

**ՀՀ ԿՐԹՈՒ ԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒ ԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒ ԹՅՈՒՆ
ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ՉԵՐՍՏՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼ ՍԱՐԱՆ**

Դավթյան Սուղասանահանման Գործընթացի

**ԲԻՈԷԹԻԿԱՅԻ ՀԻՄՆԱԽՆԴԻՐՆԵՐԻ ՓԻԼԻՍՈՓԱՅԱԿԱՆ
ՎԵՐԼՈՒԾՈՒ ԹՅՈՒՆԸ**

Թ.00.01 - «Տեսական փիլիսոփայություն, գիտություն և
փիլիսոփայություն» մասնագիտություն ամբ
փիլիսոփայական գիտությունների դոկտորի
գիտական աստիճանի հայցման

Առեւտրափոխություն

Երևան - 2016

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Ներածություն	3
Գլուխ I. Բիոէթիկայի մեթոդաբանական և աշխարհայացքային հիմքերը	21
1.1. Բիոէթիկան որպես գիտական գիտելիքի նոր ոլորտ.....	21
1.2. Բիոէթիկայի աշխարհայացքային առանձնահատկությունները	39
1.3. Բիոէթիկայի սոցիալ-արժեքանական գործառույթը	45
Գլուխ II. Բիոէթիկան որպես արակտիկ փիլիսոփայություն նոր գիտակարգ	54
2.1. Բիոէթիկայի ծագման նախապատմությունը	54
2.2. Բիոէթիկայի պատմական մոդելները	75
2.3. Բժշկի պարտավորությունները և հիվանդի իրավունքները	96
Գլուխ III. Բիոէթիկայի հիմնախնդիրների փիլիսոփայական, բարոյաիրավական տեսանկյունները	119
3.1. Հոգեկան հիվանդների, մտավոր թուլյալ զարգացածների իրավունքների պաշտպանություն գործում քաղաքացիական հասարակության դերը և նշանակությունը	119
3.2. Հղիության արհեստական ընդհատման հիմնախնդիրը . բարոյաիրավական կարգավորման հրատապ հարցեր	122
3.3. Գենային տեխնոլոգիաների և կլոնավորման փիլիսոփայական և բարոյագիտական հիմնահարցերը	138
Գլուխ IV. Կյանքի և մահվան հիմնախնդրի նկատմամբ փիլիսոփայական ռեֆլեքսիան	152
4.1. Մահը՝ փիլիսոփայական և կրոնագիտական ուսումնասիրությունները կիզակետում	152
4.2. Էթանազիայի \$ենոմենը և նրա փիլիսոփայական մեկնաբանություն առանձնահատկությունները	158
4.3. Պալիատիվ բժշկության զարգացման հեռանկարները որպես այլընտրանք էթանազիային	190
Եզրակացություն	218
Օգտագործված գրականություն ցանկ	226

ՆԵՐԱՃՈՒ ԹՅՈՒՆ

Յետազոտվող թեմայի արդիականությունը: Ուսումնասիրվող թեմայի արդիականությունը պայմանավորված է մի շարք գործոններով: Նախ՝ գիտական առաջընթացը մարդկությունը հարստացրել է նոր գիտելիքներով և տեխնոլոգիաներով: Միևնույն ժամանակ հարուցել է մարդու կյանքին, առողջությանը և բարօրությանը սպառնացող բազմաթիվ ռիսկեր և վտանգներ, որոնք հրատապ են դարձրել գիտության և գիտնականի պատասխանատվության բարձրացման հիմնախնդիրը: Առաջին անգամ գիտնականների և գիտության պատասխանատվության հիմնահարցը շեշտադրվել է Ռասել-Էյնշտեյնի 1955 թվականի հայտնի հուշագրի մեջ, որը դարձավ Պագուռյան շարժման մանիֆեստը և որի գաղափարները այնուհետև արտացոլվեցին «Յոնի ակումբի» զեկուլյացներում, ինչպես նաև տարբեր հասարակական շարժումների ուղերձներում:

Երկրորդ, բազմաթիվ են այն պատճառները, որոնք գիտության հումանիզացման, գիտնականի պատասխանատվության խնդրաշարը դուրս բերեցին փիլիսոփայական բանավեճերի առաջավոր գիծ: Դրանցից մեկն այն փաստի գիտակցումն է, որ մարդու բարօրությունը, ոչ թե գիտական գիտելիքի զարգացումը պետք է լինի բնագիտության, մասնավորապես՝ կենսաբժշկագիտության զարգացման գլխավոր ազդակը և շարժիչը¹: Յենց գիտական իմացության հումանիզացման, բնագիտական և հումանիտար արժեքների միջև հավասարակշռության հաստատման ուղիների որոնմանն է ուղղված 20-րդ դարի կեսերին ձևավորված բիոէթիկան: Բիոէթիկան բնավ չի սահմանափակվում գիտության հումանիզացման, գիտության և գիտնականի պատասխանատվության բարձրացման վերաբերյալ դեկլարատիվ հայտարարություններով, այլ անդրադառնում է սերնդագոյացման և գենային թերապիայի, ներառյալ գենոմային հետազոտությունների, ինչպես նաև կյանքի և մահվան սահմանային իրավիճակների և այլ հիմնահարցերի քննական վերլուծությանը:

Երրորդ, բիոէթիկան փորձում է միագումարել իր մեջ բնագիտական և սոցիալ-հումանիտար գիտելիքները, ձևավորել կյանքի և մարդու նկատմամբ բարոյական վերաբերմունքի առանձնահատուկ եղանակ, ինչով բնութագրվում է նրա էթիկական ասպեկտը:

¹ Смирнов И.Н. Философские измерения биоэтики. – Вопросы философии, 1987, №12, с.83-97.

Չորրորդ, բիոէթիկայի հիմնահարցերն ակտիվորեն քննարկվել և քննարկվում են ոչ միայն գիտական, այլ և այն հասարակայնության շրջանակներում: Կենսաբժշկական բարձր տեխնոլոգիաների կիրառման անհրաժեշտությունը հրամայաբար պահանջում է ակտիվացնել երկխոսությունը գիտական հանրության և քաղաքացիական հասարակության միջև: Դա անհրաժեշտ է ինչպես գիտության նկատմամբ հասարակության վստահության ամրապնդման, այնպես էլ գիտական նվաճումների արակտիկ կիրառման, դրանց վերաբերյալ բարոյապես հիմնավորված որոշումների ընդունման համար:

Յինգերորդ, բիոէթիկական թեմատիկայի հրատապության մյուս կարևոր գործոնը հետխորհրդային հասարակություններում կենսաբժշկական գիտության և առողջապահության ոլորտում առաջացած նոր հիմնախնդիրներն են: Յետխորհրդային հասարակություններում, ներառյալ Յայաստանում, ստեղծվել է խիստ անբարենպաստ սոցիալական ֆոն, որը կապված է բժշկության առևտրայնացման, մտածողության, ժամանակակից բժշկության մեջ շուկայական կողմնորոշման տարրերի ու ժեղացման և հասարակական կյանքի ընդհանուր ապակայունացման միտումների աճի հետ:

Խնդրո առարկայի ուսումնասիրության արդիականությունը պայմանավորված է նաև բժշկության, կենսաբանության և այլ գիտակարգերում էմպիրիկ փորձարարական նյութերի առատությամբ և դրանց փիլիսոփայական ընդհանրացման խիստ անբավարար մակարդակով:

Պայմանավորված է նաև բիոէթիկական հայեցակարգերի համակարգայնացման, ինչպես նաև բիոէթիկական հիմնախնդիրների լուծման ուղիների փիլիսոփայական ուսումնասիրման անհրաժեշտությամբ:

Վերջապես, բիոէթիկայի՝ որպես միջգիտակարգային ուսումնասիրությունների ոլորտի հետագա զարգացումը նշանակալի չափով կախված է գլոբալ գործոններից, առանձնապես տեղեկատվական ցանցերից և տեխնոլոգիաներից: Առողջապահության անվտանգության բիոէթիկական ուսումնասիրության արդիականությունը բխում է դրանց փիլիսոփայական իմաստավորման, ինչպես նաև կենսաբժշկական նորագույն տեխնոլոգիաների ոլորտի արդյունավետ կառավարման ուղիների մշակման մակարդակից:

Յետագոտական թեմայի մշակվածության աստիճանը: Արտասահմանում բիոէթիկային վերաբերող գրականությունը հարուստ է, բազմալեզու, բազմաուեսակ: Սակայն բիոէթիկայի և փիլիսոփայության

առնչ ու թյ ու նների վերաբերյալ հանդիպում ենք հատուկ ենտ հարցադրումների: Տալ ով բիոէթիկա գիտակարգի, նրատիրույթի մեջ մտնող հիմնախնդիրների գիտական մշակված ու թյ ան ընդհանուր գնահատականը, հարկ է առանձնացնել մի խումբ աշխատանքներ, որոնց հեղինակները ձևակերպել և ուսումնասիրել են բիոէթիկայի հիմնախնդիրները:

Առաջին խումբը ներկայացնում են, նախևառաջ, Վ.Ռ.Պոտտերի, Ա. Յելեգերսի, Տ.Վ. Ռայխի, Խ. Յոնասի, Դ. Գրասիայի և ուրիշների աշխատանքները:

Բիոէթիկայի խնդրաշարը նոր հնչող ու թյ ու ն է ստանում նաև հայ տնի փիլիսոփաներ Մ. Ֆուկոյի, Ֆ. Ֆուկոյամայի և Յու. Յաբերմասի աշխատ ու թյ ու ններում¹:

Յենց Վ.Ռ. Պոտտերն է առաջինը ներմուծել «բիոէթիկա» հասկաց ու թյ ու նը. գիտ ու թյ ու ն, որն իր մեջ կոչված է միավորել ու կենսաբանական գիտելիքները և համամարդկային արժեքները: Առանձնահատուկ հարկ է նշել իտալացի գիտնականներ Է. Սգրեչայի և Վ. Տամբոնեի ան ու նները, որոնք ռուսերեն լեզվով թարգմանված բիոէթիկայի վերաբերյալ առաջին հիմնարար աշխատ ու թյ ան հեղինակներն են:

Երկրորդ խումբը կազմում են խորհրդային և հետխորհրդային փիլիսոփաների ուս ու մնասիր ու թյ ու նները: Դրանց ու մ առանձնան ու մ են հատկապես Ի.Տ. Ֆրոյդի և Բ.Գ. Յուդիևի աշխատանքները, որոնք խթանեցին բիոէթիկայի կարգավիճակին, նրա ձևավորման պատճառներին և հասարակական կյանք ու մ բիոէթիկայի դերին նվիրված՝ Լ.Վ. Կոնովալովայի, Տ.Վ. Միշտակիևայի, Ա.Պ. Օգուրցովի, Ի.Վ. Սիլ ու յ անովայի, Պ.Դ. Տիշչենկոյի և ուրիշների հետազոտ ու թյ ու նները: Դրանց ու մ բիոէթիկայի ծագ ու մը և զարգաց ու մը հիմնական ու մ կապ ու մ է մարդ ու մշակ ու թյ ու նային աշխարհի մեջ կենսաառ խն ու ղ ո գիտաների ակտիվ ներխուժման հիմնահարցի հետ:

Թեև մինչև 1990-ական թթ. «բիոէթիկա» եզր ու յ թը գրեթե հայ տնի չ էր խորհրդային և հետխորհրդային տարածք ու մ, այ դ ու ամենայնիվ այ դ թեմատիկայ ով առաջին հոդվածները երևան են եկել դեռևս 1970թթ.:

Դրա նախադրյալները ծագել են առաջին հերթին ակադեմիկոս Ի.Տ. Ֆրոյդի ջանքեր ով: 1970-ական թվականներին «Փիլիսոփայ ու թյ ան հարցեր» ամսագր ու մ նրա կազմակերպած «կլոր սեղաններ»-ի,

¹ Фуко М. Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998.

Фукуяма Ф. Социальные последствия биотехнологических новаций// Человек, 2008, №2
Хабермас Ю. Модерн незавершенный проект. – Вопросы философии.-1992- № 4.

թեմատիկան բազմազան էր: 1973թ. անցկացվեց «Կլոր սեղան»՝ «Գիտությունը, էթիկան, հումանիզմը» թեմայով (№ 6, 8):

Առաջին անգամ ԽՍՀՄ-ում առաջադրվեցին գիտության էթիկայի, գիտական իմացության հետազոտական և արժեքական կողմերի հարաբերակցության հիմնահարցերը: Ֆրոլովի կողմից առաջին անգամ ընդգծվեց, որ գիտության ժամանակակից ըմբռնումը պետք է գիտության ենթատեքստի մեջ ներառի բարոյական հիմնահարցերը, բարոյական գնահատականը, մինչդեռ գիտության ավանդական ըմբռնումը էթիկականը փակագծերից դուրս է հանում¹:

1990-ական թթ. ի վեր բիոէթիկային նվիրված լուրջ հրապարակումները կապված են ՌՖԳԱ թղթակից անդամ, փիլ. գիտ. դոկտոր, պրոֆեսոր Բ.Գ. Յուրդինի աշխատանքների հետ: Նա բիոէթիկան դիտարկում է որպես գիտական իմացության միջառարկայական ոլորտ, որը հետազոտում է բարոյական և սոցիալական հիմնախնդիրներ, որոնք հարուցված են կենսաբանական տեխնոլոգիաներով:

Բիոէթիկայի փիլիսոփայական հիմքերը բացահայտվում են միջազգային ճանաչում ունեցող Վ.Գ. Բորգենկովի, Ի.Վ. Սիլոնյանովայի, Ի.Ն. Սմիրնովի, Պ.Դ. Տիշչենկոյի, Ն.Ն. Սեդովայի և ուրիշների աշխատանքներում²:

Այդուհանդերձ, հարկ է նկատել, որ տեսական բիոէթիկայի գծով հիմնարար աշխատանքների թիվը խիստ անբավարար է:

Բիոէթիկան սերտորեն կապված է գիտության էթիկայի և կիրառական էթիկայի հետ: Փիլիսոփայության և այդ ոլորտների կապի մեթոդաբանական հարցերին են նվիրված Յուրդին, Վոլկով, Պ.Պ.

¹Фролов И.Т. Этика науки: проблемы и дискуссии /М.: Политиздат, 1986. 399 с.
Фролов, И.Т. Перспективы человека: опыт комплексной постановки проблемы, дискуссии, обобщения / И.Т. Фролов. Изд. 3-е, доп. - М.: Эдиториал УРСС, 2008. - 304 с.
Юдин Б.Г. Биоэтика: проблемы и перспективы. – М.: ИФ РАН, 1992. – 209с
Юдин Б.Г. Основные этические принципы европейской биоэтики и биоправа. - Вопросы философии, 2003, № 5, с.80-83.
²Тищенко П.Д. Аннотация к спецкурсу Биоэтика (философские основания).
Режим доступа: <http://www.philos.msu.ru/fac/dep/edu/courses/anthropMk4.html>
Этико-правовые аспекты проекта «Геном человека». Международные документы и аналитические материалы / Под ред. Б. Г. Юдина. М., РНКБ РАН, 1998.- 190 с.
Юдин Б. Г. Биомедицинские исследования как объект философского осмысления // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2. -М.: ИФРАН, 2008. С. 3-17.
Юдин Б.Г. О человеке, его природе и будущем // Вопросы философии. 2004.- № 2. - С. 16-28.
Юдин Б.Г. Основные этические принципы биоэтики и биоправа // Вопросы философии. 2003. - С. 80-83.
Юдин Б.Г. Социальная институционализация биоэтики // Биоэтика: проблемы и перспективы / Ред. С.М. Малков, А.П. Огурцов. -М.: ИФ РАН, 1992.-209 с.
Тищенко П.Д. Био-власть в эпоху биотехнологий / П.Д. Тищенко. - М.: ИФРАН, 2001.-177 с.
Тищенко, П. Д. Геномика: новый тип пауки в новой культурной ситуации / П. Д. Тищенко // Biomediale: Современное общество и геномная культура / Сост. и общ. ред. Д. Булатова. Калининград: КФ ГЦСИ, ФГУИПП «Янтарный сказ», 2004. - С. 60-72.
Седова Н.Н., Сергеева Н.В. Биоэтика в пространстве культуры. // Волгоград, Триумф, 2010, с.330-336.

Գայ դենկոյ ի, Ն.Լ. Գինդիլ իսի, Լ.Պ. Կիյ աչ չ ենկոյ ի և ուրիշների աշխատանքները¹:

Բիոէթիկան որպես միջգիտակարգային ուսումնասիրությունների նոր բնագավառ, նախնառաջ, կողմնորոշված է դեպի մարդը, որը բարոյական այն սուբյեկտն է, որի վերաբերմունքը աշխարհի, կենդանի բնության, ինքն իր նկատմամբ, հենց բիոէթիկական ուսումնասիրությունների գլխավոր առարկան է: Այս ենթատեքստում մարդու ուսումնասիրությանն են նվիրված Վ. Բորգենկովի, Յ.Ա. Միլներ-Իրինի, Վ. Կուվակինի և ուրիշների աշխատությունները²:

Ատենախոսության թեմայի ենթատեքստում ամանձնահատուկ հետաքրքրություն են ներկայացնում գլոբալ էթիկայի, կյանքի հանդեպ երկյուղածության էթիկայի ձևավորման հարցերը, որոնք անմիջականորեն առնչվում են բիոէթիկայի հիմնահարցերի հետ: Դրանք առկա են Ա. Շվեյցերի, Ա.Վ. Նազարչուկի և ուրիշների աշխատանքներում³:

Այդուհանդերձ, հարկ է նկատել, որ տեսական բիոէթիկայի գծով հիմնարար աշխատանքների թիվը խիստ անբավարար է:

Հայաստանի Հանրապետությունում բիոէթիկայի՝ որպես փիլիսոփայական նոր գիտաճյուղի ամբողջական հիմնավորման և ներկայացման առաջին փորձը ատենախոսի «Բիոէթիկա» աշխատանքն է, որը ՀՀ կրթության և գիտության նախարարության 27.02.09 թիվ 134-Ա/ք հրամանով հաստատվել է որպես դասագիրք բժշկական բուհերի ուսանողների համար (2009): Այնուհետև հրատարակվել են «Bioethics» (2013) և «Биоэтика» (2013) ուսումնական ձեռնարկները, «Բիոէթիկայի ներածություն» մենագրությունը (2012), համապատասխան հոդվածներն ու հրատարակումները արտասահմանյան և տեղական պարբերական մամուլում⁴:

¹Волков Ю.Г. Манифест гуманизма. Идеология и гуманистическое будущее России.//М.: АКАНО РЖ “Соц.гум.знания”, 2000
Гайденко П.П. Информация и знание. – Философия науки. Вып.3. Проблемы анализа знания. – М.: ИФ РАН, 1997
Гиндилис Н.Л. Изменение мировоззренческих установок современной науки. – Философские науки, 1999, №3-4
Киященко Л.П. Опыт философии трансдисциплинарности (казус биоэтики). – Вопросы философии, 2005, № 2
Маркарян Э.С. Феномен познавательной западни и перехода от специализированной к интегративной научно-образовательной культуре. – Философские науки, 2000, №3.
² Борзенков В.Г. Жизнь, философия жизни, биофилософия. – Свободная мысль, 1999, № 8
Мильнер-Иринин Я.А. Этика или принципы истинной человечности. – М.: Наука, 1999
Кувакин В. Твой рай и ад: человечность и бесчеловечность человека (Философия, психология и стиль мышления гуманизма). М.: Алетейя, 1998.
³ Швейцер А. Благоговение перед жизнью. М.: Прогресс, 1992;
Назарчук А.В. Этика глобализирующегося общества. – М.: Директ-медиа Паблишинг, 2002;
Назаретян А.П. Цивилизационные кризисы в контексте универсальной истории (синергетика, психология, футурология). М., 2001.
⁴ Давтян С.А. Биоэтика (учебное пособие). Ереван, 2013
Davtyan S.A. Mkhlar Gosh's Medieval Law Code and the Implications for Armenian Communities Abroad Medicine and Law Int. // Journal, 2014, vol. 33, N2, June, Haifa, Israel, pp. 41-48.

2012 թվականին ՀՀ ԳԱԱ մոլեկուլային կենսաբանության ինստիտուտը կենսաբանական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր Ա.Ս. Բոյաջյանի խմբագրությամբ հրատարակում է «Կենսաէթիկայի ներածություն» աշխատությունը Լ.Ս. Ներսեսովայի, Ս.Ա. Մկրտչյանի, Ս.Ա. Խաչատրյանի հեղինակությամբ: Ուսումնական այս ձեռնարկը կենսաբանության, կենսատեխնոլոգիայի և կենսաբժշկության բնագավառների ուսանողների, ասպիրանտների և գիտական աշխատողների ուղղորդությանն է ներկայացնում բիոէթիկայի հիմունքների համառոտ արտադրանքը հայերեն և ռուսերեն լեզուներով: Այն գրված է ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի կողմից 2008թ.-ին մշակված բիոէթիկայի բազային ծրագրի համաձայն: Դիտարկվող բիոէթիկական խնդիրների քննարկումը ներկայացված է կենսաբանության, մարդաբանության և էթիկայի միջև երկխոսության ձևով, ինչը հեղինակների կարծիքով համապատասխանում է ուսումնասիրման բիոէթիկական մեթոդին:

Հիշատակության արժանի են «Բիոէթիկայի զարգացման ընկերություն» հասարակական կազմակերպության (նախագահ՝ Կ. Ղազարյան) հրատարակած 3 բրոշյուրները և 2011թ.-ին ՀՀ Բիոէթիկայի ազգային կենտրոնի նախաձեռնությամբ թարգմանված Բ.Գ. Յուդինի և Պ.Տ. Տիշչենկոյի «Բիոէթիկա. հարցեր և պատասխաններ» բրոշյուրը (Ի. Մադոյանի մասնագիտական խմբագրությամբ):

Առանձնահատուկ ուղղորդության է արժանի այն գործունեությունը, որ ծավալել է ԲՄՀՀ-ի գլխավոր խմբագիր, պրոֆեսոր Ռ.Ս. Յովհաննիսյանը՝ բիոէթիկայի գաղափարները ՀՀ-ում ներդնելու գործում: Մասնավորապես, «Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդեսի» (ԲՄՀՀ) 2004թ. թիվ 3-ը ամբողջությամբ նվիրվել է բժշկական բարոյագիտության և կենսաբարոյագիտության խնդիրներին: Հանդեսում տեղ են գտել Ռ.Ա. Յովհաննիսյանի, Գ.Լ. Ասլանյանի, Տ.Ս. Հախվերդյանի, Մ.Կ. Բախչինյանի, Կ.Տ. Ղազարյանի, Վ.Ս. Քեշիշյանի, Ս.Հ. Դավթյանի, Ա.Ե. Ծիրինյանի հոդվածները հայրենական բժշկագիտության և գործնական առողջապահության բարոյագիտական հայեցակարգերի շուրջ: Ինչպես նշվում է վերոնշյալ հանդեսում, աշխարհի շուրջ 4.000 բժշկական ամսագրերի տեղեկատվությունը ներկայացնող ԱՄՆ բժշկական ազգային գրադարանի տվյալներով 1996-1999թթ.

Davtyan S.H. Bioethics // Handout, Yerevan, 2013, 189p.
Դավթյան Ս.Հ. Բիոէթիկայի ներածություն // Մենագրություն, Երևան, 2012, 329 էջ:
Davtyan S.H. Experimental Course of Bioethics Upon The Bioethics Core Curriculum of Unesco. Methodology and Results of Investigation // Leading article in the Inter. J. Medicine and Law, V. 31, N4, 2012. pp.495-513.

Ժամանակահատվածում հրապարակվել են բժշկական բարոյագիտության հարցերին նվիրված 8488 հոդված:

Մինչդեռ 1999-2004թթ. և հետագա ժամանակահատվածում հայրենական գիտաբժշկական ամսագրերը ամփոփելիս, մենք ցավոք, չգտանք բժշկական բարոյագիտությանը և բիոէթիկային նվիրված որևէ հոդված [ավելի հանգամանորեն տե՛ս, Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես, Երևան, 2004, № 4]:

Վերջին տարիներին բիոէթիկայի, նրա հիմնախնդիրների վերլուծության նկատմամբ ոչ պակաս հետաքրքրություն են ցուցաբերել նաև հոգևոր գործիչները: Ժամանակակից աշխարհում քրիստոնեության առջև նոր մարտահրավերներ են ծառայել, որոնք քրիստոնեական ժառանգության հանդեպ նոր մոտեցում են պահանջում: Ողջունելի է, որ այս իրադրությունից անմասն չի մնացել նաև Հայ եկեղեցին, որի հովվական առաքելությունը պահանջում է արձագանքել կյանքի փոփոխություններին և գերծմնալ մեկուսացման ու կղզիացման փորձությունից: Արդի կարևորագույն մարտահրավերներից է բժշկության և կենսաբանական տեխնոլոգիաների ոլորտներից բխող բարոյագիտական հիմնախնդիրների լուծումը՝ ըստ քրիստոնեական հիմնարար արժեքների: Այս հարցերի պարզաբանմանն է նվիրված Գևորգ Աբդ. Սարոյանի (ներկայումս՝ Գ. Սրբ. Սարոյան), Հրաչ Սրկգ. Սարգիսյանի և այլոց կազմած և խմբագրած աշխատանքը՝ Կենսաէթիկայի հիմնահարցեր Ուսումնասիրական ձեռնարկ, [2015թ.]¹:

Չնայած ԱՊՀ երկրներում, այդ թվում՝ Հայաստանում, բիոէթիկայի խնդիրների նկատմամբ աճող հետաքրքրությունը և դրանց ուսումնասիրության ասպարեզում նաև հայ հետազոտողների որոշ ձեռքբերումներին, այնուամենայնիվ մեզանում բիոէթիկայի հիմնախնդիրները դեռևս չեն դարձել փիլիսոփայական և գիտական ուսումնասիրությունների առարկա:

Մեզանում չկան հետխորհրդային բարդ և հակասական փոխակերպումների պայմաններում բիոէթիկայի փիլիսոփայական, սոցիոլոգիական, իրավաբանական, բարոյագիտական, բժշկագիտական ասպեկտներին նվիրված ամփոփ ուսումնասիրություններ:

Չպարզված են մնում բիոէթիկական հիմնախնդիրների վրա կենսաբժշկական նոր տեխնոլոգիաների ազդեցության

¹ Կենսաէթիկայի հիմնահարցեր Ուսումնասիրական ձեռնարկ, Կազմողներ՝ Հրաչ սրկ. Սարգիսյան, Վարդան սրկ. Ասլանյան, Սբ.Էջմիածին, 2015, 224 էջ:

հնարավորությունների և սահմանների ուսումնասիրության մեթոդաբանական և աշխարհայացքային հարցերը:

Լուծման կարոտ են բիոէթիկական հիմնախնդիրների վերլուծման, սկզբունքների ներդրման ռազմավարական ուղիների մշակման հարցերը:

Ամբողջությամբ վերցրած, վերոնշյալ հանգամանքները ներկայացնում են գիտական լուրջ հիմնախնդիր, որն առանձնահատուկ ուսումնասիրությունն է պահանջում՝ որոշարկելով սույն ատենախոսության թեման՝ բիոէթիկայի հիմնախնդիրների փիլիսոփայական վերլուծությունը:

Յետազոտության օբյեկտը՝ բիոէթիկայի հիմնախնդիրներն են որպես միջառարկայական հետազոտությունների ոլորտ, ինչպես նաև, բիոէթիկան՝ որպես նոր գիտակարգ, կենսաբժշկագիտության և համամարդկային արժեքների հատման կետ:

Յետազոտության առարկան՝ բիոէթիկայի փիլիսոփայական հիմքերն են, ինչպես նաև փիլիսոփայություն-բիոէթիկա առնչությունները, որոնք արտացոլված են բիոէթիկական տեսությունների, մոդելների, հայեցակարգերի և սկզբունքների մեջ, ինչպես նաև հոգեբանական, աստվածաբանական, իրավաբանական, կենսաբժշկական, փիլիսոփայական, սոցիոլոգիական այն հրապարակումներում, որոնք անդրադառնում են բիոէթիկայի սկզբունքների կիրառման ամենատարբերասպեկտերին:

Յետազոտության նպատակը և խնդիրները: Ատենախոսական հետազոտության նպատակն է բիոէթիկայի՝ որպես գիտելիքի միջգիտակարգային բնագավառի առանձնահատկությունների բացահայտումը, փիլիսոփայության և բիոէթիկայի փոխադարձ կապի հիմնավորումը: Յետազոտության նպատակն է՝ քննարկել, բացահայտել բիոէթիկայի միջարք սկզբունքների փիլիսոփայական էությունը, հիմնավորել դրանց մեթոդաբանական դերը բիոէթիկական հետազոտությունների գործընթացում, հիմնավորել փիլիսոփայական գիտելիքի գործադրելիությունը բիոէթիկայի պրակտիկ, առօրյա խնդիրների լուծման մեջ:

Այդ նպատակով առաջադրվել են հետևյալ հետազոտական խնդիրները.

- որոշակիացնել բիոէթիկայի ծագման գիտափիլիսոփայական և էթիկական հիմքերը, դրանց մեկնաբանման առանձնահատկությունները փիլիսոփայական մտքի պատմության մեջ,

- վեր հանել բիոէթիկական գիտելիքի աշխարհայացքային և արժեքա-
նական հիմքերը,

- բացահայտել և քննադատորեն վերլուծել բիոէթիկայի դերը
նորագույն կենսաբժշկական տեխնոլոգիաների սոցիալական
հետևանքների իմաստավորման ոլորտում, դրա հիման վրա մշակել նոր
կենսատեխնոլոգիաների հումանիտար փորձաքննության,
ստանդարտների ստեղծման ու կիրառման սկզբունքները,

- բացահայտել մարդու ինքնավարության նկատմամբ հարգանքի և մի-
շարք այլ սկզբունքների փիլիսոփայական էությունը, որոնք կոչված
են ապահովել ու այդ ինքնավարությունը պրակտիկայում,

- վերլուծել և հիմնավորել բիոէթիկայի դերը ժամանակակից քաղա-
քակրթության գլոբալ հիմնախնդիրների՝ նոր հարացույցի,
բիոէթիկական մտածողության նոր տիպի ձևավորման գործում,

- վեր հանել Հայաստանում բիոէթիկայի կայացման առանձնահատ-
կությունները,

- բացահայտել և քննադատորեն վերլուծել Էֆթանազիայի հետ
առնչվող հիմնախնդիրները՝ պատմափիլիսոփայական,
կրոնամշակութային և սոցիոլոգիական ուսումնասիրությունների
համատեքստում,

- վերլուծել պալիատիվ բժշկության փիլիսոփայական հիմքերը և
դրա հիման վրա բացահայտել Հայաստանում «հոսփոսային շարժման»
ձևավորման և զարգացման պայմաններն ու ուղիները:

- հիմնավորել և սահմանել բիոէթիկական հիմնահարցերի
հումանիտար փորձաքննության մշտադիտարկման /մոնիտորինգի/
սկզբունքները:

- վերլուծել բիոէթիկայի հիմնախնդիրների և սկզբունքների
փիլիսոփայական էությունը, ներկայացնելով բիոէթիկան որպես
պրակտիկ փիլիսոփայության նոր տիպ, որպես ազգամշակութային
երևույթ, որպես երկխոսություն:

Առենախոսության տեսական աղբյուրները և մեթոդաբանական հիմքերը

Հետազոտության տեսական աղբյուրները կազմում են, առաջին
հերթին, բիոէթիկայի դասականների (Պոտտեր, Հելեգերս, Բիչամպ,
Չայլդրես, Էնգելհարտ և այլք) աշխատությունները: Երկրորդը, Ի.Տ.
Ֆրոյդի և Բ.Գ. Յոնգի աշխատությունները, որոնցում զարգացված
բիոէթիկայի՝ որպես նոր գիտակարգի տեսությունը նշանակալի չափով
ազդել է հետխորհրդային փիլիսոփայության մեջ բիոէթիկայի

հայ եցակարգերի ձևավորման վրա: Դա առաջին հերթին վերաբերում է Ի.Վ. Սիլոնյանովայի, Ա.Յա. Իվանուշկինի, Ի.Ն. Սմիռնովի, Ն.Ն. Սեդովայի, Ա.Պ. Օգուրցովի, Պ.Դ. Տիշչենկոյի և ուրիշների աշխատություններին:

Չետագոտության տեսական հիմքերից մեկը փիլիսոփայական միտքն է՝ իր պատմական զարգացման մեջ, մյուսը՝ բիոէթիկայի հայ եցակարգերն են:

Չետագոտության մեջ հեղինակը հենվել է զարգացման, աշխարհի նյութական միասնության ու ամբողջականության, պատմականության փիլիսոփայական սկզբունքների վրա:

Ուսումնասիրության մեթոդաբանական հիմքը համագիտական և փիլիսոփայական վերլուծության, հետահայաց, դիալեկտիկական, համակարգային, համեմատական, տրամաբանական վերլուծության մեթոդներն են:

Չետագոտական հարացույցի կենտրոնական տարրը միջգիտակարգային մոտեցումն է, որը թույլ է տալիս՝ օգտագործելով բնագիտական և հումանիտար գիտությունների տվյալները, համարժեք արտացոլել բիոէթիկայի էությունը և կայացման բարդ ու հակասական գործընթացը:

Աշխատանքում կիրառվել են ընդհանուր գիտական և հատուկ գիտական մեթոդներ՝ համանմանության և համադրման, համեմատության, ինչպես նաև բիոէթիկական փաստերի ու տվյալների սոցիոլոգիական վերլուծության մեթոդները:

Առենախոսության գիտական նորույթը

- Առաջին անգամ վերլուծվել են բիոէթիկայի փիլիսոփայական հիմքերը, բիոէթիկան ներկայացվել է որպես գիտելիքի միջգիտակարգային հետագոտությունների նոր բնագավառ և պրակտիկ փիլիսոփայության նոր տիպ:

- Բիոէթիկայի կայացման գործընթացի վերլուծության հիման վրա բացահայտվել են նրա հիմնախնդիրների, հիմնարար սկզբունքների աշխարհայացքային և արժեքանական հիմքերը,

- Բացահայտվել և հիմնավորվել է բիոէթիկայի դերը նորագույն կենսատեխնոլոգիաների կիրառման սոցիալական հետևանքների տեսական իմաստավորման մեջ:

