიო ფუნდამენტური პასუხისმგებლობა და თანაბრად ავლენენ ზრუნვას პაციენტების კეთილდღეობაზე. როგორც პაციენტებთან მიმართებაში, ისევე ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული სხვა მუშაკების ურთიერთობებებზეც შესაძლებელია არსებობდეს უარის თქმის ან ურთიერთობების დასრულების კანონიერი საფუძველი. ეს საფუძველი შეიძლება იყოს ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული სხვა მუშაკების შესაძლებლობებსა და კეთილსინდისიერებაში ეჭვის შეტანა, აგრეთვე სერიოზული პირადი ანტიპათია. მათი გამიჯვნა სხვა მოტივებისაგან მოითხოვს ექიმის მხრიდან შესაბამის კომპეტენციას ეთიკის საკითხებში.

თანამშრომლობა

მედიცინა მეტად ინდივიდუალური და ამავდროულად კოლექტიური დისციპლინაა. ერთის მხრივ, მკურნალ ექიმებს აქვთ „საკუთარი" პაციენტების მიმართ ზეგავლენის მეტად ფართო შესაძლებლობები. დამტკიცებულია, რომ ექიმი-პაციენტის პირადი ურთიერთობა არის პაციენტის მოვლის თავისებურებების გამოვლენის ყველაზე საუკეთესო ინსტრუმენტი, რაც ხელს უწყობს დაავადების პროფილაქტიკასა და მკურნალობას. პაციენტთან ხანგრძლივ ურთიერთობებს მკურნალი ექიმისთვის სარგებლობა ფინანსურ ასპექტშიც მოაქვს. ამავე დროს, როგორც უკვე ავღნიშნეთ, მედიცინა არის მეტად რთული და სპეციალიზებული დისციპლინა, რომელიც მოითხოვს განსხვავებული ცოდნისა და კვალიფიკაციის მქონე სხვადასხვა პრაქტიკოსი სპეციალისტების მჭიდრო თანამშრომლობას. ინდივიდუალიზმსა და

კოოპერაციას შორის ბრძოლა წარმოადგენს სამედიცინო ეთიკის საკითხების განხილვის უცვლელ თემას.
სამედიცინო პატერნალიზმის პარადიგმის შესუსტებამ გამოიწვია საზოგადოებრივი აზრის ცვლილება იმის შესახებ, რომ პაციენტი მკურნალი ექიმის „საკუთრებაა". პაციენტების ტრადიციული უფლება მეორე აზრის მოძიების შესახებ გამყარდა მათი უფლებით – ისარგებლონ ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული სხვა სპეციალისტების დახმარებით, რომლებიც მათ შესაძლოა უკეთ მოემსახურონ. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის პაციენტთა უფლებების დეკლარაციის შესაბამისად „მკურნალმა ექიმმა უნდა ითანამშრომლოს სხვა ექიმებთან, მკურნალობის პროცესში დანიშნულების შესრულების კოორდინაციის მიზნით". თუმცა როგორც უკვე ავღნიშნეთ, მკურნალი ექიმისათვის ამ ტიპის კოოპერაცია არ არის ხელსაყრელი ფინანსური პოზიციიდან გამომდინარე, რადგან ამ დროს საჭირო ხდება მკურნალობის ანაზღაურებაზე გადახდილი თანხის განაწილება.
„პაციენტის საკუთრებაზე ექიმის უფლების" შეზღუდვა გაწონასწორებული უნდა იყოს სხვა ზომებით, რომელიც მიმართული იქნება ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობების პირველადი მნიშვნელობის შენარჩუნებაზე. მაგალითად, თუ პაციენტის მკურნალობაში ჩართულია რამდენიმე ექიმი, რაც საავადმყოფოებში ჩვეული პრაქტიკაა, აუცილებელია პროცესს კოორდინაცია გაუწიოს ერთმა მკურნალმა ექიმმა, რომელიც თავის მხრივ კოორდინაციას გაუწევს როგორც ავადმყოფის მოვლას, ასევე მიაწვდის მას ინფორმაციას მკურნალობის პროგრესის შესახებ, დაეხმარება პაციენტს საკუთარი მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში.

სამედიცინო პატერნალიზმის პარადიგმის შესუსტებამ გამოიწვია საზოგადოებრივი აზრის ცვლილება იმის შესახებ, რომ პაციენტი მკურნალი ექიმის „საკუთრებაა".

ექიმებს შორის ურთიერთობებისაგან განსხვავებით, რომელიც რეგულირდება ზოგადი და მკაფიოდ ჩამოყალიბებული წესებით, ურთიერთობები ექიმებსა და ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებულ სხვა სპეციალისტების შორის მუდმივი ცვლილებების პროცესშია, და ამ სფეროში არსებობს მნიშვნელოვანი აზრთა სხვადასხვაობა პაციენტების მოვლის პროცესში მხარეებს შორის როლების გადანაწილების თაობაზე. როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული ბევრი ექთანი, ფარმაცევტი, ფიზიოთერაპევტი და თავისი დარგის სხვა სპეციალისტები თავის თავს თვლიან უფრო კომპეტენტურებად და ვერ ხედავენ მიზეზს, თუ რატომ უნდა შეიზღუდოს მათი უფლებები მკურნალი ექიმის უფლებებთან შედარებით. ისინი მხარს უჭერენ პაციენტის მოვლის მიმართ გუნდურ მიდგომას, რომლის თანახმადაც, სპეციალისტის მოსაზრებას თანაბარი მნიშვნელობა ენიჭება. ისინი თავს ანგარიშვალდებულად თვლიან პაციენტის, და არა მკურნალი ექიმის მიმართ. ბევრი ექიმი თავის მხრივ თვლის, რომ გუნდური მიდგომის შემთხვევაშიც კი, უნდა არსებობდეს ერთი პასუხისმგებელი პირი და ამ პოზიციას ყველაზე მეტად შეესაბამება მკურნალი ექიმი მისი განათლებისა და გამოცდილების გამო. ზოგიერთმა ექიმმა შეიძლება წინააღმდეგობა გაუწიოს მათი აბსოლუტური ძალაუფლების ცვლილებას, მაგრამ ნათელია, რომ მათი როლი შეიცვლება პაციენტებისა და ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული სხვა სპეციალისტების აქტიური ჩარევით სამედიცინო გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. ექიმებს უნდა შეეძლოთ პროცესის სხვა მონაწილეებს დაუსაბუთონ საკუთარი რეკომენდაციების სამართლიანობა და დაარწმუნონ ისინი ამ რეკომენდაციების შესრულების აუცილებლობაში. კომუნიკაციის უნარ-ჩვევებთან ერთად ექიმებს უნდა შეეძლოთ გადაწყვეტილების მოძიება კონფლიქტურ

სიტუაციაში, რაც შესაძლებელია წარმოიშვას პაციენტის მოვლის პროცესში ჩართულ სხვადასხვა სპეციალისტებს შორის.
პაციენტების ინტერესებიდან გამომდინარე ურთიერთობის განსაკუთრებულ ასპექტს წარმოადგენს შემთხვევა, როდესაც პაციენტები მიმართავენ ერთდროულად ტრადიციულ და ალტერნატიულ მედიცინას („მკურნალებს"). ექიმბაშებს მიმართავს აფრიკისა და აზიის მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი, მატულობს ალტერნატიული მედიცინის მეთოდების გამოყენების შემთხვევები ევროპასა და ამერიკაში. მართალია ბევრს მიაჩნია, რომ მიდგომები ერთმანეთს ავსებენ, ხშირ შემთხვევაში შეიძლება წარმოიშვას კონფლიქტური სიტუაციები. თუ ალტერნატიული მეთოდი იძლევა თუნდაც მცირე თერაპიულ ეფექტს და პაციენტებში წარმატებით სარგებლობს, მკურნალმა ექიმებმა უნდა განიხილონ და მოიძიონ ამ პრაქტიკით დაკავებულ პირებთან თანამშრომლობის მეთოდები. თანამშრომლობის გზები განსხვავებული იქნება სხვადასხვა ქვეყანაში და მკურნალობის პროცესის სხვადასხვა მონაწილეებს შორისაც. ყველა შემთხვევაში ამოსავალი წერტილი უნდა იყოს პაციენტის ჯანმრთელობა და მისი კეთილდღეობა.

კონფლიქტების მოგვარება

მიუხედავად იმისა, რომ ექიმებსა და ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებულ სხვა პროფესიონალებს შორის შესაძლებელია სხვადასხვა ხასიათის კონფლიქტი იყოს, მაგალითად ეხებოდეს ორგანიზაციულ საკითხებს ან სამუშაოს ანაზღაურებას, მოცემულ შემთხვევაში, ჩვენ ყურადღებას გავამახვილებთ პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებულ კონფლიქტებზე. იდეალურ შემთხვევაში, სამედიცინო დახმარება და მკურნალობის დანიშნულება შეთანხმებული უნდა იყოს პაციენტებს, ექიმებსა და მკურნალობის პროცესში მონაწილე სხვა პერსონალს შორის. აზრთა სხვადასხვაობამ შესაძლებელია გამოიწვიოს უთანხმოება როგორც მკურნალობის მიზნებთან, ისე მათი მიღწევის გზებთან დაკავშირებით. კონსენსუსის მიღწევა შეიძლება გაართულოს ჯანდაცვის სფეროს შეზღუდულმა რესურსებმა და ორგანიზაციულმა სტრატეგიამ. მოვლასთან, მკურნალობის მიზნებთან, და მათი მიღწევის გზებთან დაკავშირებული უთანხმოება უნდა გაირკვეს და გადაიჭრას ექიმების კოლექტივის შიგნით, ისე რომ არ შეილახოს მათი რეპუტაცია პაციენტების წინაშე. უთანხმოება სამედიცინო პერსონალსა და ადმინისტრაციას შორის რესურსების განაწილების თაობაზე უნდა გადაიჭრას განყოფილების ან სააგენტოს შიგნით, და ის არ უნდა იყოს განხილული პაციენტების თანდასწრებით.

აზრთა სხვადასხვაობამ შესაძლებელია გამოიწვიოს უთანხმოება როგორც მკურნალობის მიზნებთან, ისე მათი მიღწევის გზებთან დაკავშირებით.

რადგან ყველა ამ კონფლიქტს აქვს ეთიკური ხასიათი, მათ გადაჭრას შეიძლება ხელი შეუწყოს ეთიკის საექიმო კომიტეტის, თუკი ასეთი სამსახური არსებობს, რჩევებმა და რეკომენდაციებმა.
ასეთი სახის კონფლიქტების გადაჭრისათვის შეიძლება სასარგებლო იყოს შემდეგი პრინციპებით ხელმძღვანელობა:

- კონფლიქტები უნდა გადაიჭრას რამდენადაც შესაძლებელია არაფორმალური გზით, მაგალითად მხარეებს შორის პირდაპირი მოლაპარაკების გზით. თუ არაფორმალური გზები აღმოჩნება არაეფექტური, კონფლიქტის მხარეებმა ფორმალურ პროცედურებს უნდა მიმართონ.

- აუცილებელია კონფლიქტში ჩართული მხარეების პოზიციების გაცნობა და პატივისცემით მოპყრობა.
- საკამათო საკითხების გადაჭრისას ძირითადი კრიტერიუმი უნდა იყოს პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირების შემდეგ მათ მიერ მიღებული გადაწყვეტილება მკურნალობის მეთოდებთან დაკავშირებით.
- თუ კამათი ეხება საკითხს, მკურნალობის რომელი ვარიანტი იქნას შეთავაზებული პაციენტისთვის, უმჯობესია მისთვის შეთავაზებული იქნას შესაძლებლობების უფრო ფართო არჩევანი. თუ შეთავაზებული მკურნალობა არ არის ხელმისაწვდომი შეზღუდული რესურსების გამო, პაციენტი უნდა იყოს ინფორმირებული ამის შესახებ.
- თუ ყველა მცდელობის მიუხედავად, არ ხერხდება შეთანხმების ან დიალოგის გზით კომპრომისის მიღწევა, გადაწყვეტილება უნდა მიიღოს ადამიანმა, რომელსაც აქვს გადაწყვეტილების მიღების უფლება ან აქვს უფლებამოსილება გადაწყვეტილების მიღებაზე. თუ ვერ გაირკვევა ან კითხვის ნიშნის ქვეშ დარჩა თუ ვის აქვს უფლება ან ვინ არის უფლებამოსილი გადაწყვეტილების მიღებაზე, ამ შემთხვევაში საკითხი უნდა გადაიჭრას საშუამავლო სამსახურის, არბიტრაჟის ან სასამართლოს გადაწყვეტილების გზით.
- იმ შემთხვევაში თუ ექიმს არ შეუძლია მხარი დაუჭიროს გადაწყვეტილებას მისი პროფესიული ან პირადი შეხედულებების გამო, მაშინ მან უარი უნდა განაცხადოს გადაწყვეტილების მიღების პროცესში, ამასთანავე ის წინასწარ უნდა იყოს დარწმუნებული, რომ ეს არ მოუტანს ზიანს პაციენტის ჯანმრთელობას და არ გამოიწვევს მკურნალობის შეწყვეტას.