- Դրա հիման վրա հստակեցվել են նոր կենսաբժշկական տեխնոլոգիաների հումանիտար փորձաքննության սկզբունքները:

- Վերլուծվել է անհատի ինքնավարության նկատմամբ հարգանքի սկզբունքը:

- Հիմնավորվել է արդի քաղաքակրթության գլոբալ հիմնախնդիրների նկատմամբ մտածողության նոր տիպի ձևավորման գործում բիոէթիկայի կարևոր դերը:

- Բացահայտվել են Հայաստանում բիոէթիկայի կայացման սոցիոմշակութային առանձնահատկությունները:

- Վերլուծվել է Էթանազիայի հիմնախնդիրը՝ հայրենի կրոնական և փիլիսոփայական մտքի պատմության մեջ:

- Վերլուծվել և հիմնավորվել են ամոքիչ (պալիատիվ) բժշկության բարոյափիլիսոփայական հիմքերը, հստակեցվել են «հոսփոսային շարժման» ձևավորման և զարգացման նախարդյալները Հայաստանում:

- Մշակվել և հիմնավորվել են բիոէթիկական հիմնահարցերի հոլմանիտար փորձաքննության սկզբունքները:

Ատենախոսության տեսական և գործնական նշանակությունը

Ատենախոսության տեսական նշանակությունը որոշվում է, նախևառաջ, նրամեթոդաբանական ուղղվածությամբ:

Հետազոտության մեջ ստացված արդյունքները թույլ են տալիս հստակեցնել բիոէթիկայի՝ որպես միջգիտակարգային գիտելիքի առանձնահատուկ բնագավառի նկատմամբ մոտեցումները, որոնք համախմբված են մարդու հիմնախնդիրների շուրջ: Այդ արդյունքները լիիրավ կարող են օգտագործվել Հայաստանում բիոէթիկայի հիմնահարցերի հետազոտումնասիրությունների համար:

• Բազմաթիվ են այն գործնական պատճառները, որոնք բիոէթիկական խնդրաշարը դուրս բերեցին փիլիսոփայական բանավեճերի առաջավոր գիծ: Դրանցից մեկն էլ այն ո՛չ պակաս կարևոր հիմնահարցի գիտակցումն է, թե ինչպիսին պետք է լինի բժշկական և կենսաբանական կրթությունը արդի պայմաններում:

• Ո՞րն է ապագա մասնագետների (կենսաբանների, բժիշկների, կենսատեխնոլոգների) հոլմանիտար, և մասնավորապես, փիլիսոփայական պատրաստման դերն այդ գործընթացում: Ինչպե՞ս հասնել բնագիտական և հոլմանիտար գիտակարգերի զուգամերձության (կոնվերգենցիայի): Ակներև է, որ դա բարդ խնդիր է: Մասնավորապես, ոմանք ուշադրությունը սևեռում են բժշկության վրա՝ բարոյագիտությանը հատկացնելով լոկ գործիքային նշանակություն (Հոպ, Լորի, Մասոն և այլք): Որոշ փորձագետներ էլ (Տ.Վ. Միշատկինա, Թ.Ն. Տիրոյա և այլք)

գտնում են, որ «մեր հասարակության փոխակերպման և տարիներ շարունակ ձևավորված և կարծրատիպ դարձած մտածողության ու արժեքների վերագնահատման պայմաններում բիոէթիկան այն հումանիտար առարկան է, որ կարող է բազային կրթական դիսցիպլինի դեր ստանձնել բժիշկների և կենսաբանական մասնագիտությունների տերյուրաբանչյուր ուսանողի համար»: Մյուսները լուծում են գուտ դեռնտոլոգիական խնդիրներ, երրորդները պարզապես ձևակերպում են ինչ-ինչ անվանումներ՝ «դեռնտոլոգիական էթիկա», «բժշկական էթիկա» և այլն, և այլն (Լ.Ս. Ներսեսովա, Զ.Ա. Խաչատրյան և այլք):

Մեր տեսական և փիլիսոփայական վերլուծությունների հետևությունն այն է, որ այդ տարընթերցումների վերացումը հնարավոր է ինչպես փիլիսոփայության դասընթացի՝ հատկապես բարոյագիտության բժշկական կենսաբանական մասնագիտացման, այնպես էլ՝ կենսաբժշկական կրթության հումանիտար և բարոյագիտական «հագեցվածության» ու ժեղացման միջոցով:

• Մեր վերլուծությունները բերում են նաև այն կարևոր գործնական եզրակացության, որ ուսումնական գործընթացում բիոէթիկայի խնդիրը ոչ միայն բարոյական նորմերի բեկման, փոխակերպման պարզ նկարագրությունն է, այլև դրանց իրացման ուղիների հայտնաբերումը պրակտիկայում, կոնկրետ իրավիճակներում:

Միանգամայն ակներև է, որ բիոէթիկայի ճանաչողական գործառնությունը բարոյական արժեքների, սկզբունքների տեղափոխումն է իդեալական, մտահայեցողական ոլորտից գործնական, կիրառական ոլորտ:

• Բիոէթիկա առարկայի դասավանդման միջազգային փորձի և Չայաստանի Չանրապետությունում դասավանդման 16 տարիների պրակտիկայի ուսումնասիրությունը ատենախոսին բերել է այն եզրակացության, որ անհրաժեշտ է կենսաբաններին, կենսատեխնոլոգներին, բժիշկներին, հետազոտող-փորձարկողներին, ինչպես նաև ասվածաբաններին, սոցիոլոգներին, իրավաբաններին, հոգեբաններին ծանոթացնել ոչ միայն բիոէթիկայի հիմնական սկզբունքների և խնդիրների հետ, այլև նրանց մոտ մշակել կյանքի, բժշկության և առողջապահության մասին գիտություններին առնչվող բարոյագիտական խնդիրների բացահայտման, դրանց բարոյագիտական հանգուցալուծում տալու և այն փիլիսոփայորեն հիմնավորելու հմտություններ ու

կարողություններ:

Հենց այդ նպատակներն էլ պայմանավորել են անտեսախոսության կառուցման տրամաբանությունը:

Գործնական նշանակությունը կապված է նաև այն բանի հետ, որ անտեսախոսության եզրակացությունները`

ա) հասարակության ուշադրությունը կենտրոնացնում են այն հիմնախնդիրների վրա, որոնք կապված են նորագույն գիտաբժշկական հայտնագործությունների հետ,

բ) մղում են վերոնշյալ հիմնախնդիրների առավել արդյունավետ և ծումների որոնումների,

գ) բովանդակում են սոցիալական, էթիկական, իրավական, փիլիսոփայական և այլ գիտելիքներ, որոնք անհրաժեշտ են կենսաբժշկության և առողջապահության ոլորտում չարաչափումներին և խախտումներին խելամտորեն հակադրելու և բիոէթիկական գիտակցության, վարքի զարգացման ու կառավարման արդյունավետ մարտավարություն և մշակելու համար,

դ) նպաստում են հասարակական և ազգային գիտակցության մեջ մարդու կյանքի և առողջության նկատմամբ սթափ վերաբերմունքի մշակմանը:

Անտեսախոսական ուսումնասիրության հիմնական դրույթները և եզրակացությունները կարող են օգտագործվել փիլիսոփայության պատմության, գիտության փիլիսոփայության և մեթոդաբանության, էթիկայի և բիոէթիկայի դասընթացների, ինչպես նաև բիոէթիկայի առանձին հիմնախնդիրներին նվիրված հատուկ դասընթացների մշակման համար:

Հետազոտության նյութերը և արդյունքները կարող են և այնուհետև օգտագործվել նաև բիոէթիկական հիմնախնդիրների հումանիտար փորձաքննության բնագավառում: Վերջապես, Հայաստանի գիտական հանրույթի և հասարակական լայն շրջանակների ուշադրությունը սևեռում են արդի բժշկական, կենսաբանական կրթության նոր ծրագրի մշակման, դրանում բիոէթիկայի և գիտության փիլիսոփայության դերի և նշանակության բարձրացման հրատապ հիմնահարցերի վրա:

Անտեսախոսության արդյունքների փորձարկումն

ու և հեղինակային հրապարակումները

2005թ. հոկտեմբերին ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ն ընդունեց բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների մասին հռչակագիր:

Բիոէթիկայի պատմության մեջ առաջին անգամ ՄԱԿ-ի անդամ պետությունները և միջազգային հանրությունը պարտավորվեցին մեկ միասնական համատեքստում հարգել և իրագործել փաստաթղթում հռչակած բիոէթիկայի հիմնական սկզբունքները: Հռչակագիրը վերաբերում է բժշկության, կյանքի մասին գիտությունների և դրանց առաջնություն տեխնոլոգիաների բարոյագիտական հարցերին, առաջնորդվելով այն սկզբունքներով, որոնք ապահովում են մարդու արժանապատվության և ազատությունների նկատմամբ հարգալից վերաբերմունք: Հռչակագիրը դրանով իսկ հաստատում է մարդու իրավունքների և էթիկական նորմերի փոխադարձ կապն ու փոխազդեցությունը:

2008թ. ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի գիտության և տեխնոլոգիաների էթիկայի բաժանմունքը մշակեց և ներկայացրեց Բիոէթիկայի բազային ուսումնական ծրագիր, որը փորձարկելու համար 2010թ. նոյեմբերի 23-ին Համաձայնագիր (Մեմորանդում) կնքվեց ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի (Դենդեւ Բադարչ) և Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի (Սուսաննա Դավթյան) միջև:

Մինչ ատենախոսի հետ համաձայնագիր կնքելը ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ն համաձայնագիր էր կնքել Ռուսաստանի (Մոսկվա, Կազան), Բելոռուսի (Մինսկ) հետ, ելնելով այն փաստից, որ այստեղ աշխատում են միջազգային ճանաչում ունեցող, ազգային լեզվով դասագրքեր հրատարակած փորձագետներ (Բ.Գ. Յուդին, Ա.Բ. Աբրոսիմովա, Տ.Վ. Միշտոկինա), որոնք պետք է իրականացնեին հիշյալ ծրագրի փորձարկումը: Այսպիսով, առանց կեղծ համեստության կարելի է նշել, որ ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ն հետխորհրդային տարածքում երրորդ համաձայնագիրը կնքեց Հայաստանի` ԵրՊԲՀ-ի հետ:

Լինելով ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի Բիոէթիկայի ամբիոնի (Հայ Ֆա) հայկական մասնաճյուղի վարիչ (24.05.2009թ.-ից), Բիոէթիկայի միջազգային գիտական կոմիտեի անդամ (2011թ.-ից), և կնքելով համաձայնագիր ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի հետ, պարտավորված եմ ատենախոսության մեջ ներկայացնելու Հռչակագրի սկզբունքներին, դրանց փիլիսոփայական ուսումնասիրման նպատակներին, մեթոդներին, ուսումնական ծրագրի առավելություններին, թերություններին ու այն կատարելագործելու համար հնարավոր առաջարկներին վերաբերող դատողություններ, որոնցից մի մասը տպագրվեց որպես առաջատար հոդված «Բժշկություն և իրավունք» միջազգային ամսագրում [Davtyan S.H., 2012]:

«Փիլիսոփայություն» և «Բիոէթիկա» առարկաների դասավանդման գործընթացում, որ անցնում են Էջմիածնի Գևորգյան ճեմարանի (աստվածաբանական համալսարանի) սաները, Երևանի Մխիթար Յերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի բուրո ֆակուլտետների ուսանողները, կլինիկական օրդինատորները, հայցորդներն ու ասպիրանտները, պարբերաբար նաև՝ կրտսեր և միջին բուժանձնակազմը, դասախոսների որակավորման բարձրացման ֆակուլտետի պրոֆեսորա-դասախոսական կազմը, ինչպես նաև, տարբեր երկրներից ուսանելու եկած անգլալեզու և ռուսալեզու քաղաքացիները:

Ատենախոսական ուսումնասիրության մեջ ձևակերպված դրույթներն ու հետևությունները կարող են օգտագործվել գիտության փիլիսոփայության դասընթացների, ինչպես նաև համապատասխան հատուկ դասընթացների մշակման համար:

Ատենախոսության արդյունքները գիտագեկույցի ձևով ատենախոսի կողմից ներկայացված են միջազգային հետևյալ գիտաժողովներում.

- «Էթիկայի դասավանդումը բժշկական բուհերում» միջազգային գիտաժողով **Էյլաթ, Իսրայել**, 2002թ.:

- «Բժշկական Էթիկան Յայաստանում. Քաղցկեղով հիվանդի իրավունքը՝ իմանալ ճեմարտությունը» գիտագործնական համաժողով՝ կազմակերպած Յայ-Ամերիկյան Մշակութային Միության (ԱՄՆ), Յայ-Ամերիկյան Առողջության Կենտրոնի կողմից ԳԱԱ, 2002, **Երևան, Յայաստան**:

- «Բիոէթիկայի գծով փորձագետների տարածաշրջանային խորհրդակցություն», **2005, Մինսկ, Բելոռուս**, N4 գիտական նստաշրջանի համանախագահ փիլ.գիտ.դոկտոր, պրոֆեսորներ Բ.Գ. Յուդինի և Տ.Վ. Միշատկինայի հետ:

- Միջազգային գիտաժողով՝ բիոէթիկայի հիմնախնդիրները արդի ժամանակաշրջանում, 2007, **Մինսկ, Բելոռուս**

- Բիոէթիկայի հիմնախնդիրների 7-րդ Եվրոպական ակադեմիա 2008, **Լյուդվիգսհաֆեն, Գերմանիա**

- Բիոէթիկայի փորձագետների խորհրդակցություն՝ հրավիրված «Բիոէթիկա դասավանդողների տարածաշրջանային ընկերակցություն» ստեղծելու, կրթության բնագավառում համագործակցությունը զարգացնելու նպատակով, 2009, **Քիշինյով, Մոլդովա**

- Միջազգային գիտաժողով «Էթիկական կոմիտեները հիվանդանոցներում», 2009, **Ցֆաթ, Իսրայել** :

- ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի բիոէթիկայի ամբիոնի միջազգային ցանցի ազգային մասնաճյուղերի վարիչների խորհրդակցություն, 2009, **Ցֆաթ, Իսրայել** :

- Միջազգային գիտաժողով «Բիոէթիկայի դասավանդման մեթոդները, բովանդակությունը», 2010, **Ակոն, Իսրայել**, թիվ 6 գիտական նստաշրջանի համանախագահ պրոֆեսոր Շմուել Վոլֆմանի հետ:

- ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի բիոէթիկայի ամբիոնի միջազգային ցանցի ազգային մասնաճյուղերի վարիչների խորհրդակցություն, 2010, **Ակոն, Իսրայել** :

- Միջազգային կոնֆերանս և կուրսեր բիոէթիկայի վերաբերյալ, 2011, **Սինգապուր, Սինգապուր**, ընդհանուր գիտական նստաշրջանի համանախագահ պրոֆեսոր Մոտի Բենյաբարի հետ:

- ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի բիոէթիկայի ամբիոնի միջազգային ցանցի ազգային մասնաճյուղերի վարիչների խորհրդակցություն, 2011, **Սինգապուր, Սինգապուր**:

- Միջազգային 8-րդ կոնֆերանս «Բիոէթիկայի դասավանդման բովանդակությունը, մեթոդները, ուղղությունները», 2012, **Տիբերիա, Իսրայել** :

- ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի բիոէթիկայի ամբիոնի միջազգային ցանցի ազգային մասնաճյուղերի վարիչների խորհրդակցություն, 2012, **Տիբերիա, Իսրայել** :

- UNESCO-ի Բիոէթիկայի ամբիոնի 10-րդ համաշխարհային կոնֆերանս՝ «Բիոէթիկա, բժշկական էթիկա, առողջապահական իրավունք», N1 գիտական նստաշրջանի համանախագահ պրոֆ. Դ. Բալակրիշնանի հետ 2015թ., **Իսրայել, Երուսաղեմ**:

- ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի բիոէթիկայի ամբիոնի միջազգային ցանցի ազգային մասնաճյուղերի վարիչների խորհրդակցություն, 2015թ., **Իսրայել, Երուսաղեմ**:

- 9-րդ համաշխարհային կոնֆերանս՝ «Բիոէթիկա, բժշկական էթիկա, առողջապահական իրավունք», N6 գիտական նստաշրջանի համանախագահ պրոֆ. Ն. Սիդորովայի հետ, 2013թ., **Իսրայել, Նեապոլ** :

- ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի բիոէթիկայի ամբիոնի (Յայֆա) միջազգային ցանցի ազգային մասնաճյուղերի վարիչների խորհրդակցություն, 2013թ., **Իսրայել, Նեապոլ** :

- Համաշխարհային 11-րդ գիտաժողով՝ «Բիոէթիկա, բժշկական էթիկա, առողջապահական իրավունք», «Բժշկական մարդկայնություն» գիտական նստաշրջանի նախագահ պրոֆեսոր Ապարիցիդա Ցեզարինի հետ, 2015թ., **Իսրայել, Նեապոլ** :

- ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի բիոէթիկայի ամբիոնի միջազգային ցանցի ազգային մասնաճյուղերի վարիչների խորհրդակցություն, 2015թ., **Իսպիա Նեաբլ :**

«Կենսաբժշկության բարոյա-իրավական հիմնխանդիրները» հանրապետական գիտաժողով կազմակերպած՝ Երևանի ՄիաՅերացու անվան պետական բժշկական և Յայ-ռուսական (Սլավոնական) համալսարանների ու ժերով, 2016 թ., **Յայ աստան, Երևան:**

Ատենախոսության թեման հաստատվել և քննարկվել է Խ. Աբովյանի անվան հայկական մանկավարժական համալսարանի փիլիսոփայության և տրամաբանության ամբիոնի ընդլայնված 01.10.2012 և 19.11.2015 թ. նիստերում:

Աշխատանքի ծավալն ու կառուցվածքը

Աշխատանքը բաղկացած է ներածությունից, չորս գլխից, եզրակացությունից, օգտագործված գրականության ցանկից: Ատենախոսության ծավալը 230 էջ է:

ԳԼՈՒԽԱՌԱՋԻՆ

ԲԻՈԷԹԻԿԱՅԻ ՄԵԹՈԴԱԲԱՆԱԿԱՆ ԵՎ ԱՇԽԱՐՀԱՅՈՒՅՑՍՔԱՅԻՆ ՀԻՄՔԵՐԸ

1.1. Բիոէթիկան որպէս գիտական գիտելիքի նոր ոլորտ

Փիլիսոփայական մտքի բազմադարյան փորձը համոզում է, որ մարդու հիմնախնդիրը փիլիսոփայության հավերժական պրոբլեմն է: Նրա առանցքն այսօր կազմում են անձնավորության ազատ զարգացման ուղիների որոնումները, մարդու էկզիստենցիալ իրավունքների պաշտպանությունը, իսկ կենսատեխնոլոգիական հեղափոխության ժամանակակից պայմաններում՝ նրա կենսասոցիալական ամբողջականության պաշտպանությունը: Այդ հիմնահարցի լուծումը ենթադրում է մարդու հիմնախնդրի խոր գիտատեսական հետազոտություն՝ հաշվի առնելով մարդու բնույթի և էության մասին բնագիտական և փիլիսոփայական նոր պատկերացումները¹: Դրանք պայմանավորված են որոշ գործոններով: Նախ, 20-րդ դարի երկրորդ կեսից բջջային կենսաբանության, գենետիկայի նոր ճյուղերի՝ գենոմիկայի և պրոտոմիայի, ինչպես նաև իմունաբանության, փոխապատվաստաբանության, անեսթեզիոլոգիայի, ռեանիմատոլոգիայի, գենային դեղաբանության և այլ ոլորտներում տարվող հետազոտությունների արդյունքների փիլիսոփայական-մեթոդաբանական իմաստավորման հրամայական պահանջներով:

Երկրորդ, այդ գործընթացի վրամեծապես ազդում են գլոբալ ազդող աշխարհի նորանոր ռիսկերը, որոնք, որոշ դեպքերում, հարցականի տակ են դնում պատասխանատու որոշումներ կայացնելու և դրանց հետևանքները հաշվի առնելու և վերահսկելու պետությունների, գիտական հանրույթների հնարավորությունները: Ահաթե ինչու գիտական և փիլիսոփայական հետաքրքրությունների կենտրոնը սկսել է աստիճանաբար փոխադրվել դասական իմացաբանությունից և մեթոդաբանությունից դեպի միջգիտակարգային հետազոտությունների ոլորտը: Այդ հանգամանքը որոշում է բիոէթիկայում հարացույցի փիլիսոփայական-մեթոդաբանական հիմնավորման ինչպես ընդհանուր տեսական, այնպես էլ գործնական հրատապությունը:

Բիոէթիկայի առարկան, հիմնական կատեգորիաները և հիմնարար

¹ Силуянова И.В. Биоэтика и мировоззренческие традиции. – Человек. – 1995, № 5, с.125-132
Тищенко П.Д. Феномен биоэтики. – Вопросы философии. – 1992, № 3, с.104-113.

սկզբունքները՝ ունեն ընդգծված միջգիտակարգային և արժեքանական բովանդակություն: Դա որոշում է գիտության և բժշկության հումանիստական զարգացման վեկտորը, որի փիլիսոփայական իմաստավորման անհրաժեշտությունը թելադրվում է բնագիտական և հասարակագիտական գիտելիքների գույքամերձեցման /կոնվերգենցիայի/ և հումանիզացման հրամայականներով:

Այդ բազմաբարդ գործընթացը նպատակաուղղված է նաև հետևյալ բիոէթիկական խնդիրների լուծմանը.

- հասարակության մեջ գիտական և բարոյական զարգացման մակարդակների միջև առաջացած խզման հաղթահարմանը,

- ժամանակակից բժշկության ներքին կառուցվածքում նոր կենսատեխնոլոգիաներով հարուցված արժեքային տեղաշարժերի բացասական հետևանքների վերացմանը,

- կենսաբժշկության մեջ նոր իրողությունների գնահատման և վերլուծման ավանդական, ինչ-որ իմաստով, արդեն քարացած մտակաղապարներ և պատկերացումների վերանայմանն ու վերիմաստավորմանը,

- կենսաբժշկական գիտությունների և առողջապահության ոլորտում առաջացած հիմնախնդիրների քննարկման սոցիալական ոլորտի որակական ընդլայնմանը,

Ժամանակակից գիտական գիտելիքի և առողջապահության հումանիզացման գործընթացի մեխանիզմներն են: Նախ, մարդու կյանքի և առողջության նկատմամբ պատմականորեն ձևավորված արժեքայի վերաբերմունքի վերարդիականացումը: Երկրորդ, իրավապաշտպան շարժման փորձի օգտագործումը: Երրորդ, ժամանակակից բժշկության սոցիալական գործառույթների ընդլայնմանը: Չորրորդ, հասարակական գիտակցության էկոլոգիականացումը: Հինգերորդ, գիտության և փիլիսոփայության մարդաբանականացումը: Վեցերորդ, բնագիտական և սոցիալ-հումանիտար իմացությունների գույքամերձեցումը:

Հայաստանում, մյուս հետխորհրդային պետություններում բիոէթիկայի ինստիտուտացման գործընթացի վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ բիոէթիկայի կայացման մեջ հաճախ թերագնահատվում են աշխարհայացքային, արժեքանական գործոնները: Բիոէթիկայի հիմնական նպատակը՝ բնության և հասարակության փոխներդաշնակության պահպանումն ու ամրապնդումն աստիճանաբար բովանդակազրկվում է և նենգափոխվում մասնավոր խնդիրների՝

կլ ընավորման, Էֆթանազիայի, փոխապատվաստման, վերարտադրողական նոր տեխնոլոգիաների և այլ նիխնդիրների լուծման գործառնական ընթացակարգերով: Բիոէթիկան հանդես է գալիս որպես մարդու կենսագործունեության Էթիկական-իրավական տարածքում գիտելիքների համադրման առանձնահատուկ ձև:

Բիոէթիկայի հիմնարար սկզբունքները հանգեցվում են էթիկական և իրավական նորմերի, իսկ բարձրագույն բարոյական արժեքները՝ բարոյությունը, գթասրտությունը, արդարությունը, այլասիրությունը՝ փոխարինվում էթիկական կանոնների ժողովածուներով, որոնցից նահանջը հարուցում է զուտ ձևական պատժամիջոցներ: Բիոէթիկայի մեկնաբանությունների մեջ առանձնանում են երկու միտումներ: Մի կողմից, գոյություն ունի տվյալ հասկացության նեղացման միտում, երբ բիոէթիկան հանգեցվում է նեղ ըմբռնված բժշկական էթիկային: Ընդլայնողական մեկնաբանության տրամաբանությունը կապված է այն բանի հետ, որ բիոէթիկան ըմբռնվում է ոչ թե պարզապես որպես կյանքի էթիկա, որն ընկած է բժշկական էթիկայի հիմքում, այլ որպես կյանքի արակտիկ փիլիսոփայության առանձնահատուկ ձև¹:

Ի հետևանս այդ գործընթացի՝ արդյունքում առաջանում են մեթոդաբանական լուրջ դժվարություններ՝ բազմաթիվ սկզբունքային հարցերի փիլիսոփայական իմաստավորման գործում: Ընդամին, չնայած բիոէթիկայի բուն զարգացմանը, մշակույթի և փիլիսոփայության յուրօրինակ բժշկականացման բացասական միտումները ոչ միայն չեն դանդաղում, այլև, որոշ ցուցանիշներով, սկսում են անգամ գերազանցել «նախաբիոէթիկական» մակարդակը: Աստիճանաբար բիոէթիկան սկսում է կորցնել իր անմիջական կապը գիտության զարգացման փիլիսոփայական հիմքերի հետ, թեքվելով դեպի կենսաբաղաբանության և կենսաբժշկական իրավունքի կողմը:

Արդյունքում ստացվում է, որ բիոէթիկայի՝ որպես հետազոտությունների առանձնահատուկ միջգիտակարգային բնագավառ, վերածվում է գիտության ճյուղի, որը հիմնականում սպասարկում է բժշկության և առողջապահության շահերը: Դրա հետևանքով նրանում դեռնելով ոգիական բաղադրիչը դառնում է տիրապետող, իսկ գիտության փիլիսոփայության արժեքանական-աշխարհայացքային բաղադրիչը կորցնում է իր նշանակությունը:

¹ Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. - М.: ЗАО "Литера", 1997, с.125.

Միանգամայն ակներև է, որ բիոէթիկայի ապահովմանիզացմանը կարող է լրջորեն խոչընդոտել փիլիսոփայության մեթոդաբանական դերի և նշանակության վերականգնումն և ամրապնդումը¹: Բիոէթիկան որպես գիտակարգ խթանում է հասարակություն-բնություն հարաբերությունների ներդաշնակ զարգացմանը:

Այսօր ավելի ակներև է դառնում Ի. Կանտի այն արտահայտության արդարացիությունը, որ փիլիսոփայությունը վերջին հաշվով մարդկանց հարկավոր է նրա համար, որպեսզի պատասխանի «ինչպե՞ս ապրել» հարցին, հավելելով, որ հարկավոր է «ապրել երկար՝ չհիվանդանալով»²:

Բժշկության մեջ՝ կենսական նոր տեխնոլոգիաների ակտիվ ներխուժման պարագայում, Ի. Կանտի միտքը այսօր ձեռք է բերում առանձնահատուկ արդիականություն: Միևնույն ժամանակ «ինչպե՞ս ապրել» կանայան հարցադրումը լրացվում է «ինչպե՞ս պաշտպանել կյանքը» հարցով:

Չայաստանում այս հարցադրման գործնական նշանակությունն այն է, որ նախ հասարակությունն անբավարար ու շարժություն է դարձնում այն հիմնարար խնդիրների վրա, որոնք կապված են նորագույն գիտաբժշկական հայտնագործությունների հետ: Երկրորդ, անբավարար չափով է խթանում վերոնշյալ հիմնախնդիրների լուծման առավել արգասավոր լուծումների որոնումները՝ հաշվի առնելով ժամանակակից հայկական իրականության նոր ճգնաժամային իրողությունները: Ընդամին այդ ամենը պահանջում է բիոէթիկայի կայացումը դիտարկել ժամանակակից Չայաստանի իրավական, բարոյական և հոգևոր պրոբլեմների համատեքստում: Երրորդ, պահանջում է ավելի լայնորեն հենվել սոցիալական, էթիկական, պատմական, իրավական և այլ գիտելիքների վրա՝ կենսաբժշկության և առողջապահության ոլորտում տարատեսակ չարաչափումներին և խախտումներին կշռադատված կերպով դիմակայելու և բիոէթիկական վարքի ճիշտ մարտավարություն մշակելու համար:

Վերջապես, բիոէթիկան կոչված է նպաստելու հասարակական գիտակցության մեջ մարդու կյանքի և առողջության նկատմամբ արժեքային վերաբերմունքի մշակմանը:

¹ Смирнов И.Н. Философские измерения биоэтики // Вопросы философии. – 1987, № 12, с.83.

Аквинский Ф. Амтология мировой философии // т.1.- Ред. М.И. Иткин.- Минск.- 1969. , 361 с.

² Кант И. О способности духа силою только воли побеждать болезненные ощущения. – Трактаты и письма. – М.: Наука, 1880. – с. 298-317.

Բիոէթիկան այսօր դարձել է ոչ միայն «գիտության էթիկայի», այլև մարդկային մշակույթի կարևորագույն բաղադրիչը, նրա ինքնատիպ ֆենոմենը: Այդ կապակցությամբ ծագում են մի շարք հարցեր՝

- Ի՞նչ է բիոէթիկան:

- Ինչն՞ է նրա հիմնախնդիրների առանձնահատկությունը:

- Ինչն՞ է այսօր բիոէթիկան ձեռք բերում այնպիսի վիթխարի նշանակություն, որը նրան դարձնում է գիտական և փիլիսոփայական ուսումնասիրությունների բնագավառ:

- Որո՞նք են բիոէթիկայի ձևավորման փիլիսոփայական և բնագիտական նախադրյալները:

- Ինչպե՞ս են միմյանց հետ հարաբերակցվում կյանքի իմաստի, բարու և չարի, մահվան և անմահության «հավերժական» հիմնախնդիրները, ինչպես նաև՝ ժամանակակից «կենսատեխնոլոգիական» կոնկրետ ու ծումները՝ բիոէթիկայի բնագավառում:

Այդ և մյուս հարցերի պատասխանները պահանջում են հստակեցնել մարդուն նվիրված փիլիսոփայական ուսումնասիրությունների առարկայական տիրույթը, դիտարկել նրա առավել ընդհանուր բնույթն ու հոգևոր-բարոյական էությունը: Միանգամայն պարզ է, որ բիոէթիկան ինքնանպատակ չէ, այլ մարդու կյանքի պաշտպանության հիմնախնդրի գիտական ուսումնասիրության առանձնահատուկ ձև, որը ներառում է հոգևորի և մարմնականի, բարոյական ազատության և պատասխանատվության փոխհարաբերակցության, ժամանակակից բժշկության, մարդու էկզիստենցիալ իրավունքների պաշտպանության հրատապ հարցերը: Յենց այդ ենթատեքստում է բացահայտվում բիոէթիկայի էությունը, որպես միջառարկայական հիմնախնդիրների համալիր, որն անմիջականորեն կապված է ժամանակակից մարդու հիմնախնդիրների հետ:

Բիոէթիկական պրոբլեմատիկան այնքան բարդ, հրատապ և բազմապլան է, որ իր արտացոլումն է գտնում իմացության ամենատարբեր ձևերի մեջ և դրանք միավորում է մարդու հիմնախնդրի շուրջը:

Ժամանակակից գիտության զարգացման կարևորագույն միտումը՝ անդրադարձն է իր աշխարհայացքային հիմքերին, մարդու հիմնախնդիրներին: Յամալիր մոտեցումը, հաշվի առնելով հասարակական, բնագիտական, տեխնիկական գիտությունների փոխգոր-

ծակցության ու ժեղացման անհրաժեշտությունը, տեսության սերտ կապը պրակտիկայի, մարդու շահերի հետ, դառնում է ժամանակակից գիտության զարգացման գլխավոր առանձնահատկությունն ենթից մեկը: Այսօր կարևոր է ոչ միայն հռչակել, այլև իրականացնել գիտությունների միասնության և փոխգործակցության գաղափարը: Բիոէթիկական հիմնախնդիրը, ծնունդ առնելով և սերտորեն կապված լինելով կենսաբժշկական նոր տեխնոլոգիաների հետ, այսօր դուրս է եկել վերջինիս շրջանակներից և ձեռք է բերել համամարդկային և փիլիսոփայական կարգավիճակ:

Մարդկային գիտելիքների տարբեր ոլորտների փոխադրվածության մեկնակետը դարձավ բիոէթիկայի առանցքը կազմող՝ մարդու և կյանքի արժեքանությունների ձևավորման և գիտակցման հիմնախնդիրը¹:

Կյանքի արժեքանությունը, ըստ մեր պատկերացման, արժեքների համակարգված ամբողջություն է, որի գերագույն արժեքը ինքը՝ մարդկային կյանքն է: Դրա մեջ մտնում են այն արժեքները, որոնք կյանքին հաղորդում են իմաստ, մարդու կյանքը դարձնում են լիարժեք, նրան տալիս են ուժ և ապրելու հզոր խթան: Արժեքների շարքում կարևորվում են առողջությունը և բարեհաջողությունը, ազատությունը և արժանապատվությունը, արդարությունը և գթասիրությունը և այլն:

Կարևորվում է նաև բիոէթիկայի և սոցիալականի փոխներթափացման հարցը, այն բանի պարզաբանումը, թե որքանով լայն է պրոբլեմային այն դաշտը, որն ընդհանուր է բիոէթիկայի և սոցիալական ուսումնասիրությունների համար: Բնագիտական, այդ թվում բժշկական գիտելիքների մերձեցումը սոցիալ-հումանիտար գիտելիքների հետ, մի կողմից, խթանում է ժամանակակից քաղաքակրթության իրողությունների սոցիալ-փիլիսոփայական իմաստավորումը, իսկ մյուս կողմից՝ նպաստում է զուտ կենսաբժշկական պրոբլեմատիկայի փոխակերպմանը, նոր մակարդակի վրա բարձրացնելով բիոէթիկական պրոբլեմների քննարկումը: Բիոէթիկական առաջադրում է մարդու կյանքի և մահվան, մարդկային տեսակի գոյատևման հիմնարար հարցեր, որոնք պահանջում են փիլիսոփայական-արժեքանական ուսումնասիրություններ: Բիոէթիկայի հիմնական գաղափարները և սկզբունքները, որոնք կատարում են կարևոր միջգիտակարգային և

¹ Тищенко П.Д. К началу биоэтики. - Вопросы философии, 1994, № 3, с.63-66.

աշխարհայացքային գործառույթներ, անխզելիորեն կապված են բուն գիտության փիլիսոփայության եռթյան հետ: Գիտափիլիսոփայական գաղափարների ձևավորման և զարգացման պատմությունը ողջ բիոէթիկական պրոբլեմատիկան յուրօրինակ ձևով համախմբող գործոն է: Այսօր բիոէթիկայի առանցքը՝ մարդու կյանքի և մահվան, մարդկային քաղաքակրթության գոյատևման հիմնախնդիրն է: Ըստ եռթյան, բիոէթիկան՝ գիտության զարգացման նոր փուլում մեզ վերադարձնում է բուն փիլիսոփայական հիմնախնդիրներին, որոնք շոշափում են յուրաքանչյուր մարդու գոյատևման առաջնային շահերը, սակայն առանձնահատուկ, այն է՝ մարդու էկզիստենցիալ իրավունքների դիրքերից:

Մարդու ուսումնասիրության բարոյագիտական հիմնախնդիրները այսօր ակտիվորեն ազդակում են բիոէթիկայի լիիրավ կայացմանը: Նախ, կենսաբժշկական նոր տեխնոլոգիաների բուռն զարգացումը պահանջում է փիլիսոփայական լայն վերլուծություն: Երկրորդ, ժամանակակից կենսաբժշկությունը չի սահմանափակվում գուտ տեսական-ճանաչողական խնդիրներով, այլ դառնում է մարդու կենսական գործընթացների կառավարման գործունե միջոցներից մեկը. այն ունակ է ոչ միայն բուժելու մարդուն, այլև կառավարելու նրա կյանքը: Այսօր բժշկությունը ձեռք է բերել. «կյանք տալու», «կյանքը կառավարելու», «կյանքի վերջի մասին որոշում կայացնելու», «վերահսկելու մահը», այսինքն՝ ձեռնաձուլական ներգործությունն իրականացնելու մարդկային կյանքի ծնունդի, ընթացքի և ավարտի գործընթացների վրա: Ընդ որում՝ ժամանակակից բժշկությունն անխուսափելիորեն որոշ կոնֆլիկտի մեջ է մտնում ավանդական արժեքների հետ:

Երրորդ, բարոյական բազմակարծության աճը, փորձարարական հետազոտությունների նկատմամբ էթիկական և իրավական վերահսկողության ուժեղացման անհրաժեշտությունը, բիոէթիկայի հիմնախնդիրների համաշխարհայնացումը, նորահայտ եվգենիկական գաղափարների դեմ պայքարելու անհրաժեշտությունը՝ այս ամենը հրատապ է դարձնում բիոէթիկայի փիլիսոփայական հիմնախնդիրների հետազամշակման հարցը¹:

¹ Тищенко П.Д. К началу биоэтики // Вопросы философии, 1994, № 3, с.63-66
Феномен биоэтики. Вопросы философии, 1992, № 3, с.104-114

Անհրաժեշտ է ընդգծել, որ սկզբնապես խորհրդային և հետխորհրդային փիլիսոփայության մեջ բիոէթիկայի հիմնախնդիրները քննարկվել են ավելի լայն հետազոտական ուղղության՝ «գիտության էթիկայի» շրջանակներում՝ կապված գիտնականի էթիկական պատասխանատվության, արդիականության գլոբալ հիմնախնդիրների հետ: Գիտական էթիկայի մակարդակը վկայում է սոցիալական օրգանիզմի առողջության մասին: Ժամանակակից քաղաքակրթությունն աներևակայելի է առանց գիտության: Սակայն գիտությունը բացի բազմաթիվ օգուտներից և առավելություններից մարդկությանը բերել է նոր հիմնախնդիրներ, որոնք, իրենց հերթին, հարուցել են գիտնականների էթիկայի, հասարակության և մարդկության, ինչպես նաև կոնկրետ անհատների առջև գիտնականների սոցիալական պատասխանատվության հիմնախնդիրներ: Էթիկական ռեֆլեքսիան պետք է դառնա գիտական հետազոտությունների անհրաժեշտ բաղկացուցիչ մասը: Հետազոտական գործունեության և գիտելիքի ողջ զանգվածի հրամայականը պետք է դառնա գիտական հայտնագործությունների և տեխնոլոգիաների էթիկական հետևանքների գնահատումն օրախնդիր պահանջ է: Էթիկական նորմերը պետք է կենտրոնանան ոչ միայն սուբյեկտի վրա, այլև ներդրվեն գիտական հետազոտությունների գործընթացի և արդյունքների մեջ:

«Բիոէթիկայի» հասկացության շուրջ ծավալված բանավեճերի ընթացքում ուրվագծվել է այն որոշակի օբյեկտիվ հիմքը, առանձնահատուկ «նոր իրողությունը», որը ձևավորել է լայն պրոբլեմային դաշտ: Այսինքն՝ հստակեցվել է առանձնահատուկ հեռանկարային հետազոտությունների առարկան, որը հնարավորություն է ստեղծել պրոբլեմատիկ կամ կասկածելի իրադրությունից կոնկրետ, պրակտիկ լուծումների իրադրությունը անցման, նոր ինտեգրալ գիտակարգի ձևավորման և զարգացման համար: Բիոէթիկական կապված է բժշկության, կենսաբանական գիտությունների ինտենսիվ զարգացման և առողջապահության մեջ բարձր տեխնոլոգիաների օգտագործման հետ¹:

Бартко А.Н. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы // Ч.2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики, М.: ММСИ, 1999. - 225 с.

Тищенко П.Д. Био-власть в эпоху биотехнологии // М.: ИФРАН, 2001. – 177с

Тищенко П.Д. Феномен биоэтики // Вопросы философии, 1992, № 3, с.104-114;

¹ Трапезов О.В. Биоэтические вопросы в биологии // Философские науки, 2001, № 3, с.190-209.

Մի աժամանակ, հարկ է հատուկ նշել, որ դեռևս անբավարար են տեսական բարոյագիտությանը նվիրված փիլիսոփայական հիմնարար հետազոտությունները: Չմոռանանք ընդգծել, որ փիլիսոփայական հարցադրումներ առաջադրելու ներուժով օժտված է միայն տեսական բիոէթիկան:

Բիոէթիկան հանդես է գալիս նաև որպես բարոյագիտության ընդհանուր տեսության և գիտության ոլորտում էթիկական սկզբունքների զարգացման նոր փուլ: Մեզ համար ելակետային նշանակություն ունի այն հայտնի կանխադրույթը, որ բարոյականությունը հասարակության մեջ մարդկանց վարքի հնագույն կարգավորիչն է: Նրագոյությունը պայմանավորված է հասարակության մեջ ճանաչված արժեքների համակարգով, առանց որի մարդիկ չեն կարող պարզապես ապրել: Ցանկացած հասարակության մոտ գոյություն ունեն բարոյական արժեքների երեք փոխկապակցված համակարգեր. ա/ հասարակական արժեքներ, որոնց պայմաններում ապրում են մարդիկ, բ/ սոցիալական խմբերի արժեքներ, որոնց պատկանում են մարդիկ և գ/ արժեքներ, որոնք կապված են նրանց անձնական կենսափորձի հետ:

Հասարակությունը և կոնկրետ մարդն առավել կայուն և ապահով են զգում իրենց այն ժամանակ, երբ նրագիտակցության և վարքի մեջ այդ երեք համակարգերը համընկնում են: Դա անհրաժեշտ է սոցիոլոմի գոյատևման և կայուն զարգացման համար:

Այդ կապակցությամբ կարելի է համաձայնվել հայտնի հետազոտող Բ.Գ. Յուդինի այն կարծիքի հետ, որ բիոէթիկայի գծով աշխատությունների մեծ մասը հիմնականում ունի կիրառական բնույթ, որոնցում քննարկվում են կոնկրետ բարոյական հիմնախնդիրներ՝ հարուցված բժշկական պրակտիկայի զարգացմամբ և կենսատեխնոլոգիաների առաջընթացով¹:

Ինչ վերաբերում է տեսական բիոէթիկային, ապա նրան մեծամասամբ անբավարար ուշադրություն է դարձվում: Բժշկության և փիլիսոփայության մերձեցումը թելադրվում է բիոէթիկայի զարգացման փիլիսոփայական ապահովման, նրա տեսականացման և հոիմանիզացման անհրաժեշտությամբ:

Գիտության նոր բարոյական սկզբունքների և նորմերի ձևավորման գործում առանձնահատուկ նշանակություն է ձեռք բերում գիտական

¹ Юдин Б.Г. Основные этические принципы европейской биоэтики и биоправа //Вопросы философии, 2003, №5, с.80.

գործունեության հումանիստական կողմնորոշվածությանն ուղղված սոցիալական դիրքորոշումը: Եվ դա միանգամայն օրինաչափ է: Ժամանակակից գիտության օբյեկտը բարդ համակարգերն են՝ կենսոլորտը, հասարակությունը, տնտեսությունը, տեխնիկան, տիեզերքը՝ մարդու հետ փոխադարձ կապի համատեքստում: Այսօր մեծացել է գիտնականի բարոյական պատասխանատվությունն իր հետազոտությունների և հայտնագործությունների հետևանքների համար: Գիտության էթոսի շրջանակներում ներկայումս ձևավորվում են գիտնականների գիտահետազոտական աշխատանքի կարգավորման օրենսգրքեր: 21-րդ դարում գիտության հումանիզացումը ձեռք է բերում մեթոդաբանական նշանակություն տարբեր ճյուղերի գիտելիքների ինտեգրացիայի գործընթացում: Այն համախմբված է մարդու և բնության համալիր ուսումնասիրության, պատմական գործընթացի իմաստի որոնումների շուրջը: Ժամանակակից հասարակությունը սկսում է գիտակցել «ցանկացած կյանքի հանդեպ երկյուղացունքի վերաբերմունքի» անհրաժեշտությունը: Խոսքը ոչ միայն ցանկացած մարդու իրավունքների, այլ և երկիր մոլորակի վրա ողջ բնության կյանքի իրավունքի հարգման մասին է:

Գիտության էթիկական-հումանիստական հիմքերն իրենց զարգացումն են ստացել բիոէթիկայում¹: Մեր հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ ժամանակակից գիտությունն ավելի ու ավելի մեծ չափով կարիք ունի ոչ միայն իր աշխարհայցքային հիմքերի, այլ և բարոյական, հումանիստական կողմնորոշման փիլիսոփայական վերլուծության: Էությունն ինչ դեպի գոյությունը փիլիսոփայական մտքի շարժընթացը նպաստում է սոցիալ-էթիկական հիմնախնդիրների հումանիստական բովանդակության բացահայտմանը, բիոէթիկայի հետխորհրդային մոդելների առանձնահատկության վերհանմանը, կյանքի և մահվան, իմաստավորմանը:

Այսօր հասունացել է բիոէթիկայի հոգևոր-բարոյական հիմնախնդիրների փիլիսոփայական իմաստավորման անհրաժեշտությունը: «Բիոէթիկան, - ինչպես իրավացիորեն նշում է ռուս հետազոտող Ի.Ն. Սմիրնովը, - որպես բժշկական գիտության և պրակտիկայի բարոյական ոլորտ, կենսաբժշկություն և մարդկանց բուժման

¹ Юдин Б.Г. Смерть и умирание. Эвтаназия. Введение в биоэтику // М.: Прогресс-Традиция, 1998, с.265-293
Шаталов А.Т. Предмет биофилософии // Философские науки. Вып.2: Гносеологические и методологические проблемы. М.: ИФ РАН, 1996, 274с.
Смирнов И.Н. Философские измерения биоэтики // Вопросы философии. 1987, № 12, с.83.

բժշկական նոր «տեխնոլոգիաների» աշխարհայացքային փիլիսոփայական իմաստավորման և արժեքական գնահատումների խիստկարիքն ունի»¹:

Մարդկային իմացության սոցիալ-էթիկական հիմնախնդիրներին նվիրված հետազոտությունների թերություններից է բիոէթիկայի՝ որպես գիտելիքների համակարգի ամբողջական հայեցակարգի մշակման անավարտ լինելը: Այսօր էթիկայի ձևավորումը ընթանում է մարդու սոցիալական և կենսաբանական իմացության հատման կետում: Բիոէթիկական գիտելիքն օժտված է բարդ կառուցվածքով և բնութագրվում է գիտելիքի տարբեր ձևերի փոխգործակցությամբ, ինչը թույլ է տալիս առանձնացնել բիոէթիկայի ներհամակարգային և միջհամակարգային հայեցակետերը:

Ժամանակակից գիտելիքների համակարգում տեսական բիոէթիկան իր տեղն է զբաղեցնում գիտափիլիսոփայական հիմնարար գիտելիքների համակարգում: Բիոէթիկական գիտելիքների կարգավիճակը պայմանավորված է նրանց միջառարկայական և ինտեգրալ բնույթով: Բիոէթիկան որպես գիտելիքների համեմատաբար նոր բնագավառ միավորում է տարբեր գիտությունների տարրերը (կատեգորիաներ, օրենքներ, սկզբունքներ, հասկացություններ և այլն) և գիտելիքների արտագիտական ձևերը (կրոնը, արվեստը, միստիկան): Բիոէթիկայի մեջ համախմբող սկիզբը հենց մարդն է՝ որպես բարոյական հարաբերությունների կենտրոնական օբյեկտ և սուբյեկտ:

Անհրաժեշտ ենք համարում համառոտ անդրադառնալ բարոյագիտական այն հայեցակարգերի վերլուծությանը, որոնք ներառել են բիոէթիկայի ձևավորման վրա՝ հենվելով այդ հայեցակարգերի դասակարգման այն սկզբունքի վրա, որը առաջարկել է անվանի ռուս հետազոտող Ի. Սիլոնյանովան:²

Նա առանձնացրել է նատուրալ իստական-պրագմատիկ և իդեալ իստական-դեոնոլոգիական տեսությունները: Տեսությունների առաջին տիպը (Թ. Ռոբս, Ջ. Լոկ, Յ. Սպենսեր, Ի. Բենտամ, Ջ.Ս. Միլ) վճռորոշ ազդեցություն է ունեցել բիոէթիկայի մեջ ազատական ուղղության ձևավորման վրա:

² Силуянова И.В. Биоэтика и мировоззренческие традиции // Человек. 1995, № 5, с.125-132
Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы// М.: ЗАО "Литера", 1997, с.224.

Իսկ երկրորդը (Յերակլ իտես, Սոկրատ, Պլատոն, Ի. Կանտ, Ի. Տիխտե, Վ. Վինդեյբրանդ, Գ. Ռիկկերտ, Է. Կասիրեր և ուրիշներ)՝ ազդել է պահպանողական ուղղության ձևավորման վրա:

Նատուրալիստական-արագմտիկ էթիկայի տեսական դիրքորոշումները ներազդել են էթանագիայի, բժշկական գենետիկայի նկատմամբ վերահսկողության և այլնի բարոյաէթիկական «նպատակահարմարության» ժամանակակից ազատական հիմնավորման վրա:

Այս կապակցությամբ հարկ է նշել, որ ցանկացած էթիկական տեսությունն երկու ուսմունք է իր մեջ բովանդակում. ուսմունք բարոյական պարտավորությունների (դեոնթոլոգիա) և ուսմունք արժեքների մասին (արժեքանություն): Այլ խոսքով, դեոնթոլոգիան՝ բարոյական նորմերի մասին ուսմունքն է, իսկ արժեքանությունը՝ ուսմունք է բարոյական գնահատականների մասին: Բժշկական էթիկայում գերակշռում է դեոնթոլոգիական պրոբլեմատիկան, քանի որ հենց այս ոլորտում են ծագում հրատապ հիմնահարցերը:

Այդ սահմանափակությունը հնարավոր է հաղթահարել, եթե բիոէթիկայում և դեոնթոլոգիայում մեծ ուշադրություն դարձվի արժեքանական հիմնախնդիրներին: Դեոնթոլոգիան ուղղված է արժեքանորեն ստուգված վարքականոսների ամրապնդմանը: Գնահատիչ գործունեությունն երբեմն ավելի շարժունակ է, արագ է արձագանքում մարդկային գործունեության փոփոխություններին, քան պահպանողական դեոնթոլոգիան: Դրանով էլ հիմնականում բացատրվում են բարոյականության ներքին հակասությունները և խնդիրները:

Բիոէթիկան՝ լինելով կենսաբժշկության մեջ արագընթաց փոփոխությունների արդյունքը, ավելի սուր և ակնառու կերպով է բացահայտել այդ հակասությունները: Ժամանակակից բիոէթիկայի գործնական իմաստը և ուղղվածությունն անհամեմատավելի դյուրին է ըմբռնել բժշկական պրակտիկայի ենթատեքստում, քանի որ նկյանքը, նմահը, նառողջությունը ձեռք են բերում կոնկրետ ձևեր և, հետևաբար, տեսական դիրքավորումները կարող են ստանալ անմիջական էմպիրիկ հաստատում կամ հերքում:

Բիոէթիկայի կենտրոնական հարցերն անմիջականորեն վերաբերում են, նախևառաջ, առանձին մարդկային անհատի կյանքին ու առողջությանը: Յենց այս տեսանկյունից որոշարկվում են բժիշկի և հիվանդի դիրքավորումներին ներկայացվող բարոյական պահանջները:

Ե՞րբ և ինչո՞ւ է անհրաժեշտ դառնում անդրադարձը բիոէթիկայի սկզբունքներին: Վերստին շեշտադրենք այն միտքը, որ «բիոէթիկայի» հասկացության ի հայտ գալն արդեն իսկ վկայում է այն մասին, որ խորացել են մեր գիտելիքները, որոնք կապված են մարդու և աշխարհի փոխհարաբերությունների բարդացման հետ¹: Բժիշկների համար այդ անդրադարձի հրատապությունն ակնառու է դառնում հատկապես այն ժամանակ, երբ բուն բժշկության ներսում բացակայում են ծագող հիմնախնդիրների լուծման բացատրական ընթացակարգերը: Պարզվում է, որ բիոէթիկայի սկզբունքների նորմատիվ բնույթը սկզբունքորեն անհնար է մինչև վերջ ձևայնացնել: Այստեղ պահանջվում է քննության առնել բժշկության մեջ բարոյական կարգավորման առանձնահատուկ գծերը դույզնավելի հանգամանորեն:

Երկար ժամանակ բժշկության մեջ նորմատիվ գործառույթը իրականացրել է բժշկական էթիկան, սակայն կարգավորման տարածքի ընդլայնումն իր հետ բերել է արժեքային նոր կողմնորոշիչներ և հիմնախնդիրներ: Որո՞նք են բժշկական էթիկայի նորմատիվ կարգավորման անբավարարության կամ սահմանափակության կոնկրետ պատճառները, որոնք պահանջում են սոցիալական վերահսկողության նոր ձևեր, ընթացակարգեր:

Առաջին պատճառն այն է, որ արդի հասարակության մեջ անձի իրավունքների և ազատությունների ընդլայնումը ենթադրում է նոր իրավիճակ, երբ բժիշկը և հիվանդը հանդես են գալիս որպես իրավահավասար գործընկերներ (գործընկերային մոդել), երբ բժշկության ոլորտում հարաբերությունները այլ սոցիալական ինստիտուտների հետ, երաշխավորում են մարդու իրավունքները, կառուցվելով այնպիսի սկզբունքների վրա, որոնք փոխլրացնում են մեկը մյուսին:

Երկրորդ պատճառը կապված է գիտության զարգացման, մասնավորապես, նոր կենսատեխնոլոգիաների, համակարգչայնացման, դեղամիջոցների արտադրության արդյունաբերական մասշտաբների հետ: Ծագում է անհրաժեշտությունն այդ ոլորտում կանոնակարգելու հետազոտողի և՛ գիտահետազոտական, և՛ փորձարարական գործունեությունը, պահպանելով բժշկական էթիկայի սկզբունքները, սակայն հաշվի առնելով և այն, որ այդ գործունեությունը ներառում է իր մեջ բիզնեսի բաղադրիչներ: Այդ իսկ պատճառով անհրաժեշտ է`

¹ Лопухин Ю.М., Юдин Б.Г. Биоэтика в России // Наука в России, 1993, № 5-6.

համակողմանի վերլուծել բժշկության և բիոէթիկայի կապի, հարաբերությունների համակարգը:

Բիոէթիկայի կայացման երրորդ պատճառը պետք է փնտրել այն գործընթացների ինտենսիվացման-արագացման մեջ, որոնք ստացել են «մեդիկալ իգացիայի ընդլայնում» անվանումը: Այդ գործընթացում մարդու վիճակը կամ վարքը սկսում է ձևակերպվել որպես բժշկական լուծում պահանջող հիմնախնդիր: Այդ գործընթացի անվերահսկելի ընդլայնումը անհատական և սոցիալական առումով կարող է հանգեցնել բացասական հետևանքների:

Չենց այստեղ առաջանում է հասարակության կողմից սոցիալական վերահսկողության նոր ձևերի և սոցիալական տեխնոլոգիաների մշակման գոչ ծնական անհրաժեշտությունը: Սակայն դա կարող է իրականացվել միայն էթիկական կարգավորման տեսքով, քանի որ մեդիկալ իգացիայի ընդլայնումը ամբողջովին չի ենթարկվում իրավաբանական կանոնակարգման: Բիոէթիկան խոչընդոտում է բժշկության վերածմանը սոցիալական վերահսկողության ձևի, պահպանելով նրա մշակութային-փիլիսոփայական արժեքն ու նշանակությունը:

Բիոէթիկան ձևավորվում և կառուցվածքային տեսք է ստանում որպես սկզբունքորեն նոր գիտական, մշակութային համալիր, որը ներկայացնում է կյանքի հետ կապված առարկաների, ինստիտուտների, պատկերացումների, գաղափարների, վարքի նմուշների լայն համակցություն¹: Չի կարելի համաձայնվել այն հետազոտողների հետ, ովքեր այստեղ ծագած հիմնախնդիրների լուծման ելքը տեսնում են միայն բիոէթիկայի ինստիտուցիոնալ բաղադրիչների իրավաբանական մեխանիզմների ամրապնդման մեջ²:

Միաժամանակ, հարկ է նշել և այն մասին, որ բիոէթիկայի սկզբունքները օրենքի նորմերի հետ ինտեգրվելու միտվածություն ունեն, թեև տարբեր մակարդակով: Բիոէթիկայի և իրավունքի հարաբերությունը կարելի է որոշել հետևյալ կերպ. իրավական դաշտում բարոյականության նորմերի փոխադրումը և տարածումը իրականացնելիս պետք է առանձնացնել այն նորմերը, որոնք օժտված են իրավաբանական ներուժով:

¹ Комаров Ф.И., Лопухин Ю.М. Права человека и биомедицинская этика // Клиническая медицина, 1998, № 4, с.4-6.

² Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы // М.: "Грантъ", 2001, с.127-137

Իսկ եթե բիոէթիկայի հիմնահարցերի լուծումն ամբողջովին փոխադրում են իրավաբանական դաշտ, ապա փիլիսոփայական գիտությունների համակարգում բիոէթիկայի տեղի և դերի որոշման հարցը մղվում է ետին պլան, ինչը հղի է առարկայական տիրույթի ապահովման իզացման վտանգներով:

Չպետք է մոռանալ, որ բիոէթիկան ունի փիլիսոփայական խոր հիմնավորում, և բժշկության կողմից պահանջարկված է հաճախ հենց որպես փիլիսոփայական մեկնություն: Բժշկության մեջ գոյություն ունի չունի մարդու վերաբերյալ ամբողջական հայեցակարգ, որովհետև այն չպետք է և լինի: Չնայած դրան, անկասկած, բժիշկը պետք է ունենա մարդու մասին ամբողջական պատկերացում, քանի որ նրա գործունեության էությունը հասարակական-մշակութային փոխգործողության մեջ է, այն հիմնված է մարդկանց հետ անմիջական շփումների վրա: Ընդամենը, ժամանակակից հիվանդը ավելի հաստատակամորեն պահանջում է, որպեսզի իրեն վերաբերվեն որպես ամբողջական, ինքնիշխան անձնավորության՝ կիրառելով ապացուցողական բժշկության մեթոդներ¹:

Կյանքի, կենսական իրողությունների ողջ բազմազանության նկատմամբ բարոյական վերաբերմունքը ունի իր աշխարհայցքային հիմնավորումը: Դրանք կարելի է հայտնաբերել փիլիսոփայական մարդաբանության, որոշ իմաստով, կյանքի փիլիսոփայության, Էկզիստենցիալ իզմի, ստրուկտուրալ իզմը և, մասամբ, պոստմոդեռնիզմի մեջ: Ընդ որում, փիլիսոփայության մեջ հարացույցների փոփոխման ժամանակակից իրավիճակը պայմանավորում է բիոէթիկայի դիտարկումը որպես պրակտիկ փիլիսոփայություն: Յետաքրքրություն է իրենից ներկայացնում կենսափիլիսոփայության և բիոէթիկայի փոխգործակցությունը, որի հիման վրա ձևավորվում է գիտակարգերի մի համախումբ, որը կարելի է անվանել «կենսահումանիտար գիտելիքներ»: Բժշկության փիլիսոփայության գոյաբանական և իմացաբանական եզրերը համեմատաբար լավ են մշակված, սակայն նրա արժեքանական և գործնական կողմերին նվիրված լուրջ ուսումնասիրությունները գրեթե բացակայում են: Բիոէթիկան՝ եզակի երևույթ է: Մի կողմից, այն հիմնվում է հավաստի գիտելիքների (կյանքի մասին

¹ Седова Н.Н., Сергеева Н. В. Биоэтика в пространстве культуры. – Волгоград, Триумф, 2010, с.330-336. Уильяме Дж.Р. Руководство по медицинской этике / Дж. Р. Уильяме. Под ред. Ю.М. Лопухина Б.Г. Юдина, Л.А. Михайлова // пер. с англ. Булыгиной Т.В., Васильевой Л.Л. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 128 с.

գիտությունը) վրա, իսկ մյուս կողմից՝ հանդես է գալիս որպես մարդկային վարքի նորմատիվ կարգավորիչ, այսինքն՝ գործնական դիրքորոշում, որը նշանակալիորեն սուբյեկտիվացնում է հենց այդ հավաստի գիտելիքը: Այդ իսկ պատճառով բիոէթիկան կարելի է մեկնել որպես դիսկուրս, որի արդյունքում մշակվում են ընդհանրապես կյանքի և, մասնավորապես, կենսական օբյեկտների, կենսական վարքի նկատմամբ որոշակի դիրքորոշումներ, որոնք շեղվում են ինչպես գիտական ճշմարտությունից, այնպես էլ բարոյական նորմերից, եթե գիտական ճշմարտությունը և նորմը հայտնվում են հակասության մեջ:

Բիոէթիկական հիմնախնդիրների փիլիսոփայական իմաստավորման ետմնալը այսօր բավական սուր է զգացվում, որի պատճառով էլ բիոէթիկայի մեջ գործնական հարցերի լուծման նպատակով ավելի հաճախ դիմում են՝ իրավագիտությանը, սոցիոլոգիային, կրոնի տեսությանը, աստվածաբանությանը, քաղաքագիտությանը, անգամ՝ տնտեսագիտությանը:

Այսօր տեսական բիոէթիկայի փիլիսոփայական հիմքերի խախտման-խաթարման վտանգներ են առաջանում: Դրանք կարելի է հաղթահարել, եթե նպատակաուղղված կերպով մշակվեն բիոէթիկայի արժեքանական և աշխարհայացքային հիմնախնդիրները: Դժվար է դա իրականացնել՝ հիմնվելով սոսկ փիլիսոփայական մարդաբանության և բժշկության փիլիսոփայության մեթոդաբանական հենքի վրա: Ավելի ուշադիր քննելիս մենք տեսնում ենք, որ բիոէթիկայի վրա բժշկության փիլիսոփայության ազդեցությունը ավելի շուտ կրում է արգիտիվիստական և պրագմատիկական բնույթ՝ սահմանափակելով նրա արժեքանական ներուժը: Այն կարելի է ընդլայնել, եթե բիոէթիկան զարգացվի մշակույթի փիլիսոփայության հասկացական դաշտում, որը թույլ կտա բացահայտել բիոէթիկայի արժեքային բովանդակությունը՝ որպես պրակտիկ փիլիսոփայություն, ձև:

Բիոէթիկան որպես միջգիտակարգային գիտելիքների բնագավառ, իր մեջ ներառում է իմացության գիտական, տրամաբանական և արժեքային ձևերը: Արժեքանական առումով, մարդու համար հիմնարար նշանակություն ունեն կյանքը, առողջությունը, անձի ամբողջականությունը, բարեկեցությունը՝ հենց դրանք են բիոէթիկայի մեջ կազմում դրական արժեքների շրջանակը:

Ելնելով արժեքանական սկզբունքից, կարելի է առանձնացնել նաև բացասական արժեքները: Դրանց թվին են պատկանում ցավը, տառապանքը,

հիվանդությունը, անձի ամբողջականության խախտվածությունը, մահացման գործընթացը և ինքը մահը: Ընդամիս՝ կարևոր է, որ մարդու համար նշանակություն կարող են ունենալ ոչ միայն սեփական, այլ և հարազատ, մտերիմ մարդկանց առողջությունը և հիվանդությունը, այն մարդկանց, ում հետ մեզ կապում են մասնագիտական հարաբերությունները (բժիշկ-հիվանդ):

Ավելի ն, հույժ նշանակալի հարաբերությունները տարածվում են նաև կենդանական աշխարհի ամենատարբեր օբյեկտների՝ բույսերի, կենդանիների, կենդանի օրգանիզմների, ողջ կենդանի բնության վրա, ընդհանրապես: Բիոէթիկայի մասնագետը պետք է գնահատի՝ հասկանալով, և հասկանա՝ գնահատելով, ինչը ենթադրում է համալիր ուսումնասիրություններ: Առանձնահատուկ նշանակություն ունի բիոէթիկայի պրակտիկոգիական /հուն. praktikos + logia/ հիմքերի հետազոտությունը, քանի որ հենց սոցիալական պրակտիկան է կյանքի կոչել այն հիմնախնդիրները, որոնք վերաբերում են բիոէթիկական ոլորտին: Ժամանակակից հասարակության մեջ բիոէթիկական գիտելիքները ծագում, գործառում, վերարտադրվում և ամրապնդվում են որոշակի սոցիալական ինստիտուտների միջոցով: Դրանք կարող են ներկայացվել գիտափիլիսոփայական հետազոտությունների և համապատասխան ինստիտուտների, ուսումնական գիտակարգերի, հասարակական կազմակերպությունների, հրապարակումների, գործունեության կարգավորմանն ուղղված իրավական ակտերի տեսքով, որոնք միավորված են ընդհանուր բիոէթիկական պրոբլեմատիկայով:

Փիլիսոփայական և գիտափիլիսոփայական մեթոդների մեջ առանձնանում են բարոյական ռեֆլեքսիայի, համակարգային, դիալեկտիկական, պրագմատիկ ուսումնասիրությունների մեթոդները:

Չամագիտական մեթոդների թվում կարելի է նշել այնպիսիք, ինչպիսիք են էքսպերիմենտը, մոդելավորումը, հումանիտար փորձաքննության մեթոդը և այլն: Որոշ իրավիճակներում անհրաժեշտ է կիրառել գիտական մասնավոր մեթոդները, օրինակ, էմպատիայի, սոցիոլոգիական հարցումների և մյուս մեթոդները:

Ժամանակակից գիտելիքների համակարգում տեսական բիոէթիկան, մեր կարծիքով, գտնվում է գիտափիլիսոփայական հիմնարար գիտելիքների մակարդակում: Բիոէթիկայի գիտելիքների այդօրինակ իրավիճակը պայմանավորված է նրանց միջառարկայական և ինտեգրալ բնույթով:

Բիոէթիկայի կարևորագույն բնութագիրը՝ նրա ուղղվածությունն է դեպի տիեզերքի, բնության և սոցիոլոմի բարդագույն փոխհարաբերությունների պարզաբանումը, որոնք այսօր իրականացվում են կենդանի և անկենդան բնության հետմարդու բարդ փոխգործողությունների մեխանիզմների միջոցով: Բիոէթիկայի մեջ այդ ամենը համախմբող մեկնակետը մարդն է, որպես բարոյական հարաբերությունների կենտրոնական օբյեկտ և սուբյեկտ: Չարմանալի չէ, որ բիոէթիկայի որոշիչ կատեգորիան «մարդկային կյանքի արժեքն» է:

Ամենատարբեր փիլիսոփայական, գիտական, կրոնական հարացույցների շրջանակներում գոյություն ունեն կյանքի բազմաթիվ մեկնաբանություններ: Դրանցից հարկ էմ համարում նշել մի քանիսը՝

Կյանքի ամենատարածված ըմբռնումը կապված է նրա կենսաբանական մեկնաբանության հետ, սակայն արդեն անտիկ ժամանակներից մարդիկ փորձել են իմաստավորել այն, որ կյանքը չի սահմանափակվում նյութական կեցության մեջ: Կեցության սոցիալական մակարդակում մարդկային կյանքը դրսևորում է¹:

Բիոէթիկայի մեջ կյանքի ն սոցիալական, ն կենսաբանական մեկնաբանությունները հավասարապես նշանակալից, կարևոր են, և կարող են պահանջված լինել: Մարդկային կյանքի արժեքի փիլիսոփայական վերլուծությունը առավել նշանակալից է բիոէթիկայի համար²:

Փիլիսոփայության զարգացման բազմադարյան փորձը համոզում է, որ մարդը, մարդկային կյանքի արժեքի հիմնախնդիրը՝ փիլիսոփայության հավերժական պրոբլեմն է, որի առանցքը անձի ազատ զարգացման ուղիների որոնումն է, մարդու էկզիստենցիալ իրավունքների պաշտպանությունը, իսկ կենսաառեխնոլոգիական հեղափոխության ժամանակակից պայմաններում՝ մարդու կենսասոցիալական ամբողջության պաշտպանությունը³:

¹Агацин Э. Человек как предмет философского познания (О человеческом в человеке)//М.: Политиздат, 1991,с.59-79.