შემთხვევის გარჩევა

ექიმი ს, სავსებით სამართლიანად არის შეწუხებული საოპერაციოს უფროსი ქირურგის საქციელით. ის არა მხოლოდ საფრთხეს უქმნის პაციენტის უსაფრთხოებას, არამედ არ სცემს პატივს არც პაციენტებს და არც კოლეგებს. ექიმი ს.-ს ეთიკური ვალია არ გაუკეთოს იგნორირება მსგავს საქციელს და მიიღოს შესაბამისი ზომები. პირველი ნაბიჯის სახით მან უნდა უარი თქვას ქირურგის საქციელის მხარდაჭერაზე, მაგალითად, არ გაიცინოს ქირურგის ხუმრობებზე. თუ ექიმი ს.-ს აზრით მოცემული შემთხვევის გარჩევა ქირურგთან მოიტანს შედეგს, მაშინ ის უნდა შეეცადოს დაელაპარაკოს მას. წინააღმდეგ შემთხვევაში საჭიროა მიმართოს უშუალოდ საავადმყოფის უმაღლეს ხელმძღვანელობას. თუკი ის არ მოისურვებს შემთხვევის განხილვას, მაშინ შესაძლებელია თხოვნა საქმის განხილვის შესახებ გადაეგზავნოს ორგანიზაციას, რომელიც პასუხისმგებელია ლიცენზიების გაცემაზე.

თავი 5. ეთიკა და სამედიცინო კვლევა

მიზნები

მოცემული თავის შესწავლის შემდეგ თქვენ უნდა შეგეძლოთ:

- **განსაზღვროთ სამეცნიერო კვლევის ეთიკის პრინციპები;**
- **მოძებნოთ კომპრომისი სამეცნიერო კვლევებსა და კლინიკურ პრაქტიკას შორის;**
- **დააკმაყოფილოთ კვლევის ეთიკური კომიტეტების მოთხოვნები.**

სასწავლო შემთხვევა №4

ექიმი რ. მუშაობს პატარა პროვინციულ ქალაქში თერაპევტად. მას მიმართა ერთ-ერთი კონტრაქტული კვლევითი ფირმის (C.R.O) წარმომადგენელმა და შესთავაზა ახალი არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატის (ოსტეოართრიტის სამკურნალოდ) კლინიკურ გამოცდაში მონაწილეობის მიღება. კვლევაში მონაწილე ყოველი პაციენტის სანაცვლოდ ექიმს შესთავაზეს გარკვეული ანაზღაურება.

ფირმის (C.R.O) წარმომადგენელი არწმუნებს ექიმს, რომ გამოცდის პროექტმა გაიარა ყველა საჭირო ფორმალობა, ეთიკის კომისიის ნებართვის ჩათვლით. ექიმ რ.-ს აქამდე არასოდეს მიუღია მონაწილეობა პრეპარატის გამოცდაში. ექიმი რ. კმაყოფილია შეთავაზებით და დამატებითი ანაზღაურების მიღების პერსპექტივის შესაძლებლობით. ექიმმა რ. განაცხადა თანხმობა ისე, რომ არ ინტერესდებდა კვლევის მეცნიერული ან ეთიკური ასპექტებით.

სამედიცინო კვლევების მნიშვნელობა

მედიცინა მათემატიკისა ან ფიზიკის მსგავსი ზუსტი მეცნიერებება არ არის. რა თქმა უნდა არსებობს ზოგადი პრინციპები, რომლებიც ეხება შემთხვევათა უმრავლესობას, მაგრამ ყოველი პაციენტი ინდივიდუალურია, და მკურნალობის ის მეთოდები, რომლებიც მოსახლეობის 90%-სათვის ეფექტურია, შეიძლება დანარჩენი 10%-სათვის არაეფექტური გამოდგეს. ამგვარად, მედიცინა თავისი არსით ექსპერიმენტული მეცნიერებაა. დაავადებების მკურნალობის ყველაზე გავრცელებული მკურნალობის მეთოდიც კი შემოწმებასა და იმის შეფასებას მოითხოვს, ეფექტურია თუ არა ისინი კონკრეტული პაციენტისათვის, და ზოგადად, ყველა პაციენტისათვის.

მედიცინა თავისი არსით ექსპერიმენტული მეცნიერებაა.

ყველაზე ფართოდ არის ცნობილი სამედიცინო კვლევების ისეთი მიზანი, როგორიცაა: მკურნალობის ახალი მეთოდების, ახალი სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო აღჭურვილობის, ქირურგიული ოპერაციების ჩატარების ტექნიკის განვითარება. უკანასკნელი 50 წლის განმავლობაში ამ

დარგში მიღწეული იქნა უდიდესი პროგრესი და დღეისათვის გაცილებით მეტი სამედიცინო კვლევა ტარდება, როგორც აქამდე არასდროს. მიუხედავად ამისა, დღემდე არ არის გადაწყვეტილი საკითხების ფართო წრე, რომელიც ეხება ადამიანის სხეულის ფუნქციონირებას, დაავადებათა აღმოცენების მიზეზებს (როგორც მემკვიდრეობითი, ისე შეძენილი) და მათი პრევენციისა და მკურნალობის საუკეთესო გზების ძიებას. სამედიცინო კვლევები - ერთადერთი გზაა ამ კითხვებზე პასუხის გასაცემად.
ადამიანის ფსიქოლოგიის გაგების საუკეთესო გზების ძიების გარდა, კვლევები ეხება სხვა ფაქტორებსაც, რომლებიც ზეგავლენას ახდენენ ადამიანის ჯანმრთელობაზე, მათ შორის ინფექციურ დაავადებებს (ეპიდემიოლოგია), მკურნალობის ორგანიზაციას, დაფინანსებასა და უზრუნველყოფას (ჯანდაცვის სისტემის კვლევები), ჯანმრთელობის სოციალურ და კულტურულ ასპექტებს (სამედიცინო სოციოლოგია და ანთროპოლოგია), კანონებსა (სასამართლო მედიცინა) და ეთიკას (სამედიცინო ეთიკა). ამ სახის კვლევების მნიშვნელობის აღიარება ხდება ფინანსური ფონდების მხრიდანაც, ბევრ მათგანს აქვს სამედიცინო კვლევების სპეციალური პროგრამები, რომლებიც არ არიან დაკავშირებული ფიზიოლოგიასთან.

კვლევები სამედიცინო პრაქტიკაში

ყველა ექიმი იყენებს სამედიცინო კვლევების შედეგებს კლინიკური საქმიანობის პროცესში. კომპეტენციის მაღალი დონის შენარჩუნებისათვის ექიმი აუცილებლად უნდა ფლობდეს ინფორმაციას მისი სპეციალიზაციის სფეროში მიმდინარე უახლესი კვლევების შესახებ უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამების/პროფესიული განვითარების გზით, სამედიცინო ჟურნალების გაცნობისა და გამოცდილ კოლეგებთან ურთიერთობის საშუალებით. იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ექიმები უშუალოდ არ არიან ჩართულები კვლევებში, მათ უნდა იცოდნენ, როგორ გააკეთონ კვლევის შედეგების სწორი ინტერპრეტაცია და როგორ გამოიყენონ ის საკუთარი პაციენტებისათვის. ამგვარად, კვლევის მეთოდების შესახებ საბაზისო ცოდნა აუცილებელია სრულფასოვანი სამედიცინო საქმიანობისათვის. ამ ცოდნის გაღრმავების ყველაზე საუკეთესო გზა კვლევით პროექტებში მონაწილეობაა, როგორც სტუდენტობის პერიოდში, ასევე შემდგომი კვალიფიკაციისათვის.

იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ექიმები უშუალოდ არ არიან ჩართულები კვლევებში, მათ უნდა იცოდნენ, როგორ გააკეთონ კვლევის შედეგების სწორი ინტერპრეტაცია და როგორ გამოიყენოს ის საკუთარი პაციენტებისათვის.

პრაქტიკოსი ექიმებისათვის კვლევის ყველაზე გავრცელებული მეთოდია კლინიკური გამოცდა. სანამ სამკურნალო პრეპარატი ნებადართული იქნება სახელმწიფო კომისიის მიერ, მან უნდა გაიაროს გამოცდა უსაფრთხოებასა და ეფექტურობაზე. ეს პროცესი იწყება პრეპარატის ლაბორატორიული შესწავლით. შემდეგ ის გადის ტესტირებას ცხოველებზე. თუ შედეგები მნიშვნელოვანია, მაშინ იწყება კლინიკური გამოცდის შემდეგი ოთხი საფეხური ანუ ფაზა:

- ფაზა 1. კვლევა როგორც წესი ტარდება ჯანმრთელ მოხალისეთა შედარებით მცირე ჯგუფში, რომლებიც ექსპერიმენტში მონაწილეობისათვის ღებულობენ ანაზღაურებას. კვლევამ უნდა განსაზღვროს ადამიანის ორგანიზმზე ზემოქმედებისათვის საჭირო პრეპარატის დოზა, როგორ იტანს ორგანიზმი ამ დოზას და ხომ არ აყენებს ის საფრთხეს ორგანიზმს.

- ფაზა 2. კვლევა ტარდება პაციენტთა იმ ჯგუფზე, რომლებიც დაავადებულები არიან იმ დაავადებით, რომლის სამკურნალოთაც არის შექმნილი ახალი პრეპარატი. კვლევის მიზანს წარმოადგენს შემოწმება - აქვს თუ არა პრეპარატს მოცემული დაავადების სამკურნალო ეფექტი და გამოავლინოს გვერდითი მოვლენები.
- ფაზა 3. ტარდება კლინიკური გამოცდა: პრეპარატს ღებულობს პაციენტთა დიდი რაოდენობა, მის მოქმედებას ადარებენ სხვა გამოსაცდელი პრეპარატის ან პლაცებოს მოქმედებასთან. თუ შესაძლებელია კლინიკური გამოცდა „ორმაგი ბრმა ტესტის" სახით ტარდება, როდესაც არც გამოსაკვლევმა პირებმა და არც ექიმებმა არ იციან რომელი ჯგუფი ღებულობს მედიკამენტს და რომელი - პლაცებოს.
- ფაზა 4. კვლევა ტარდება პრეპარატის ლიცენზირებისა და ბაზარზე გატანის შემდეგ. პირველი წლების განმავლობაში შეისწავლება გვერდითი მოვლენები, რომლებიც არ გამოვლინდა კვლევის წინა საფეხურებზე. გარდა ამისა, ფარმაცევტულ კომპანიებს, როგორც წესი, აინტერესებთ როგორ იქნა მიღებული ახალი პრეპარატი იმ ექიმების მიერ, რომლებიც მას ნიშნავენ და იმ პაციენტების მიერ, რომლებიც მას იღებენ.

ბოლო წლებში მკვეთრად მატულობს ჩატარებული კვლევების რაოდენობა, რაც მოითხოვს სტატისტიკურ მოთხოვნათა შესაბამისად პაციენტთა სულ უფრო და უფრო მეტ რაოდენობას. კვლევებზე პასუხისმგებელი დამოუკიდებელი ექიმები და ფარმაცევტული კომპანიები ენდობიან სხვა ექიმებს, რათა მათ სხვა ქვეყნებში შეაგროვონ პაციენტები კვლევითი პროექტებისათვის.

მიუხედავად იმისა, რომ ექიმები მსგავს კვლევებში მონაწილეობით მეტად ფასეულ გამოცდილებას იძენენ, არსებობს პოტენციური პრობლემების წარმოქმნის ალბათობა, რომლებიც ექიმებმა უნდა ამოიცნონ და თავიდან აიცილონ. პირველ რიგში, ექიმის როლი ურთიერთობებში „ექიმი-პაციენტი" განსხვავდება მკვლევარის როლისაგან ურთიერთობებში „მკვლევარი-კვლევის ობიექტი", იმ შემთხვევაშიც კი როდესაც ექიმი შეიძლება თვითონ იყოს მკვლევარი. ექიმის უპირველეს ამოცანაა - პაციენტის ჯანმრთელობა და კეთილდღეობა, მაშინ როდესაც მკვლევარისთვის მთავარია ცოდნის მიღება, რომელმაც შეიძლება იმოქმედოს ან არ იმოქმედოს კვლევის ობიექტის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე. ამდენად ამ ორ როლს შორის ჩნდება კონფლიქტის წარმოქმნის საშიშროება. ამ შემთხვევაში ექიმის როლი უნდა პრევალირებდეს მკვლევარის როლთან შედარებით. თუ როგორ შეიძლება ეს პრაქტიკაში განხორციელდეს, განხილული იქნება მოგვიანებით.

ექიმის როლი ურთიერთობებში „ექიმი-პაციენტი" განსხვავდება მკვლევარის როლისაგან ურთიერთობებში „მკვლევარი-კვლევის ობიექტი".

კიდევ ერთი პოტენციული პრობლემა, რომელიც როლების შეთავსებისას წარმოიქმნება არის - ინტერესთა კონფლიქტი. სამედიცინო კვლევა არის კარგად დაფინანსებული ღონისძიება და ექიმები ზოგჯერ ღებულობენ მნიშვნელოვან ანაზღაურებას კვლევაში მონაწილეობისათვის. ეს შეიძლება იყოს თანხა, რომელსაც ექიმს უხდიან ექსპერიმენტში მონაწილეების მოზიდვისათვის, კომპიუტერი - კვლევის მონაცემთა გადასაცემად, კონფერენციაზე მოწვევა - შედეგების განხილვისათვის, თანაავტორობა - კვლევის შედეგების პუბლიკაციებში გამოსაქვეყნებლად. ანაზღაურების მიღების სურვილი შეიძლება კონფლიქტში მოვიდეს ექიმის ვალდებულებასთან - უზრუნველყოს პაციენტი საუკეთესო მკურნალობით. აქვე შეიძლება დაირღვეს პაციენტის მიერ ყველა

საჭირო ინფორმაციის მიღების უფლება, რათა მან შეძლოს გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღება, მიიღოს თუ არ მიიღოს კვლევაში მონაწილეობა.
მსგავსი პრობლემების თავიდან აცილება შესაძლებელია. ექიმის ეთიკური ღირებულებები - თანაგრძნობა, კომპეტენცია, ავტონომია - სამედიცინო მკვლევარებსაც ახასიათებთ. ამგვარად, ამ ორ როლს შორის შეურიგებელი კონფლიქტი არ არსებობს. თუ ექიმები დაიცავენ კვლევის ეთიკის ძირითად ნორმებს, მაშინ მათ არ შეექნებათ პრობლემები ექსპერიმენტებში მონაწილეობის პროცესში, რაც თანდათანობით მათი პრაქტიკის განუყოფელი ნაწილი ხდება.

ეთიკური მოთხოვნები

კვლევის ეთიკის ძირითადი პრინციპები მკაფიოდ არის განსაზღვრული. რასაკვირველია, ეს ყოველთვის ასე არ იყო. XIX და XX საუკუნეში ბევრი გამოჩენილი მკვლევარი ატარებდა ცდას პაციენტებზე, მათი თანხმობისა და მათ კეთილდღეობაზე ზრუნვის გარეშე. მიუხედავად იმისა, რომ კვლევის ეთიკას საფუძველი ჩაეყარა ჯერ კიდევ XX საუკუნის დასაწყისში, ამას სულაც არ შეუშლია ხელი ექიმებისათვის, რომ მათ ნაცისტურ გერმანიაში და სხვა ქვეყნებში ჩაეტარებინათ ექსპერიმენტები, რომლებიც უხეშად არღვევდნენ ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებს. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ ზოგიერთი ექიმი გასამართლებული იქნა სპეციალური ტრიბუნალის მიერ ნიურნბერგში, გერმანიაში. სასამართლოს გადაწყვეტილების საფუძველს წარმოადგენდა ე.წ. ნიურნბერგის კოდექსი, რომელიც დღესაც წარმოადგენს თანამედროვე კვლევის ეთიკის ერთ-ერთ ფუნდამენტურ დოკუმენტს. ამ კოდექსის ათ პრინციპს შორის ერთ-ერთია: კვლევის ობიექტის ნებაყოფლობითი თანხმობა ექსპერიმენტში მონაწილეობაზე.
მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია (მეა) 1947 წელს დაარსდა. ამავე წელს იქნა მიღებული ნიურნბერგის კოდექსი. იმ გარემოებიდან გამომდინარე რომ II მსოფლიო ომის დროს და შემდგომ პერიოდშიც ადგილი ჰქოდა სამედიცინო ეთიკის დარღვევის შემთხვევებს, მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის ფუძემდებლებმა მაშინვე მიიღეს ზომები იმისათვის რომ ექიმებს გაეცნობიერათ საკუთარი ეთიკური ვალდებულებები. 1954 წელს მრავალი წლის კვლევის შემდეგ, მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციამ დაადგინა კვლევებსა და ექსპერიმენტებში მონაწილეთათვის პრინციპები. ეს დოკუმენტი გადასინჯული იქნა რამდენჯერმე შემდეგი ათი წლის განმავლობაში და საბოლოოდ, 1964 წელს ჰელსინკის დეკლარაციის (ჰდ) სახე მიიღო. შემდგომ ის გადასინჯული იქნა 1975 წ., 1983 წ., 1989 წ., 1996 წ. და 2000 წლებში. ჰელსინკის დეკლარაცია წარმოადგენს კვლევის ეთიკის წესების მოკლე კრებულს.
სხვა უფრო ვრცელი დოკუმენტები შექმნილი იქნა შედარებით მოგვიანებით და ის ეხება ზოგადად კვლევის ეთიკის თემატიკას (მაგ. სამედიცინო მეცნიერების საერთაშორისო ორგანიზაციების საბჭო, საერთაშორისო ეთიკის სახელმძღვანელოები ადამიანის მონაწილეობით ჩატარებული ბიოსამედიცინო კვლევებისათვის, 1993წ. ცვლელებები შეტანილია 2002 წელს) და განსაკუთრებულ შემთხვევებს კვლებით ეთიკაში (ბიოეთიკის ნაფილდის საბჭო, დიდი ბრიტანეთი), განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვასთან დაკავშირებული კვლევების ეთიკა, 2002 წ.).
მრავალფეროვნების, განსხვავებული მოცულობისა და ავტორების მიუხედავად თითოეულ მათგანში კვლევის ეთიკის ერთი და იგივე ძირითადი პრინციპებია ასახული. ეს პრინციპები შეტანილია ბევრი ქვეყნის კანონმდებლობაში და საერთაშორისო ორგანიზაციების წესებში, იმ ორგანიზაციების ჩათვლით, რომლებსაც ახალი მედიკამენტებზე და ტექნოლოგიებზე ნებართვის გაცემა ევალებათ. ქვემოთ მოყვანილია ჰელსინკის დეკლარაციის ძირითადი პრინციპების მოკლე აღწერილობა:

ეთიკის კომიტეტის ნებართვა

ჰელსინკის დეკლარაციის მე-13 და მე-14 პარაგრაფებში აღნიშნულია, რომ ადამიანების მონაწილეობით სამედიცინო კვლევის ჩატარების ნებისმიერი წინადადება თავდაპირველად განხილული და ნებადართული უნდა იყოს დამოუკიდებელი ეთიკური კომიტეტის მიერ. ნებართვის მისაღებად მკვლევარებმა უნდა წარადგინონ პროექტის მიზანი და მეთოდოლოგია, აჩვენონ ექსპერიმენტში მონაწილე ადამიანების შერჩევის მეთოდი, მათი მხრიდან თანხმობის მიღების მეთოდი, კონფიდენციალობის დაცვის ხერხები, პროექტის დაფინანსების გზა. წინასწარ უნდა განისაზღვროს ინტერესთა ნებისმიერი პოტენციური კონფლიქტი. ეთიკის კომიტეტს შეუძლია დაამტკიცოს პროექტი თავდაპირველი სახით, მოითხოვოს ზოგიერთი ცვლილებების შეტანა ვიდრე დაიწყება მისი განხორციელება, ან საერთოდ უარი თქვას პროექტის განხორციელებაზე. ბევრ კომიტეტს აკისრია განხორციელებული პროექტების მონიტორინგის ფუნქციაც. მათ შეიძლება დაადასტურონ, რომ კვლევის ორგანიზატორებმა პირნათლად შეასრულეს საკუთარი ვალდებულებები ან შეიძლება შეაჩერონ კიდეც პროექტის განხორციელება სერიოზული დარღვევების აღმოჩენის შემთხვევაში.
კომიტეტის ნებართვის მიღების ძირითად მიზანს წარმოადგენს ის გარემოება, რომ არც მკვლევარებს და არც კვლევის ობიექტებს არ შეუძლიათ წინასწარ განსაზღვრონ არის თუ არა პროექტი მეცნიერულად და ეთიკურად გამართლებული. მკვლევარებმა დამოუკიდებელ ექსპერტთა კომიტეტს უნდა აჩვენონ, რომ პროექტი მნიშვნელოვანია, რომ პროექტის განხორციელებისათვის მკვლევარებს აქვთ საკმარისი კომპეტენცია და რომ კვლევის მონაწილეები დაცულები იქნებიან ზიანისაგან ალბათობის დიდი წილით.
დღემდე გადაუჭრელ საკითხად რჩება, საჭიროა თუ არა მრავალმხრივი პროექტებისათვის თითოეული მიმართულებისათვის ცალ-ცალკე კომიტეტების ნებართვის მიღება, თუ მხოლოდ ერთი კომიტეტის ნებართვა საკმარისია. თუ ცენტრები განთავსებულია სხვადასხვა ქვეყანაში, მაშინ როგორც წესი საჭიროა ნებართვის მიღება ყველა ქვეყანაში.

ადამიანების მონაწილეობით სამედიცინო კვლევის ჩატარების ნებისმიერი წინადადება თავდაპირველად განხილული და ნებადართული უნდა იყოს დამოუკიდებელი ეთიკური კომიტეტის მიერ.

მეცნიერული დასაბუთება

ჰელსინკის დეკლარაციის მე-11 პარაგრაფში აღნიშნულია, რომ სამედიცინო კვლევაში ადამიანების ჩართვას მეცნიერული საფუძველი უნდა ჰქონდეს. ეს მოთხოვნა იმიტომ არსებობს, რომ გამორიცხული იქნას ისეთი პროექტები, რომელთა მეთოდოლოგიური არაადექვატურობის გამო არსებობს წარმატების მეტად მცირე ალბათობა, ან მიუხედავად მათი წარმატებისა, უფრო დიდია ალბათობა რომ პროექტი მოგვცემს ტრივიალურ შედეგებს. თუ კვლევით

პროექტში მონაწილეობენ ადამიანები, და იმ შემთხვევაშიც კი როდესაც რისკი მინიმალურია, კვლევის შედეგად მიღებული უნდა იქნას მნიშვნელოვანი მეცნიერული მონაცემები.
მეცნიერული ღირებულების უზრუნველყოფისათვის, მე-11 პარაგრაფი მოითხოვს, რომ პროექტი ეფუძნებოდეს შესაბამის საკითხზე გამოცემულ ფუნდამენტურ ლიტერატურას და ლაბორატორიულ კვლევებს, სადაც ეს შესაძლებელია ცხოველებზე ჩატარებულ ცდებს, რაც იძლევა იმის მტკიცე საფუძველს, რომ იმედი ვიქონიოთ – ამ პროექტის შედეგები ადამიანისთვისაც მნიშვნელოვანი იქნება. ცხოველებზე ჩატარებული ყველა კვლევა უნდა პასუხობდეს ეთიკურ წესებს, რომლის მიხედვითაც კვლევაში გამოყენებული ცხოველების რაოდენობა მინიმუმამდე უნდა იქნას დაყვანილი და თავიდან უნდა იქნას აცილებული გაუმართლებელი ტკივილი. მე-15 პარაგრაფი მოითხოვს, რომ ცდა ჩატარებული უნდა იყოს მხოლოდ კვალიფიციური სპეციალისტების მონაწილეობით. ეთიკის კომიტეტი პროექტზე თანხმობის მიღებამდე ვალდებულია დარწმუნდეს, რომ პროექტი აკმაყოფილებს ზემოთმოყვანილ მოთხოვნებს.

სამედიცინო კვლევაში ადამიანების ჩართვას მეცნიერული საფუძველი უნდა ჰქონდეს.

სოციალური ფასეულობა

ერთ-ერთ ყველაზე სადაო საკითხს წარმოადგენს მოთხოვნა, რომელიც წაეყენება სამედიცინო კვლევას, კერძოდ ეს არის მოთხოვნა, რომ პროექტმა ხელი შეუწყოს ზოგადად საზოგადოების კეთილდღეობას. საყოველთაოდ ცნობილია, რომ მეცნიერული ცოდნა თავისთავად ღირებულია და ეს დებულება დამატებით მტკიცებას არ საჭიროებს. მიუხედავად ამისა, რადგან სულ უფრო მწვავედ აღინიშნება სამედიცინო კვლევებში გამოყენებული რესურსების ნაკლებობა, მათი სოციალური ფასეულობა ხდება პროექტის დაფინანსების ერთ-ერთ მნიშვნელოვანი კრიტერიუმი.

სოციალური ფასეულობა ხდება პროექტის დაფინანსების ერთ-ერთ მნიშვნელოვანი კრიტერიუმი.
ჰელსინკის დეკლარაციის მე-18 და მე-19 პარაგრაფები ნათლად მიუთითებენ ექსპერიმენტის სოციალური ფასეულობის განხილვის მნიშვნელობაზე. პროექტის მიზნის მნიშვნელობამ, როგორც მეცნიერულმა, ისე სოციალურმა, უნდა გადაწონოს ის რისკები, რომელზეც მიდიან ექსპერიმენტში მონაწილე ადამიანები. გარდა ამისა, საზოგადოებას, სადაც ტარდება კვლევა, კვლევის შედეგებმა უნდა მოუტანოს გარკვეული სარგებლობა. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ ქვეყნებში, სადაც არსებობს ექსპერიმენტში მონაწილეების მიმართ არასამართლიანი მოპყრობის ალბათობა, რადგან კვლევის პროცესში სწორედ ისინი ექცევიან რისკის ქვეშ, ხოლო კვლევის შედეგებმა შეიძლება სულ სხვა ქვეყნის პაციენტებს მოუტანოს სარგებლობა.
ექსპერიმენტის სოციალური ფასეულობის შეფასება უფრო რთულია, ვიდრე მეცნიერული ღირებულებისა, მაგრამ ეს არ უნდა გახდეს მისი იგნორირების მიზეზი. მკვლევარებმა და ეთიკის კომიტეტებმა ყურადღება უნდა მიაქციონ იმ გარემოებას, რომ პაციენტებმა არ უნდა მიიღონ მონაწილეობა ისეთ ტესტებში, რომლებიც არ ემსახურებიან სოციალურ მიზნებს. წინააღმდეგ შემთხვევაში ტყუილად დაიხარჯება ისეთი ფასეული რესურსი, როგორიცაა კვლევაში მონაწილე ადამიანების ჯანმრთელობა, ან შეილახება სამედიცინო კვლევების რეპუტაცია, როგორც ადამიანების ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ძირითადი განმსაზღვრელი ფაქტორისა.