Пронин М.А. Здоровье человека как онтологическая проблема современной медицины и аддиктологии. // Журно Аддиктология, М., 2003, № 1, с.30-35.

² Борзенков В.Г., Юдин Б.Г. Человек как объект комплексного и междисциплинарного исследования: методологические аспекты. – Личность. Культура. Общество. – 2002. – Т.IV. Вып. 3-4, с.11-37.

³Веряскина В.П. Жизнь и ценности как основополагающие понятия философской антропологии.Жизнь как ценность. // М.: ИФ РАН, 2000, с.31-50.

Миненков, Г. Концепт идентичности: перспективы определения (часть I)

1.2. Բիոէթիկայի աշխարհայացքային առանձնահատկությունները

Միանգամայն ակնհայտ է, որ 21-րդ դարը լինելու է ճգնաժամային մարդկային գոյության համար և համապատասխանաբար հագեցված փիլիսոփայական նոր հիմնահարցերով և բարոյական դիմաբախումներով: Այսօր շատ են խոսում փիլիսոփայության «աստեղային ժամի» մասին, քանի որ եկել են մարդու կողմից սեփական ինքնության, նրա կյանքի իմաստի, աշխարհում իր տեղի և զարգացման հեռանկարների առավել խոր ըմբռնման գիտակցման ժամանակները¹: Մարդը սկսում է խորապես գիտակցել բարու և չարի, հիմնազրկության (աբսուրդի) և բանականության, կեցության և ոչ կեցության, մահվան և անմահության միջև վճռական ընտրություն և կատարելու անհրաժեշտությունը: Համաաշխարհային պատմության ժամանակակից շրջանը պահանջում է գիտության և բարոյականության, ազատության և պատասխանատվության, մշակույթի և քաղաքակրթության փոխկապակցվածության հայեցակարգային նոր ըմբռնում, որը մարդկության կողմից կարող է դրվել իր զարգացման գլոբալ ռազմավարության հիմքում՝ ապահովելու ոչ միայն պարզապես գոյատևումը, այլ և մարդկային ցեղի իսկական անմահությունը²:

Ժամանակակից դարաշրջանի գլխավոր առանձնահատկությունն այն է, որ գլոբալ մասշտաբով ճգնաժամային երևույթները և մարդու կենսատեխնոլոգիական ներխուժումը «կյանք»՝ առավել հրատապ և պահանջարկված են դարձրել ավանդական, առերևույթ «տաղտկալի» ակադեմիական-փիլիսոփայական հիմնախնդիրները:

Մարդկային էության բնույթի, նրա կյանքի իմաստի և էության, մարդկային արժանապատվության և էկզիստենցիալ իստական իրավունքի հետ առնչվող հարցերը դառնում են քաղաքակրթության գոյատևման արմատական հարցերը: Ըստ էության, որպեսզի հասկանանք մարդու և

Режим доступа: <http://www.belintellectuals.eu/publications/174/> (дата обращения: 09.09.2014)
Мещерякова Т.В. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре // Высшее образование в России. -2009. -№ 10.-С. 94-99.

Люббе Г. Историческая идентичность // Вопросы философии. 1994. -№ 4. -С. 108-113.

Swindell J.S. Facial allograft transplantation, personal identity and subjectivity / J.S. Swindell // Journal of Medical Ethics. 2007. - V. 33. - P. 449-453.

Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/33/8/449> (дата обращения: 06.09.2013).

¹Микешина Л.А. Фундаментальный поворот в понимании структуры научного знания. // В сб. Философия, наука, цивилизация, М.: Эдиториал, УРСС, 1999, с.120-131.

² Даллмар Ф. Глобальная этика: преодоление дихотомии “универсализм”, “партикуляризм”. Вопросы философии, 2003, № 3, с.13-19.

մարդկային քաղաքակրթության պատմական հեռանկարները, դեպի տիեզերք լայնածավալ ընդարձակման հնարավորությունները, անհրաժեշտ է իմանալ, թե ինչպիսին է մարդու իսկական բնույթը, նրա բարոյահոգևորներու ժը, գիտենալ, թե մարդը «խո՞րթ» է այդ աշխարհին, թե՞ գոյաբանորեն անսահմանորեն արմատավորված է նրամեջ¹:

Փիլիսոփայությունը՝ որպես աշխարհի հոգևորյութացման ոլորտ, առաջնահերթության իրավունք ունի՝ ժամանակակից աշխարհում տեղի ունեցող հեղափոխական փոփոխությունների իմաստի և նշանակության գնահատման առումով: Փիլիսոփայությունը աշխարհում մարդու տեղի և դերի ռացիոնալ գիտակցման բարձրագույն ձևն է: Նա «բաց» է՝ գիտության բոլոր ճյուղերի և հասարակության ողջ հոգևոր մշակույթի հետերկխոսելու համար: Դա արժեքների վերարժևորման իրավունք է ընձեռում փիլիսոփայությանը:

Այստեղից էլ արտակարգ մեծ է փիլիսոփայության պատասխանատվությունը դարաշրջանի իմաստավորման, մտածողության նոր տիպին համարժեք ձևի, քաղաքակրթության նոր տիպի կամ մոդելի մշակման խնդրում: Դրալուծումը մեծապես կախված է մեր դարաշրջանի ինտելեկտուալ մթնոլորտից, որը որոշվում է փիլիսոփայական գաղափարներով և դրանց միջև պայքարով, գիտության և հասարակության փոխհարաբերությունների տիպով, ինչպես նաև ժամանակակից գիտության վիճակով և առարկայական տիրույթով:

Բիոէթիկայի փիլիսոփայական, աշխարհայցքային հիմնախնդիրների առանձնահատկությունն այն է, որ նրանք չունեն դոգմատիկ, անառարկելի բնույթ և այդ իմաստով՝ չունեն բոլոր ժամանակների համար միանշանակորեն հայտնի լուծումներ: Խորքային փիլիսոփայական-էկզիստենցիալ և աշխարհայցքային արմատներ ունեցող բիոէթիկայի՝ որպես մարդկային մշակույթի առանձնահատուկ ոլորտի իմաստը, նրատրամախոսական, երկխոսական բնույթի մեջ է: Վերջինս պահանջում է անձի ակտիվ հոգևոր դիրքորոշում, որի հենակետը արդեն տեսանելի է «գիտելիքը և առաքինությունը անխզելի են» սոկրատեսյան կանխադրույթի մեջ²: Սկզբնապես բիոէթիկան կազմավորվել է որպես գիտության էթիկայի բաժին, այսինքն՝ գիտական իմացության սոցիալ-բարոյագիտական և հումանիստական հիմնախնդիրների ամբողջություն,

¹Яковлев В.А., Суркова Л.В. Философия жизни на пороге XXI века: новые мысли. Вестник Московского университета. Сер.7. Философия, 2000, № 6, с.101-119.

² Сократ, Платон, Аристотель, Сенека // М.- 1995.- стр. 67-70.

սակայն որոշ ժամանակ անց, ինտեգրվելով փիլիսոփայությունը, գիտության գործառույթից վերածվել է հետազոտությունների ինքնուրույն բնագավառի:

Հետազոտելով փիլիսոփայության և բիոէթիկայի փոխադարձ կապը, չի կարելի չհիշատակել փիլիսոփայության էություն, փիլիսոփայական ուսումնասիրությունների աշխարհայացքային նշանակությունն առնչվող հիմնահարցերը¹:

Փիլիսոփայության գլխավոր առաքելություններից մեկը՝ մարդու, նրա կենսագործունեության վերաբերյալ գիտելիքների համակարգումն է: Այդ տեսակետից բիոէթիկան հանդես է գալիս որպես մարդու մասին գիտելիքների համակարգման առանձնահատուկ եղանակ, շարունակելով փիլիսոփայության և բժշկության ավանդույթները, միաժամանակ տարբերվելով դասական մետաֆիզիկայից նրանով, որ այն գործում է քաղաքակրթության համապարփակ ճգնաժամի, կենսաբժշկական նոր տեխնոլոգիաների պայմաններում:

Այս ամենը փիլիսոփայությունից պահանջում է հայեցակարգային և աշխարհայացքային որոշակիություն, որը բխում է մեր ժամանակների մարտահրավերներից: Աշխարհայացքային և հայեցակարգային առումներով, բիոէթիկան՝ պրակտիկ փիլիսոփայության նոր եղանակ է, իսկ կենսաբժշկական տեխնոլոգիաների ագրեսիվ ներխուժման պայմաններում՝ կյանքի և մարդկային արժանապատվության նոր փիլիսոփայություն²:

Բիոէթիկան՝ գիտելիքների համակարգման առանձնահատուկ եղանակ է, ինչպես նաև էթիկական-իրավական տարածքում մարդկային կենսագործունեության առանձնահատուկ եղանակ, որի միջոցով բժշկության կողմից յուրացվում են հեղափոխական կենսա-տեխնոլոգիաները:

Մասնագիտական գրականության մեջ բիոէթիկայի մեկնաբանության հարցերում նկատվում է երկու միտում: Մի կողմից, գոյություն ունի

¹ Антропологическая проблематика в западной философии // М.: Изд-во МГУ, 1991, с.70-80.
Кутырев В.А. Апология человеческого (предпосылки и контуры консервативного философствования) // Вопросы философии.2003. - № 1.С. 63-75.
Баруллин В.С. Социально-философская антропология / В. С. Барул-лин. М.: ФАИР-ПРЕСС, 1994. - 532 с.
Кутырев В.А. Философский образ нашего времени (безжизненные миры постчеловечества) //Смоленск, 2006.302 с.
Гуревич П.С. Феномен деантропологизации человека // Вопросы философии. 2009. - №3.-С. 19-31.
Жукова Е.А. Динамика взаимосвязи фундаментальной науки и общества (биоэтический аспект нанотехнологий) // Бюллетень сибирской медицины. Том 5. - № 5. - 2006. - С. 82-87.
² Марков Б.В., Солонин Ю.Н., Шилков Ю.М. Жизнь как предмет философских размышлений. //Социально-политический журнал, 1996, № 4, с.105-121.

տվյալ հասկացողության ծավալի նեղացման միտում՝ բիոէթիկան հանգեցվում է նեղ ըմբռնված մասնագիտական բժշկական էթիկային¹:

Իսկ ընդլայնողական մեկնաբանության տրամաբանությամբ բիոէթիկան ըմբռնվում է ոչ թե պարզապես որպես կյանքի էթիկա, որն ընկած է բժշկական էթիկայի հիմքում, այլ որպես կյանքի պրակտիկ փիլիսոփայություն²: Մենք պաշտպանում ենք վերջին հայեցակարգային տեսակետը:

Բիոէթիկան բնավ չի հավակնում լինել ապագայի յուրօրինակ կրոն, ինչպես որ ժամանակին եվգենիկան, սակայն նույնիսկ եթե այդպիսին դառնա, կտարբերվի ավանդական կրոններից նրանով, որ կգբաղվի ոչ թե հոգու փրկությամբ, ինչը կրոնի նպատակն է, այլ կյանքի՝ փրկությամբ և պաշտպանությամբ: Բիոէթիկայի նպատակն է՝ կյանքի ապաքինում-բժշկումը և պահպանումը, նրաոգու վսեմացումը:

Փիլիսոփայության աշխարհայացքային իմաստը և բիոէթիկայի գերխնդիրը սկզբունքորեն համընկնում են: Էթիկան միշտ դիտարկվել է որպես պրակտիկ փիլիսոփայություն, որպես մարդու գործունեության բարոյական գնահատման չափանիշ և բարոյական ընտրության հիմնավորում:

Ժամանակակից պայմաններում պրակտիկ փիլիսոփայությունը հզոր ազդակ է ստացել՝ նոր ձևով, այսինքն՝ բիոէթիկայի տեսքով զարգանալու համար: Բիոէթիկան ոչ միայն գիտական գիտելիքների որոշակի համակարգ կամ կազմավորվող սոցիալական ինստիտուտ է, այլ և մշակույթի նոր տարր, նոր աշխարհայացք: Եթե անտեսվում են բիոէթիկայի արժեքային-աշխարհայացքային բաղադրիչները, որոնք կոչված են բացահայտելու բժշկական գործունեության բարոյական իմաստը կենսատեխնոլոգիական հեղափոխության պայմաններում, ապա դա կարող է հանգեցնել բժշկության, կենսաբանության, կենսաաֆիզիկայի և կենսաքիմիայի ընդհանուր աշխարհայացքային հիմքերի կազմալուծմանը: Ամբողջությամբ վերցրած, բիոէթիկայի արժեքային-աշխարհայացքային բաղադրիչը ժամանակակից

¹ Коновалов В.В. Кризис медицины на рубеже XX-XXI веков и пути его преодоления // Человек. 1996. №1. С. 106-119.

Апресян Р. Г. Понятие общественной морали (опыт концептуализации) // Вопросы философии. 2006. - № 5. С.3-17.

² Энгельгардт, Х. Т. Почему не существует глобальной биоэтики? // Человек. 2008. № 1. С. 74-82.

Коновалова Л.В. Прикладная этика (по материалам западной литературы). Выпуск 1. Биоэтика и экоэтика// М.: ИФРАН, 1998.-216 с.

քաղաքակրթության կենսաբժշկական, էկոլոգիական մշակույթի կարևոր չափանիշներից է:¹

Հարկ է նկատել, որ մարդու վերաբերյալ փիլիսոփայական նոր հայեցակարգը հեռանկարում կարող է դառնալ բիոէթիկայի միջառարկայական հիմնախնդիրների համալիր լուծման տեսական կարևոր աղբյուր: Այդ իսկ պատճառով ինքը՝ բիոէթիկան էապես կախված է գիտափիլիսոփայական աշխարհայացքից, նրա ճանաչողական և արժեքային հիմքերից:

Այսպիսով ըմբռնման հաստատման ճանապարհին կան իմացաբանաման խոչընդոտներ, որոնցից է տեխնոկրատիզմը: Գիտական շրջանակներում տեխնոկրատական մտածողության տիրապետությունը կյանքի է կոչում սցիենտիստական պատկերացումներ՝ մարդու մանիպուլացման, նրավորածեռնածուկական ներգործությունների անսահման հնարավորությունների մասին՝ սոցիալական պայմանների կամ կենսաբանական բնույթի փոփոխման միջոցով:

Գիտության պատմության փորձը ցույց է տալիս, որ սցիենտիստորեն կողմնորոշված սահմանափակ աշխարհայացքը անխուսափելիորեն կյանքի է կոչում իսկական գիտական փիլիսոփայական մտածողությանն անհարիր պատկերացումներ՝ «եվգենիզմի ուրվականների», «գերմարդկային»՝ նախապես տրված հատկանիշներով մարդ ստեղծելու գաղափարի տեսքով:² Քաղաքակրթության զարգացման ժամանակակից կենսատեխնոլոգիական փուլն առաջադրում է գիտական լուրջ հիմնախնդիրներ, որոնք ունեն կարևորագույն մեթոդաբանական և արժեքային-աշխարհայացքային նշանակություն: Բիոէթիկայի կենսիմաստային հիմնախնդիրները չեն կարող ծագել սպեկուլյատիվ փիլիսոփայության կամ սցիենտիզմի ընդերքում: Նրանք, սովորաբար, հարուցվում են ժամանակակից բնագիտության՝ կենսաբանության, գենային ինժեներիայի, կենսաբժշկության «ճնշման» շնորհիվ: Դա ժամանակակից փիլիսոփայությանը, մարդկային բանականությանը նետված յուրօրինակ «մարտահրավեր» է, առավել ևս որ աշխար-

¹ Биоэтика: принципы, правила, проблемы.// М.: Эдиториал УРСС, 1998, с.225.
Тульчинский Г.И. Постчеловечность в разнообразии культур. Глобализация, биоэтика и цивилизационные разломы все еще только начинается // Бюллетень сибирской медицины. - Том 5. № 5. - 2006. С. 123-136.
² Огурцов А.П. Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы. Вопросы философии. -1994, № 3, с.49-61.
Апресян Р.Г. Идея морали и базовые нормативно-этические программы // М.: ИФРАН, 1995. - 353 с.
Бартко А.Н. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Ч. 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики// М.: ММСИ, 1999. - 225 с.

հայ ցքայ ին հարցերը հնարավոր չէ լուծել մասնավոր գիտական գիտելիքների, առանձին կրոնների կամ բժշկության շրջանակներում¹:

Բիոէթիկայի զարգացման կարևորագույն ուղղությունը կապված է ժամանակակից քաղաքակրթության գլոբալ խնդրի՝ հասարակական զարգացման նոր հարացույցի, բիոէթիկական մտածողության նոր տիպի ստեղծման հետ, որը կփոխի պատկերացումները՝ իրականության և փիլիսոփայական իմաստության միջև կամուրջներ կզգի, կկարողանա արևմտյան արագմատիզմը հաշտեցնել բարձրագույն հոգևոր արժեքների, փիլիսոփայությունը՝ կյանքի հետ:

Այսպիսով, կյանքի մեծագույն հրաշքի ճանաչումը, կյանքի տիեզերական մասշտաբի և նրա համար պատասխանատվության իմաստավորումը, կյանքի ընդհանուր ռազմավարության մեջ խորամուխ լինելը, խորհրդածող մարդկային անհատից պահանջում է վիթխարի ինտելեկտուալ հանձնառություն՝ ոչ միայն կյանքի պաշտպանության սոցիալական նոր ձևերի որոնումներում: Պահանջում է առանձապես կյանքի հանդեպ սրտահույզ երկյուղածության, ակնածության վերաբերմունք /Ա. Շվեյցեր/, ինչը իր առավել համարժեք արտահայտությունը գտնում է բիոէթիկայի աշխարհայացքային բովանդակության մեջ:²

Բիոէթիկայի փիլիսոփայական վերլուծությունն ունի սոցիալ-էթիկական և իրավաբանական կարևոր նշանակություն գիտության էթիկայի հիմնախնդիրների վերլուծության համար, և պահանջում է կանոնավոր կերպով անցկացնել բիոէթիկական մշտադիտարկում (մոնիտորինգ)³: Այն թույլ կտա բացահայտել ինչպես գիտական հանրության, այնպես էլ սոցիոմի համար ընդունելի էթիկական նորմերը՝ կենսաբժշկական այնպիսի մանիպուլյացիաներ իրականացնելիս, ինչպիսին է միջամտությունը մարդու գենոմի մեջ և այդ հիմքի վրա մշակել կենսաբժշկական օրենսգրքեր՝ իրավաբանական նորմատիվների տեսքով:

¹Тищенко П.Д. Новейшие биомедицинские технологии: Философско-антропологический анализ Анализ идей либеральной евгеники Ю. Хабер-масом. // Вызов познанию: стратегии развития науки в современном мире. М.: Наука, 2004. - С. 309-332.

Хабермас Ю. Будущее человеческой природы / Ю. Хабермас. Пер. с нем. М.: Издательство «Весь Мир», 2002. 144 с.

Thornton T. Judgement and the role of the metaphysics of values in medical ethics / T. Thornton // Journal of Medical Ethics. 2006. - V. 32. - P. 365-370.

Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/32/6/365> (дата обращения: 14.08.2007)

² Швейцер А. Я защищал то, во что верил// Человек, 2000, № , с.109-122.

³Яковлев В.А., Суркова Л.В. Философия жизни на пороге XXI века: новые мысли // Вестник Московского университета. Сер.7. Философия, 2000, № 6, с.101-119.

Բիոէթիկայի սոցիալ-էթիկական, փիլիսոփայական-աշխարհայացքային հիմնախնդիրների հետագա մշակումը դարձնում է ոչ միայն տեսականորեն հրատապ, այլև գործնականորեն խիստ կարևոր և նշանակալի՝ մարդու մասին ժամանակակից գիտությունների զարգացման համար: Այստեղ մենք, նախքան բիոէթիկայի կոնկրետ հիմնախնդիրների վերլուծությանն անցնելը, նպատակահարմար ենք գտնում հստակեցնել բիոէթիկայի արժեքական հիմքերը:

1.3. Բիոէթիկայի սոցիալ-արժեքական գործառույթը

Բիոէթիկան, նպաստելով հասարակական գիտակցության մեջ կյանքի արժեքանությունն ձևավորմանը, ազդակում է ժամանակակից գիտության մեջ և առողջապահության ոլորտում հումանիզացման գործընթացներին¹: ժամանակակից գիտության և առողջապահության ոլորտներում հումանիզացման գործընթացը ուղղված է որոշակի խնդիրների լուծմանը: Նախ, բնագիտական և սոցիալ-հումանիտար գիտելիքների միջև խզման հաղթահարմանը և գիտության և բարոյականության միջև հավասարակշռության հաստատման ուղիների որոնումներին: Երկրորդ, բժշկության ներքին կառուցվածքում արժեքային տեղաշարժերի բացասական հետևանքների վերացմանը, որոնք հասարակության մեջ բարդ ու հակասական փոխակերպումների արդյունք են: Երրորդ, կենսաբժշկության մեջ նոր տեխնոլոգիաների հարուցած իրողությունների վերլուծության և գնահատման նոր չափանիշների մշակմանը, ժամանակակից գիտության արժեքային հրամայականների և իրավական վարքականոսների հստակեցմանը: Չորրորդ, կենսաբժշկական գիտությունների և առողջապահության բարոյական պրոբլեմները՝ նեղ կորպորատիվ ոլորտից հասարակական լայն քննարկումների դաշտ տեղափոխմանը:

Մեր ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ ժամանակակից գիտական գիտելիքի և առողջապահության հումանիզացման գործընթացի իրականացման եղանակներն ունեն կոնկրետ առարկայական ձև և բովանդակություն: Նախ, բիոէթիկան հրա-

¹Тищенко П.Д. Угроза множественности и идея гуманитарной экспертизы. – В сб.: Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып.2. - М.: ИФРАН, 2008, с.102-128.
Гусейнов А.А. Размышления о прикладной этике
Режим доступа: <http://www.ethicscenter.ru/ed/kaunas/gus.html> (дата обращения: 20.08.2009).
Кастельс Мануэль. Информационная эпоха: Экономика, общество и культура / Мануэль Кастельс; Пер. с англ. под науч. ред. О.И. Шкаратана. М.: Гос. ун-т. Высш. шк. Экономика, 2000. - 606 с.

տապալդ թյունն է հաղորդում մարդու կյանքի և առողջության նկատմամբ՝ դեռ հին ժամանակներում ձևավորված արժեքային վերաբերմունքին: Այն արտացոլվել է անտիկ մշակույթի գրավոր հուշարձանների, Յիպոկրատի աշխատությունների մեջ, որոնք լրջորեն ազդել են եվրոպայում և Յայաստանում բժշկական էթիկայի ավանդույթների ձևավորման վրա: Երկրորդ, իր հիմնախնդիրների լուծման համար բիոէթիկան այսօր լայնորեն հենվում է իրավապաշտպան շարժման փորձի վրա, որը ծագել է որպես մարդու հանդեպ անմարդկային վերաբերմունքի, այդ թվում՝ փորձարարական նպատակներով մարդու օգտագործման դեմ ուղղված հումանիստական ադիմադրության արտահայտություն¹: Երրորդ, բիոէթիկան նպաստում է բժշկության սոցիալական գործառույթների ամրապնդմանը և կատարելագործմանը, որը կապված է այն ըմբռնման հետ, որ առողջությունը մի երևույթ է, որն իր մեջ բացի բժշկականից, ներառում է նաև գիտական սոցիալական և մշակութային բաղադրիչներ: Չորրորդ, ուշադրությունը կենտրոնացնելով մարդկանց կյանքի և առողջության համար վտանգավոր ջրի, օդի և հողի աղտոտման, բնապահպանական հավասարակշռության խախտման գործընթացներով հարուցված սպառնալիքների վրա, բիոէթիկան նպաստում է հասարակական գիտակցության բնապահպանական ցման գաղափարների արդիականացմանը: Յինգերորդ, բիոէթիկան, հենվելով մարդակենտրոն դիրքորոշումների և փաստարկների վրա, որոնք թերագնահատվում էին դասական բնագիտության կողմից, սակայն պահանջարկված են դարձել հետդասական գիտության համար, նպաստում է գիտության և փիլիսոփայության, առհասարակ փիլիսոփայության յուրօրինակ մարդաբանականացմանը: Վեցերորդ, լիովին համապատասխանելով ժամանակակից գիտական իմացության միջառարկայական ռազմավարության պահանջներին, բիոէթիկան ինտեգրում է բնագիտական և սոցիալ-հումանիտար այն գիտելիքների, հիմնադրույթների ու սկզբունքների այն եզրերը, որոնք կարող են օգտակար լինել կյանքի, առողջության և բարեկեցության պաշտպանության համար:

¹ Мишаткина Т.В. Три круга этики. //Человек, 2006, № 5, с. 89-98.
 Нейсбит Д. Высокая технология, глубокая гуманность: Технологии и наши поиски смысла / Джон Нейсбит при участии Наны Нейсбит и Дугласа Филипса; пер. с англ. А.Н. Анваера. М.: АСТ: Траюиткнига, 2005. - 381 с.
 Тульчинский Г.И. Постчеловечность в разнообразии культур. Глобализация, биоэтика и цивилизационные разломы все еще только начинается / Г. И. Тульчинский // Бюллетень сибирской медицины. Том 5. - № 5. - 2006. - С. 123-136.
 Хабермас Ю. Модерн незавершенный проект / Ю. Хабермас // Вопросы философии. - 1992. - № 4. - С. 40-52.

Ժամանակակից Հայաստանում բիոէթիկայի արժեքանական ներուժը խիստ պահանջարկված է, քանի որ կապված է բժշկական էթիկայի հիմնական նորմերի և սկզբունքների աղճատման-խաթարման դրսևորումների հաղթահարման, ժամանակակից Հայաստանում մարդու կյանքի արժեքանական կարգավիճակը վերականգնելու անհրաժեշտության հետ:

Հայաստանում արժեքային կողմնորոշիչների անորոշությունը, բժիշկ-հիվանդ հարաբերություններում պատերնալ իստական դիրքորոշումների տիրապետումը, հայրենական առողջապահության մեջ ճգնաժամային իրավիճակի խորացումը, բժշկության առևտրայնացումը՝ նախադրյալներ են ստեղծել առողջապահության ոլորտում տարատեսակ չարաչափական մեթոդների և խախտումների համար:

Վերլուծելով իրավիճակները, որոնք կապված են հիվանդի իրավունքների և արժանապատվության պաշտպանության, առողջապահության մեջ իրազեկված համաձայնության և արդարության սկզբունքների հետևողական իրագործման անհրաժեշտության հետ, բիոէթիկան բացահայտում է պրոբլեմների հետազոտման և իմաստավորման նոր եզրեր: Դրանք փիլիսոփայության մեջ ունեն հիմնարար արժեքների կարգավիճակ: Խոսքը անձի արժանապատվության հիմնավորման, ազատության և պատասխանատվության հարաբերակցության, արդարության և գթասրտության սկզբունքների արդիականացման մասին է: Այդ հիմնախնդիրները որոշիչ նշանակություն ունեն բիոէթիկայի մեջ, քանի որ նրանք կապված են բժշկության գլխավոր՝ «հիվանդի բարօրությունը բարձրագույն օրենք է» էթիկական պատգամի հետ (Salus aegroti suprema lex):¹

Մարդու իրավունքների և արժանապատվության պաշտպանությունը որպես բիոէթիկական պրոբլեմ քննարկվել և քննարկվում է միջազգային մակարդակներում (Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության 1975թ. որոշումը, 1986թ. Եվրոխորհրդի համաձայնագիրը, բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների մասին հռչակագիրը 2005 և այլն)²:

¹ Гиппократ. Избранные книги. // М.: с. 87-88.-1994.

² Փորձարարական և գիտական այլ նպատակներով օգտագործվող ողնաշարավոր կենդանիների պաշտպանության մասին Եվրոպական կոնվենցիա (1986)

<http://coventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/123.htm>

Կենսաբժշկության և բժշկության նվաճումների կիրառման առնչությամբ մարդու իրավունքների և արժանապատվության պաշտպանության մասին կոնվենցիա: Մարդու

Հայ կական իրականության պայմաններում մարդու իրավունքների և արժանապատվության պաշտպանության փիլիսոփայական իմաստավորումը պահանջում է լուծել հետևյալ խնդիրները:

Նախ, ապահովել գաղտնիության սկզբունքն ի պահպանումը բժիշկ-հիվանդ հարաբերություններում: Երկրորդ, բժշկի և հիվանդի փոխհարաբերությունների մոդելի ընտրությունը, որն առավել համապատասխանում է ժամանակակից հայ կական իրականության պայմաններին: Երրորդ, բժշկական օգնության որակի միջազգային ստանդարտներին հարեցնական առողջապահության անհամապատասխանության պատճառները: Չորրորդ, «բարիք» հասկացության մեկնաբանության առանձնահատկությունները՝ «օգուտ բերելով, վնաս մի պատճառի» բժշկական սկզբունքի ենթատեքստում և տալ հիվանդության նկատմամբ ֆիզիոլոգիական միակողմանի մոտեցման քննադատությունը: Վեցերորդ, առողջության պահպանման իրավունքը որպես մարդու համընդհանրական և անօտարելի իրավունք, իրագործել հայ իրականության մեջ:

Բիոէթիկայի ենթատեքստում ազատության հիմնախնդիրը առավել տեսանելի արտահայտվում է նրանում, թե որքանով է հիվանդը ինքնուրույն՝ կյանքի համար կարևոր որոշումների ընդունման հարցերում, որոնք վերաբերում են նրա կյանքին և առողջությանը:

Ազատության ժամանակակից հայեցակարգերը նշանակալիորեն տարբերվում են նրանցից, որոնք բնութագրական էին գիտության և փիլիսոփայության զարգացման դասական փուլի համար: 20-րդ դարի երկրորդ կեսից ձևավորվում են ազատության այն հայեցակարգերը, որոնք իրենց մեջ միավորում են սոցիալ-հումանիտար, այդ թվում կրոնական և բնագիտական գիտելիքները:

Արևմուտքի զարգացած երկրների համար անընդունելի է համընդհանրական պատերնալ իզմը՝ սեփական կյանքը և առողջությունը պահպանելու գործում ինքնուրույն և նախաձեռնողական վարքից

իրավունքների և կենսաբժշկության մասին կոնվենցիա (1997)

<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/html/164/htm66>

Հելսինկյան հռչակագիր: «Հանձնարարականներ բժիշկների համար մարդու՝ որպես

հետազոտության օբյեկտի մասնակցության ամբողջական կենսաբժշկական

հետազոտությունների վերաբերյալ» (1964) <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b348>

Մարդու իրավունքների և բիոէթիկայի համընդհանուր հռչակագիր (2005)

<http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights>

Մարդու գենետիկական տվյալների մասին միջազգային հռչակագիր

(2003) <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/human-genetic-data>

Մարդու գենոմի և մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիր

(1997) <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/human-genome-and-human-rights>

խուսափելու՝ պասիվ հարմարվողականության հոգեբանությունը, որը այժմ էն բնորոշ է հետխորհրդային հասարակությունների համար:

Որո՞նք են դրահետևանքները: Նախ՝ այն թուլացնում է մարդկանց և սոցիալական խմբերի պատասխանատվությունը և ակտիվությունը, որոնք օժտված են կյանքի և առողջության պահպանման որոշակի ռեսուրսներով կամ ձգտում են դրան: Բիոէթիկական սկզբունքների հետևողական իրականացումը, հայ հասարակության մեջ բիոէթիկական արժեքների հաստատումը թույլ կտա ավելի արգասավոր ձևով և ուժեղ հայ ժողովրդի պահպանման և ազգի կյանքի ու առողջության նոր որակի ապահովման խնդիրները: Երկրորդ՝ բժշկական պատերնալիզմը թուլացնում է առողջապահության համակարգի արդիականացման ներուժը, նրա դինամիկան՝ սոցիալական խնամառության տրամադրությունների աճի շնորհիվ: Դա քայքայում է հասարակության բարոյական հյուսվածքները, հիմնախախտում սոցիոմշակութային խթանների ողջ համակարգը: Երրորդ, բժշկական պատերնալիզմի քաղաքական-գաղափարախոսական ուղեգիծը հակասում է հայ ժողովրդի պահպանման ռազմավարական նպատակին, քանզի նրա հիմնարար արժեքները էականորեն տարբերվում են առաջադիմության ճանապարհը բացող համամարդկային գաղափարներից¹:

Ներկայումս փաստորեն ստեղծվել է այնպիսի իրավիճակ, երբ հայ հասարակության ֆիզիկական, սոցիալական և բարոյական առողջացումը չի կարող տեղի ունենալ ո՛չ առողջապահության մասին խորհրդային պատկերացումների, ոչ՝ էլ ներկա «շուկայական իրավունքի», կամ որ նույնն է, բժշկության առևտրայնացման-շուկայականացման կիրարկումով²: Ցավոք, մեզանում շուկայի մեծամուլիկ ջատագովներին չսթափեցրին Արևմուտքի հեղինակավոր գործիչների, այդ թվում Ֆրանսիայի նախկին վարչապետ Լ. Ժոսպենի խոսքերը. «Այ՛ն շուկայական տնտեսությանը, ո՛չ շուկայական հասարակությանը»: Բիոէթիկայի մեջ ազատության հիմնախնդիրը արտահատված է, նախևառաջ, «իրազեկված համաճայնություն» հասկացության մեջ, որը իրավական քաղաքացիություն է ստացել Չայաստանում՝ «Քաղաքացիների առողջության պահպանման մասին Չայաստանի օրենսդրության հիմունքների» ընդունման պահից: Տվյալ հասկացության վերլուծությունն անհրաժեշտաբար

¹ Հղումն ըստ՝ Абалкин Л.Н. Смена тысячелетий и социальные альтернативы. Вопросы экономики, 2000, № 12, с.33.