რისკი და სარგებლობა

როგორც კი დადასტურდება ექსპერიმენტის მეცნიერული მნიშვნელობა და სოციალური ღირებულება, მკვლევარმა აუცილებლად უნდა დაამტკიცოს, რომ ექსპერიმენტის მონაწილისათვის რისკი არ არის დაუსაბუთებელი და ან კვლევის მოსალოდნელი სარგებლობის არაპროპორციული, რომელიც შეიძლება უშუალოდ მონაწილეებს არც კი ერგოს. რისკი უკავშირდება შესაძლო არასასურველ გამოსავალს (ზიანს). ის მოიცავს ორ კომპონენტს: (1) ზიანის მიყენების ალბათობა (უმცირესი ალბათობიდან უდიდეს ალბათობამდე) და (2) სერიოზული ზიანი (მსუბუქი დაზიანებიდან მძიმე უნარშეზღუდვამდე ან სიკვდილამდე). უმნიშვნელო ზიანის მიყენების ალბათობა უმცირესია კარგ კვლევით პროექტში. მეორე მხრივ, ჯანმრთელობისათვის სერიოზული ზიანის მიყენების მაღალი რისკი მისაღები იქნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პროექტის მიზანია მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდების ძიება განუკურნებელი სენით დაავადებული ადამიანებისათვის. ამ ორი უკიდურესობის გარდა, მე-17 პარაგრაფი მკვლევარისაგან მოითხოვს რისკების ადეკვატურ შეფასებას და დასაბუთებას, რომ მათი თავიდან აცილება შესაძლებელია. თუ რისკის ხარისხი უცნობია, მკვლევარმა არ უნდა დაიწყოს პროექტის განხორციელება, სანამ ის არ მოიპოვებს სარწმუნო მონაცემებს, მაგალითად ლაბორატორიული კვლევის ან ცხოველებზე ჩატარებული ცდების შედეგებს.

თუ რისკის ხარისხი უცნობია, მკვლევარმა არ უნდა დაიწყოს პროექტის განხორციელება, სანამ ის არ მოიპოვებს სარწმუნო მონაცემებს.

ინფორმირებული თანხმობა

ნიურნბერგის კოდექსის პირველი პრინციპია: „ადამიანის ნებაყოფლითი თანხმობა აბსოლუტური აუცილებლობაა". ამ პრინციპის განმარტებითი პარაგრაფი, სხვა მოთხოვნათა შორის მოითხოვს, რომ კვლევის სუბიექტს „ჰქონდეს საკმარისი ცოდნა და ელემენტარულ დონეზე გააზრებული კვლევის არსი, იმისათვის რომ მას შეეძლოს გააზრებული და თავისუფალი გადაწყვეტილების მიღება".

„ადამიანის ნებაყოფლითი თანხმობა აბსოლუტური აუცილებლობაა".
ჰელსინკის დეკლარაციაც დაწვრილებით ამახვილებს ყურადღებას ინფორმირებულ თანხმობაზე. 22-ე პარაგრაფში მოცემულია, თუ რა უნდა იცოდეს კვლევის სუბიექტმა იმისათვის, რომ მან კვლევაში მონაწილეობის მიღებაზე გააზრებული გადაწყვეტილება მიიღოს. 23-ე პარაგრაფში მოცემულია აკრძალვა კვლევაში ადამიანთა ძალდატანებით ჩართვის შესახებ, რადგან ამ შემთხვევაში თანხმობას არ ექნება ნებაყოფლითი ხასიათი. 24-ე და 26-ე პარაგრაფებში საუბარია კვლევის სუბიექტებზე, რომლებსაც არ აქვთ საკუთარი თანხმობის მიცემის უნარი (მცირეწლოვანი ბავშვები, მენტალურად არასრულფასოვანი ადამიანები, უგონო მდგომარეობაში მყოფი პაციენტები). ისინი შეიძლება გახდნენ კვლევის სუბიექტები მხოლოდ მკაცრად განსაზღვრული შეზღუდვების პირობებში.
ჰელსინკის დეკლარაცია კვლევის ეთიკის სხვა დოკუმენტების მსგავსად რეკომენდაციას იძლევა, რომ ინფორმირებული თანხმობა გამოხატული იყოს სუბიექტის მიერ ხელმოწერილი „თანხმობის ფორმულარით" (პარაგრაფი 22). კომიტეტების უმრავლესობა მკვლევარებისაგან მოითხოვს პროექტებში

გამოყენებული თანხმობის ფორმულარების წარდგენას. ზოგიერთ ქვეყანაში ეს ფორმულარი დიდი მოცულობისაა და ზედმეტი დეტალიზაციის გამო აღარ გამოიყენება პროექტის შესახებ კვლევის სუბიექტის ინფორმირებისათვის. ნებისმიერ შემთხვევაში, ინფორმირებული თანხმობა არ იწყება და არ მთავრდება ხსენებულ ფორმულარზე ხელმოწერით. მას თან უნდა ახლდეს არა მხოლოდ პროექტის, არამედ მთელი პროცესის აღწერა. გარდა ამისა, კვლევის სუბიექტები ინფორმირებულნი უნდა იყვნენ იმის შესახებ, რომ მათ ნებისმიერ დროს, მაშინაც კი, როდესაც პროექტი უკვე დაწყებულია, შეუძლიათ უარი თქვან პროექტში მონაწილეობაზე, მკვლევარებისა და სხვა ექიმების მხრიდან რაიმე სახის წინააღმდეგობებისა თუ საკუთარი ჯანმრთელობის მიმართ კომპრომისების მიუხედავად.

კონფიდენციალობა

ისევე, როგორც პაციენტებს კლინიკაში, კვლევის სუბიექტებსაც აქვთ უფლება მოითხოვონ პირად ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა. თუმცა კლინიკური მკურნალობისაგან განსხვავებით, კვლევა მოითხოვს პროექტის მონაწილის ჯანმრთელობის შესახებ კონფიდენციალური ინფორმაციის წარდგენას და გამოქვეყნებას როგორც სამეცნიერო საზოგადოებისათვის, ისე ზოგიერთ შემთხვევაში, მთელი საზოგადოებისათვის. კვლევის სუბიექტების პირადი ცხოვრებაში ჩარევისაგან თავდაცვის მიზნით, მკვლევარების მხრიდან გარანტირებული უნდა იყოს, რომ ისინი კვლევის სუბიექტებისაგან იღებენ ინფორმირებულ თანხმობას იმისათვის, რომ მათი ჯანმრთელობის შესახებ პირადი ინფორმაცია გამოიყენონ მხოლოდ მეცნიერული მიზნებისათვის. ეს კი მოითხოვს, რომ კვლევის სუბიექტი წინასწარ უნდა იყოს გაფრთხილებული, თუ რისთვის იქნება გამოყენებული მისი პერსონალური მონაცემები. ინფორმაცია, როგორც წესი, უნდა იყოს კოდირებული, (დეპერსონიფიცირებული) და უნდა არსებობდეს მისი გავრცელებისა და შენახვის უსაფრთხოების გარანტიები. მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციის დეკლარაციაში ჯანმრთელობის შესახებ მონაცემთა ბაზების გამოყენებაზე ეთიკურ კონტექსტში შემუშავებულია სპეციალური მითითება.

კვლევის სუბიექტებსაც აქვთ უფლება მოითხოვონ პირად ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა.

როლთა კონფლიქტი

როგორც უკვე ავღნიშნეთ მოცემულ თავში, ექიმის როლი ურთიერთობაში „ექიმი-პაციენტი" განსხვავდება, მკვლევარის როლისაგან ურთიერთობაში „მკვლევარი-კვლევის სუბიექტი", იმ შემთხვევაშიც კი თუ ექიმი და მკვლევარი ერთი და იგივე პიროვნებაა. ამ შემთხვევაში ჰელსინკის დეკლარაციის 28-ე პარაგრაფი მოითხოვს, უპირატესობა მიენიჭოს ექიმის როლს. ეს ნიშნავს, რომ ექიმი მზად უნდა იყოს, რომ სხვა ინფორმაციასთან ერთად პაციენტს ურჩიოს არ მიიღოს მონაწილეობა კვლევით პროექტში, იმ შემთხვევაში თუ დანიშნული მკურნალობა სასურველ ეფექტს იძლევა, ხოლო პროექტი კი მოითხოვს, რომ პაციენტს დაენიშნოს (რანდომიზირებული) სხვა მკურნალობა ან პლაცებოს მიღება. თუ ექიმი საფუძვლიანი მეცნიერული დასკვნის საფუძველზე დარწმუნებულია, რომ პაციენტის მიმდინარე სქემით მკურნალობა ისევე ეფექტურია, როგორც ახალი სქემით მკურნალობა ან პლაცებოს მიღება, ექიმმა უნდა სთხოვოს პაციენტს, მიიღოს კვლევით პროექტში მონაწილეობა.

შედეგების კეთილსინდისიერი გამოქვეყნება

კვლევის შედეგების შეცდომების გარეშე, ზუსტად და აკურატულად წარდგენის შესახებ მოთხოვნა არ უნდა იყოს საჭირო, მაგრამ სამწუხაროდ ამ ბოლო დროს გაჩნდა მრავალი შეტყობინება მკვლევარების მიერ კვლევის არაკეთილსინდისიერი ანგარიშების პუბლიკაციების შესახებ. ამ ტიპის პრობლემები მოიცავს როგორც პლაგიატს და მონაცემთა გაყალბებას, ისე ორმაგ პუბლიკაციებს და ავტორობის „გაჩუქებას". მსგავსი პრაქტიკა მკვლევარებს „სარგებლობას" მოუტანს მხოლოდ მათ მხილებამდე, მაგრამ თავის მხრივ, ამ ტიპის პრაქტიკას უდიდესი ზიანის მოტანა შეუძლია პაციენტებისათვის, რომლებსაც კვლევის არაზუსტ ან გაყალბებულ მონაცემებზე დაყრდნობით შეიძლება არასწორი მკურნალობა დაენიშნოთ და სხვა მკვლევარებისთვისაც, რომლებმაც შეიძლება ბევრი დრო და რესურსები დახარჯონ, არაკეთილსინდისიერი შედეგების გაზიარებისა და გამოყენებისათვის.

ამ ბოლო დროს გაჩნდა მრავალი შეტყობინება მკვლევარების მიერ კვლევის არაკეთილსინდისიერი ანგარიშების პუბლიკაციების შესახებ.

კანონსაწინააღმდეგო საქმიანობის მხილება

კვლევის არაკეთილსინდისიერად წარმართვის თავიდან აცილებისა ან ასეთი ფაქტის გამოაშკარავების მიზნით, ყველა, ვინც ფლობს ინფორმაციას ასეთი კვლევის შესახებ, ვალდებულია შეატყობინოს ამის შესახებ შესაბამის ორგანოებს. სამწუხაროდ არაკეთილსინდისიერი ქმედებების გამოაშკარავება ყოველთვის როდი არის მისაღები, შეტყობინების ავტორები ხშირად ისჯებიან ან ექცევიან იზოლაციაში იმის გამო, რომ მათ გამოაშკარავეს არაკეთილსინდისიერი საქმიანობის ფაქტები. თუმცა ამ ბოლო დროს დამოკიდებულება თანდათან იცვლება, ექიმი-მეცნიერებიც და სახელმწიფო ადმინისტრაციული სტრუქტურები კარგად ხედავენ არაეთიკური საქმიანობის გამოაშკარავების საჭიროებას და მიზნის მისაღწევად მხარს უჭერენ შეტყობინების ავტორებს.
განსაკუთრებით რთულია კვლევის განმახორციელებელი გუნდის უმცროსი წევრების, მაგ. მედიკოსი სტუდენტების, მდგომარეობა. კოლეგების არაეთიკურ საქციელზე ეჭვის შემთხვევაში მათ უჭირთ რაიმე კონკრეტული ნაბიჯის გადადგმა, რადგან ისინი თავს არასაკმარისად კომპეტენტურად თვლიან, იმისათვის, რომ იმსჯელონ უფროსი კოლეგების საქმიანობაზე, ისინი შესაძლოა დაისაჯონ კიდეც თავისი აზრის გამოთქმისათვის. სულ მცირე, მათ ის მაინც შეუძლიათ, რომ უარი განაცხადონ ისეთ ღონისძიებებში მონაწილეობაზე, რომლებიც მათ არაეთიკურად მიაჩნიათ, მაგალითად, კვლევის სუბიექტებისათვის ტყუილის თქმაზე ან მონაცემების გაყალბებაზე. თუ ისინი აღმოაჩენენ, რომ სხვები არაეთიკურად იქცევიან, მათ ყველაფერი უნდა იღონონ ხელმძღვანელობის გასაფრთხილებლად – პირდაპირ ან ანონიმურად.