² ՀՀ քրեական օրենսգիրքը բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին (ընդունված՝ ԱԺ կողմից 04.03.1991թ. Յ.Օ-42, բաց. 25,10,10)

պահանջում է, նախնառաջ, անդրադարձնալ հայ տնի երկընտրանքին՝ մարդկային անհատը ինքնուրույն ընտրության իրավունք ունի, սակայն արդյո՞ք մարդասիրաբար կլինի թույլ տալ կատարելու սեփական ընտրությունը հոգուտայն բանի, ինչը մարդու կամ, սոցիալական միջավայրի համար վնասակար է: Յայաստանում աստիճանաբար ձևավորվում են իրազեկված համաձայնության մոդելի տարրերը՝ ի հակադրություն դասական պատերնալիզմի, որի ավանդույթները դեռևս խիստ ամուր են հայ հասարակության մեջ: Իրազեկված համաձայնության վերլուծությունը անհրաժեշտաբար ենթադրում է ազատության և պատասխանատվության հարաբերակցության սոցիալ-փիլիսոփայական հիմնախնդրի համակողմանի քննարկում, որը հայ հասարակության մեջ ավանդաբար լուծվել է սոցիալ-պատերնալիստական ոգով: Այդ իրավիճակի հաղթահարումը՝ Յայաստանում բիոէթիկայի կայացման, առողջապահության համակարգի արդիականացման անհրաժեշտ նախադրյալն է¹: Բժշկների պրոֆեսիոնալիզմի մակարդակի բարձրացումը բիոէթիկայի կայացման, գործառնության և զարգացման կարևոր չափանիշներից մեկն է: Բժշկական պրոֆեսիոնալիզմը ոչ միայն մասնագիտական իրավասությունն է՝ կապված պատասխանատու որոշումների ընդունման հետ, որոնք վերաբերում են հիվանդի իրավունքներին ու արժանապատվությանը, այլ և բժշկական կուլտուրայի բարձր մակարդակը, բարոյական այնպիսի որակների, ինչպիսիք են արդարությունը, գթասրտությունը, հասարակությանը փոխանցելու ունակությունը: Արդարությունն ունի մեկնաբանության երկու տարբերակ՝ որպես ըստ պատշաճի հատուցում և որպես գթասրտության իրավունքի մեջ հավասարություն: Առաջին մեկնաբանությունը բնութագրական է իրավական ոլորտի համար, իսկ երկրորդը իրականացվել է հիվանդներին օգնություն ցույց տալու եվրոպական մոդելի մեջ, որը Յայաստանը փորձում է փոխառել:

Բժշկության մեջ արդարության սկզբունքը ենթադրում է առողջության պահպանման գործում բոլոր քաղաքացիների հավասարություն և սոցիալական պաշտպանության բարձր մակարդակ: Ներկայումս Յայաստանում բժշկության առևտրայնացման, շուկայականացման

¹ Цяң մшаһն տե՛ս, Кэмпбелл А. Медицинская этика: Пер. с англ.: Учеб. пос. / А. Кэм-пбелл, Г. Джилетт, Г. Джонс. Под ред. Ю. М. Лопухина, Б. Г. Юдина. М.: ГЭ ОТ АР-МЕД, 2004. - 400 с. Петров Ю.В. Философия человека / Ю. В. Петров. - Томск: Изд-во научно-технической литературы, 2002. 103 с.

ընդհանուր ֆոնի վրա առողջապահության վիճակը ոչ միայն չի բարելավվել, այլև ավելի վատթարացել է: Դրան կարող է հակադրվել սոցիալապես կողմնորոշված առողջապահությունը, որի համար որոշիչ նշանակություն ունի արդարության սկզբունքը՝ որպես գթասիրության իրավունքի մեջ հավասարություն: «Արդարությունը բոլորի համար» գաղափարը արտացոլվել է առողջապահությանը, բիոէթիկային և մարդու իրավունքներին առնչվող միջազգային բոլոր փաստաթղթերում¹: Գթասիրությունը (սերը և կարեկցության զգացմունքը) հիմնական հիպոկրատյան սկզբունքն է՝ «primum non nocere» («նախև առաջ, մի վնասիր») հիմքը, որին բիոէթիկայի մեջ հավելվում են նախազգուշության և «լավ հաշվարկված ռիսկի» սկզբունքները: Դրանց եությունն այն է, որ օրգանիզմի վրա բժշկական միջամտության «ագրեսիվությունը» արդարացվում է միայն նրանով, որքանով բուժման արդյունքները կգերազանցեն նրա հետևանքների հետ կապված հնարավոր վնասները:

Այսպիսով, բիոէթիկայի նշանակությունը ժամանակակից հայ հասարակության մեջ արտահայտվում է նրանում, որ այն նպաստում է կյանքի արժեքանության, կամ, որ նույնն է, հիմնարար կենսական արժեքների սանդղակի ձևավորմանը հասարակական և անհատական գիտակցության մեջ: Բացի այդ, ազդակում է նաև ժամանակակից գիտության և առողջապահության ոլորտի հումանիզացման գործընթացներին:

Դրանց սոցիալ-արժեքանական ուղղվածությունն իր արտահայտությունն է գտնում բիոէթիկայի հիմնարար սկզբունքների՝ մարդկային կյանքի արժեքի բացարձակ անացման սկզբունքի և մարդու առողջության՝ որպես առանձնահատուկ կերպով նշանակալի սոցիալական արժեքի ճանաչման, անձի արժանապատվության նկատմամբ հարգանքի, արդարության, գթասիրության, առաքինության և հարնման արժեքների վրա:

Այլ խոսքերով, մենք գործունենք ոչ թե սոսկ բարոյագիտության անդեմ և ամորֆ մի նոր ոլորտի, ոչ թե պարզապես որոշ տրամաբանական կառույցների, այլ բիոէթիկայի որոշակի առարկայական տիրույթի

¹ Тищенко П.Д. Угроза множественности и идея гуманитарной экспертизы / П.Д. Тищенко // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2. - М.: ИФРАН, 2008.- С. 102-128.
Макинтайр А. После добродетели: Исследования теории морали / А. Макинтайр. Пер. с англ. В. В. Целищева М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. - 384 с.
Полисистемное исследование индивидуальности человека / Под ред. Б. А. Вяткина. М. : ПЭР СЭ, 2005. - 384 с.

հետ, որին պետք է մոտենալ տեսական-մեթոդաբանական և արժեքական դիրքերից:

Բիոէթիկայի առարկան, հիմնական կատեգորիաները և հիմնարար սկզբունքները՝ որպես գիտական սոցիալական գիտելիքի ձևեր, ինչպես արդեն վերը նշել ենք, ունեն սոցիալ-արժեքական էություն: Վերջինս բնութագրվում է բիոէթիկայի բովանդակության մեջ՝ սոցիալապես և մշակույթով պայմանավորված արժեքներով, որոնք հասարակության մեջ ձևավորում են մարդու կյանքի և առողջության նկատմամբ վերաբերմունքի տիպը¹:

Հայաստանում բիոէթիկայի կայացումն այն տեսքով, որով այն ծագել և զարգանում է ԱՄՆ-ում և Եվրոպայում, խիստ կասկածելի է: Անհրաժեշտ է մեզանում որոշել բիոէթիկայի լիիրավ կայացման և զարգացման ուղիները՝ հենվելով առողջապահության ոլորտում սեփական մշակութային ավանդույթների և արժեքների վրա:

Հայաստանում բիոէթիկայի կայացումն անհնար է առանց միասնական ազգային բարոյականության և ժողովրդավարության համադրության, առանց միասնական բիոէթիկական մշակույթի: Միասնական ոչ միայն իր համընդհանրական արժեքային հիմքերով, այլ և դրանց գործառնության կոնկրետնորմերով և մեխանիզմներով:

¹ Биоэтика в современной культуре. – Культурологический альманах. Сборник статей. М.: Прометей, 2005, с.186-191;

Моисеев В.И. Философские проблемы биологии и медицины: нормативное и дескриптивное. – Вестник Российского философского общества, М., 2011, № 4, с.55.

ԳԼՈՒԽԵՐԿՐՈՐԴ

ԲԻՈԵԹԻԿԱՆ ՈՐՊԵՍ ՊՐԱԿՏԻԿ ՓԵԼ ԻՍՈՓՈՅՅՈՒ ԹՅԱՆ ՆՈՐ ԳԻՏԱԿԱՐԳ

2.1. Բիոէթիկայի ծագման նախապատմությունը

Մարդկության գոյատևման ռազմավարական հրամայականները պահանջում են գլոբալ, բազմաասպեկտ հիմնախնդիրների նկատմամբ նոր մոտեցումներ: Այդպիսի մոտեցումներից է բիոէթիկան, որի ծագումը որպես միջգիտակարգային գիտելիքի բնագավառի պայմանավորված է մարդու կյանքի վրա գիտության և տեխնիկայի հնարավոր միջամտության սահմանների հստակեցման փիլիսոփայական և սոցիոմշակութային անհրաժեշտությունը:

Բիոէթիկան որպես միջգիտակարգային և ինտեգրալ գիտելիքի բնագավառ, կյանքի փիլիսոփայական իմաստավորման նոր ուղղություն է, որը կապված է հումանիստական պրոբլեմատիկայի մշակման, այդ ենթատեքստում գիտության կերպարի, նրա իդեալների և նորմերի փոխակերպման հետ:

Ինչպես վերը արդեն նշվել է, «Բիոէթիկա» եզրույթը մասնագիտական գրականության մեջ ներմուծել է ամերիկացի ուռուցքաբան Վան Ռենսելեր Պոտերը (1911-2001թթ.): Նա բիոէթիկան համարում էր նոր ուսմունք, հետազոտության առարկա, յուրօրինակ կամուրջ կենսաբանության և էթիկայի միջև, բնագիտական, տեխնիկական և հումանիտար գիտությունների հետաքրքրությունների հատման կետ: 1971թ. հրատարակվել է Պոտերի «Բիոէթիկա. կամուրջ դեպի ապագա» գիրքը, որում հեղինակը կոչ է անում համախմբել բնագետների (նախ և առաջ կենսաբանների, բժիշկների) և հումանիտար գիտությունների ներկայացուցիչների ջանքերը՝ մարդկանց արժանավայել կյանք և ապագա ապահովելու նպատակով¹:

1961թ. Բել դինգ Սքրայբերը ստեղծեց արհեստական երիկամների արդյունավետ աշխատող սարք (ապարատ): Քրոնիկ հեմոդիալիզի մեթոդը էականորեն երկարացրեց երիկամային անբավարարությունը տառապող հիվանդների կյանքը:

9 նոյեմբերի 1962թ. «Լայ \$» ամսագիրը տպագրեց Շանա Ալեքսանդերի (Shana Alexander) «Նրանք են որոշում՝ ով պետք է ապրի, ով՝ մահանա»

¹ Potter V.R. Bioethics: Bridge to the Future. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, inc. 1971.

հոդվածը, որի բովանդակությունը հակիրճ կարելի է արտահայտել մեկ նախադասությամբ. «Կենսաբժշկության նվաճումները, ձեռքբերումները չպետք է դառնան նոր խտրականությունների պատճառ՝ ով պետք է ապրի, ով՝ ոչ»:

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

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

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

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

Նա փրկեց անբուժելի հիվանդի կյանքը՝ ավտոմոբիլային վթարից ուղեղի գործառույթը ըստ բժիշկների կարծիքի անդառնալիորեն կորցրած կնոջ դեռ բաբախող սիրտը հանելով և տեղադրելով մեկ այլ մարդու մարմնի մեջ...

Այդ պայմաններում բիոէթիկա եզրույթը, նրա հետ կապված պրոբլեմատիկան դարձավ գիտական աշխույժ բանավեճերի և ակտիվ հասարակական քննարկումների առարկա: Բիոէթիկան սկսեց մեկնաբանվել ոչ միայն որպես «գիտության էթիկա» բաժին, այլև մարդկային մշակույթի ինքնատիպ \$ենոմեն: Այդ կապակցությամբ ծագեցին մի շարք հարցեր: Ի՞նչ է բիոէթիկան և ինչո՞ւ է նրա պրոբլեմատիկայի առանձնահատկությունը: Ինչո՞ւ համար բիոէթիկան մեր օրերում ձեռք է բերել այդպիսի ուսումնասիրությունների առանձնահատուկ բնագավառ: Որո՞նք են բիոէթիկայի ձևավորման փիլիսոփայական և բնագիտական նախադրյալները: Ինչպե՞ս են իրար հետ հարաբերակցվում կյանքի իմաստի, բարո և չարի, մահվան, և

բիոէթիկայի բնագավառում կոնկրետ կենսատեխնոլոգիական լուծումները: Այս և այլ հարցերը դարձան գիտական և հասարակական քննարմումների առարկա, որոնց արդյունքում պարզվեց, որ բիոէթիկան ինքնանպատակ չէ, այլ հանդես է գալիս որպես մարդու, հոգևորի և մարմնականի հարաբերակցության, բարոյական ազատության և պատասխանատվության, ժամանակակից բժշկության էթիկական հարցերի, մարդու էկզիստենցիալ իրավունքների պաշտպանության հիմնախնդիրների գիտական իմաստավորման առանձնահատուկ եղանակ: Յենց այդ ենթատեքստում բացահայտվում է բիոէթիկայի էությունը, որպես միջգիտակարգային համալիր, որն անմիջականորեն կապված է մարդու հետ:

Անցնելով մասնագիտական գրականության մեջ առկա բիոէթիկայի հայեցակարգային ըմբռնման և մեկնաբանության տարբերություններին, պետք է նկատել, որ հաճախ բիոէթիկայի բովանդակությունը հանիրավի նույնացվում է կենսաբժշկական էթիկայի հետ, այսինքն՝ բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների կարգավորման հարցերով: Կամ էլ՝ բիոէթիկան փոխկապակցվում և նույնացվում է առողջապահության համակարգի կատարելագործման, սոցիալ-բարոյական, իրավական, էկոլոգիական և այլ կոնկրետ հիմնահարցերի հետ: Դրանցում տեսական բիոէթիկայի՝ փիլիսոփայական ռեֆլեքսիայի նրա հնարավորությունները անտեսված և թերազնահատված են:

Այսպիսով, բիոէթիկան գիտելիքների միջառարկայական բնագավառ է, ակադեմիական նոր գիտակարգ, սոցիալական ինստիտուտ (կամ կառույց), որն առաջացել է ի պատասխան մարդաբանական, բարոյագիտական այն բարդ խնդիրներին, որոնք առաջ էին եկել կենսաբժշկագիտության և պրակտիկայի բուռն, աննախադեպ զարգացումով: Որո՞նք են բիոէթիկական մոտեցման առանձնահատկությունները: Նախ, բիոէթիկական իրավիճակներում պատասխանատու որոշումների իմաստավորումը և ընդունումը չի կարող իրականացվել միայն բժիշկների և կենսաբանների փորձաքննական եզրակացության հիման վրա: Անհրաժեշտ է համագործակցել հումանիտար գիտակարգերի ներկայացուցիչների հետ: Երկրորդ, ճիշտ է նկատված, որ գոյություն չունի փիլիսոփայական, բարոյագիտական կամ կրոնական որևէ դոկտրին, որ օրեցօր շատացող կոնֆլիկտների և դժվարությունների համընդհանուր լուծման համար կարող է

առաջարկել ընդունված արժեքների կամ մարդաբանական գաղափարների մի համընդհանուր համակարգ:¹ Իսկ որո՞նք են բիոէթիկայի՝ որպես սոցիալական ինստիտուտի կազմավորման կոնկրետ աղբյուրները՝

- Եկոլոգիական շարժումները,
- իրավապաշտպանական բնույթի ժողովրդավարական շարժումները,
- գիտության աննախադեպ նվաճումները,
- մշակութային քազմակարծության (պլյուրալիզմի)

գաղափարախոսությունը,

- բեղմնավորված սաղմի կյանքի և կնոջ վերարտադրողական (ռեպրոդուկտիվ) ֆունկցիայի կառավարման իրավունքի պաշտպանությունը (աբորտ, հակաբեղմնավորիչ միջոցներ),

- հիվանդի իրավունքների պաշտպանությունը,
- կենդանիների նկատմամբ հումանիտական վերաբերմունքի իրավունքի պաշտպանությունը,

- Էթանազիայի իրավունքի շուրջ հասարակական քննարկումները,

- կանանց՝ տղամարդկանց հետ հավասար իրավունքներ ունենալու իրավունքը և այլն:

Ինչ վերաբերում է էթիկական կոմիտեներին, ապա դասոցիալական յուրահատուկ ինստիտուտ է, որի նպատակն է հասնել համաձայնության սուբյեկտների միջև՝

ա) բժիշկ (գիտնական)-հիվանդ հարաբերությունների պատերնալ իստական մոդելի ապակենտրոնացման պայմաններում,

բ) հաղթահարել տեսակետների հնարավոր տարածայնությունները՝ լուծելու հակասությունների քննարկման և համաձայնեցված որոշումների որոնման ճանապարհով:²

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

Էթիկական կոմիտեների գործունեության հիմնական դժվարություններից հարկ է նշել՝

¹ Medical Ethics Manual, World Medical Association, 2005
² Bioethics Committees at Work: Procedures and Policies. Guide no. 2. Paris: UNESCO, 2006.
*2006թ.-ից էթիկական կոմիտե գործում է նաև ԵՊԲՀ-ում (նախագահ՝ Մ.Ի. Աղաջանյան)

արտաքին ազդեցությունները /վարչական, գաղափարախոսական, ֆինանսական/;

ներքին ազդեցությունները /սեփական արժեքների և հետաքրքրությունների առաջնայնությունը/;

համատեղ քննարկումների միջոցով հիմնախնդիրները լուծելու ցանկություն և ունակություն պակասը:

Բիոէթիկայի ընթացակարգային սկզբունքներն՝ ըստ 2005թ. ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի ընդունած «Բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների մասին» հռչակագրի, հանդիսանում են.

- Մարդկային արժանապատվությունը և մարդու իրավունքները
- Օգուտի և վնասի միջև հավասարակշռություն հաստատումը
- Ինքնուրույնություն և անհատական պատասխանատվություն աճը
- Համաձայնություն գալու գործնական պատասխանատվությունը
- Ոչ իրավունակ անձանց շահերի պաշտպանությունը
- Մարդու խոցելիություն և անձի ամբողջականություն նկատմամբ հարգանքի ապահովումը
- Մասնավոր կյանքի անձեռնամխելիություն և գաղտնապահություն (կոնֆիդենցիալություն) պահպանումը
- Հավասարություն, արդարություն և իրավահավասարություն պահպանումը
- Խտրականություն և հասարակական պարսավանքի կանխումը
- Մշակութային բազմազանություն և բազմակարծություն նկատմամբ հարգանքի ապահովումը
- Համերաշխություն և համագործակցություն ամրապնդումը
- Սոցիալական պատասխանատվություն և առողջություն ապահովումը
- Օգուտների համատեղ օգտագործման հնարավորությունները
- Ապագասերունդների պաշտպանությունը
- Շրջակա միջավայրի, կենսոլորտի և կենսաբանական բազմազանություն պաշտպանությունը:

Բիոէթիկայի հիմնահարցերի քննարկումների արդյունքները ցույց են տալիս, որ դրանցում առաջադրվում և քննարկվում են կոնկրետ բարոյական հիմնահարցեր, որոնք հարուցվել են կենսատեխնոլոգիաների և բժշկական արակտիկայի զարգացմամբ: Ինչ վերաբերում է տեսական բիոէթիկային, ապա նրան նվազ

ուշադրություն է հատկացվում: Բժշկության և փիլիսոփայության ապահովման անհրաժեշտությունը թելադրվում է նրա տեսականացման օբյեկտիվ պահանջմունքով: Մարդու սոցիոմշակութային էության վերաբերյալ մեթոդաբանական դիրքորոշումը անբավարար չափով է հաշվի առնվում այդ քննարկումների մեջ:

Այսօր հասունացել է բիոէթիկայի բարոյահոգևոր հիմնախնդիրների փիլիսոփայական իմաստավորման անհրաժեշտությունը: Մենք գտնում ենք, որ այսօր բժշկական գիտության և պրակտիկայի բարոյական ոլորտը փիլիսոփայական իմաստավորման խիստ կարիքն ունի: Կենսաբժշկությունը և մարդկանց բուժման նոր բժշկական տեխնոլոգիաները աշխարհայացքային և արժեքանական գնահատականների կարիքն ունեն:՝¹ Մասնագիտական գրականության մեջ առավելապես շեշտադրվում են արդի գիտության որոշ բարոյագիտական հիմնահարցեր միայն, որոնք չեն արտացոլում մեր ժամանակի բիոէթիկական մարտահրավերների տրամաբանությունը:

Ակներև է, որ հիմնահարցերի այն փուլն է, որ միավորված է «բիոէթիկայի» հասկացության մեջ, անհամեմատավելի է այն է: Այն իր մեջ ներառում է ոչ միայն կենսաբանություն, այլ և բժշկություն, իրավագիտություն, փիլիսոփայություն, աստվածաբանություն և հումանիտար այլ գիտությունների հրատապ հարցեր:

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

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

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության տվյալներով, արևմտյան բոլոր երկրների կրթական համակարգերում տեղ է գտել բիոէթիկայի դասընթացը, մշակվել են բիոէթիկական կրթության ժամանակակից չափորոշիչները: ԱՊՀ երկրների մեջ

¹ Хрусталев Ю.М. Этюды философских идей и мыслей. – М., 1998, с.263.

Ռուսաստանի Դաշնության ՌԵՆՆ առաջինն էր, որ բժշկական բուհերի ծրագրում ընդգրկեց բիոէթիկա առարկան (1995):¹

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

Բիոէթիկան մեզ սովորեցնում է խնարհվել կյանքի՝ այդ գարմանահրաչ երևույթի առաջ, սուրբ երկյուղածության զգացումով վերաբերվել նրա բոլոր դրսևորումներին: 20-րդ դարի սկզբին հայտնի բժիշկ, երգեհոնահար և փիլիսոփա Ա. Շվեյցերը՝ իր «Մշակույթ և էթիկա» աշխատության մեջ բնությանը դիտել է ոչ թե նրա գուտ օգտապատության, այլ բնության-հասարակության փոխադարձ օրգանական միասնության մեջ:²

Մեծ հումանիստը պնդում էր, որ մարդ պետք է գիտակցի, որ ինքը և հասարակությանը բնության մի մասն են: Եվ որ մարդը պատկանում է բնությանը ճիշտ այնպես, ինչպես բնությանը պատկանում է մարդուն: Բնությանը ոչ թե մարդուն թշնամի, կործանարար ուժ է, այլ մարդու դաշնակիցը, նրա կյանքի աղբյուրը: Յետևաբար, բնության հանդեպ մարդու վերաբերմունքը ևս մտնում է բարոյական հարաբերությանների ոլորտի մեջ:

Բիոէթիկայի խնդիրներից շատերը սերտորեն կապված են արդի բժշկության տեխնոլոգիական վերազինման, բժշկա-կլինիկական պրակտիկայում տեղի ունեցող արմատական տեղաշարժերի հետ, որոնք իրենց արտահայտությունը գտել են գենային ինժեներիայի, օրգանների փոխպատվաստման և այլ բնագավառներում հաջողությունների մեջ, որոնք առաջին պլան են մղել էթիկական հիմնահարցերը: Դրանք ծառայած են ոչ միայն բժիշկների, այլ և հիվանդների, նրանց հարազատների, բժշկական անձնակազմի, ողջ հասարակության առջև:

Արդյո՞ք, թույլատրելի է Էֆթանազիան, ո՞ր պահից պետք է համարել, որ մարդը մահացել է, ո՞ր պահից սաղմը կարելի է համարել կենդանի էակ, արդյո՞ք թույլատրելի են արտոնները թե՞ դրանք կենդանի էակների յուրօրինակ սպանություն են և այլն և այլն:

¹ Введение в биоэтику (под ред. Б.Г. Юдина и П.Д. Тищенко), М., 1999.

² Швейцер А. Благоговение перед жизнью, -М. 1992.- стр. 62-71

Արանք հարցեր են, որոնք հետաքրքրում են ոչ միայն բժիշկներին, այլև հասարակության ամենատարբեր շերտերին:

1978թ. հրատարակվում է «Բիոէթիկայի հանրագիտարանը»¹: Գործում են բիոէթիկայի հետազոտական կենտրոններ, որոնց թվում Մոնրեալի, Միչիգանի, Չահրեբի, Յայֆայի և այլ: Այդ կենտրոններում բժիշկներն ու կենսաբանները համագործակցում են փիլիսոփաների, աստվածաբանների, սոցիոլոգների, բարոյագետների, իրավաբանների և հումանիտար այլ մասնագետների հետ:

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

Յետխորհրդային երկրներում, այդ թվում Յայաստանում, բիոէթիկան որպես գիտական իմացության նոր բնագավառ, գտնվում է կազմավորման գործընթացում: Նրա կայացումը և զարգացումը այսօր խթանվում է մարդու իրավունքների, բժշկական նոր տեխնոլոգիաների հրատապ հիմնախնդիրներով:

Արդի բժշկության հնարավորությունները սերտորեն կապված են ոչ միայն բուժման նոր մեթոդների և տեխնոլոգիաների, այլև կյանքի համակարգային կառավարման հրատապ խնդիրների հետ: Ինչ-որ իմաստով դրանք հակասության մեջ են մտնում մեզանում գործառույ կարծրատիպերի հետ:

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

Յայաստանում բիոէթիկայի կայացումն ընթանում է տարբեր ուղղություններով: Նախևառաջ, կարևորվում են կենսաբժշկական

1 Encyclopedia of Bioethics 3-rd ed. – Edited by Stephen G. Post NY: MacMillan, Reference USA, 2013.-pp. 1229-1869.

Давтян С.А. Влияние антропогенных факторов на окружающую среду и экологию человека. В научно-практическом журнале «Экологический вестник», N4(18), октябрь-декабрь, 2011, Минск, стр. 18-25.

հետազոտությանը ունենալի օրենսդրական կարգավորման հիմնահարցերը: Իրավական հիմնահարցեր են առաջանում նաև փոխապատկաստաբանության (տրանսպլանտոլոգիայի), մահվան պահի որոշման, անհուսալի հիվանդների կենսապահպանման, բուժման և այլ ոլորտներում:

ՀՀ-ում բիոէթիկայի կայացմանը մեծապես նպաստել է առարկայի դասավանդումը Երևանի Մ. Յերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում, ինչպես նաև Էթիկական կոմիտեի ստեղծումն ու նրա գործունեությունը: Բիոէթիկական ավանդական մասնագիտական բժշկական էթիկայի ժամանակակից ձևն է, որտեղ մարդկային հարաբերությունները կարգավորումը ենթարկվում է մարդկային տեսակի պահպանման գերազույն խնդրին:

Սա ինքնին անմիջական կապ ունի էթիկայի հետ: Նույնիսկ նատուրալիստական մատերիալիզմի ներկայացուցիչները չեն կարողանում դա հերքել: Այսպես օրինակ. 2. Ֆրեյդը պնդում էր, որ մշակույթի բոլոր նվաճումները և այդ շարքում առաջին հերթին բարոյական նորմերն առաջ են եկել, որպեսզի մարդուն պաշտպանեն բնության ճնշող գերազդեցությունից¹:

Բնությունից մարդը ստացել է հակումներ, ձգտումներ, սեռական ցանկություններ, սպանելու, տիրելու, իշխելու, շահագործելու մղումներ, որոնք սառը, դաժան կերպով կործանում են նրան: Հենց այն պատճառով, որ բնության կողմից մարդուն նման վտանգ է սպառնում, մարդիկ համախմբվել և ստեղծել են մշակույթ, որը պետք է մարդու հասարակական կյանքը դարձներ հնարավոր: Այսինքն բարոյականն ի սկզբանե մարդու համար հանդես է եկել որպես իր տեսակը պաշտպանելու յուրօրինակ սոցիոմշակութային մեխանիզմ, որի գործառնությունն ապահովել է մարդկային քաղաքակրթության առաջընթացը: Այսօր բարոյականը հարկադրված է դառնալ և դառնում է հակառակ ազդեցությունների պաշտպանը, այսինքն՝ պաշտպանում է մարդու բնական, կենսաբանական հիմքերը մշակույթի գերհզոր ազդեցությունից, իսկ բիոէթիկա եզրույթը առաջ է եկել այն պահանջից, որ մարդկությունն ուզում է իրեն պաշտպանել գիտության աննախադեպ զարգացման անկանխատեսելի հետևանքներից:

Վերլուծելով բժշկական էթիկայի բովանդակությունը Հիպոկրատեսի երդումից մինչև Բժիշկների համաշխարհային

¹ 3. Фрейд “Введение в психоанализ”.- Изд-во “Дом Питер”.-2007.

ընկերակցության բժշկական էթիկայի սկզբունքները, դժվար չէ նկատել, որ բժշկական բարոյագիտությունն հասկացության բովանդակությունը ենթարկվել է որոշակի փոփոխությունների:¹

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

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

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

Այդպիսի հակապատերձալ իստական միտումները պայմանավորված են մի շարք տնտեսական, նյութական գործոններով՝

ա. ժամանակակից բժշկությունը, ինչպես տեսական, այնպես էլ պրակտիկ, գործիքային առումով դարձել է ավելի բարդ, քան առաջ: Դա հանգեցրել է բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունները յուրօրինակ դիմազրկմանը:

Ենդ մասնագիտացումը, ինչպես նաև համապատասխան բժշկական հիմնարկների աննախադեպ մեծացումը (հիվանդանոցներ) ավելի է խորացրել այդ հարաբերությունների դիմազրկման գործընթացը:

բ. Չգալիորեն աճել են յատրոգեն հիվանդությունները. այն հիվանդությունները, որոնց պատճառը բժիշկն է, նրա անուշադիր վերաբերմունքը, անզգուշ արտահայտվելը և այլն: Այսօր մարդկանց մի զգալի մասը երբեմն գերադասում է դիմել ժողովրդական բժիշկների, հեքիմների և ոչ «պրոֆեսիոնալ» բժիշկների:

գ. Ակնհայտ է դարձել այն պարադոքսը, երբ հիվանդն իր իմացության մակարդակով, կարող է որոշ դեպքերում մրցել անգամ բժշկի հետ:

Չայաստանի բժշկական պրակտիկայում տեսնում ենք, թե ինչպես պատերձալ իստորեն տրամադրված որոշ բժիշկներ պնդում են, որ հիվանդները չեն ուզում իմանալ ճշմարտությունը վատնորությունը,

¹ Read B., Certainty, Stanford Encyclopedia of Philosophy; <http://plato.stanford.edu/entries/certainty/>

իրենց հիվանդության մասին, քանի որ այդ տեղեկությունը նրանց պարզապես մեծ վնաս կհասցնի, կառաջացնի հոգեկան ընկճվածություն: Թեև այս պնդումները բավարար հիմնավորված չեն, քանի որ հետազոտելով հիվանդներին, նենք եկել ենք այն համոզման, որ նրանց մի զգալի մասն անպայման ցանկանում է իմանալ ճշմարտությունը, և որ բժիշկներին հատուկ է մտածել, թե «վնաս կտանք, եթե ասենք» և չտեսնել ճշմարտությունն ասելու դրական ազդեցությունը: Ոչ հազվադեպ իրենց անբուժելի հիվանդության մասին տեղեկացված հիվանդներ կան, ովքեր կամքի մեծ ուժ դրսևորելով ձգտում են գիտակցությունն ից դուրս մղել ստացված տեղեկությունը: Ինչպես նշում են որոշ ամերիկյան հետազոտողներ, նույնիսկ եթե ստացած տեղեկությունն ից հետո հիվանդը որոշի ինքնասպան լինել, ապա միևնույն է, դա չի կարող պատճառ հանդիսանալ կատարվածը բարոյականության դիրքերից անթույլատրելի համարելու համար:¹ Ընդունելով, որ դա ընդհանուր առմամբ ճիշտ է, և որ հիվանդի իրավունքն է իմանալ ճշմարտությունը ճիշտ այնպես, ինչպես բժշկի պարտականությունն է ասել ողջ ճշմարտությունը, այդուհանդերձ, ուսիլ իտարիզմի կողմնակիցները երբեմն պնդում են, թե բժիշկն իրավունք ունի որոշ դեպքերում դիմել ստի օգնությանը:² Մասնավորապես այն դեպքերում, երբ հայտնի է, որ որ հիվանդը չի ուզում իմանալ ճշմարտությունը, կամ երբ բժիշկներին համար ակնհայտ է, որ այդ ճշմարտությունը հիվանդի համար կբերի միայն և միայն լուրջ վնասներ:

Ըստ Կանտի կատեգորիկ իմպերատիվի, մարդ անհատը (տվյալ դեպքում բժիշկը) սուտ խոսելու իրավունք չունի, քանի որ դրանով խախտվում է անձի ամբողջականությունը: Այո, բժիշկը նախև առաջ հոգեբան պետք է լինի, ու նենա նրբազգացություն, հեռախոսություն, որ կարողանա հստակ տեսնել տվյալ հիվանդի հոգեբանական տիպը, վատ լուր ստանալուց նա կձգտի դեպի կյանք, թե՞ մահ: Ըստ այդմ բժիշկը կկողմնորոշվի, թե պե՞տք է հիվանդին ասել ողջ ճշմարտությունը, թե՞ ոչ: Պակաս կարևոր չէ նաև ասելու ձևը կամ եղանակը, որը պետք է բարոյապես արդարացված լինի: Հաճախ պրակտիկայում լարվածություն

¹ Тищенко П.Д. Новая этика для новой медицины. – Медицинское право и этика, 2000, № 1, с.4-17.

² Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений// Вопросы философии. 1994.№3.С. 67-72.