გადაუჭრელი საკითხები

კვლევის ეთიკის ყველა ასპექტის მიმართ არ არსებობს საერთო მიდგომა. სამედიცინო მეცნიერების (გენეტიკა, ნევროლოგია და ა.შ) განვითარების

პარალელურად ორგანოთა და ქსოვილთა გადანერგვის ტექნიკასთან, პროცედურებთან და მკურნალობის მეთოდებთან დაკავშირებით ახალი ტიპის ეთიკური საკითხები იჩენს თავს, რაზეც დღეს არ არსებობს გამზადებული პასუხები. გარდა ამისა, ზოგიერთი ძველი პრობლემა ისევ დაუსრულებელი ეთიკური დებატების საგანია. მაგალითად, კლინიკური კვლევებში კონკრეტულად რა პირობებში შეიძლება პლაცებოს გამოყენება, როგორ უნდა გაგრძელდეს სამედიცინო კვლევებში მონაწილე პაციენტების მკურნალობა. გლობალურ დონეზე სამედიცინო კვლევით მუშაობაში 10/90 პრობლემა გადაუჭრელი ეთიკური პრობლემაა (კვლევითი ფონდების მხოლოდ 10 პროცენტი იხარჯება ჯანმრთელობის პრობლემებზე, რომლებიც დედამიწის მოსახლეობის 90 პროცენტს აწუხებს). მსოფლიოს უღარიბეს რეგიონებში კვლევის ჩატარებისას მეცნიერები ხშირად აწყდებიან პრობლემებს, რომლებიც წარმოიქმნება საკუთარ ეთიკურ თვალსაზრისსა და მოცემულ საზოგადოებაში დამკვიდრებულ ეთიკურ ღირებულებებს შორის არსებული განსხვავების გამო. ყველა ეს საკითხი საერთო შეთანხმების მიღწევამდე დამატებით ანალიზსა და განსჯას მოითხოვს.
მიუხედავად ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი პოტენციური პრობლემისა, სამედიცინო კვლევებში მონაწილეობის მიღება მეტად სასარგებლო და ღირებული საქმიანობაა როგორც ექიმებისათვის და სტუდენტი-მედიკებისათვის, ისე თვით კვლევის სუბიექტებისათვის. ექიმებმა და სტუდენტებმა ყურადღება უნდა გაამახვილონ კვლევის სუბიექტების ინტერესებზეც, იმისათვის რომ გააცნობიერონ ურთიერთობები „მკვლევარი-კვლევის სუბიექტი".

კვლევითი ფონდების მხოლოდ 10 პროცენტი იხარჯება ჯანმრთელობის პრობლემებზე, რომლებიც დედამიწის მოსახლეობის 90 პროცენტს აწუხებს.

სასწავლო შემთხვევის გარჩევა

ექიმი რ.-ს არ უნდა განეცხადა ასე სწრაფად თანხმობა. მას პირველ რიგში უფრო მეტი უნდა გაეგო პროექტის შესახებ და დარწმუნებულიყო, რომ ის შეესაბამება კვლევის ყველა ეთიკურ მოთხოვნას.
კერძოდ კი, იგი უნდა გაეცნოს ეთიკის კომიტეტის მიერ შემუშავებულ დასკვნას, კომენტარებისა და პროექტის პირობების ჩათვლით. მან მონაწილეობა უნდა მიიღოს მხოლოდ მისი საქმიანობის სფეროში განხორციელებულ პროექტებში. ის უნდა დარწმუნდეს, რომ პროექტს მეცნიერული მნიშვნელობა და სოციალური ღირებულება აქვს. თუ ის დარწმუნებული არ არის საკუთარ შესაძლებლობებში იმისათვის რომ შეაფასოს პროექტი, მაშინ მან რჩევისათვის უნდა მიმართოს კოლეგებს, რომლებიც უფრო დიდ სამედიცინო ცენტრებში მუშაობენ. ის უნდა დარწმუნდეს, რომ პაციენტების ინტერესების სასარგებლოდ მოქმედებს და რომ კვლევაში მონაწილეობას ურჩევს მხოლოდ იმ პაციენტებს, რომლებიც არ დაზარალდებიან მკურნალობის მიმდინარე სქემის შეცვლით ექსპერიმენტული მკურნალობით ან პლაცებოთი. მან უნდა შეძლოს აუხსნას პაციენტებს, რომ არსებობს ალტერნატიული გზები, ისე რომ მათ უნდა შეძლონ გაცნობიერებულად პროექტში მონაწილეობაზე დათანხმება ან უარის თქმა. ის არ უნდა დათანხმდეს მოთხოვნას, კვლევაში ჩართოს პაციენტების ფიქსირებული რაოდენობა, თუ ამისათვის მან შესაძლოა იმოქმედოს პაციენტების ინტერესების საწინააღმდეგოდ და ამისათვის მას შესაძლებელია დასჭირდეს პაციენტებზე ზეგავლენის მოხდენა. ექიმი მზად უნდა იყოს მონიტორინგის პროცესში გაუთვალისწინებელი ნეგატიური ეფექტების გამოვლენის შემთხვევაში მიიღოს სწრაფი გადაწყვეტილება საქმიანობის კორექტირების მიზნით. და ბოლოს, კვლევის შედეგების მიღების შემდეგ ექიმმა ის უნდა გააცნოს პაციენტებს.

თავი 6 დასკვნა

ექიმების პასუხისმგებლობა და პრივილეგიები

მოცემული სახელმძღვანელო ეხება ექიმების ვალდებულებებსა და პასუხისმგებლობებს, რაც წარმოადგენს სამედიცინო ეთიკის ძირითად არსს. თუმცა სხვა ადამიანების მსგავსად, ექიმებს ვალდებულებებთან ერთად აქვთ უფლებებიც. სამედიცინო ეთიკაში კვლევები არასრულყოფილი იქნებოდა, რომ არ ითვალისწინებდეს, როგორ უნდა მოეპყრონ ექიმებს სხვა ადამიანები- პაციენტები, კოლეგები, საზოგადოება. სამედიცინო ეთიკის ეს მიმართულება სულ უფრო და უფრო მეტ მნიშვნელობას იძენს, რადგან ექიმები სერიოზულ სირთულეებს აწყდებიან პროფესიონალურ საქმიანობაში მრავალი მიზეზის, მაგალითად, შეზღუდული რესურსების, ჯანდაცვის, სექტორის, სახელმწიფოს ან კერძო კომპანიების მხრიდან ძლიერი რეგლამენტაციის, მასმედიაში საექიმო შეცდომებზე ან ექიმების არაეთიკურ ქმედებებზე სენსაციური რეპორტაჟების გამო. ექიმებს პრეტენზიებს უყენებენ პაციენტები და ჯანდაცვის სფეროს სხვა წარმომადგენლები.

სხვა ადამიანების მსგავსად, ექიმებს ვალდებულებებთან ერთად აქვთ უფლებებიც.

სამედიცინო ეთიკა წარსულში იკვლევდა როგორც ექიმების უფლებებს, ისე მათ ვალდებულებებს. არსებული ეთიკური კოდექსები, მათ შორის ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის 1847 წლის კოდექსი, მოიცავდნენ დებულებებს პაციენტებისა და საზოგადოების ვალდებულებების შესახებ სამედიცინო პროფესიების წარმომადგენლებთა მიმართ. ამ ვალდებულებათა დიდი ნაწილი მოძველდა. ასეთია მაგალითად, მოთხოვნა: „პაციენტი ვალდებულია დაუყოვნებლივ და უსიტყვოდ დაემორჩილოს ექიმის დანიშნულებას. პაციენტმა არ უნდეს მისცეს თავს უფლება ზეგავლენა მოახდინოს მის მიმართ ყურადღებიან მოქცევაზე მისმა დაუსაბუთებელმა აზრმა მკურნალობის მიზანშეწონილობის შესახებ.” მიუხედავად ამისა, მტკიცებულებას იმის თაობაზე, რომ „საზოგადოებამ უნდა... სამართლიანად აღიაროს სამედიცინო დიპლომები... (და) უზრუნველყოს და ხელი შეუწყოს სამედიცინო განათლების მიღებას” არ დაუკარგავს თავისი მნიშვნელობა. თუმცა ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის მიერ არ მოხდა ამ დებულებების გადასინჯვა და მასში ცვლილებების შეტანა, ეს მუხლები პირდაპირ ამოღებული იქნა კოდექსიდან.

დროის განმავლობაში მსოფლიოს ექიმთა ასოციაციამ მიიღო ნორმატიული დოკუმენტები ექიმებისა და სხვა სუბიექტების, უპირველეს ყოვლისა ხელისუფლების უფლებებისა და შესაბამისი ვალდებულებების შესახებ, მათი აღიარებისა და პატივისცემის შესახებ:

- 1948 წლის განცხადება სამედიცინო კონფერენციებზე თავისუფალი დასწრების შესახებ მოიცავდა მოთხოვნას „არ შეიძლება დაშვებული იყოს ბარიერები, რომლებიც ხელს უშლიან ექიმების დასწრებას მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ან სხვა სამედიცინო თათბირებზე, მიუხედავად მათი ჩატარების ადგილისა”

- 1986 წლის ექიმების დამოუკიდებლობისა და პროფესიული თავისუფლების დეკლარაციაში აღნიშნული იყო „ექიმებს უნდა ჰქონდეთ პროფესიული თავისუფლება გარე ჩარევის გარეშე პაციენტებზე ზრუნვისათვის", ასევე „ექიმები უნდა ფლობდნენ პროფესიულ თავისუფლებას დაცვას პაციენტის მოთხოვნები ჯანმრთელობის სფეროში ყველა იმ პირის მიმართ, ვინც უარყოფს ან ზღუდავს საჭირო სამედიცინო მოვლის მოცულობას მათთვის ვინც ავადაა ან დაჭრილია".
- 1995 წლის განცხადებაში სამედიცინო მომსახურების სფეროში სტანდარტებზე პროფესიული პასუხისმგებლობის შესახებ აღნიშნულია, რომ ნებისმიერი მსჯელობა ექიმის პროფესიული საქმიანობის შესახებ უნდა მოიცავდეს შეფასებას, რომელიც მიღებული იქნება თანაბარუფლებიანი პროფესიონალი ექიმების მიერ, რომლებიც თავიანთი ცოდნითა და გამოცდილებით აქვთ უნარი გაიგონ აღნიშნული სამედიცინო საკითხების სირთულე." იგივე განცხადება გმობს „პაციენტების მხრიდან საჩივრების განხილვას რაიმე სახის პროცედურებით ან პაციენტებისათვის რაიმე სახის კომპენსაციების გადახდას, რომლებიც არ ემყარება ექიმის ქმედებისა თუ უმოქმედების თანაბარუფლებიანი ექიმების მხრიდან სამართლიანი შეფასების გარეშე".
- 1997 წლის განცხადება ექიმების მხარდაჭერის შესახებ, რომლებიც უარს აცხადებენ წამებაში ან სხვა სახის ძალადობაში, არაჰუმანურ ან დამამცირებელ მოპყრობაში მონაწილეობაზე მოიცავს დებულებას იმის შესახებ, რომ მსა „უნდა მხარი დაუჭიროს და დაიცვაა, ასევე მოუწოდოს ეროვნულ სამედიცინო ასოციაციებს დაიცვან ექიმები, რომლებიც უარს აცხადებენ ან არაჰუმანურ პროცედურებში მონაწილეობაზე ან ის ექიმები რომლებიც მუშაობენ ესეთი მოპყრობის შედეგად დაზარალებული პირების მკურნალობასა და რეაბილიტაციაზე, ასევე მხარი დაუჭირონ და დაიცვან ექიმების უფლება დაიცვან და გამოიყენონ უმაღლესი ეთიკური პრინციპები, სამედიცინო კონფიდენციალობის ჩათვლით.
- 2003 წლის განცხადება ექიმების საერთაშორისო შრომის ბაზარზე ეთიკური ნორმების შესახებ, რომელიც მოუწოდებდა ყველა ქვეყანას „მაქსიმალური ძალისხმევა გაეწიათ პროფესიასა და ქვეყანაში რაც შეიძლება მეტი ექიმის შენარჩუნებაზე იმ მხარდაჭერის გაწევით, რაც აუცილებელია პირადი და პროფესიონალური მიზნების მისაღწევად ქვეყნის საჭიროებისა და რესურსები გათვალისწინებით". ქვეყნებმა უნდა უზრუნველყონ გარანტიით „ექიმებს, რომელებიც მუშაობენ მუდმივად, ან დროებით, არა საკუთარი საცხოვრებელი ადგილის ქვეყანაში, უნდა გააჩნდეთ იგივე უფლებები, რაც ადგილობრივ ექიმებს (მაგალითად კარიერული ზრდის თანაბარი შესაძლებლობები და თანაბარ სამუშაოზე თანაბარი ანაზღაურება)".

მიხედავად იმისა, რომ ექიმების ინტერესების დაცვა აუცილებელია იმ საშიშროებისა და პრობლემების გამო, რომელიც ზემოთ იყო აღნიშნული, ექიმებს ხშირად სჭირდებათ შეხსენება მათი საკუთარი პრივილეგიების შესახებ. ბევრ ქვეყანაში ჩატარებული საზოგადოებრივი აზრის გამოკითხვის შედეგები გვიჩვენებს, რომ ექიმები ყველაზე მეტად საპატივცემულო და ნდობით აღჭურვილ პროფესინალურ ჯგუფებს შორის არიან. ისინი თავიანთი საქმიანობისათვის, როგორც წესი, ღებულობენ საშუალო დონეზე უფრო მაღალ ფინანსურ ანაზღაურებას (ზოგიერთ ქვეყანაში კი—საშუალოზე ბევრად მეტს). ამასთანავე ისინი გარკვეულ წილად ინარჩუნებენ კლინიკურ ავტონომიას, მიუხედავად იმისა, რომ დონე წარსულთან შედარებით შემცირდა. ბევრი მათგანი მონაწილეობს ახალი სამედიცინო ცოდნის ძიებაში სამეცნიერო კვლევებში მონაწილეობის გზით. რაც ზალიან მნიშვნელოვანია,

ექიმები ახორციელებენ მომსახურებას, რასაც შეუფასებელი მნიშვნელობა აქვს კონკრეტული პაციენტისათვის, განსაკუთრებით მათთვის, რომლების ყველაზე მეტად არიან დაუცველები და ან ცხოვრობენ გაჭირვებაში, აგრეთვე მთლიანად საზოგადოებისთვის. ბევრ პროფესიას არ აქვს პერსპექტივა იყოს ისეთივე საჭირო, როგორც მედიცინა, განსაკუთრებით იმის გათვალისწინებით, თუ რა სიკეთე მოაქვს ექიმის მუშაობას-ტკივილებისა და ტანჯვისაგან განთავისუფლება, გამოჯანმრთელება, დამშვიდება მომაკვდავებისათვის. ამ პრივილეგიების საფასურია ექიმების მხრიდან ეთიკური ვალდებულებების შესრულება.

ექიმებს ხშირად სჭირდებათ შეხსენება მათი საკუთარი პრივილეგიების შესახებ.

პასუხისმგებლობა საკუთარი თავის მიმართ

მოცემული სახელმძღვანელო ექიმების ეთიკურ პასუხისმგებლობას კლასიფიცერებას უკეთებს ისეთი კატეგორიების მიმართ, როგორიცაა: პაციენტი, საზოგადოება, კოლეგები (ჯანდაცვის სფეროს სხვა წარმომადგენლების ჩათვლით). ექიმებს ხშირად ავიწყდებათ, რომ მათ საკუთარი თავისა და საკუთარი ოჯახის მიმართაც აკისრიათ პასუხისმგებლობა. მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში ექიმის მუშაობა მოითხოვს ერთგულებას საქმის მიმართ და მცირედ ითვალისწინებს ექიმის პირად ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას. კვირის განმავლობაში 60-80 საათი მუშაობა არ წარმოადგენს იშვიათ მოვლენას ამ პროფესიის წარმომადგენლებისათვის, ხოლო შვებულება აღიქმება როგორც ზედმეტი ფუფუნება. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრი ექიმი წარმატებულია, ესეთ პირობებში მუშაობამ შესაძლოა მათ ოჯახებზე ნეგატიური ზემოქმედება მოახდინოს. ზოგიერთ ექიმს აწუხებს პროფესიული დატვირთვა, რომელმაც მრავალი უარყოფითი შედეგები შეიძლება გამოიწვიოს– ქრონიკული დაღლილობა, ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარება, სუიციდი. დასუსტებული ექიმები პაციენტებისათვის საფრთხეს წარმოადგენენ, რადგან დაღლილობა სამედიცინო შეცდომების მიზეზი შეიძლება გახდეს.

ექიმებს ხშირად ავიწყდებათ, რომ მათ საკუთარი თავისა და საკუთარი ოჯახის მიმართაც აკისრიათ პასუხისმგებლობა.

ზოგიერთ ქვეყანაში პირდაპირი აქცენტი კეთდება პაციენტის უსაფრთხოებასა და ექიმებში ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებაზე, ამ უკანასკნელის ხელშეწყობის მიზნით იზღუდება ექიმების სამუშაო საათები და ცვლების ხანგრძლივობა. ზოგიერთმა სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებამ გაამარტივა საგანმანათლებლო პროგრამებში მონაწილეობის შეწყვეტა ოჯახური პირობების გამო. მიუხედავად იმისა, რომ ესეთი ღონისძიებები ხელს უწყობენ ექიმების ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის გაუმჯობესებას, საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვის უპირველესი პასუხისმგებლობა მაინც თვით ექიმებს აკისრიათ. გარდა იმისა, რომ ექიმები უნდა მოერიდონ ჯანმრთელობისათვის ისეთ მავნე ჩვევებს როგორიცაა: თამბაქოს წევა, ნარკოტიკების და ალკოჰოლის მოხმარება, გადაღლილობა, ექიმებმა უნდა დაიცვან და განამტკიცონ საკუთარი ჯანმრთელობა და კუთილდღეობა იმ სტრესული ფაქტორების გამოვლენის გზით, რომლებიც ზემოქმედებენ მათ პროფესიულ და პირად ცხოვრებაზე, და გამოიმუშავონ ადეკვატური სტრატეგიები ამ ფაქტორების გადასალახად.

როდესაც ეს მცდელობები აღმოჩნდება არაეფექტური, ექიმებმა მათი პირადი პრობლემების გადასაჭრელად კოლეგებს და შესაბამისი კვალიფიკაციის მქონე პროფესიონალებს უნდა მიმართონ, რადგან ამ პრობლემებმა შეუძლება ზიანი მიაყენონ პაციენტებს, საზოგადოებას ან კოლეგებს.

სამედიცინო ეთიკის მომავალი

მოცემული სახელმძღვანელო ყურადღებას უპირატესად ამახვილებს სამედიცინო ეთიკის ახლანდელ ვითარებაზე, თუმცა მოყვანილია მრავალი მაგალითი წარსულიდან. წმყო სწრაფმავალია და თუ არ გვსურს ჩამოვრჩეთ დროს, მომავალზე უნდა ვიფიქროთ. სამედიცინო ეთიკის მომავალი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული მედიცინის მომავალზე. XXI საუკუნის პირველ დეკადაში მედიცინა ძალიან სწრაფი ტემპით ვითარდება, ამიტომ მეტად რთულია განვსაზღვროთ, დღევანდელი პირველკურსელი სტუდენტები რა გზით დაასრულებენ სწავლას, რა ცვლილებები მოხდება, სანამ დღევანდელი სტუდენტები დაიწყებენ და დაასრულებენ პროფესიულ საქმიანობას. მომავალი არ არის აუცილებელი იყოს იმაზე უკეთესი ვიდრე აწმყოა, იმ ფართომასშტაბიანი ეკონომიკური და პოლიტიკური არასტაბილურობის, გარემოს დაბინძურების, შიდსის და სხვა პოტენციური ეპიდემიების უფრო ფართო გავრცელების გათვალისწინებით. თუმცა იმედი უნდა ვიქონიოთ, რომ მედიცინის პროგრესის პრივილეგიები საბოლოოდ მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში გავრცელდება, და ეთიკური პრობლემები, რომლების წამოიჭრება განვითარებულ ქვეყნებში, ანალოგიურად აქტუალური გახდება სხვა ქვეყნებშიც. შეიძლება საწინააღმდეგოც მოხდეს –განვითარებულმა ქვეყნებმა დაკარგონ თავიანთი კეთილდღეობა იმ დონემდე, რომ ექიმები იძულებულები გახდებიან შეებრძოლონ ტროპიკულ ეპიდემიებს და მედიკამენტების მწვავე უკმარისობას.
იქიდან გამომდინარე, რომ მომავლის პროგნოზირება შეუძლებელია, სამედიცინო ეთიკა უნდა გახდეს უფრო მოქნილი, ღია ცვლილებებისადმი და რეფორმების მიმართ, როგორც ეს აქამდე ხდებოდა. იმედი უნდა ვიქონიოთ, რომ სამედიცინო ეთიკის ძირითადი პრინციპები, თანაგრძნობა, კომპეტენცია და ავტონომია, ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებებზე ზრუნვასა და პროფესიონალიზმის ერთგულებასთან ერთად, ისევ აქტუალური დარჩება. მეცნიერების განვითარებისა და სოციალური, პოლიტიკური და ეკონომიკური ფაქტორების გავლენით მედიცინაში მომხდარი ცვლილებების მიუხედავად, ყოველთვის იქნებიან დაავადებული ადამიანები, რომლებსაც მკურნალობა და ზრუნვა დასჭირდებათ. ექიმები პაციენტებს ტრადიციულად სთავაზობენ ასეთ მომსახურებას, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და დაავადებათა პრევენციის ღონისძიებებთან ერთად. მიუხედავად იმისა, რომ ასეთი სახის აქტივობებს შორის ბალანსი მომავალში შეიძლება შეიცვალოს, ექიმები სავარაუდოდ თითოეულ მათგანში მაინც შეასრულებენ მნიშვნელოვან როლს. თითოეული ეს საქმიანობა მოიცავს მრავალ რთულ ეთიკურ პრობლემას, ამიტომ ექიმები აუცილებლად უნდა იყვნენ როგორც სამედიცინო ეთიკის ისევე, მედიცინის სხვა ასპექტების განვითარების საქმის კურსში.
ეს სახელმძღვანელოს დასასრულია, მკითხველი ამ სახელმძღვანელოს დახმარებით სამედიცინო ეთიკის ვრცელ სამყაროში პირველ ნაბიჯს გადადგავს. როგორც წინასიტყვაობაში იყო აღნიშნული, მოცემული სახელმძღვანელო მხოლოდ სამედიცინო ეთიკის ფუნდამენტურ პრინციპებსა და ძირითად პრობლემებს წარმოგვიდგენს. მისი მიზანია დაგანახოთ მედიცინის

ეთიკური განზომილების მუდმივი ანალიზის აუცილებლობა, და გასწავლოთ როგორ გადაჭრათ ეთიკური საკითხები, რომლებსაც თქვენ შეხვდებით თქვენი პრაქტიკული საქმიანობის პროცესში. დანართი ბ მოიცავს დამატებითი წყაროებისა და ლიტერატურის სიას, რაც თქვენ დაგეხმარებათ ამ სფეროში ცოდნის გაღრმავებაში.

დანართი A გლოსარიუმი

ანგარიშვალდებული - პირი, რომელიც ანგარიშვალდებულია ვინმეს წინაშე რაიმეს გამო (მაგალითად, დაქირავებულები ანგარიშვალდებულნი არიან დამსაქმებლების მიმართ მათ მიერ შესრულებული საქმიანობისათვის). *ანგარიშვალდებულება*- გულისხმობს შესრულებული ან შეუსრულებელი სამუშაოს შესახებ განმარტების მიცემაზე ადამიანის მზადყოფნას.

წინასწარი მითითებები – განცხადება, როგორც წესი, წერილობითი, რომელშიც მითითებულია, თუ რა უნდა ადამიანს იმ შემთხვევაში, თუ ის დაკარგავს გადაწყვეტილების მიღების უნარს, კერძოდ უმკურნალონ თუ არა მას ამ შემთხვევაში, (მაგალითად, გრძნობის დაკარგვის ან ფსიქიური აშლილობის შემთხვევაში). ის წარმოადგენს წინასწარი დაგეგმვის ერთ-ერთ შესაძლო ფორმას; სხვა ფორმას წარმოადგენს კანონიერი წარმომადგენლის დანიშვნა, ანუ იმ პირის, რომელიც მიიღებს მის ნაცვლად გადაწყვეტილებას. ზოგიერთ ქვეყანაში არსებობს განსაკუთრებული კანონმდებლობა, რომელიც აწესრიგებს წინასწარ მითითებებს.

დაცვა –(ზმნა) სხვა ადამიანის ან ჯგუფის მხარდაჭერასიტყვიერად ან ქმედებით; (არსებითი სახელი) ადამიანი, რომელიც ამ გზით მოქმედებს. ქიმები ასრულებენ პაციენტის დამცველის როლს, როდესაც ისინი მიმართავენ ჯანდაცვის ორგანოების წარმომადგენლებს თხოვნით, მისცენ პაციენტებს იმ მომსახურებით სარგებლობის საშუალება, რომელიც მათ სჭირდებათ, მაგრამ დამოუკიდებლად ვერ ახერხებენ მის მოპოვებას.

ანესთეზისტი – გამოიყენება ზოგიერთ ქვეყანაში ანესთეზიოლოგის აღნიშვნისათვის.

სიკეთე, ქველმოქმედება– სიტყვასიტყვით, „სიკეთის ქმნა". ექიმმა პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე უნდა იმოქმედოს.