Ե առաջացնում ո՛չ այնքան բուռն ճշմարտության մատուցումը, որքան դրա իրականացման ձևը, ոճը¹:

Դիտարկենք թեկուզ հպանցիկ բիոէթիկայի տեսական հիմքերը:

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

Սոկրատեսի Եթիկայի հիմնական սկզբունքը բարեպաշտության և գիտելիքի միասնությունն է: Նրա կարծիքով բարեպաշտությունը որպես բարոյականության աղբյուր, ենթակա է խորագնին ուսումնասիրման: Ըստ Սոկրատեսի մարդու վարքը պետք է լինի բանական և խելամիտ: Եվ չնայած զգացմունքը, բնագոյները հաճախավելի առաջ են ընկնում, սակայն բանականությունն ի գործ է կառավարելու մարդու կամքը, զսպելու կրքերն ու բնագոյան մղումները²:

Չե տևաբար, բարոյականությունը որոշվում է նրանով, թե որքանով է մարդուն հաջողվում վերահսկել իր բնական վիճակը, մղումներն ու բնագոյները³:

Ըստ Սոկրատեսի մարդկանց նեղ, անձնական շահերն ու նպատակները պետք է ենթարկվեն ընդհանուր և բարձրագույն մի նպատակի, որն էլ հենց գերագույն բարիքն է: Սոկրատեսի անձնական ողբերգությունը վկայում է, որ մեծ մտածողը ապրել է իր հայացքներին համապատասխան: Դատարանի վճռով նրան մեղադրում էին, որ խախտել է պետության օրենքները և այլ ասերել երիտասարդներին՝ մղելով ազատախոհության (ինչպիսի՜ «հանդգնություն» մղել ազատախոհության, ազատամտության): Չայտնի է, որ Սոկրատեսը նախընտրել է ոչ թե փրկվել փախուստով, այլ ինքնակամ թույլ ընդունել: Այս օրինակը

¹ Группман Дж. Как думают доктора? Почему врачи ошибаются, и как пациент может спасти себя, задавая им правильные вопросы/Дж. Группман; пер. с англ. С. Г. Чернецова. М.: Эксмо, 2008. - 320 с.

² Сократ. Платон. Аристотель. Сенека. -М., .- 1995.-стр. 67-78

³ Гусейнов А.А., Апресян Р.Г. Этика, М.-2000.

ցույց է տալիս, որ հասարակության բարոյական վերականգման համար բավարարչե առաքինությունների մասին քարոզ կարգալը:

Անտիկ դարաշրջանի փիլիսոփա Պլատոն (մ.թ.ա. 427-347) իր էթիկական ուսմունքում պնդում էր, որ միայն վեհ գաղափարներով ոգեշնչված և գործունե կյանքը հասարակության մեջ կարող է նպաստել առաքինության հաստատմանը: Առաքինությունը կարգուկանոնի ու հոգու ներդաշնակությունն է:

Ըստ Պլատոնի առաքինի մարդը պետք է լինի իմաստուն, խիզախ (արի), արդարամիտ (ուղղամիտ) և կարողանա տիրապետել ինքն իրեն: Յետևելով իր ուսուցչին՝ Սոկրատեսին, Պլատոնը գտնում է, որ մարդու բարձրագույն բարոյական պարտքը հոգու հանդեպ մտահոգությունն է, այսինքն՝ նրամաքրումը: Իսկ դահնարավոր է զգայական կյանքից վերկանգնելու և հոգևորի մեջ կենտրոնանալու ճանապարհով: Սակայն մաքրման այդ միստիկական ուղին, ըստ Պլատոնի, ոչ թե ճգնավորությունն է, այլ իմացությունը նվիրվելը: Ուստի իմացությունը ոչ միայն ճանաչողական գործունեությունն է, այլ և բարոյական ինքնակատարելագործման միջոց, որովհետև նրանով կարելի է ձգտել իմաստություն, որն ինքնին արդեն առաքինությունն է¹:

Ի դեպ, Յիպոկրատեսն իր «Բժշկի մասին» աշխատության մեջ պնդում է, որ բժիշկը պետք է բոլոր հանգամանքներում արդար լինի, քանի որ բոլոր գործերում էլ, առավել ևս բժշկական պրակտիկայում, արդարամտությունն է պետք: Արդարության սկզբունքը կարևորվում է թե համամարդկային և թե բժշկական առումներով²:

Անտիկ աշխարհի բարոյագիտական փիլիսոփայական մտքի մյուս ներկայացուցիչն Արիստոտելն է (մ.թ.ա. 384-322թթ.)³: Արիստոտելը «Նիկոմախի էթիկա», «Մեծ էթիկա», «Էթիկա» աշխատություններում առաջարկել է սովորույթները, բարքն ու վարքը, բարոյականությունն ուսումնասիրող գիտությունն անվանել էթիկա (հուն. Ετος – սովորույթ, խառնվածք, բարոյականություն բնավորություն):

Ըստ Արիստոտելի բարոյագիտության առանձնահատկությունն այն է, որ մարդուն զինում է շրջակա աշխարհի ու նրանում ապրող մարդկանց վրա ազդելու մեթոդներով և միջոցներով: Դահնարավոր է դառնում, եթե մարդկանց մոտ ձևավորվում են պատկերացումներ

¹ Платон Сочинения // В 3-х т. Главная редакция социально-экономической литературы. М.- 1968-1970.- 424стр.

² Гиппократ. Избранные книги.- М.: с. 87-88.-1994

³ Аристотель. Соч. т.4. М.: 1983.

պարտքի, բարու և չարի իդեալների մասին: Ի դեպ, պատահական չէ, որ դեոնթոլոգիա տերմինը ծագում է հունարեն deontos բառից, որը նշանակում է պարտադիր, իսկ դեոնթոլոգիան ուսմունք է պարտադիրի, պարտքի, պարտադրականության մասին: Ինքը՝ էթիկան, ուսմունք է մարդու կոչման ու կյանքի իմաստի, բարոյական սկզբունքների ու վարքի նորմերի մասին:

Սուկրատեսը մարդու բանականության նկատմամբ անսահման հավատ ուներ և այդ դիրքերից ինչ-որ չափով թեթևացնում կամ անտեսում էր մարդկային կրքերը: Այսինքն, Նրա կարծիքով, եթե մարդ հասկացա՛վ, ճիշտ էլ կվարվի: Մինչդեռ Արիստոտելը տեղ էր տալ իսնան կրքերին, չէր բացարձակացնում բանականության դերը մարդու կյանքում: Նրա կարծիքով բարոյականության էության ճանաչմանը միշտ չէ, որ հետևում է բարեպաշտած արարքներ գործելու ցանկությունը: Դրա համար անհրաժեշտ է բարոյական կայունություն, բարոյական սկզբունքայնություն, այսպես ասած, հուզական-կամային համոզվածություն: Նրա կարծիքով իսկական բարիքը այն բարիքն է, որն իրագործված է մարդու գործողություններում ու արարքներում: Այս տեսակետը հանգեցրեց նրան, որ էթիկայի մեջ սկսեցին տարբերակել բարոյագիտությանը վերաբերող տեսական և գործնական հարցերը¹:

Անկասկած, գործնական բազմաթիվ խնդիրներ են ծագում նաև հիվանդի բուժման պրակտիկայում, և բժշկի մեծությունը կախված է դրանք առավել արդյունավետ և ռեզուլտուն և նախկին հիվանդից: Չպետք է մոռանալ, որ ինքը Արիստոտելը, ինչպես անտիկ բուրքի փիլիսոփաները, նաև բժիշկ է եղել:

Վերլուծելով էթիկական հասկացությունները՝ Արիստոտելը խոսում է ոսկե միջինի մասին և մասնավորապես նշում, որ, օրինակ, ողջամտությունը զգայական սանձարձակության և անզգայականության միջինն է: Յավասարակշռվածությունը բարկացկոտության և զգայական բթության միջինն է: Առատաձեռնությունը շռայլության և գծուծության միջինն է: Ազնվությունը պարծենկոտության և ստրկամիտ հնազանդության միջինն է: Արիստոտելը վերլուծում է այնպիսի հատկանիշներ, ինչպիսիք են համեստությունը, իմաստնությունը, խելամտությունը, հնարամտությունը, կարգիչությունը, հումորի

¹ David M., Truth as the Epistemic Goal in "Knowledge Truth and Duty: Essays on Epistemic justification, Responsibility and Virtue". Ed Setup M. Oxford University Press, 2001, pp. 151-169.

զգացու մը և այլն: Արիստոտելը դիպուկ կերպով նկատել է, որ «թեկուզ բարոյականութունը կախված է գիտելիքներից, այնուամենայնիվ, այն արմատավորված է բարի կամքի մեջ»: Մի բան է իմանալ, թե ո՞րն է լավը և ո՞րը վատը, մեկ այլ բան է լավ արարքների գործելու ձգտումը:

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

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

Բժշկի առաքելության բարոյաշունչ հարցերն իրենց ամփոփ արտահայտությունն ու մարմնավորումն են ստացել «Յիպոկրատեսի» երդման մեջ: Նկատենք, որ այդ երդումը ժամանակին տալիս էին ասկլեպիադների հռչակավոր դպրոցի շրջանավարտները, որի հիմնադիրը համարվում էր բժշկության աստված Ասկլեպիոսը: Ամենահայտնի շրջանավարտներից էր Յիպոկրատեսու երկրորդ Մեծն Կոսացին, որը ծնվել է մ.թ.ա. 460 թ. և, ըստ որոշ տվյալների, ապրել է 104 տարի: Կարելի է ասել, որ Յիպոկրատեսու երդումը բժշկությամբ զբաղվող մարդկանց բարոյական կոդեքսն է: Բժշկապետը պատգամել է. «Որտեղ սերն է մարդկանց հանդեպ, այնտեղ և սերն է քո արվեստի նկատմամբ»: Հնարավոր է պատկերացնել մեկին, որ իր մասնագիտությունը չսիրելով, մարդասեր, հումանիստ չլինելով, ուզում է մարդ բուժել: Իհարկե ոչ, քանի որ մարդ բուժելը ոչ թե արհեստ կամ նույնիսկ արվեստ է, այլ ծանր խաչ, շնորհ, աստվածատուր պարգև:

Մեկ այլ առիթով Յիպոկրատեսը գրել է. «Որտուն էլ մտնեմ, ես այնտեղ կմտնեմ հիվանդի օգտի համար՝ հեռու լինելով ամեն մի կանխակալությունից, անարդարությունից և վնասարարությունից»: Այսօրվա բժշկության առանցքը կազմող «բուժել հիվանդին և ոչ թե հի-

վանդուկությունը» արտահայտությունը նույնպես վերագրվում է Յիսուսին:

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

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

Ինչպիսի՞ն պետք է լինի բժիշկը: Ըստ Ամասիացու, խելացի, պարտքի զգացումով լի, հնազանդ, խորհրդատու, խրատատու, աղքատասեր, ողորմած, հավատարիմ, աստվածապաշտ ու մաքուր մարդ:

Յարկ Է նշել, որ հայ միջնադարյան մշակույթում կարևոր տեղ է հանկացվել նաև բժշկի մասնագիտական խախտումների հարցերին: Նշվել են պատժամիջոցներ ոչ միայն կանխամտածված ու ակամա, այլև սգիտության պատճառով կատարված հանցագործությունների համար:

Բժշկական Էթիկայի, դեոնոթոլոգիայի, կյանքի և մահվան հարցերին անդրադարձել է VI դարի հայ նշանավոր փիլիսոփա Դավիթ Անհաղթը¹:

Անդրադառնալով բժշկական մտքի վրա կրոնադավանաբանական ուսմունքների ազդեցության հարցին ցանկանում ենք, թեկուզ հպանցիկ շեշտել բուդդիզմի դերը Էթիկական գաղափարների զարգացման գործում:² Յայ տնի Է, որ բուդդիզմի հիմնադիրը Սիդհարթհա Գաուտաման Է, որը հայ տնի Է Բուդդա Շաքյա-Մուսի անունով (մ.թ.ա. 622-543 թթ.):

¹ Դավիթ Անհաղթ Երկասիրությունը // Բնագրերը և առաջաբանը Ս. Արևշատյանի, Երևան, 1980թ.

² Герман Гессе, Сидхардха, М., 1990.

Նրա քարոզած ուսմունքը հիմնվում էր չորս առաքինության ունենրի վրա, որոնցից գլխավորը սերն է:

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

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

Անտիկ աշխարհի բժշկագիտական գաղափարները և քրիստոնեության կրոնաբարոյական արժեքները արդեն 11-12 դարերում եվրոպայում կյանքի կոչեցին բժշկական առաջին դպրոցները, համալսարաններում բացվեցին բժշկական ֆակուլտետներ: Բժշկական կրթությանն ու պրակտիկային համընթաց սկսեց զարգանալ էթիկական, իրավական միտքը: Գրվեցին բժշկական էթիկայի առաջին դասագրքերը, եվրոպական տարբեր երկրներում բժշկական օրենսդրության հիմքերը դրվեցին:

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

Փիլիսոփայության մեջ այս մոտեցումը հայտնի է ուտիլիտարիզմ (օգտապաշտություն) անունով: Ուտիլիտարիզմը՝ որպես փիլիսոփայական ուղղություն և էթիկական ուսմունք, հիմնավոր քննադատության ենթարկվեց շոտլանդացի փիլիսոփա Դավիթ Յոունի (1711-1776) և գերմանական դասական փիլիսոփայության հիմնադիր Ի. Կանտի (1724-1804) կողմից: Ըստ Կանտի, մեր խիղճն է մեզ հուշում, թե ինչն է լավը և ինչը վատը: Մենք պետք է լսենք միայն մեր խղճի ձայնին:

Ըստ Ի. Կանտի մարդաբանական կարևոր սկզբունքներից մեկն այն է, որ մարդը ձգտում է իր համար օրենք ստեղծել և առանց որևէ արտաքին պարտադրանքի պայքարել այդ օրենքի գոյություն համար: Այդ հատկությունը Կանտը անվանում է «բարոյական ինքնավարություն»: «Ինքնավարությունը» – գրում է նա, - մարդու և ցանկացած բանական էակի արժանապատվության հիմքն է»: ¹

Դ. Յյունը ժխտում է էթիկայի զուտ ուտիլիտար, օգտապաշտական բնույթը: Ուսումնասիրելով էթիկայի շարժիչ ուժերը՝ Յյունը գալիս է այն հետևություն, որ բարոյագիտությունը համակրանքի ու կարեկցանքի խնդիր է: «Բնությունը, – պնդում է Յյունը, – մեզ օժտել է ուրիշին կարեկցելու ունակությամբ: Դրանով բնությունը մեզ պարտավորեցրել է ուրիշի ուրախությունը, հոգսերն ու տառապանքներն ընդունել, ինչպես մեր սեփականը: Պետք է ուրիշի ցավը զգանք, ինչպես մե՛ր ցավը»:

Յիրավի, ժամանակը չէ՞ արդյոք, որ բուրքս հասկանանք ու գիտակցենք, որ երկիր մոլորակը և նրա վրա ապրող մարդիկ անկախ կրոնից, հավատքից, դավանանքից, կուսակցական, սեռային կամ այլ պատկանելությունից մեկ մարմին են, և եթե մարմնի մի օրգանը, բջիջը հիվանդանում է, ապա մյուս մասը կամ ողջ մարմինն առողջ լինել չի կարող: Այդպես էլ, եթե մոլորակի մի մասում (երկիր, տարածք, քաղաք և այլն) դժբախտություն է պատահում, ծագում պատերազմ կամ աղետ, առավել ևս մարդկային ողբերգություն, ապա չպետք է մտածել, որ դա մեզ չի վերաբերում: Մեզանից յուրաքանչյուրը պետք է հավատացած լինի, որ մենք բուրքս մեկ ամբողջություն ենք և, հետևաբար, կամ միասին պետք է առողջանանք և առաջ շարժվենք, կամ հիվանդանանք ու դոփենք տեղում:

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

¹ Кант И. Основы метафизики нравственности / И. Кант. М. : Изд-во «Мысль», 1999. - 1472 с. - (Классическая философская мысль).

Հիրավի, սա ապացույցն է այն բանի, որ բարեպաշտ մարդը կամ ազգը չի կարող իրեն լիովին երջանիկ և լիարժեք զգալ, երբ կողքի մարդը հայ տնվել է դժբախտության, առավել ևս՝ ողբերգության մեջ: Հարյուր տարի անց Շվեյցարիայի հայությանը շնորհակալ ազիր է ներկայացնում Շվեյցարիայի կառավարությանն այն մասին, որ 1897թ. մարտի 4-ին Շվեյցարիայի ժողովուրդը բողոքի ձայն էր բարձրացրել Արևմտյան Հայաստանում հայերի կոտորածների և, ընդհանրապես, թուրքական պետության որդեգրած հայահալած քաղաքականության դեմ: Սա բարոյական բարձր արժեքներով առաջնորդվելու մի օրինակ էր, որ ցուցաբերեց Շվեյցարիայի ժողովուրդը, որին երախտիքով պատասխանեցին տեղի հայերը:¹

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

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

Բարոյագիտական իր ուրույն հայացքներով առանձնանում է Նոբելյան մրցանակի դափնեկիր Ալբերտ Շվեյցերը (1875-1965): Մեծ հումանիստը աչքի է ընկել ոչ միայն իր տեսական յուրօրինակ եզրահանգումներով, այլև բարոյաշունչ կյանքով և մեծ ազդեցություն է ունեցել իր ժամանակակիցների վրա:²

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

Նացույց է տվել, թե ինչպես են հիմնովին խախտվել ժամանակակից քաղաքակրթության բարոյական արժեքները, և թե ինչպես է անհատը

¹ Շնորհալիե պարբերական, ժն, 1997 մարտ, ապրիլ, էջ 17

² Բարձրագույն կրթությունն ստացել է Ստրասբուրգի, Բեռլինի և Փարիզի համալսարաններում: 1899թ. պաշտպանել է դոկտորական ատենախոսություն «Կանտի կրոնի փիլիսոփայությունը» թեմայով: 1906թ. սկսել է ուսումնասիրել բժշկություն իրեն նախապատրաստելով քարոզչական գործունեության: 1913թ. պաշտպանել է դոկտորական ատենախոսությունը և ստացել բժշկության դոկտորի գիտական աստիճան, այնուհետև մեկնել է Գաբոն (Հյուսիսային Աֆրիկա): Այստեղ Լամբարեն գյուղում իր միջոցներով բորոտների համար կառուցել է հոսպիտալ: Իր գործունեության համար 1932թ. արժանացել է Գյոթեի անվան մրցանակի, իսկ 1952-ին՝ խաղաղության համար Նոբելյան մրցանակի:

հայ տնվել կապանքների մեջ: Անհատը անազատ է, և դրա պատճառներից մեկը բանական իրականության մասին հեգելյան բանաձևն է: Պայքարելով Յեգելի, նրա պանլոգիզմի դեմ Շվեյցերն ավելի է մոտենում Սյորեն Կյերկեգորի էկզիստենցիալ իստական հայացքներին, որոնց կենտրոնում տվյալ տանքներով, անիմաստ ու անհեթեթ կյանքով ապրող մարդն է՝ զրկված բարոյական և կրոնական հենասյուներից:

Շվեյցերը կոչ էր անում վճռականապես հրաժարվել բանականության ստրկությունից և հենվել կյանքի նկատմամբ ակտիվ ու պատասխանատու վերաբերմունքի վրա. «Մենք այլևս չպետք է կյանքի հանդեպ մեր հայացքներն արտածենք աշխարհի մասին գիտելիքներից: Իմ գիտելիքներն ունեն վատատեսական բնույթ, սակայն իմ կամքը և իմ հույսն ունի լավատեսական բնույթ»¹:

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

«Բարին ծառայում է կյանքի պահպանմանն ու զարգացմանը, չարը՝ ինչը կործանում է կյանքը կամ արգելակում այն»²: «Յուրաքանչյուր մարդու գոյությունը, - պնդում է Շվեյցերը, - սերտորեն կապված է ուրիշ մարդկանց հետ: Այդ պատճառով մարդը չի կարող լինել օտար ուրիշ մարդու համար: Յուրաքանչյուր ոք պետք է մտածի ուրիշ մարդ-

¹ Швейцер А. Благоговение перед жизнью, -М. 1992, стр. 62-71

² Швейцер А. Культура и этика. -М., 1973.

կանց մասին և պետք է հարցնի. Արդյոք ես ունե՞մ իրավունք քաղել ու բոլոր այն պտուղները, ինչին կարող է հասնել ձեռքս»:

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

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

Նագտնում է, որ «ամեն մի առանձին դեպքում մենք ինքներս պետք է վճռենք, թե ինչ չափով ենք ցանկանում կամ կարող բարոյական լինել, և որքանով մենք պետք է ենթարկվենք վնաս հասցնելու անհրաժեշտությանը»: Ըստ Շվեյցերի, բարոյականությունն անսահման պատասխանատվությունն է այն ամենի համար, ինչն ապրում է: Շվեյցերը սիրում էր կրկնել, որ մարդուն կփրկի հավատը, հույսը և սերը: Նոր Կտակարանի՝ սիրո օրհներգից վերհիշում էր հետևյալ տողերը. «Եվ եթե մարգարեություն անելու շնորհ ունենամ և գիտենամ բոլոր խորհուրդներն ու ամբողջ գիտությունը, և եթե ունենամ ամբողջ հավատքը, ուժը մինչև իսկ լեռները տեղափոխելու, բայց սեր չունենամ, ոչի՛նչ եմ»: ¹ Մեծ մտածողի հումանիստական հայացքները այսօր էլ հրատապ են հնչում, քանի որ դրանց կենտրոնում մարդկային անհատի տառապանքն ու ճակատագիրն է:

Այսպիսով, բիոէթիկայի առարկան ձևավորվում է միջգիտակարգային տարածքում, որի կենտրոնում մարդու կյանքի և առողջության հիմնախնդիրն է՝ դիտարկված արժեքական ենթատեքստում: Բիոէթիկայի մեջ կենսաբժշկական պրոբլեմատիկան գործիքային դեր է կատարում:

Բիոէթիկայի որոշիչ կատեգորիան «մարդկային կյանքի արժեքն է»: Տարբեր փիլիսոփայական, գիտական, կրոնական հարացույցների շրջանակներում գոյություն ունեն կյանքի բազմաթիվ մեկնաբանություններ: Բիոէթիկայում կյանքի և՛ սոցիալական, և՛ կենսաբանական մեկնաբանությունները հավասարժեք նշանակություն

¹ Швейцер А. Благоговение перед жизнью, -М. 1992

ուև են և կարող են պահանջարկված լինել այս կամ այն ենթատեքստային դաշտում: Մարդկային կյանքի արժեքի փիլիսոփայական վերլուծությունը կարևորվում է բիոէթիկայի համար:

Բիոէթիկայի կարևոր կատեգորիաներից է «մարդու առողջության արժեքը»: Չուտ բժշկական հասկացությունից, որը բնութագրում է բացառապես ֆիզիոլոգիական կատեգորիաներով, առողջությունն այսօր փոխակերպվել է սոցիալական հասկացության, որն իր սեմանտիկական դաշտի մեջ ներառել է սոցիոլոգիայի, սոցիալական հոգեբանության, փիլիսոփայության և անգամ կրոնի կատեգորիաները: Հետևաբար, միջգիտակարգայնությունը որոշում է բիոէթիկայի հասկացական ապարատի առանձնահատկությունը, որը ձևավորում է հասկացություններ, որոնք փոխառնված են տարբեր գիտություններից:

2.2. Բիոէթիկայի պատմական մոդելները

Մարդկության պատմության ընթացքում ձևավորվել ու իրար փոխարինել ու են եկել էթիկական ամենատարբեր սկզբունքներ, որոնք գործել են բժշկության զարգացման բոլոր ժամանակաշրջաններում: Տարբեր պատմական դարաշրջաններում կարևորվել են որոշակի էթիկական (երբեմն էլ իրավական) մոդելներ, սկզբունքներ, որոնք ընկած են ժամանակակից բիոէթիկայի հիմքում:

Հիպոկրատեսի մոդելը՝ «Մի՛ վնասիր» Noli nocere.

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

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

Հաճախ «մի վնասիր» սկզբունքը համարում են Հիպոկրատեսի բժշկական բարոյականության էությունը, սակայն իրականում նրա

աշխատության մեջ այդպիսի դրույթ չկա: Հիպոկրատեսի երդման մեջ ասվում է. «Ես իմ ուժերի և հասկացողության համապատասխան կուղղեմ հիվանդների ասրելակարգը (ռեժիմը) իրենց օգտին ձեռնպահ մնալով ամեն տեսակի վնաս և անարդարություն և պատճառելուց»:

Ուշադրության է արժանի Հիպոկրատեսի երդման առաջին կետը, որը խոսում է այն մասին, որ իր ուսուցչին պետք է հարգել այնպես, ինչպես իր ծնողին:

Հիպոկրատեսի երդումը վերաբերում է ոչ միայն բժիշկ-հիվանդ հարաբերություններում բժշկի պարտականություններին, այլ և բժշկի բարոյական կերպարի ձևավորմանը. երախտագիտությունը, շնորհակալությունը պետք է հատուկ լինեն բժշկին: Հիպոկրատեսն այդ կերպով երդվել է տալիս բժշկին՝ հարգել գիտելիք տվող ուսուցչին՝ ծնողին հավասար: Որովհետև ծնողը քեզ կյանք է տալիս, իսկ ուսուցիչը՝ գիտելիքներ, որով կարողանաս կյանքդ ապահովել:

Տարբերակում են վնասի հետևյալ ձևերը՝

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

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

3. Վնաս, որը հասցվել է տգիտության, չիմացության, պաշտած գիտելիքներ չունենալու, սակայն սեփական անձի, մասնագիտական գիտելիքների մասին մեծ կարծիք ունենալու պատճառով:

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

Այն հայտ է, որ վնասի այս տարատեսակներից յուրաքանչյուրը յուրովի է գնահատվում:

Ինչ վերաբերում է առաջինին՝ օգնության ուն չցուցաբերելուն, այստեղ որոշ դեպքերում մենք գործ կունենանք օրինախախտման հետ: Հետևաբար, այսպիսի իրավիճակներում խնդիրը ոչ այնքան բարոյական է, որքան իրավական: Ենթադրենք հերթապահ բժիշկը չի կատարում այն գործողությունները, որոնք պարտավոր է կիրառել տվյալ հիվանդի նկատմամբ: Այդ դեպքում նա պատասխանատվություն է կրում նախ իր պարտականությունները չկատարելու փաստի առկայության պատճառով և երկրորդ այն հետևանքների համար, որոնք առաջ են եկել նրա անգործությունից: Ընդ որում պատասխանատվությունը կարող է ինչ-որ չափով թուլանալ, օրինակ՝ այն դեպքում, երբ բժիշկը ստիպված է եղել ծախել իր ուժերն ու ժամանակը մեկ այլ, առավել ծանր վիճակում

գտնվող հիվանդին օգնություն ցուցաբերելիս: Այլ հարց է, երբ բժիշկն իր ծառայողական պարտականությունները չի կատարում: Գեղարվեստական գրականության մեջ, ֆիլմերում հաճախ ներկայացվում է այնպիսի իրավիճակ, երբ գնացքում կամ ինքնաթիռում անհետաձգելի բժշկական միջամտության անհրաժեշտություն է առաջանում և անձնակազմը դիմում է ուղևորներին մոտավորապես այսպես. - Եթե ձեր շարքերում բժիշկ կա, խնդրում ենք ձեր օգնությունը:

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

Երկրորդ տեսակն այն վնասն է, որը հասցվել է անբարեխղճության կամ դիտավորության պատճառով (այսինքն իր պարտականությունները ոչ պատշաճ կատարելու հետևանքով, ենթադրենք բժիշկը դիտավորյալ կամ ծուլանալու, ալարելու պատճառով չի կատարել տվյալ դեպքում անհրաժեշտ որևէ գործողություն (պրոցեդուրա): Այս խնդիրը նույնպես ավելի շուտ իրավաբանական, քան էթիկական հարց է, սակայն, անշուշտ, անվերապահորեն արժանի է բարոյական դատապարտման: ¹

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

Վերջապես, նշված չորրորդ տեսակն օբյեկտիվորեն անհրաժեշտ վնասն է: Առաջին հայացքից այսպիսի վնասի մասին հարցադրումը տարօրինակ է թվում, չէ՞ որ հիվանդը դիմում է բժշկին օգնություն

¹ Բիոէթիկայի նորմերն ու սկզբունքները, տեղեկացված համաձայնություն, Բիոէթիկային վերաբերող օրենսդրական ակտերը և նորմերը, Երևան, 2004 (ՀՀԲՁԸ):

ստանալ ու ակնկալ իքով, օրինակ ցավից ազատվել ու համար, և ի՞նչ օբյեկտիվորեն անհրաժեշտ վնասի մասին կարող է խոսք լինել: Սակայն ավելի ուշադիր քննել ու դեպքում պարզվում է, որ հիվանդի ամեն մի այցելությունն բժշկին, այս կամ այն չափով վնաս է կրում հիվանդի համար: Եթե այս իրավիճակին նայենք հիվանդի տեսակյունից, ապա կարելի է տեսնել վնասի ամենատարբեր տեսակներ: Սկսենք նրանից, որ բժիշկը, հիվանդին որոշակի ռեժիմ (ապրելակարգ) նշանակելով, արդեն իսկ նրան վնաս է հասցնում՝ որոշակիորեն, իսկ երբեմն նաև էականորեն սահմանափակելով նրա ազատությունը:

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

Սի կողմից, հիվանդից տեղեկություններ թաքցնելով, բժիշկը վնաս է հասցնում հիվանդին, որովհետև, նախ, ոտնահարում է հիվանդի՝ իր հիվանդության մասին ճշմարտությունն իմանալու իրավունքը, ապակողմնորոշում է մարդուն (գուցե հիվանդը իմանալով իր անբուժելի հիվանդության և իր մոտալուտ մահվան մասին շուտափույթ կտակ գրելու կամ որոշակի գործողություններ կատարելու ցանկություն ունենար, սակայն բժշկից չստանալով ճշմարիտ տեղեկություն՝ նա ապակողմնորոշվում է և վնաս հասցնում թե՛ իրեն, թե՛ շրջապատին):

Մյուս կողմից՝ վնաս կարելի է հասցնել և այն դեպքում, երբ հիվանդին տրվում է ճշմարիտ, բայց վիատեցնող տեղեկություն իր առողջական վիճակի մասին, առավել ևս, երբ դա արվում է սառը, դաժան ձևով, առանց հաշվի առնելու նրա հոգեկան վիճակը, տարիքը, սեռը, հոգեկերտվածքը և այլն:¹

Հիվանդին վնաս է հասցվում նաև այն դեպքում, երբ բժիշկը անհրաժեշտ տեղեկություններ հայտնում է հիվանդին այլ անձանց ներկայությամբ կամ ընդհանրապես հիվանդի մասին տարածում է տեղեկություն այլ մարդկանց շրջանում (խախտում է բժշկական գաղտնիքի կանոնը):

Իզուր չի ասվում, որ որոշ մարդկանց համար ավելի հեշտ է լեզվի տակ այրվող ածուխ պահել, քան ուրիշի գաղտնիքը: Ընդհանրապես, տեղեկության տարածումը բժշկական գաղտնիքը պաշտպանող օրենքի

¹ Mason J. K., Laurie G. T. Law and Medical Ethics, Oxford, 2006, pp. 16-22.

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

Նշված բոլոր դեպքերում խոսքը ոչ թե ֆիզիկական, այլ բարոյական վնասի մասին է: Սակայն բուժումը կարող է իր մեջ ներառել ցավոտ գործողություններ և ստացվում է, որ բժիշկը (իհարկե, բարի նպատակով, հիվանդության բուժման համար) հիվանդին ֆիզիկական ցավ է պատճառում: Որոշ իրավիճակներում բժիշկը ստիպված է լինում ավելի լուրջ վնաս հասցնել հիվանդին, որը նրան հաշմանդամ է դարձնում: (Վերջապես, հնարավոր է այնպիսի տարբերակ, երբ հիվանդը տառապում է մահացու, անբուժելի հիվանդությամբ, որը ուղեկցվում է ծանր ցավերով, և ոմանց կարծիքով հիվանդի համար արագ և անցավ մահն ավելի փոքր չարիք է, քան բժշկի օգնությամբ ծանր և անհույս չարչարանքների շարունակումը)¹:

Այն հայտ է, որ եթե «նախև առաջ մի՛ վնասիր» սկզբունքը հասկանալ մեխանիկորեն, այսինքն բառ առ բառ, ընդհանրապես խուսափիր որևէ վնաս պատճառելուց, բժիշկը պետք է հրաժարվի որևէ միջամտությունից: Սակայն, իհարկե, սկզբունքի իմաստը դա չէ: Ի տարբերություն վնասի վերը նշված առաջին երեք տարատեսակների, որոնցից կարելի է և անհրաժեշտ է խուսափել, տվյալ դեպքում խոսքը այնպիսի վնասի մասին է, որն անխուսափելի է, քանի դեռ ենթադրվում է, որ հիվանդը բժշկից օգնություն պետք է ստանա: Այստեղ կարևոր է հետևյալը.²

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

- Գործողությունների ընտրված տարբերակը պետք է լինի ամենաարդյունավետը:

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

¹ Ролз Дж. Теория справедливости (Пер. с англ.) – Новосибирск. - 1995.-стр. 28-35.

² Բիոէթիկայի նորմերն ու սկզբունքները, տեղեկացված համաձայնություն, Բիոէթիկային վերաբերող օրենսդրական ակտերը և նորմերը, Երևան, 2004 (ՀՀԲԶԸ):

Թեկուզև այս մեկ սկզբունքի համառոտ քննարկումից ակնհայտ է, որ բարոյական ընտրության դեպքերը բժշկի գործունեության մեջ ինչ-որ յուրահատուկ և հազվադեպ բնույթ չեն կրում, այլ հակառակը, նրամամենօրյա աշխատանքի անբաժանելի մասն են:

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

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

2. Ֆրեյդը պատերնալ իզմը (հայրապաշտություն) քննադատելով, մի կողմից շեշտում է բուժման գործընթացում բժշկի անմիջական ներառնվածության «բուժական» բնույթը, մյուս կողմից խոսում է բժշկի հոգեկան և հուզական պաշտպանվածության նպատակով բուժման գործընթացի առավել ազույն անանձնականացման մասին:¹

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

Պարացելսը շեշտում է, որ բժշկի ուժը նրա սրտում է: Նա իր գործունեության մեջ պետք է դեկալարվի Աստծո օրենքներով, լուսավորվի բանականության ու խղճի լույսով, փորձառությամբ, իսկ դեղամիջոցի կարևորագույն հիմքը սերն է Աստծո և մարդու նկատմամբ:

¹ Չղումը քստ՝ Витч, Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений / Р. Витч // Вопросы философии. 1994. - № 3. - С. 67-72.

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

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

Երբեմն այս սկզբունքի իմաստը բացատրվում է այնպիսի բառերի օգնությամբ, ինչպիսիք են բարերարությունը, բարեգործությունը, գթասրտությունը, մարդասիրությունը:¹

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

Բայց ակնհայտ է, որ ոչ միայն խելամիտ է, այլև անբարո է մարդուց այս աստիճանի ինքնագոհություն պահանջելը: Այդ է պատճառը, որ երբեմն «գործիր բարիք» սկզբունքն ընկալվում է որպես բարոյական իդեալ, այլ ոչ թե բարոյական պարտավորություն: Ստացվում է, որ թեպետ այս սկզբունքին հետևելը արժանի է հավանության, սակայն չի կարելի անբարոյական համարել և դատապարտել նրան, ով հրաժարվում է նման բարիք գործելուց: Այսպես, բավական լուրջ հարց է առաջանում՝ կարելի՞ է արդյոք և, եթե կարելի

¹ Мишаткина Т.В. Биомедицинская этика, Минск, МГУ им. Сахарова, стр. 48-55.-2003.

Է, ո՞ր դեպքերում պետք է խոսել բարիք գործելու պարտականության մասին: Օրինակ կարո՞ղ ենք մենք պահանջել մեկից, ով վատլողորդ է, որ նետվի փրկելու ափից 50-100 մետր հեռավորության վրա խեղդվող մարդուն: Այս և շատ ուրիշ հարցերի պատասխանը ստանալու համար առաջարկվում է հետևյալ սխեման՝ ոմն «X»-ը բարիք գործելու պարտավորություն ունի մեկ այլ «Y»-ը մարդու հանդեպ, եթե և միայն եթե առկա են հետևյալ պայմանները (ի դեպ «X»-ը տեղյակ է դրա մասին «Y»-ին սպառնում է մեծ վտանգ): Սպառնալիքի վերացման համար անհրաժեշտ են «X»-ի գործողությունները (միայնակ կամ ուրիշների հետմիասին):¹

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

Ընդհանրապես, դժվար է պատկերացնել որևէ կոնկրետ բժշկի, առավել ևս առողջապահության միամբողջ համակարգ, որի խնդիրը լինի միայն հիվանդներին վնաս չհասցնելը:

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

«Գործիր բարիք» սկզբունքի հետ առնչություն ունի նաև այն հարցը, թե ո՞վ է որոշում կատարվելիք բարիքի բովանդակությունը: Բժշկական պրակտիկայի բազմադարյան ավանդույթը խոսում է այն մասին, որ յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում բժիշկն է միայն որոշում, թե հիվանդի համար որն է առավել օգտակար և ընդունելի: Այս մոտեցումն ընդունված է անվանել պատերնալիստական (լատիներեն pater-հայր), քանի որ բժիշկը հանդես է գալիս հոր դերում, որը ոչ միայն հոգում է իր հիվանդի՝ «ոչ խելացի երեխայի» օգուտի մասին, այլ և ինքնուրույն որոշում է, թե որն է այդ բարիքը:²

¹ Բիոէթիկայի նորմերն ու սկզբունքները, տեղեկացված համաձայնություն, Բիոէթիկային վերաբերող օրենսդրական ակտերը և նորմերը, Երևան, 2004 (ՀՀԲԶԸ):

² Лоун Б. Утерянное искусство врачевания / Б. Лоун. Пер. с англ. Е. Незлобиной. М.: КРОН-ПРЕСС, 1998.-367с.

Բժշկական պատերնալ իզմը ենթադրում է, որ բժիշկը հիվանդի բուժման, տեղեկացման, խորհրդատվության և բուժման միջոցների ընտրության հարցում կարող է հենվել միայն սեփական դատողությունների և գործընկերների խորհրդատվության վրա: Յետևաբար, ըստ պատերնալ իստների, արդարացված է կամ հիվանդներին հակադրվելը, ձևացնելը, ստելը կամ տեղեկությունների թաքցնելը և այլն, քանի դեռ դաարվում է իշահիվանդի առողջության:

Պատերնալ իզմը համաշխարհային առողջապահության մեջ գերիշխել է և մազաչափ կասկած չի հարուցել հիվանդների շրջանում մինչև անցյալ դարի կեսերը: Իսկ այդ ընթացքում սկիզբ առած կտրուկ, անգամ թռիչքաձև նահանջը պայմանավորված էր միշտ քառնառներով, բնակչության գրագիտության աճը, տեղեկացվածությունը, զարգացման աստիճանը և այն բանի գիտակցումը, որ հասարակության մեջ համագոյակցում են արժեքների տարբեր համակարգեր: Յետևաբար, բժշկի արժևորումները և նրա պատկերացումները հիվանդի օգուտի մասին կարող են տարբերվել սեփական օգուտի մասին հիվանդի պատկերացումներից:

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

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

Դեռևս տղոգիական մոդելի կոնկրետ օրինակ է վիրաբուժական դեռևս տղոգիան: Վիրաբույժ Ն. Պետրովն իր «Վիրաբուժական դեռևս տղոգիայի հարցեր» գրքում ձևակերպել է հետևյալ կանոնները¹.

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

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

¹ Мещерякова Т.В. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре / Т.В. Мещерякова // Высшее образование в России. - 2009. - № 10- с. 94-99.

Հիվանդի հոգեկան հանգստության համար անհրաժեշտ է, որ վիրաբույժը հիվանդին այցելի ոչ միայն վիրահատության նախորդ օրը կամ վիրահատության օրը, այլև վիրահատությունից հետո»: Այս երրորդ մոդելն այլ կերպ անվանում են հիվանդի ինքնուրույնության, ինքնավարության (ավտոնոմիայի) նկատմամբ հարգանքի մոդել: Ի տարբերություն նախորդների այս սկզբունքը միայն վերջերս է դարձել բիոէթիկայի հիմնական սկզբունքներից մեկը¹:

Ինքնուրույնության (ավտոնոմիայի) հասկացությունն ամենակարևորներից է, քանի որ միայն ինքնուրույն անձը կարող է կատարել ազատ ընտրություն: Գործողությունը կարելի է համարել ինքնուրույն միայն այն դեպքում, երբ այն իրականացնողը գործում է՝

- կանխամտածված, այսինքն սեփական որոշակի ծրագրի համապատասխան,

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

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

Այս սկզբունքը չի սահմանափակվում ինքնուրույնության (ավտոնոմիայի) ճանաչումով: Այն ենթադրում է ավելին. հիվանդի կատարած ընտրությունը, ինչքան էլ տարբերվի բժշկի ընտրությունից, որոշիչ է բժշկի հետագա գործողությունների համար: Նա, ով տվյալ մարդուն դիտում է միայն որպես միջոց իր նպատակներին հասնելու համար, անկախ նրա նպատակներից, ցանկություններից, մտադրությունն-

¹ Биоэтика: междисциплинарные стратегии и приоритеты / Я.С. Яскевич, Б.Г. Юдин, С.Д. Денисов и др.; под ред. Я.С. Яскевич. Минск: БГЭУ, 2007. - 225 с.

ներից և ձգտումներից, սահմանափակում է այդ մարդու ազատությունը և մերժում նրա ինքնորոշումը: Դրանից, իհարկե, չի հետևում, որ հիվանդին շրջապատողները երբեք իրավունք չունեն խոչընդոտելու նրա ինքնուրույն գործողությունները: Այստեղ էականն այն է, որ ամեն դեպքում ինքնուրույնության սահմանափակումը պետք է հիմնավորվի մյուս սկզբունքներով: Այլ կերպասած, այս սկզբունքը երբեք և ոչ մի պայմաններում չպետք է էականորեն խախտվի:¹

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

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

Բժշկական էթիկայի արդարության սկզբունքը բիոէթիկայի մեջ կարելի է ձևակերպել այսպես՝ յուրաքանչյուրը պետք է ստանա այն, ինչ իրեն հասնում է: «Յուրաքանչյուրը» այս դեպքում վերաբերում է թե՛ առանձին մարդուն, թե՛ մի խումբ մարդկանց՝ առանձնացված այս կամ այն հիմունքով: Ի տարբերություն նախորդների այս սկզբունքը նախատեսված է այնպիսի դեպքերում կողմնորոշվելու համար, երբ մեր գնահատականները, որոշումները կամ գործողությունները ազդում են ոչ թե ինչ-որ մեկի, այլ տարբեր մարդկանց կամ սոցիալական տարբեր խմբերի վրա:²

Այս դեպքում առաջացող հիմնական խնդիրը կարիքավորների (կամ հակառակը գումար ծախսողների, հովանավորների) որակական հատկանիշներն են, որ պետք է հաշվի առնվեն: Այլ կերպասած խնդիրն այն է, թե ո՞րը պետք է լինի բաշխման չափանիշը: Բնական է, այս խնդիրն առաջանում է այն դեպքում, երբ միջոցները քանակի առումով սահմանափակ են: Հիմնական բարդությունը սահմանափակ միջոցների բաշխման ժամանակ յուրաքանչյուրին հասանելի քչափաբաժինն է:

¹ Миненков Г. Концепт идентичности: перспективы определения (часть I) / Г. Миненков. Режим доступа: <http://www.belintellectuals.eu/publications/174/> (дата обращения: 09.09.2012)

² Tony Hope, Medical Ethics, Oxford, 2004.p. 38-41

Առաջինը և ամենապարզը հավասարության չափանիշն է. յուրաքանչյուրը պետք է ստանահավասար չափով: Խնդիրը, սակայն, այն է, որ հաճախ բաշխող միջոցը (դակարող է լինել, ինչ-որ դեղամիջոց կամ մասնագիտացված հիվանդանոցում բուժվելու հնարավորություն) ինչ-որ մեկին կարող է ընդհանրապես պետք չէ, այն դեպքում, երբ մյուսի համար կենսական անհրաժեշտություն է, իսկ հասանելիք բաժինը հավասար բաշխման ժամանակ ոչ բավականաչափ: Ուրեմն այսպիսի բաշխումը օգտակար և ցանկալի չէ ոչ առաջինին և ոչ էլ երկրորդին: Հաշվի առնելով դա նպատակահարմար է ընտրել կարիքի չափանիշը: Սակայն այստեղ ևս խնդիր է առաջանում, քանի որ նույն կարիքը մեկի մոտ առաջանում է քմահաճույքից կամ նախանձից, մինչդեռ մյուսի համար դա կենսական անհրաժեշտություն է¹: Բաշխման խնդիրը մնում է չլուծված: Այդ պատճառով էլ հարկ է լրացուցիչ պայման ավելացնել: Հնարավոր է նման տարբերակ, ոչ թե բոլոր կարիքների բավարարում, այլ միայն խելամիտ և առաջին հերթին կենսական կարևորություն ունեցող կարիքների բավարարում: Այստեղ ևս հարցեր են առաջանում՝ ո՞վ և ինչպե՞ս է սահմանազատելու կարիքների խելամիտ սահմանը անբանականից, կամ ոչ կարևոր կենսականից:

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

Փիլիսոփայական երկխոսությունը հանգուցային դեր է խաղում բիոէթիկայի սկզբունքների, հիմնախնդիրների ըմբռնման մեջ: Մարդկային խոսքը բազմազան գործառույթներից զատ ոչ միայն հաղորդակցման, շփման, այլ և կառավարման միջոց է: Ընդ որում՝ դալեզվի և խոսքի հնագույն գործառույթն է, քանի որ առանց դրա մարդկանց համատեղ կենսագործունեությունն անհնար է: Իբրև կառավարման միջոց՝ խոսքը չի զիջում մյուս միջոցների ներուժին, ավելին՝ պատշաճ գործածվելիս՝ միջանձնային խոսքային ազդեցությունը

¹ Уильяме Дж. Р. Руководство по медицинской этике / Дж. Р. Уильяме. Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г.Юдина, Л.А. Михайлова; пер. с англ. Булыгиной Т.В., Васильевой Л.Л. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 128 с.

կարող է բազմապատկել կառավարման մյուս միջոցների ազդեցությունը:¹

Խոսքի գործադրումը կարևոր է նաև բժշկի գործունեության բոլոր հիմնական միջոցների համար՝ հորդորի, համոզման և հիմնավորման: Սակայն հատկապես հիմնավորումը բժշկից պահանջում է ավելի մեծ հմտություն, քան հորդորելն ու համոզելը: Նա պետք է կարողանալ սել հիվանդին:

Լսել և առավել ևս՝ իրար լսել իմանալ կարողանալը մարդու մեծ առավելություններից է: Առավել ևս՝ իրար լսելով, իրար օգնելով, ներդաշնակություն ստեղծել, համագործակցել: Շատ արդյունավետ է և լավագույն արդյունքն առկա է:²

Եվ այսպես, բժիշկը նախ և առաջ պետք է լսել կարողանա, պետք է լինի համակ ուշադրություն, պետք է տրամադրվի և դիմացինին տրամադրի երկխոսության, պետք է կարողանա վարել երկխոսությունը, տեղյակ պետք է լինի փաստարկման հիմունքներին ու կարողանա տեղին կիրառել փաստարկման տարբեր եղանակները:

Հիմնավորումն է արդյունավետ դարձնում բժիշկ-հիվանդ կապերի միջնորդավորման այդ հզոր միջոցը՝ մարդկային խոսքը: Եվ հատկապես հիմնավորման մեթոդն է ապահովում հաղորդակցման շիտակ երկխոսայնությունը: Հորդորի (առավել ևս) հրամանի կառավարչական ուժն ամենից առաջ խոսողի դիրքի ընդգծումն է, ոչ թե ինքնին խոսքը՝ կառուցվածքը, տրամաբանությունը, ոճական հնարքները և այլն:

Դրանք ավելի են կարևորվում համոզման դեպքում, սակայն մեթոդի ազդեցությունը ի վերջո պայմանավորված է խոսողի բարեհաճության, սիրահոժարության, բարյացակամության այլ և այլ դրսևորումներով:

Եթե բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների տեխնիկական մոդելի դեպքում բժիշկը վերածվում է բարոյական արժեքներից զուրկ փականագործի կամ խառատի, իսկ սրբագործվածության մոդելի (կիրառման) դեպքում բժշկի բարոյական հեղինակությունն այնպես է ազդում հիվանդի վրա, որ ճնշում է նրա ազատությունն ու ինքնորոշումը (այստեղ գործում են հորդորն ու համոզումը), ապա գործակցային մոդելի դեպքում թվում է, թե հաղթահարվում են վերոնշյալ հակասությունները, և հիվանդն ու բժիշկը մեկը մյուսի

¹ Միրզոյան Վ. Կառավարման փիլիսոփայություն, Երևան, 2010:

² Դավթյան Ա.Հ. Հովհաննես Չեքիջյան // Երևան, 2000.- 208 էջ:

մեջ տեսնում են գործընկերոջ: Նրանցից ամեն մեկը ձգտում է ընդհանուր նպատակի՝ վերացնել հիվանդությունը և պահպանել հիվանդի առողջությունը: Բժիշկը հիվանդի ոչ թե «կառավարիչն է», թելադրողը, հորդորողը, առավել ևս՝ հրամայող-պարտադրողը, այլ գործընկերը:

Անհրաժեշտ է ստեղծել այնպիսի մոդել, որը կհամապատասխանի կոնկրետ կենսապայմաններին և բարոյականության ոլորտում բժիշկ-հիվանդ իրավահավասար գործունեության ռեալ հնարավորություններին: Եթե հրամանը, հորդորն ու համոզումը միակողմանի ներգործություն են՝ մենախոսություն, ապա հիմնավորման պարագայում կողմերը հանդես են գալիս իբրև խոսքի գործադրման հավասարազոր գործակալներ: Այդ պարագայում (հիմնավորման դեպքում է) միայն հնարավոր տեսակետների համար-րումը, վերլուծությունը, փորձարկումն ու հակախատարկումը, այսինքն՝ «երկխոսություն» բառի ամենալայն ու ստույգ իմաստով:

Բժշկական պրակտիկայի բազմադարյան ավանդույթը վկայում է այն մասին, որ յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների կառավարողը բժիշկն է եղել: Միայն բժիշկը: Նա՛ է որոշել, թե հիվանդի համար ո՛րն է ավելի օգտակար և ընդունելի: Նրա որոշումը քննարկման առարկա չի եղել հիվանդի կողմից: Հիվանդն անտրտուև չէ, աներկբայ որ են կատարել է բժշկի ասածները, ճիշտ այնպես, ինչպես օրինավոր զավակը լսում, ենթարկվում ու կատարում է հոր ասածները: Իզուր չեն կոչել այս մոտեցումը պատերնալ իստական (լատ.՝ pater – հայր), քանի որ բժիշկը հանդես է գալիս հոր դերում, որը ոչ միայն հոգում է իր հիվանդի՝ «իր երեխայի» օգուտի մասին, այլ և ինքն է որոշում, թե որն է այդ բարիքն ու օգուտը¹:

Բժշկական պատերնալ իզմը ենթադրում է, որ բժիշկը հիվանդի բուժման, տեղեկացման, խորհրդատվության և բուժման միջոցների ընտրության հարցում կարող է հենվել միայն սեփական դատողությունների և գործընկերների խորհրդի վրա: Հետևաբար, ըստ պատերնալ իստների, արդարացված է կա՛մ հիվանդներին հակադրվելը, ձևացնելը, ստելը կա՛մ տեղեկությունները թաքցնելը և այլն, քանի դեռ արվում է իշահ հիվանդի առողջության²:

¹ Wyatt J. Medical paternalism and the fetus / J. Wyatt // Journal of Medical Ethics. 2001. - V. 27 - pp15-20. Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/27/suppl2/ii15> (дата обращения: 25.05.2009).

² Трубецков А.Д. Медицинский нарратив: ограничение возможностей биоэтики. Режим доступа: <http://biospace.nw.ru/bioethics/3/be6.htm> (дата обращения: 07.05.2008).

Խոսքային հաղորդակցությունն ունի շատ տեսակներ՝ գործարար գրույց, բանակցություն, քննարկում, բանավեճ, հարցաքննություն, դատավորություն, հաղորդավարություն, որոնք այլ բան չեն, քան կողմերի մրցակցություն, որտեղ ի ցույց են դրվում նրանց հաղորդակցվելու կարողությունները, բաղդատվում են նրանց փաստարկելու ունակությունները: Եվ հաղթող է դուրս գալիս ոչ թե բոլորից խելոքը, գիտունը, տեղեկացվածն ու խորագետը, տիտղոսավորը կամ հմայիչը, արդարամիտը կամ ողջախոհը: Ո՛չ, այլ նա, ով գիտի իր խոսքը հիմնավորել, գիտի փաստարկել. եթե՝ այո, ապա ինչու՞, եթե՝ ոչ, նորից ապահինչու՞: Ո՞րն է փաստարկումը:

Բժիշկ-հիվանդ հարաբերություններում երկխոսության մեջ մտնելու պայմաններից մեկը փաստարկման արվեստին տիրապետելն է:¹

Տարբեր բնագավառներ կարգավորող վարքականոնների ձևակերպումը բնութագրական է արդի քաղաքակրթությունների համար, արտահայտում է մի կողմից՝ համընդհանուր կարգավորվածության միտումը, մյուս կողմից՝ հանրության պահանջկոտությունը գործարարների, պետական և քաղաքական գործիչների, բուժաշխատողների բարոյական և սոցիալական պատասխանատվության հանդեպ: Հասկացության բովանդակային ձևակերպումները սեղմ բնորոշում են, թե կառավարողը (մեր պարագայում՝ բուժաշխատողը, բժիշկը) իշխանություն գործադրելիս՝ որպես սեփական կամքի իրականացում, ինչպես է հաշվի առնում և համարում հետադարձ կապը՝ կառավարվողների վերաբերմունքի և վարքագծի առանձնահատկությունները: Տարբեր մասնագիտությունների համար վարքականոնների արդյունավետ գործադրման մեթոդաբանական ապահովումը հնարավոր է սոցիալ-փիլիսոփայական համակողմանի հետազոտությունների շնորհիվ:

Ըստ բժշկական էթիկայի առողջության պահպանումը յուրաքանչյուր մարդու անկապտելի իրավունքն է: Չպետք է այդ իրավունքը համարել սահմանափակ թվով մարդկանց մենաշնորհ: Սակայն, ցավոք, միշտ չէ, որ բժշկությունն ընթացել է այս ուղիով: Ավելին, այսօր էլ առողջապահական համակարգը հաճախ չի ղեկավարվում առողջության պահպանման ժողովրդավարական սկզբունքներով: Սակայն վերոհիշյալ իրավունքը որպես բարոյական

¹Группман Дж. Как думают доктора? Почему врачи ошибаются, и как пациент может спасти себя, задавая им правильные вопросы (пер. С. Г. Чернецова). – М.: 2003, с.201.

համընդհանուր պահանջ, գնալով ավելի լայն հասարակական ճանաչում է ձեռք բերում:

Ցավալի է, սակայն փաստ, որ, այդուհանդերձ, այսօր էլ, ընդհուպ մինչև 21-րդ դարի առաջին տարիները սեփական առողջության պահպանման խնդիրը շատ-շատերի համար մնում է դեռևս անիրագործելի շռայլություն:

Ժամանակակից բժշկության մեջ գոյություն ունեն բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների բազմապիսի տիպեր: Ամերիկացի հետազոտող Թ. Ռիչն առանձնացնում է չորս հիմնական տիպ՝ ճարտարագիտական, պատերնալիստական, գործակցային և պայմանագրային¹:

Ճարտարագիտական մոդելի համառոտում բժիշկը հիվանդին վերաբերվում է որպես մի «անդեմ մեխանիզմի»: Բուժել նշանակում է վերացնել այդ մեխանիզմի անսարքությունը, որը պայմանավորված է ներքին կամ արտաքին գործոններով: Բժշկական գործունեությունը որպես օբյեկտիվ գիտական գիտելիքի գործնական կիրառման բնագավառ, պետք է «բարու և չարից անդին» գտնվի: Հիվանդի համար բարիք է, եթե վերականգնվի նրա առողջությունը, որը նկարագրվում է որպես բիո-քիմիական ցուցանիշների, զարկերակային ճնշման, ռենտգենագրության և այլ, այսպես կոչված, օբյեկտիվ ցուցանիշերի միագումար: Ըստ Ռիչի ճարտարագիտական մոդելը հենվում է գիտական գիտելիքի բնույթի հնացած ընկալման վրա: Փիլիսոփայական և էթիկական տեսանկյունից նման մոդելը, կամ, որ նույնն է, մոտեցումը խիստ խոցելի է, քանի որ հիվանդին դիտում է որպես անշունչ առարկա, յուրօրինակ անդեմ մեխանիզմ:

Ինչպես համոզիչ ցույց է տալիս ժամանակակից փիլիսոփայությունը, օբյեկտիվ գիտելիքի մեջ ներառնված են՝ գիտնականի կողմից միգուցե չգիտակցված, սակայն առկա, գործող անձնական, խմբային շահեր, որոշակի բարոյական նախապատվություններ: Գիտությունը բոլորովին էլ չեզոք չէ: Հերոսիման, նացիստական ճամբարներում «գիտական» փորձարկումները, այսպես ասած գիտափորձերը, ինչպես նաև խորհրդային գենետիկայի զարգացման ողբերգական փորձն աներկբայորեն վկայում են, որ գիտության և

¹ Rice T. Individual autonomy and state involvement in health care // Journal of Medical Ethics. 2001. - V. 27. - P. 240-244. Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/27/4/240> (дата обращения: 02.08.2007).

առավել ևս բնագիտության բնագավառում բարոյական սկզբունքներն, իհարկե, երկրորդական լինել չեն կարող¹:

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

Գիտնականը չի կարող գերծմնալ համամարդկային արժեքներից: Նա կատարում է բարոյական ընտրություն, երբ որոշում է հետազոտության նպատակը, վիճակագրական տվյալների հավաստիության աստիճանը և այլն: Այդօրինակ ընտրությունն անհնար է առանց որոշակի արժեհամակարգի: Այն, թե որն է «ամենակարևորը», «արժեքավորը», պահանջում է մշտական ընտրություն: Առավել ևս ճշմարիտ է այս դատողությունը կիրառական գիտությունների, մասնավորապես փորձարարական բժշկության համար²:

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

Տեխնիկական մոդելի հանդեպ բարոյական արհամարհանքը, որը բժշկին վերածում է սեփական բարոյական արժեքներից զուրկ ինժեների, հանգեցնում է մեկ այլ ծայրահեղության բժշկին «շնորհելով» քահանայական կարգավիճակ: «Բժիշկ-հիվանդ» փոխարարությունն նման մոդելը ստացել է պատերնալ իզմի կամ «սրբագործվածություն մոդել» անվանումը: Պատերնալ իզմը բառացիորեն նշանակում է «հայրական հովանավորչություն»: Բժշկական պատերնալ իզմը

¹ Կենսաէթիկայի ներածություն, Ներսեսովայի Լ.Ս. Խաչատրյանի, Զ.Ա. Մկրտչյանի Ս.Ա. Խմբագրությամբ, Երևան, 2012թ.
² Летов О.В. Уважение целостности субъекта как принцип биоэтики / О. В. Летов // Вопросы философии. 2008. - № 7. - С. 106-114.

խախտում է հիվանդների ազատ կամքի և տեղեկացված լինելու իրավունքները:

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

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

Բժշկական սոցիոլոգիային նվիրված գրականության մեջ հաճախ կրոնական կերպարներն օգտագործվում են «բժիշկ-հիվանդ» հարաբերությունները բնութագրելու համար ծնողի ու զավակի կերպարների նմանությամբ: Այս պարագայում հիվանդը զրկվում է ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու հնարավորությունից և պատասխանատվության ողջ բեռն ընկնում է բժշկի վրա: Դրանով սրբագործվածության մոդելը, փաստորեն, նվազագույնի է հասցնում բարոյական մյուս բոլոր սկզբունքները: Բժիշկը հայտնվում է երկակի վիճակում՝ համաձայնե՞լ մասնագիտական էթիկայի սկզբունքների հետ, թե՞ հետևել հասարակության մեջ գործառու բարքերին ու արժեքային պատկերացումներին¹:

Նկատենք, որ որոշ բարոյագետներ գտնում են, որ հիվանդին օգնելը և նրան վնաս չպատճառելը տարբեր սկզբունքներ են, որոնցից առավել կարևորը վերջինն է:

Բարոյական արժեքների թվում առանձնանում է անձնական ազատության պաշտպանության սկզբունքը: Թե բժշկի և թե հիվանդի անձնական ազատությունը պետք է օրենքով պաշտպանվի, եթե նույնիսկ թվում է, թե այն կարող է ինչ-որ վնաս հասցնել կողմերից որևէ մեկին: Ոչ մի առանձին խմբի կարծիք այս հարցում վճռական նշանակություն չի կարող ունենալ² Է

¹ Юдин Б.Г. Основные этические принципы биоэтики и биоправа // Вопросы философии. 2003. - С. 80-83.

² Покуленко Т.А. Принцип информированного согласия: вызов патернализму / Т. А. Покуленко // Вопросы философии. 1994. - № 3. - С. 73-76.

Կարևորվում է նաև մարդու արժանապատվության պահպանման սկզբունքը: Բոլոր մարդկանց իրավահավասարությունը ենթադրում է, որ նրանցից յուրաքանչյուրն օժտված է մարդկային հիմնական արժանիքներով: Ընտրության ազատությունը, սեփական կյանքն ու մարմինը տնօրինելու ունակությունը նպաստում են մարդկային արժանապատվության պահպանմանը:

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

Բժշկական պրակտիկայից հայտնի է, որ հիվանդին հոսպիտալացնելու, բժշկական օգնություն ցույց տալու և խնամելու ընթացքում, երբ առավելապես գործ ունենք ծանր հիվանդի հետ, մարդկային արժանապատվության համար կարող է սպառնալիք ստեղծվել: Ֆիզիկապես քայքայված մարդուն, ում կյանքը պահպանվում է արհեստական միջոցներով, դժվար է պահպանել սեփական արժանապատվությունը: Այս առումով զարմանալի չէ, որ շատ-շատերը գերադասում են վերադառնալ հայրենի տուն և այնտեղ կնքել իրենց մահկանացուն: Չէ՞ որ հարազատ միջավայրում (եթե միջավայրն իրոք այդպիսին է) նրանք ձեռք են բերում լրացուցիչ ուժ և արժանապատվության զգացում:

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

Մեր հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ մարդկային շփումների այս հիմքերն այսօր լրջորեն վտանգվում են հիվանդին «մի վնասիր» սկզբունքի միակողմանի ըմբռնման պատճառով: Սա ավելի նշանակալի հիմնախնդիր է, քան թվում է առաջին հայացքից: Հետևաբար, խնդիրը չի հանգում սոսկ նրան, թե արժե՞ արդյոք չարորակ ուռուցք ունեցող հիվանդին ասել ճշմարտությունը: Հիմնախնդիրը ծագում է արդեն այն ժամանակ, երբ կարմրուկով հիվանդ երեխային պատվաստելիս ասում են, որ «պատվաստումը նրան ոչ մի վնաս չի պատճառի», կամ ուսանող-բժշկին հիվանդանոցում ներկայացնում են որպես

«բժիշկ»։ Բոլոր այս դեպքերը կարելի է ներկայացնել որպես հիվանդին վնաս պատճառելու ցխուսափելու եղանակներ։¹

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

Տեխնիկական մոդելի դեպքում բժիշկը վերածվում է բարոյական արժեքներից զուրկ փականագործի կամ խառատի։ Սրբագործվածության մոդելի կիրառման դեպքում բժշկի բարոյական հեղինակությունն այնպես է ազդում հիվանդի վրա, որ ճնշում է նրա ազատությունն ու ինքնորոշումը²։

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

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

Սոցիալական հարաբերությունների *պայմանագրային* մոդելը հիմնված է պայմանագրի կամ փոխհամաձայնության վրա։ Սակայն այս դեպքում «պայմանագիր» հասկացությունը չունի զուտ իրավաբանական իմաստ։ Այն պետք է հասկանալ խորհրդապաշտական, սիմվոլիկ իմաստով, որպես ավանդական, կրոնական կամ ամուսնական յուրօրինակ երդում, պայմանավորվածություն։ Պայմանագրի դեպքում կողմերը գործում են փոխադարձ պարտավորությունների և փոխադարձ օգուտ ստանալու ակնկալիքների հիման վրա։ Սակայն պարտավորություններն ու

¹ Ղավթյան Ա.Յ. Բիոէթիկայի ներածություն, Երևան, 2012, էջ 36-42։

² Tony Hope, Medical Ethics, Oxford, 2004.

օգուտը, եթե նույնիսկ հստակ են ձևակերպված, ունեն իրենց սահմանները:

Ազատության, անձնական արժանապատվության, ազնվության, խոստումը կատարելու և արդարության հիմնական սկզբունքներն անհրաժեշտ պայման են պայմանագրային մոդելի համար: Պայմանագրային մոդելի հիմքը փոխվստահության ունեն է: Սոցիալական աջակցությունը կապված է տվյալ փոխգործողության օրինականացման հետ, որն ապահովում է պայմանագրային պարտավորությունների անշեղ կատարումը¹:

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

Պայմանագիրը կնքելիս երկկողմանի համոզմունք կա, որ կողմերն ունեն բարոյական, շիտակ, ազնիվ նկարագիր, որ չեն փորձի մեկը մյուսին շրջանցել կամ ապակողմնորոշել^{2,3}:

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

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

¹ Mason J. K., Laurie G. T. Law and Medical Ethics, Oxford, 2006. - 776pp.

² Келли М. Границы ответственности пациента // Бюллетень сибирской медицины. Том 5. - № 5. - 2006. - С. 67-78.

³ Юдин Б.Г. Основные этические принципы европейской биоэтики и биоправа. - Вопросы философии, 2003, № 5, с.80-83.