ბიოეთიკა/ბიოსამედიცინო ეთიკა – ექვივალენტური ტერმინებია, რომელიც აღნიშნავს ცოდნის სფეროს, რომელიც შეისწავლის მედიცინის, ჯანდაცვისა და ბიოლოგიური მეცნიერებების მორალურ ასპექტებს. მისი ძირითადი ქვეგანყოფილებებია: კლინიკური ეთიკა, რომელიც შეისწავლის პაციენტის მკურნალობასთან დაკავშირებულ საკითხებს (იხ. მოცემული სახელმძღვანელოს მეორე თავი); კვლევის ეთიკა, რომელიც შეისწავლის კვლევაში მონაწილე ადამიანების უფლებების დაცვის საკითხებს (იხ. მოცემული სახელმძღვანელოს მეხუთე თავი); პროფესიული ეთიკა, რომელიც შეისწავლის ექიმებისა და ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული სპეციალისტების მიმართ წაყენებულ განსაკუთრებულ მოთხოვნებსა და ვალდებულებებს (სამედიცინო ეთიკა პროფესიული ეთიკის ერთ-ერთი სახეა); და საზოგადოებრივი ეთიკა, რომელიც მუშაობს ბიოეთიკის საკითხებთან დაკავშირებული კანონებისა და წესების ჩამოყალიბებასა და ინტერპრეტაციაზე.

კონსენსუსი – ძირითადი შეთანხმება, რომელიც შეიძლება ერთსულოვანი არ იყოს.

იერარქია – მოწესრიგებული სტრუქტურა, რომელიც აღწერს ადამიანების როლს მნიშვნელობის დონეების შესაბამისად მაქსიმალურიდან მინიმალურამდე.
იერარქიული – ზედსართავი, რომელიც აღწერს მსგავს ორგანიზაციას. ტერმინი „იერარქია" როგორც წესი გამოიყენება ორგანიზაციის ლიდერებთან მიმართებაში.
სამართლიანობა – სამართლიანი დამოკიდებულება ცალკეული ადამიანებისა ან ადამიანთა ჯგუფების მიმართ. როგორც აღწერილია მესამე თავში, ჯანდაცვაში არსებობს სამართლიანობის სხვადასხვა ცნება.
ჯანდაცვის სფეროს მართვა – ჯანდაცვის მიმართ ორგანიზაციული მიდგომა, სადაც მთავრობა, კორპორაციები ან სადაზღვევო კომპანიები წყვეტენ: მომსახურების როემლი სახეები უნდა შესთავაზონ პაციენტებს და ვინ უნდა გაწიოს მომსახურება (სპეციალიზაციის ექიმები, თერაპევტები, ექთნები ან ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული სხვა სპეციალისტები), სად იქნება ის გაწეული (კლინიკა, საავადმყფო, პაციენტის ბინაზე მოვლა და სხვა), და სხვა მსგავსი საკითხები.
არა-დაზიანება– სიტყვასიტყვით, ზიანის არ მიყენება. ექიმებმა და მედიკოსმა-მკვლევარებმა უნდა თავიდან აიცილონ პაციეტისთვის და კვლევის ობიექტისათვის ზიანის მიყენება.
პალიატიური მკურნალობა – მოვლის მიდგომა პაციენტების და განსაკუთრებით მათ მიმართ, რომლების გარდაიცვლებიან უახლოეს დროში სერიოზული უკურნებელი დაავადებით, მიდგომა კონცენტრირებულია პაციეტის სიცოცხლის ხარისხზე, და განსაკუთრებით ტკივილის მართვაზე. შეიძლება განხორციელდეს საავადმყოფიში, მომაკვდავებისათვის სპეციალურ დაწესებულებებში (ჰოსპისებში) ან პაციენტის ბინაზე მოვლით.
ექიმი – ადამიანი, რომელსაც აქვს საკმარისი კვალიფიკაცია სამედიცინო პრაქტიკისათვის. ზოგიერთ შემთხვევაში ექიმი განსხვავდება „ქირურგისაგან", და ორივეს აღნიშვნისათვის გამოიყენება ტერმინი „დოქტორი". თუმცა ტერმინი „დოქტორი" გამოიყენება სხვა სამედიცინო პროფესიების წარმომადგენლებისთვისაც, მაგალითად ვეტერინარებისთვის, რომლებმაც მიიღეს „დოქტორის" აკადემიური ხარისხი. თერმინი „სამედიცინო დოქტორი" უფრო ზუსტია, თუმცა უფრო იშვიატად გამოიტყენება. მსა და მოცემული წიგნი იყენებს ტერმინს „ექიმი" იმ ადამიანების აღნიშვნისათვის, ვისაც გააჩნია სამედიცინო პრაქტიკისათვის საკმარისი კვალიფიკაცია.
პლაგიატი – არაკეთილსინდისიერი ქცევის ფორმა, რომლის დროსაც ადამიანი ითვისებს სხვის ნაშრომს, მაგალითად სამეცნიერო სტატიას ნაწილობრივ ან მთლიანად (პირველწყაროს მითითების გარეშე).
პლურალისტური –ბევრი სხვადასხვა მიმართულება და თავისებურება; ერთგვაროვანის ან უნიფიცირებულის საწინააღმდეგო.
განცხადება – აზრის გამოთქმა ან ან საჯარო შეპირება.
 როფესია- ინგლისური სიტყვიდან „პროფეს", რაც ხალხისათვის დაპირების შესრულებას და მათ მიერ აღიარებას ნიშნავს. ს სიტყვა უდევს საფუძვლად ტერმინებს „პროფესია", „პროფესიონალი" და „პროფესიონალიზმი".
რაციონალიზმი – ემყარება ადამიანის მიერ დასაბუთების უნარს. ას უნდა შეეძლოს განსაზღვრული ქმედების არგუმენტების შეფასება და გადაწყვეტილების მიღება-ალტერნატივებს შორის საუკეთესოს არჩევა.
სუროგატული დედობა – ფეხმძიმობის ფორმა, რომლის დროსაც ქალი თანხმდება ატაროს და გააჩინოს სხვა ადამიანის ან წყვილის ბავშვი, რომლებსაც ეკუთვნით სპერმა (ხელოვნური განაყოფიერება) ან ემბრიონი (*in-vitro* განაყოფიერება ან ემბრიონის გადანერგვა).
ღირებულება – რასაც აქვს მაღალი მნიშვნელობა.

კეთილმოსურნე – ადამიანის კარგი თვისება, განსაკუთრებით მათი ხასიათისა და ქცევის. ზოგიერთი კეთილმოსურნე განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ადამიანთა გარკვეული ჯგუფებისათვის, მაგალითად, თანაგრძნობა ექიმებისათვის, სიმამაცე-მეხანძრეებისათვის, გულწრფელობა- მოწმეებისათვის და სხვ.
ინფორმატორი– ადამიანი, რომელიც აცნობებს ხელისუფლებას ან საზოგადოებას სხვა ადამიანის ან ორგანიზაციის მიერ ჩადენილი არაეთიკური ან არაკანონიერი ქმედებების შესახებ.

დანართი B სამედიცინო ეთიკის რესურსები ინტერნეტში

ზოგადი საკითხები

მსა დოკუმენტების ცნობარი (www.wma.net/e/policy/handbook.htm) – მოიცავს მსა დოკუმენტების ყველა ტექსტს (ინგლისურ, ფრანგულ და ესპანურ ენაზე).
მსა ეთიკის კომიტეტი (www.wma.net) – აქვს ყოველთვიურად განახლებადი შემდეგი რუბრიკები:

- თვის საკითხი.
- მსა გასვლითი სემინარები.
- მსა ეთიკის დოკუმენტები, რომლებიც შემუშავების და რედაქტირების პროცესშია.
- ჰელსინკის დეკლარაცია, ისტორია და მიმდინარე სტატუსი.
- მსა ეთიკის რესურსები.
- სამედიცინო ეთიკის ორგანიზაციები, მათი ეთიკური კოდექსები.
- კონფერენციების ანონსები.
- განათლება სამედიცინო ეთიკის სფეროში.
- ეთიკა და ადამიანის უფლებები.
- ეთიკა და სამედიცინო პროფესიონალიზმი.

სიცოცხლის დასაწყისთან დაკავშირებული საკითხები

ადამიანის კლონირება – www.who.int/ethics/cloning/en
ხელოვნური განაყოფიერება –
www. who.int/reproductivehealth/infertility/report_content.htm

სიცოცხლის დასასრულთან დაკავშირებული საკითხები
რესურსები – www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.htm
განათლება სიცოცხლის დასასრულთან დაკავშირებულ საკითხებზე – www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.htm
პალიატიური მკურნალობა – www.hospicecare.com/ ethics/ethics.htm
ევთანაზიის მოწინააღმდეგები – www.euthanasia.com

აივ-შიდსი

რესურსები – www.wits.ac.za/bioethics/
UNAIDS – **www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/unaids+activities+hr.asp**

კომერციულ ორგანიზაციებთან ურთიერთობები
საგანმანათლებლო რესურსები – www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.htm
რესურსები – www.nofreelunch.org

ადამიანზე ჩატარებული კვლევები

რეკომენდაციები და რესურსები – www.who.int/ethics/research/en

ჯანდაცვის ჰარვარდის სკოლა, საერთაშორისო სამედიცინო კვლევით პროექტების ეთიკური საკითხების კურსი – www.hsph.harvard.edu/bioethics/

დანართი C

მსოფლიოს ექიმთა ასოციაცია

რეზოლუცია მთელს მსოფლიოში სამედიცინო სკოლების კურიკულუმებში სამედიცინო ეთიკისა და ადამიანების უფლებების ჩართვის შესახებ

(მიღებულია 51-ე მსოფლიოს ექიმთა ასამბლეის მიერ, თელავივი, ისრაელი, ოქტომბერი 1999 წელი)

სამედიცინო ეთიკა და ადამიანის უფლებები სამედიცინო პროფესიის საქმიანობისა და კულტურის განუყოფელი ნაწილია, და ამავე დროს, სამედიცინო ეთიკა და ადამიანის უფლებები მსა ისტორიის, სტრუქტურის და მიზნების განუყოფელი ნაწილიცაა, აქედან გამომდინარე, მოცემული რეზოლუციის დაბეჯითებითი რეკომენდაციაა მსოფლიოს ყველა სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებამ სასწავლო გეგმებში ჩართოს სამედიცინო ეთიკისა და ადამიანის უფლებების სავალდებულო კურსები.

სამედიცინო განათლების მსოფლიო ფედერაცია (სგმფ)

დიპლომამდელი სამედიცინო განათლება–ხარისხის გაუმჯობესების გლობალური სტანდარტები (www.sund.ku.dk/wfme/Activities/ Translation%20of20Standard%20Documents/ WFME%20Standard.pdf)

ეს სტანდარტები, რომლების რეკომენდებულია ყველა სამედიცინო ინსტიტუტისათვის, მოიცავს სამედიცინო ეთიკის სწავლების შემდეგ მოთხოვნებს:

1.4 განათლების მიღება

სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებამ უნდა განსაზღვროს კომპეტენციები (მათ შორის, სამედიცინო ეთიკის ცოდნა და გაცნობიერება),

რომლის დემონსტრაციაც კურსდამთავრებულებმა უნდა შეძლონ ჯანდაცვის შესაბამისი პრაქტიკასთან და მომავალ როლებთან მიმართებაში.

4.4 საგანმანათლებლო პროგრამები-სამედიცინო ეთიკა
სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებამ უნდა განსაზღვროს და ჩართოს სასწავლო პროგრამაში სამედიცინო ეთიკის ასპექტები, რომელიც ხელს უწყობს ეფექტურ კომუნიკაციას, გადაწყვეტილების მიღებას და ეთიკურ პრაქტიკას.

4.5 საგანმანათლებლო პროგრამები-კლინიკური ცოდნა და უნარ-ჩვევები

კლინიკური უნარ-ჩვევების ქვეშ იგულისხმება ანამნეზის შეკრების, კომუნიკაციისა და ლიდერობის უნარ-ჩვევები.
პაციენტების მკურნალობაში მონაწილეობა უნდა ითვალისწინებდეს ჯგუფურ მუშაობას სამედიცინო სპეციალისტების წარმომადგენლებთან თანამშრომლობით.

4.5 საგანმანათლებლო რესურსები – კვლევები

ურთიერთობა საგანმათლებლო და კვლევით საქმიანობებს შორის ურთიერთობამ სტუდენტებს სტიმული და მზადყოფნა უნდა მისცეს სამედიცინო კვლევებსა და შემუშავებებში მონაწილეობის მიღებაზე.

დანართი D სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებებში ეთიკური ბლოკის სწავლების გაძლიერება

ცალკეულ სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებაში ეთიკური საგნების ბლოკის შესწავლას ეთმობა მეტად პატარა ყურადღება, მაშინ როდესაც სხვებში არსებობს მაღალგანვითარებული პროგრამები. თუმცა ამ უკანასკნელებისთვისაც კი შემდგომი განვითარების პერსპექტივები მეტად ფართოა. .მოვიყვანთ მაგალითად პროცესს, რომლის ინიცირება შეუძლია ნებისმიერ ადამიანს, სტუდენტს ან მასწავლებელს, რომელსაც სურს ეთიკური საგნების სწავლების დონის ამაღლება.

1. გაეცანით გადაწყვეტილების მიღების სისტემას ინდტიტუტში
ა) დეკანი
ბ) სასწავლო ნაწილი
გ) სამეცნიერო საბჭო
დ) გავლენიანი პროფესორები და მასწავლებლები

2. მხარდაჭერის მოპოვება
ა) სტუდენტები
ბ) პროფესორები და მასწავლებელი
გ) ძირითადი ადმინისტრაციული მუშაკები
დ) ეროვნული სამედიცინო ასოციაცია
ე) ეროვნული სამედიცინო მარეგულირებადი ორგანო

3. ძლიერი წინადადების მომზადება

ა) მსა გადაწყვეტილება სამედიცინო ეთიკასა და ადამიანის უფლებებში სასწავლო კურსის სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების პროგრამებში საყოველთაო ჩართვის შესახებ
ბ) სგმფ-ს განათლების ხარისხის ამაღლების გლობალური სტანდარტები – დიპლომამდელი სამედიცინო განათლება.
გ) სხვა სამედიცინო საგანმანათლებლო დაწესებულებების მაგალითები
დ) დაზუსტდეს ეთიკური მოთხოვნები
ე) შესაძლო წინააღმდეგობებისათვის მომზადება (მაგალითად, გადატვირთული სასწავლო ცხრილი)

4. დახმარების აღმოჩენა
ა) მომზადდეს რეკომენდაციები კურსის სტრუქტურის, შინაარსის, მასწავლებლებისა და სტუდენტების შესახებ. (იხ. მსა-ს საიტზე ეთიკის კომიტეტის საგანმანათლებლო გვერდი www.wma.net/e/ethicsunit/education.htm) სამედიცინო ეთიკის სხვა პროგრამებთან, მსა და სხვ. გამოცდილების გაცვლა.

5. შემდგომი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა
ა) ეთიკის კომიტეტის მუდმივი განათლების ხელშეწყობა
ბ) ახალი სტუდენტების მოზიდვა
გ) მასწავლებლების მოზიდვა
დ) ახალი მასწავლებლების და ძირითადი ადმინისტრაციული მუშაკების ამოქმედება

დანართი E დამატებითი სასწავლო შემთხვევები

რჩევები კონტრაცეფციაზე არასრულწლოვნებისათვის

სარა 15 წლისაა. ის ცხოვრობს ქალაქში, სადაც ხშირდება სექსუალური ძალადობის შემთხვევები. ის მოდის თქვენს კლინიკაში და გთხოვთ გამოუწეროთ კონტრაცეპტიული საშუალებების რეცეპტი შესაძლო ორსულობის თავიდან ასაცილებლად იმ შემთხვევაში თუ ის გახდება სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი. ფეხმძიმობა ხელს შეუშლის მის გეგმებს მომავალი განათლების შესახებ; გარდა ამისა, მომავალში ხელს შეუშლის ოჯახის შექმნაში. სარა ამტკიცებს, რომ არ უნდა თავის მშობლებს გააგებინოს მისი გადაწყვეტილება კონტრაცეპტიული საშუალებების მიღების შესახებ, რადგან ისინი ჩათვლიან, რომ მას უნდა სექსი ჰქონდეს მის ახალგაზრდა მეგობართან. თქვენ ეჭვი გეპარებათ სარას მოტივაციის ჭეშმარიტებაში, მაგრამ მოგწონთ მისი გადაწყვეტილება, რომ მას სურს თავიდან აიცილოს არასასურველი ორსულობა.
თქვენ ურჩევთ მას მიხვიდეთ კლინიკაში მშობლებთან ერთად მოცემულ საკითზე მოცემულ საკითხზე მათთან ერთად დისკუსიისათვის. ის კვლავ მოდის თქვენთან სამი დღის შემდეგ და გატყობინებთ, რომ ის შეეცადა მშობლებთან ამ თემაზე საუბარს, მაგრამ მათ უარი თქვეს ამ საკითხის მსჯელობაზე. როგორ მოიქცევით?

დღენაკლული ბავშვი

მაქსი დაიბადა 23 კვირის ორსულობის შედეგად. იმის გამო, რომ მისი ფილტვები სრულყოფილად არ არის ჩამოყალიბებული, ამდენად მისი სიცოცხლის შესანარჩუნებლად გამოიყენეს ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის მეთოდი. ვინაიდან პაციენტის სისხლძარღვოვანი ქსოვილიც არასტაბილურია (არასრულყოფილადაა ფორმირებული), მას ასევე აღენიშნება ცერებრალური სისხლდენა. მისი ვიტალური პროგნოზი რამოდენიმე კვირას არ აღემატება, მაგრამ სიცოცხლისუნარიანობის შემთხვევაში მას ექნება მნიშვნელოვანი დარღვევები, როგორც გონებრივი, ისე ფიზიკური. მაქსის მდგომარეობა გაუარესდა მას შემდეგ რაც განუვითარდა მძიმე ნაწლავური ინფექცია. არსებობს შესაძლებლობა იმისა, რომ ქირურგიული ჩარევით მოხდეს დაზიანებული ნაწლავის რეზექცია, რაც ასევე არ ზრდის მის სასიცოცხლო პროგნოზს. მისი მშობლები არ თანხმდებიან ოპერაციაზე, რადგან არ უნდათ, რომ მაქსი დაიტანჯოს ოპერაციის გამო და თვლიან, რომ ქირურგიული ჩარევა არ გააუმჯობესებს მისი სიცოცხლის ხარისხს. როგორც მაქსის მკურნალი ექიმი თქვენ თვლით, რომ ოპერაციის ჩატარება აუცილებელია, თუმცა მაქსის მშობლები არ იზიარებენ თქვენს გადაწყვეტილებას.

აივ-ინფექცია

ბატონი ს. ცოლიანია, მისი შვილები სკოლის მოსწავლეები არიან. ის მკურნალობს თქვენს კლინიკაში პნევმონიის იშვიათი ფორმის გამო, რომელიც ხშირად ახლავს შიდსს. სისხლის ანალიზის შედეგები ერთმნიშვნელოვნად მიუთითებს, რომ ის აივ-პოზიტიურია. ბატონი ს. იძახის, რომ მას სურს დამოუკიდებლად მიიღოს გადაწყვეტილება იმის შესახებ თუ როდის აცნობოს მეუღლეს ინფექციის შესახებ, ან საერთოდ გააკეთოს თუ არა ეს. თქვენ უთხარით მას, რომ ინფორმაცია გადაარჩენს მისი მეუღლის სიცოცხლეს და დაიცავს მას ინფექციისაგან. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია მეუღლემ თავად გაიაროს ტესტი აივ-ინფექციაზე. პოზიტიური შედეგის შემთხვევაში მას ექნება შესაძლებლობა მიიღოს სპეციალური პრეპარატები, რომლების შეანელებენ მისი დაავადების განვითარებას, და გაუხანგრძლივებენ მას სიცოცხლეს. ექვსი კვირის შემდეგ ბატონი ს. მოდის თქვენს კლინიკაში განმეორებითი გამოკვლევისათვის. თქვენს შეკითხვაზე ის პასუხობს, რომ მას ჯერ არ უთქვამს მეუღლისთვის თავისი დაავადების შესახებ. მას არ სურს, რომ მეუღლემ იცოდეს მისი ჰომოსექსუალური კონტაქტების შესახებ, რადგან შიშობს, რომ ეს გავლენას იქონიებს მათ ურთიერთობებზე და ოჯახი დაინგრევა. მაგრამ, იმისათვის რომ უზრუნველყოს მეუღლის უსაფრთხოება, ის მასთან იყენებს მხოლოს „უსაფრთხო სექსს". როგორც მკურნალმა ექიმმა, თქვენ უნდა გადაწყვიტოთ საკითხი, საჭიროა თუ არა ქალბატონი ს.-ს ინფორმირება მისი მეუღლის სტატუსის შესახებ და რომ მან, საჭიროების შემთხვევაში დაიწყოს მკურნალობა.

პატიმრის მკურნალობა

თქვენი, როგორც ექიმის ვალდებულებაა, რომ ორ კვირაში ერთი დღე გაატაროთ ახლოს მყოფ ციხეში პატიმრებზე დასაკვირვებლად. გუშინ თქვენ გამოიკვლიეთ პატიმარი, რომელსაც მრავლობითი დაზიანებები აქვს სახეზე და სხეულზე. როდესაც თქვენ ჰკითხეთ მას ამ ჭრილობების მიზეზების შესახებ, პაციენტმა გითხრათ, რომ მის მიმართ ძალადობა განახორციელა ციხის პერსონალმა, იმის გამო, რომ მან დაკითხვის დროს კითხვებზე პასუხის გაცემაზე უარი განაცხადა. მიუხედავად იმისა, რომ ეს პირველი შემთხვევაა, რასაც თქვენ შეხვდით, თქვენ გსმენიათ მსგავსი შემთხვევების შესახებ თქვენი კოლეგებისაგან. თქვენ დარწმუნებული ხართ, რომ თქვენ რაღაც უნდა მოიმოქმედოთ ამ პრობლემასთან დაკავშირებით, მაგრამ პაციენტი არ გაძლევთ ნებართვას ამ ინფორმაციის გამოყენებაზე, ციხის ხელმძღვანელობის მხრიდან შურისძიების შიშის გამო. ამის გარდა, თქვენ ბოლომდე არ ხართ დარწმუნებული, რომ პაციენტის მოყოლილი ისტორია ჭეშმარიტებაა, მცველმა, რომელმაც ის თქვენთან მოიყვანა, გითხრათ, რომ პატიმარი ჩხუბობდა სხვა პატიმრებთან.
თქვენ კარგი ურთიერთობა გაქვთ ციხის პერსონალთან, და თქვენ არ გინდათ მას ავნოთ ციხის თანამშრომლების მიმართ დაუსაბუთებელი დანაშაულის, პატიმრებთან ცუდი მოპყრობის შესახებ ბრალდების წარდგენით. რა უნდა გააკეთოთ თქვენ?

გადაწყვეტილება სიცოცხლის შეწყვეტის შესახებ

80 წლის ქალბატონი გადმოყვანილი იქნა თქვენს საავადმყოფოში მოხუცებულთა ინტერნატიდან პნევმონიის სამკურნალოდ. ის დასუსტებული და ფსიქიურად გაუწონასწორებელია. თქვენ წარმატებულად განკურნეთ პნევმონია, მაგრამ უშუალოდ ინტერნატში გამგზავრების წინ მას განუვითარდა მარჯვენამხრივი პარეზი, რის შედეგად მას აღარ შეუძლია დამოუკიდებელი კვება. კვების უზრუნველყოფისათვის მას ჩაუდგეს ნაზოგასტრალური მილი, რომელიც სავარაუდოდ მასში დისკომფორტს იწვევს. ის რამდენჯერმე შეეცადა მარცხენა ხელით მილის ამოღებას, ამიტომ მის მარცხენა ხელზე მოძრაობის შეზღუდვისათვის დაამაგრეს სპეციალური მექანიზმი. სხვა გზით მას აღარ შეუძლია საკუთარი სურვილების გამოხატვა. შვილების ან სხვა ნათესავების მოძიებამ, რომლებსაც შეუძლიათ მის მაგივრად გადაწყვეტილების მიღება, შედეგი არ მოიტანა. რამდენიმე დღის შემდეგ თქვენ მიდიხართ დასკვნამდე, რომ მისი ტანჯვის შემსუბუქების ერთადერთი გზა არის სედატიური საშუალებებით ზემოქმედება ან კვების მილის ამოღება, რაც გამოიწვევს მის სიკვდილს. როგორ უნდა მოიმოქმედოთ?

სასწავლო სიტუაციები

იუნესკოს ბიოეთიკის კათედრის ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევები – http://research.haifa.acc.il/medlaw/
კლინიკური ეთიკის ბრიტანული ქსელის შემთხვევები – www.ethics-network.org.uk/cases/archives.htm
ჰარვარდის ჯანდაცვის სკოლის შემთხვევები – www.hsph.harvard.edu/bioethics/
პროფესიონალი ექიმებისათვის ეთიკისა და ადამიანის უფლებების სტანდარტების სახელმძღვანელო, მესამე ნაწილი, სიტუაციები – www.commat.org

მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია წარმოადგენს ექიმების წარმომადგენლობით გაერთიანებას, განურჩევლად მათი სპეციალიზაციისა, ადგილმდებარეობისა და პრაქტიკული საქმიანობისა. მსა მისიაა-ხელი შეუწყოს უმაღლესი სტანდარტების მიღწევას სამედიცინო მომსახურების, ეთიკის, მეცნიერების, განათლების, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ადამიანის უფლებების სფეროში.
მსა ჩამოყალიბდა 2003 წელს პოლიტიკის განვითარებისა და შეფასებისათვის ეთიკაში, აგრეთვე მსა ეთიკური საქმიანობის გაფართოებისათვის სამ სფეროში: საერთაშორისო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობა ეთიკის საკითხებზე, ქსელის ჩამოყალიბება კონფერენციებისა და მსა ვებ-გვერდის საშუალებით; ახალი საგანმანათლებლო მასალების მომზადება ეთიკაში, რომლის ერთ-ერთ კონკრეტულ მაგალითს მოცემული სახელმძღვანელოს გამოცემა წარმოადგენს.

მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია
ბ.პ. 63, 01212 ფერნი-ვოლტერი სედექსი, საფრანგეთი.
e-mail: **wma@wma.net** , ფაქსი: (+33) 450405937
ვებ-გვერდი: www.wma.net

ISBN 92-990028-1-9