Այնպես որ, բժշկական արակտիկայ ու մ ավելի հաճախ գործ ու ն ենք խառը (էկլ եկտիկ) մոդել ների հետ:

2.3. Բժշկի պարտավորությունները և հիվանդի իրավունքները

Հիվանդն ունի իր նկատմամբ նրբանկատ և հարգալից վերաբերմունքի անժխտելի իրավունք: Սպասարկող բժշկից նա իրավունք ունի տեղեկություն ստանալու իր հիվանդության պատրոշման, բուժման և հիվանդության հնարավոր ընթացքի վերաբերյալ:

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

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

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

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

Այսպես, օրինակ, բուլորի կողմից ընդունված բուժման գործողություններից, ընթացակարգերից հրաժարվելու իրավունք:

Այսօր, երբ հիվանդը դիմում է բուժքրոջը, սովորաբար, նրանից լսում է. «Մի անհանգստացեք, դահամընդհանուր ընթացակարգ է»: Պատասխանից ակնհայտ է դառնում, որ ցանկացած բուժման գործողությունն թույլատրելի է միայն այն դեպքում, եթե այն իսկապես անհրաժեշտ է հիվանդին, և եթե հիվանդը դրա հետ համաձայն է, անկախ այն բանից դա բուլորի կողմից ընդունված ընթացակարգ է, թե՞ ոչ:

Հիվանդության պատմությանն ազատ տեղեկանալու իրավունքը: Չնայած այս իրավունքն ամրագրված է օրենքների, որոշումների և հրահանգների մեջ, բուժանձնակազմը հաճախ հավանություն է չի տալ իսկ նրանց, ովքեր ձգտում են իրենց իրավունքներն իրացնել: Օրվա ցանկացած պահին հիվանդին տեսակցելու իրավունք: Այն տեղեկություններն ստանալու իրավունքը, որն անհրաժեշտ է հիվանդին՝ իրազեկված համաձայնություն տալու համար: Հիվանդը պետք է իրավունք ունենա հավաստի տեղեկություններ ստանալու բժշկական այն աշխատակազմի մասնագիտական որակավորման մասին, որն իրականացնում է բժշկական գործողությունը: (Ամեն հիվանդ է, որ կցանկանա հայտնվել փորձարարական ճագարի դերում):

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

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

Բուժքրոջ վիճակը բավական հակասական է. նա պարտավոր է ոչ միայն «լավ» սպասարկել հիվանդին, այլ նաև կատարել բժշկի ցուցումները (պահպանել կարգապահությունը): Դժվար վիճակում է հայտնվում բուժքույրը, երբ պարզվում է, որ բժիշկը անտեսում է հիվանդի ընտրելու իրավունքը: Բժիշկը և բուժքույրը կոչված են ապահովելու հիվանդի բժշկական սպասարկումը, բուժքույրը պետք է գործի հիվանդի շահերի օգտին: Երբ ստանում է ոչ ճիշտ ցուցումներ, բուժքույրը դրանք չկատարելու բարոյական իրավունք ունի, չնայած, որ դա նրա համար կարող է ունենալ անցանկալի հետևանքներ (օրինակ, կարող է ենթարկվել վարչական տույժի կամ հեռացվել աշխատանքից):

Այս հարցը գործնականում իր լուծումը դեռևս չի ստացել: Բացառված չեն դեպքերը, երբ փորձառու բուժքրոջ մասնագիտական պատրաստվածության մակարդակը բարձր է բուժող բժշկի մասնագիտական պատրաստվածության մակարդակից: Բուժքույրերը, սովորաբար ավելի լավ են ճանաչում իրենց հիվանդներին, քան բուժող բժիշկները, և նրանց հետգտնվում են ավելի սերտ շփման մեջ: Սակայն գործնականում ոչ բոլոր դեպքերում են բուժքույրերը համարձակվում գործել այնպես, ինչպես թելադրում է իրենց մարդկային խիղճը¹:

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

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

¹ Medical Ethics. A. Guide for Health Professionals.-Rock-ville, Maryland.-1988

խախտումների մասին, որպեսզի նրանք իրենց կանխարգելիչ և, փաստորեն, հոգուտհիվանդի կատարած քայլերի համար տույժ չկրեն:

«... Միջին բուժաշխատողի և, առաջին հերթին, բուժքրոջ խոսքի նշանակությունը մեծ է... Յենց միայն բուժքույր հասկացությունը (նախկինում կոչվել է գթություն քույր) արդեն խոսում է այն մասին, որ այդ բուժաշխատողը պետք է քույրական հոգատարություն, գթություն և ցուցաբերի հիվանդի նկատմամբ»: Այս առիթով հարկ է նշել «Բժշկական գաղտնիք» հասկացության հետևյալ ասպեկտի՝

1) հիվանդի վերաբերյալ ստացված տեղեկությունները չտարածելու և

2) հիվանդության անբարեհաջող ընթացքի վերաբերյալ տեղեկություններն իրեն՝ հիվանդին, չհայտնելու մասին: Բժշկական գաղտնիքի այս երկու կողմերն էլ ունեն իրենց առանձնահատուկ իմաստն ու բովանդակությունը և մեկնաբանվում են յուրովի: Քննարկենք դրանց մասին առանձին-առանձին:

Շրջապատում հիվանդի վերաբերյալ տեղեկությունների հրապարակումը լրջորեն խոչընդոտում է բժշկի ու հիվանդի միջև անկեղծ, իսկական բարեկամական հարաբերությունների հաստատմանը, որ չափազանց կարևոր է, իսկ հաճախ նույնիսկ անհրաժեշտ արդյունավետ բուժում անցկացնելու համար: Բժշկական գաղտնիքի պահպանումը հետապնդում է նաև այլ նպատակ:¹

Հիվանդը, հաստատ համոզված լինելով, որ բժիշկը չի հրապարակի, չի տարածի իրենից ստացած տեղեկությունները, առավել լրիվ և հավաստի տեղեկություններ կհայտնի բժշկին իր կյանքի ու հիվանդության մասին. մի բան, որ ճիշտ ախտորոշման և հետևապես լիարժեք բուժման գլխավոր երաշխիքներից մեկն է:

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

Այսպես, օրինակ երբեք չի կարելի շրջապատին հայտնել, որ տվյալ անհատն անցյալում հիվանդ է եղել վեներական հիվանդությամբ, որ բուժվել է հոգեբուժական հիվանդանոցում: Կանանց համար որպես

¹ Դավթյան Ա.Յ. Գիտատեխնիկական առաջընթացի հետևանքների բիոէթիկական ուսումնասիրության հիմնահարցեր, ԵՊԲՀ Գիտաժողովի նյութեր, Երևան, 2012:

բժշկական գաղտնիք կարող են դիտվել \$ալ ոփյան փողերի հատման, արգանդի հեռացման, աբորտների, ամլ ության, իսկ տղամարդկանց համար՝ սեռական անկարողության հետկապված տեղեկությունները:

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

Քիչ չեն դեպքերը, երբ բժիշկները հիվանդանոցի միջանցքում կամ օրդինատորների սենյակում բարձրաձայն խոսում են այս կամ այն հիվանդի մասին՝ շոշափելով նրա կյանքի զանազան մանրամասները: Եվ ահա բժշկական գաղտնիքը դառնում է ոչ միայն մյուս բժիշկների, այլ նաև շրջակա հիվանդների սեփականությունը:¹

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

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

¹ Mason J.K., Laurie G. T. Law and Medical Ethics, Oxford, 2006.

Այս պիսով, խոսքի կուլտուրան՝ գսպլածոթյունը, ինքնատիրապետումը, խոսքի ու վարվելակերպի նկատմամբ ինքնահսկողությունը ոչ միայն կարևոր էթիկական չափանիշներ են բուժաշխատողի համար, այլև միաժամանակ բժշկական գաղտնիքը պահելու կարևոր գործոններ¹:

Սակայն, առանձին դեպքերում տեղեկությունները գաղտնի պահելով, բժիշկը կարող է լուրջ վնաս հասցնել հասարակությանը:² Բժշկական գաղտնիքը չպետք է պահպանվի մարմնական ծանր վնասվածքների, աբորտի, բռնաբարության և այլ հակահասարակական արարքների պարագայում, որոնց դեպքում պահանջվում է հետաքննություն անցկացնել՝ մեղավոր անձանց իրավական պատասխանատվության ենթարկելու նպատակով:

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

Եթե հիվանդի բժշկական գաղտնիքի պահպանումն անմիջականորեն չի շոշափում հասարակության շահերը, ապա նման դեպքերում պետք է բացարձակապես ղեկավարվել հիվանդի շահերով: Բժիշկն այստեղ պետք է ցուցաբերի խիստ անհատական մոտեցում: Հաշվի պետք է առնվի հիվանդի ինտելեկտուալ մակարդակը, հոգեկան, տարիքային, սեռային առանձնահատկությունները և այլն, իսկ ամենագըլ խավոր և վճռորոշ գործոնն, անկասկած, հիվանդության ախտորոշումն է: Եթե կանխատեսումը բարեհույս է, ինչ խոսք, հիվանդին պետք է ճշմարիտ տեղեկություններ տալ իր հիվանդության վերաբերյալ: Այդ մասին իմանալով հիվանդը կարող է ավելի ակտիվ և լիահույս աջակցել բժշկին և դառնալ նրա օգնականը բուժման հարցում:

Հիվանդն իր վիճակի մասին պետք է տեղեկանա միայն այն սահմաններում, որը կօգնի և ոչ թե կխանգարի բուժմանը, քանի որ նա ոչ միայն բուժման պասիվ օբյեկտ է, այլև բուժման գործընթացի ակտիվ

¹ Комаров Ф.И., Лопухин Ю.М. Права человека и биомедицинская этика. Клиническая медицина, 1998, № 4, с.4-6.
² Мещерякова Т.В. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре / Т.В. Мещерякова // Высшее образование в России. -2009. -№ 10.-С. 94-99.

մասնակից: Սակայն նույնիսկ հիվանդության բարեհաջող ընթացքի դեպքում որոշ տեղեկություններ պետք է գաղտնի պահվեն հիվանդից, օրինակ, լաբարատոր հետազոտության տվյալները, հիպերտոնիկ հիվանդների շրջանում արյան ճնշման մակարդակի տատանումները և այլն: Ամերիկացի սրտաբան Վիլսոնը նշում է, որ հիվանդներին էլեկտրասրտագրության (ԷԿԳ) ոչ ցանկալի տվյալները հայտնելը կարող է լուրջ վնաս հասցնել մարդկանց առողջությանը:

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

Եթե ծայրահեղ ծանր ու անհույս հիվանդը դիմում է բժշկին, թախանձագին խնդրում ասել ճշմարտությունը նյութական կամ գույքային որոշ հանձնարարություններ անելու համար, հմուտ բժիշկը չպետք է կտրականապես մերժի նրա խնդրանքը: Նման դեպքերում, անպայման ընդգծելով հիվանդության բարեհաջող ելքը, բժիշկը կարող է ասել. «Եթե շատ քիչ ցանկանում, տվեք Ձեր հանձնարարությունները»: Այսպիսի պատասխանը ողջամիտ է և տրամաբանված: Հայտնի է, որ մենամարտից հետո մահացու վերք ստացած Ա.Ս. Պուշկինը թախանձագին խնդրում էր բժիշկ Արենդտին ասել ճշմարտությունը: Արենդտն ասաց ճշմարտությունը: Դանկատելիորեն ծանրացրեց հիվանդի վիճակը, թեև մեռնող բանաստեղծի մոտևս տած մյուս բժիշկը՝ Դալը, մինչև վերջին շունչը մխիթարում էր նրան. «Քանի շնչում եք, հուսով եմք: Հույսը մի կորցրեք»:

Հետազոտությունները պարզել են, որ ուռուցքաբանական բուժիմնարկներում բուժվող հիվանդների ճնշող մեծամասնությունը համոզված է, որ իրենք քաղցկեղով հիվանդ չեն, այլ միայն կասկածներ կան: Հենց այդ պատճառով էլ նրանց տեղավորել են տվյալ հիվանդանոց՝ համապատասխան հետազոտություններ անցկացնելու համար:

Օնկոլոգիական հիվանդների այս լավատեսությունը բժիշկները պարտավոր են ըստամենայնի ամրապնդել և ոչ թե անդամալուծել¹:

Բժշկական գաղտնիքի պահպանման հարցն էլ ավելի է դժվարանում, երբ հիվանդը մասնագիտությամբ բժիշկ է²: Ինչքան որ դժվար է բուժել հիվանդ բժշկին, կրկնակի դժվար է նրանից պահել բժշկական գաղտնիքն իր հիվանդության մասին: Յիվանդ բժշկի հետ գործ ունենալիս նույնպես առաջին հերթին պետք է հաշվի առնվի հիվանդության բնույթը, հիվանդի հոգեկերտվածքը:

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

Այսօր լայնորեն քննարկվում է նաև բժշկական գաղտնիքի պահպանման մեկ այլ ասպեկտ: Խոսքն ավելի լայն իրավական խնդրի՝ անձի մասնավոր կյանքի ոլորտն անհարկի ներխուժելու իրավունք չունենալու մասին է:³

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

Մյուս կողմից՝ դեռևս տոլոգները հիմնավորում են բժշկական գաղտնիքի խախտման էթիկական անթույլատրելիությունը: Նրանք են նում են այն իրողությունից, որ յուրաքանչյուր անհատ իրավունք ունի ինքը լուծելու այն հարցը, թե ինչ չափով կուզենար իր մտքերը, ասարու մները, զգացումները ուրիշին հաղորդել:

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

¹ На грани жизни и смерти: краткий очерк современной биоэтики в США (Под ред. Д.Уиклера и др., пер. С.англ. – М., 1989.

² Неговский В.А. Смерть, умирание и оживление – этические аспекты. М., 2009.

³ Мещерякова, Т. В. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре / Т.В. Мещерякова // Высшее образование в России. - 2009. - № 10.- С. 94-99.

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

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

Լուրջ տարածայնություններ են առաջանում, երբ հոգեբույժը, իմանալով, որ իր հիվանդը մտադիր է ինչ-որ օրինախախտում կամ սպանություն կատարել, այդ մասին ժամանակին չի հաղորդում համապատասխան մարմիններին: Ասկայն, ցավոք, պրակտիկան ցույց է տալիս, որ եթե բժիշկը հայտնում է նման տեղեկությունները, ապա նվազում է նրան դիմող հիվանդների թիվը, նվազում է նաև բուժական միջամտության արդյունավետությունը:¹

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

Անդրադառնալով բժշկական գաղտնիքի պահպանման խնդիրներին, անհրաժեշտ է հիվանդին վերաբերող տեղեկությունները դասակարգել ըստ գաղտնիության աստիճանի:

Այսօր էլ չեն դադարում բանավեճերը հիվանդի իրազեկված համաձայնության բարոյաիրավական խնդիրների շուրջ: Հիվանդի իրավունքների մասին Լիսաբոնյան հռչակագրում (1981թ.) ասված է.

¹ Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики. М., 2008.

«Յիվանդը, ստանալով համապատասխան տեղեկություն, իրավունք ունի համաձայնվելու բուժմանը կամ հրաժարվելու դրանից»:¹

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

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

բ) ինչպե՞ս ձեռք բերել հիվանդի կամավոր համաձայնությունը,

գ) իրավաբանորեն ձևակերպել համաձայնությունը:

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

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

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

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

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

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

Իրազեկված համաձայնության փաստագրման ու շարունակության արժանի օրինակ է «Յիվանդի համար անհրաժեշտ տեղեկություններ» փաստաթուղթը, որը մշակվել է ռևմատոլոգիայի ինստիտուտի (Սանկտ-Պետերբուրգ) կողմից ծայրամասային զարկերակների վնասվածքների բուժման նոր դեղամիջոց փորձարկելիս: Փաստաթուղթը բաղկացած է մի քանի կետից².

¹ Informed Consent Edit. A. Carmi. UNESCO Chair, Haifa, 2006.

² Кубарь О.И. Этические аспекты исследований в области ВИЧ (СПИД). Рекомендации для членов Комитетов по этике ФГУН НИИЭМ им. Пастера Роспотребнадзора, 2006.

Ի՞նչ վտանգ է սպառնում հիվանդին: Ասա՞նում է արդյոք որևէ վտանգ: Ի՞նչ օգուտ կարող է լինել հետազոտության անցկացումից: Ինչպե՞ս է անցկացվել ու հետազոտությունը:

Ինչու՞ է զարկերակի անբավարարության դեպքում հետազոտում արուցինիլ կորնիտինի արդյունավետությունը:

Ի՞նչ է հիվանդից պահանջվելու: Ինչ-որ տեղ հիվանդն ունենալու՞ է սահմանափակում: Որո՞նք են գաղտնիության երաշխիքները: Փորձարկման ենթակա հիվանդը ծանոթանում է այս հարցերի պատասխաններին և նոր միայն տալիս իր համաձայնությունը ստորագրելով համապատասխան փաստաթուղթը:

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

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

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

«Բժիշկը պարտավոր է հիվանդին ասել ճշմարտությունը հիվանդության մասին» ձևակերպմանը համաձայնել է հարցվողների 45%-ը» «Հիվանդին տեղեկացնելիս բժիշկը պետք է հաշվի առնի նրա հոգեբանական առանձնահատկությունները» ձևակերպումիս 75%-ը, «Զարժե անհույս հիվանդին ասել ողջ դառն ճշմարտությունը,

հարկավոր է նրան խնայել ու միայն հարազատներին ասել ողջ ճշմարտությանը» արտահայտությանը համաձայնել է հարցվողների 85%-ը:

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

Մեկ այլ հարցման արդյունքների համաձայն բժիշկների 55%-ը պնդում է, որ իրենց հիվանդներին սովորաբար ասում են ճշմարտությանը և միայն 30%-ն է այն թաքցնում: Միաժամանակ, միայն բժիշկների 25%-ն է գտնում, որ «հիվանդներին անհրաժեշտ է տեղեկացնել նրա կյանքին վտանգ սպառնացող հիվանդության մասին»: Յետաբար է նշել, որ հարցվածների 57%-ը կցանկանար, որպեսզի բժիշկներն իրենց տեղեկացնեն ավտորոշման վատլուրի մասին:¹

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

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

Իսկապես, ցանկացած բուժում, որն իրականացվում է իրազեկված համաձայնության պայմաններում, գնահատվում է որպես հակաիրավական, եթե այն հիվանդի համար եղել է վնասաբեր: Առաջ է գալիս հատուցում ստանալու խնդիրը: Իրավիճակը բարդանում է, երբ հիվանդին ճիշտ տեղեկություններ տրամադրելու և նրա համաձայ-

¹ Դավթյան Ա.Յ. Բիոէթիկա, դասագիրք, Երևան, 2009, 208 էջ:

նույն ժամանակը ստանալու պայմաններում ևս հիվանդի համար լինում են ոչ շահեկան, նույնիսկ վնասակար ելքեր: Այդ դեպքում, անշուշտ, «իրագրելված համաձայնությունը» դառնում է բժշկի իրավական պատասխանատվության նախապայմանով միջոց՝ նշանակալիորեն թուլացնելով հիվանդի իրավական դիրքերը»:

Այն հայտ է, որ նման դեպքում հիվանդ-հայցվորը պարտավոր է ապացուցել, որ իրեն վնաս է հասցվել իրագրելված համաձայնության շրջանակներից դուրս կամ էլ իրեն տրամադրել են «անորակ», «անբավարար» տեղեկություններ: Այդ դեպքում իրագրելված համաձայնությունը կարող է անիրավական ճանաչվել:¹

Արևմուտքում իրագրելված համաձայնությունը ժամանակակից բժշկության հայեցակարգի առանցքն է: Աշխատանք է տարվում, որպեսզի բժիշկներին և բուժքույրերին սովորեցնեն, թե ինչպես պետք է իրագրել հիվանդներին, որպեսզի նրանց հոգեկան անհանգստություն, տազնապաշտոնառեն²: Իհարկե, «բժշկական գաղտնիքի» անվան տակ հիվանդից ճշմարտությունը թաքցնելու փորձերը ոչ պակաս վնաս կարող են պատճառել, որքան «մերկապարանոց ճշմարտությունը» կոշտ ու կոպիտ հաղորդելը: Բժիշկը հայտնվում է երկընտրանքի առջև՝ ասել թե չասել ճշմարտությունը հիվանդին:

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

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

Հակառակ կարծիքն արտահայտեցին համաժողովի հայ ներկայացուցիչների գերակշռող մասը, Երևանի Ուռուցքաբանության Գիտական կենտրոնի տնօրեն պրոֆ. Հ.Մ. Գալստյանը, պրոֆ. Գ.Բ. Բազիկյանը, ակադեմիկոս Ռ.Ա. Աբրահամյանը, տողերիս հեղինակը և այլք:³

¹ Informed Consent Edit. A. Carmi. UNESCO Chair, Haifa, 2006.

² Миненков Г. Концепт идентичности: перспективы определения (часть I)
Режим доступа: <http://www.belintellectuals.eu/publications/174/> (дата обращения: 09.09.2008)

³ Դավթյան Ա.Յ. Բիոէթիկա, դասագիրք, Երևան, 2009:

Բանն այն է, որ բարգավաճ, հարուստ երկրներում բնակչությանը պարբերաբար, տարին 2-3 անգամ, ենթարկվում է կանխարգելիչ (պրոֆիլակտիկ) հետազոտությանների: Եվ եթե որևէ մեկի օրգանիզմում ինչ-որ կասկածելի բան է հայտնաբերվում, նահանգիստ ընդունում է այդ տեղեկությունը՝ տեղեկացված, իրազեկված և ինքնուրույն իրավունքը բավարարված համարելով¹:

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

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

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

Երևանը բառացիորեն հեղեղված է ինտերնետ-ակումբներով: Օրօրի բացվում են բազմաթիվ ինտերնետ ակումբներ՝ նույնիսկ նույն փողոցի վրա, որտեղ երիտասարդությանն առաջարկում են ապրել ոչ թե ռեալ, իրական այլ երևակայական, վիրտուալ կյանքով: Արդյունքում ծխով և ցված ինտերնետ ակումբներում, ընդամենը մատը կոճակին սեղմելով ծխող կամ չծխող երիտասարդները այդ երևակայական աշխարհում իրենց զգում են ամենաամենան ամենաարագ վազողը, կռվողը, հաղթողը, կրակողը, կառուցողը...

¹ Tsai D. How should doctors approach patients? A Confucian reflection on personhood / D. Tsai // Journal of Medical Ethics. 2001. - Vol. 27. - P. 44-50.

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

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

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

Չայաստանը, ինչքան էլ ձգտի մտնել Եվրոպա, այդուհանդերձ արևելյան երկիր է, և ժողովուրդն աչքի է ընկնում զգացմունքայնությամբ, (ի տարբերություն ամերիկյան ժողովրդի, որին հատուկ է սառնասրտությունը, պրագմատիզմը (թեկուզ երբեմն ռոմանտիկ), օգտապաշտությունը): Չավանաբար, հիվանդին ճշմարտությունն ասելը արդարացված է միայն բարգավաճ, տնտեսապես հարուստ երկրներում: ¹

Դա պահանջում է, որ բժիշկը ոչ միայն մասնագիտական խոր գիտելիքներ ունենա, այլև լինի հոգեբան: Տեսական գիտելիքներից բացի, ունենա մեծ կենսափորձ: Ինչու՞: Որպեսզի բժիշկը կարողանա դասակարգել հիվանդին ոչ միայն հայտնի չորս տիպերի (\$լեգմատիկ, մելանխոլիկ, սանգվինիկ, խլերիկ), այլ նաև ըստ 2. Ֆրեյդի կարողանա տարբերակել և որոշել, թե հիվանդը վատ տեղեկություն ստանալով կձգվի դեպի Թանատոօսը (հուսահատություն, հուսալքում, ինքնասպանություն, մահ), թե՞ դեպի Էրոսը (կյանք, սեր, ժպիտ, ծիծաղ, հումոր): Ըստ այդմ էլ, կոնկրետ իրավիճակը հաշվի առնելով, կկայաց-

¹ Դավթյան Ա.Յ. «Բիոէթիկայի ներածություն», Մեմագրություն, Երևան.- 2012, 329 էջ:

նի համապատասխան որոշում, հիվանդին ասե՞լ ճշմարտությունը թե՞ չասել: Այո, ծա՛ր նրե՛ Զիպոկրատեսի գլխարկը...¹

Ներքոնշյալ աղյուսակում ներկայացված է բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր Միհրան Նազարեթյանի առաջարկած պլանը. Ինչպե՞ս հաղորդել վատլուրը:

Քայլ 1. Զաղորդակցվելու տեղի և ձևի ընտրությունը (անձնական- ուղղակի շփման գերադասելիությունը հեռախոսայինի նկատմամբ) ներկաները և նրանց վերաբերմունքը հիվանդի նկատմամբ, հաղորդակցության սկիզբը դնող առաջին և ամենադժվար բաժերը:

Քայլ 2. Որքա՞ն գիտի հիվանդը: Զիվանդի կողմից իր հիվանդության բնույթի ընկալումը, արտահայտությունների, մտքերի բնույթը, դրանց զգացմունքային բովանդակությունը, զգացմունքային անհարմարավետության փոխադարձ հաղթահարում:

Քայլ 3. Որքա՞ն է հիվանդը ուզում իմանալ: Ճիշտ հարցադրում անելը, տեղեկություններ տրամադրելու առումով հիվանդից ուղղակի կամ անուղղակի «հրավեր» ստանալը:

Յետագա երկխոսության համար «դուռը» կիսաբաց թողնելը:

Քայլ 4. Տեղեկության տրամադրում: Զիվանդին հաղորդվելիք տեղեկության «հավասարակշռում» կամ հիվանդի ունեցած հիմնական պատկերացումների և համապատասխան այդ տեղեկատվության նախապատրաստում

Զիվանդի «ուսուցում» կամ իր հիվանդության մասին նրա պատկերացումների մոտեցում բժշկական փաստերին («փոքր չափաբաժիններ», «գաղափարների համադրում»):

Քայլ 5. Զիվանդի տարաբնույթ արձագանքների վերհանում և Ձեր վերաբերմունքը...

- համակերպման դրսևորումների նկատմամբ, հարմարվողականության նկատմամբ,
- հիվանդի տառապանքները նվազեցնելու նպատակով Ձեր հնարավոր ներգործության նկատմամբ

Քայլ 6. Յետագա գործողությունների պլանավորում և համաձայնությունների ձեռքբերում: Իրավիճակի անորոշության պարագայում Ձեր ռազմավարությունը: Զիվանդի գործողությունների

¹ Davtyan S.H. Experimental Course of Bioethics Upon The Bioethics Core Curriculum Of Unesco. Methodology And Results Of Investigation, Leading article in the Inter.J. Medicine and Law, V. 31, N4, 2012. pp.495-513.

ստրատեգիայի պարզաբանում և խրախուսում: Համաձայնության ձեռքբերում և «պայմանագրի կնքում»:

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

Հնուց ի վեր ոչ գեղեցիկ շարժումները, տգեղ պահվածքը վկայել են գեղագիտական ցածր ճաշակի մասին: Ավելի, դասվել են ձեռքբերովի արատների շարքը: Մարդկության զարգացման բոլոր փուլերում բնական էակի շարժումները, վարքուբարքը արտացոլվել են բարեկրթվածության, դաստիարակվածության և կամային որակների մեջ:

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

Ով լավ է դաստիարակված, օժտված է նուրբ ճաշակով, գեղեցիկ ու հմայիչ են նրա շարժումները, քայլքը, խոսքը: Ընդհակառակը, դաստիարակության պակասը, գեղագիտական զգացումի բացակայությունն անմիջապես երևում է նաև շարժումների, կոպտության և անտաշության մեջ: Ինքնին հասկանալի է, որ բժշկի խոսքը պետք է մտածված, կշռադատված, հասկանալի, մառչելի, սրտառուչ ու պարզ լինի: Այս ամենը նույնքան կարևոր է, որքան դեղամիջոցը: Այո, բժշկի առաջին գեները լեզուն է: Բուժաշխատողի վարքի յուրաքանչյուր դրսևորման, կեցվածքի մեջ պետք է արտահայտվի նրա կրթվածությունը, նրբազգացությունը, անկաշկանդությունը և իրավիճակին համապատասխանությունը: Կեցվածքի ու խոսքի խստաբարոն ճիշտ պետք է խոսի բժշկի կամ քույրի ներքին զսպվածության ու կարգապահության մասին: Ծարժումների մեջ ի հայտ են եկել բժշկի կամ վիրաբույժի մտքի լարված աշխատանքը, հոգևոր հարստությունն ու կենսահաստատ գրավչությունը, փաստորեն, բարոյական և հոգևոր գեղեցկությունը: Դրան հակառակ բժշկի անտաշ շարժումները, տգեղ խոսքը և գռեհիկ վարքը հիվանդին պատճառում են ոչ միայն ֆիզիկական, այլ և հոգեկան տառապանք: Հազիվ թե համակրանքի և վստահության

արժանանան այն բժիշկները, ովքեր հիվանդի այցելության ժամանակ շարունակում են շատախոսել հեռախոսով, խաղալ ֆոնենդոսկոպի կամ մատիտի հետ, սանրվել կամ շապրվել, առավել ևս, երբ ձգտում են ցույց տալ իրենց «գերազանցությունը» հիվանդի նկատմամբ, խոսել ռուսերեն և եզրույն չիմացող հիվանդի հետ: Բնական է, որ այդ ամենը բացասաբար կանդորառնա հիվանդի հոգեվիճակի վրա: Այո, բարեկիրթ վարքի հետևանքներն են գոռոզությունը, ինքնահավանությունը, մեծամտությունը, եսամոլությունը, զազրախոսությունը և բնավորության նման այլ գծեր: Բարեկիրթ մարդը նա է, ով իր վարքով բարքով, ընտանեկան, ընկերական, հասարակական և աշխատանքային գործունեությամբ նպաստում է մարդկանց մեջ ազնիվ հարաբերությունների զարգացմանն ու ամրապնդմանը: Բարեկիրթ մարդն օժտրված է այնպիսի հատկություններով, որոնցով կարող է հասարակությանը երջանկություն բերել:

Դեռևս Յիսուսը ասել է. «Բժիշկը... պետք է լինի բնականորեն հաճելի, առանց ավելորդ զարդարանքների և շապրված արտաքինի»: Միաժամանակ բժշկի գեհիկ շարժումները, անհամապատասխան հագուստն ու ճոխ զարդարանքը ինքնին բովանդակում են բացասական տեղեկություններ նրա ճշակի, չափի զգացման մասին: Այո, հնարավոր է, որ մարդուն ենաբար ձրագույն կրթություն, լինի մասնագետ, պատասխանատու գործիչ, բայց գուրկ կուլտուրայից: Մարդն առանց խոր գիտելիքների և գիտելիքներով մարդն առանց բարեկրթության լիարժեք մարդ չէ, առավել ևս՝ բժիշկը, որը գործունի հիվանդ մարդուն հետ:

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

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

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

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

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

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

Բանն այն է, որ լեզուն իբրև մարդկանց հետ հաղորդակցվելու միջոց բաղկացած է ոչ միայն բառերից, նախադասություններից, խոսքերից ու պարբերություններից, այլև խոսքի, արտասանության այն եղանակից, որ կոչվում է հնչերանգ (ինտոնացիա): Չայտնի է, որ հնչերանգն ինքնըստինքյան արտահայտչական հզոր միջոց է, և տարբեր հնչերանգներով արտահայտված խոսքը ձեռք է բերում տարբեր իմաստներ: Արտահայտչական խոսքի հարստությունը և կյանքում, և պրակտիկայում հմտորեն ձեռք է բերվում ճիշտ ընտրված բառերին համապատասխան հնչերանգ հաղորդելով:

Ստանիսլավսկու համակարգում այս հարցը որոշվում է «տեքստի և ենթատեքստի» բանաձևով: Այստեղ «տեքստը» արտասանվելիք բոլոր բառերն են, իսկ «ենթատեքստը» այն միտքը, որը պետք է արտահայտվի բոլոր հնարավոր միջոցների օգտագործմամբ¹:

Գործնականում հայտնի է, որ ենթատեքստը միշտ ավելի հարուստ, ավելի ամբողջական, մանրամասն ու ավելի բարդ է, քան ինքը տեքստը, որ միևնույն տեքստը կարող է ծառայել միանգամայն տարբեր

¹ Չախվերդյան Լ. Զրույցներ լեզվի մասին, Երևան, 1986թ.

Ենթադրյալներ (իմաստներ) արտահայտելու համար: Նույնիսկ այնպիսի պարզ ու հասկանալի տեքստը, ինչպիսին «այո» բառն է, զանազան հնչերանգների օգնությամբ կարող է ձեռք բերել ամենատարբեր նշանակություններ և հարցի, և՛ անվստահության, և հաստատման, և խոստովանության և այլն, և այլն:

Եվ չնայած գրավոր խոսքում հնչերանգն արտահայտող կետադրական նշաններ կան բացականչական և հարցական նշաններ, շեշտ, սակայն բանավոր խոսքում շատ կարևոր է, որ բուժաշխատողները տիրապետեն հնչերանգի նրբություններին ու ելևէջներին: Երբ բժիշկն իր խոսքի հնչերանգի մեջ ավելացնում, հաղորդում է անհամեմատ ավելի հարուստ բովանդակություն, քան բուն տեքստն է արտահայտում, ապա հիվանդը նույնպես օրինաչափորեն ընկալում է իրեն ուղղված խոսքի ոչ միայն տեքստը, այլև ենթադրյալի այն հարստությունը, որ ներդրել էր գրուցակիցն իր խոսքում:

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

Մարդու խոսքը ոչ միայն տեքստը, այլև ենթադրյալը տեղ հասցնելու միջոց է: Սակայն այս վերջինը կապված է ոչ այնքան խոսքի, որքան նրա արտասանության կերպի, հնչերանգի հետ: Եթե հնչերանգն այն ոլորտն է, որի օգնությամբ հաղորդվում է կենդանի խոսքի հուզական իմաստային բովանդակությունը, ապա որքան հարուստ է մարդու խոսքը հնչերանգով, այնքան հարուստ է նրա խոսքի բովանդակությունը: Նա կարողանում է մտածել և իր մտքերը արտահայտել առավել հստակությամբ, պարզությամբ, ներգործական մեծ ուժով: Ինչքան էլ խոր գիտելիքներ ունենա բժիշկը, տիրապետի իր մասնագիտությանը, անհրաժեշտության դեպքում չպետք է խուսափի սովորել փորձառու գործընկերոջից խորհուրդ հարցնել:

Բժիշկը պետք է ամեն պահի պատրաստ լինի ստույգ որոշում կայացնելուն՝ հիմնվելով գիտելիքների ու սեփական փորձի վրա: Հիասթափություններն ու սխալները նույնպես մտնում են բժշկի մասնագիտության առանձնահատկությունների մեջ, բայց պետք է կարողանալ դաս քաղել սխալներից եւ այն վերածել փորձի:

Ժամանակին աաշեցուցիչ եզրակացություն է արել պիքային գենետիկայի հիմնադիր Պյոտր Գարյանը (գիտաճյուղ, որն ապացուցում

Է, որ գեներն ու նեն երկակի բնույթ իրեն ու ալ իքայ ին): Պարզվում է, որ մարդու խոսքը (տեքստերը) ու նուկլեոտիդների հաջորդականությունը (ԴՆԹ-ի տեքստերը) ու նեն նման մաթեմատիկական կառուցվածք: Ավելի պարզ սանշանակում է, որ բարձրաձայն ասվող բառերը կարող են անմիջական ազդեցություն ունենալ օրգանիզմի ԴՆԹ-ի վիճակի վրա: ¹

Օրինակ Գարյանի խմբի ռադիոէլեկտրոնային սարքավորմանը հաջողվել է «նմանակել ԴՆԹ-ի ու քրոմոսոմների հոսքը, եթե այդ սարքավորման մեջ ներմուծվի մարդկային խոսք...» Երբ այս դաշտն ընկնում է բույսի, կենդանու, մարդու գենետիկական ապարատ, տեղի են ունենում զարմանահրաշ բաներ: Օրինակ հաջողվել է ստեղծել որոշակի խոսքային ալգորիթմներ, վերականգնել գարու ճառագայթային ախտահարված սերմերը...»²:

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

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

Հիրավի, մարդկանց հետ շփվելու և հաղորդակցվելու ունակությունը մարդու կարևոր արժանիքներից է: Դա անհրաժեշտ է ոչ միայն ղեկավար կամ գործարար մարդուն, այլ և նախև առաջ բժշկին:

ԱՄՆ-ում Քառնեգիի ղեկավարությամբ և հովանավորությամբ անցկացված սոցիոլոգիական հետազոտությունները բացահայտել են մի կարևոր փաստ: ³

Պարզվել է, որ մարդկային հարաբերությունների բոլոր բնագավառներում (առավել ևս ինժեներություն, իրավաբանություն և

¹ Давтян С.А. Биоэтика, Учебное пособие, Ереван, 2013, 260стр.

² Pakaw Moral Development, Internet Encyclopedia of Philosophy. <http://www.iep.utm.edu/moraldev>

³ Карнеги Д. Как приобретать друзей и оказывать влияние на людей, М., 1989.

առողջ ապահովության բնագավառում), հաջողության հասնելու գործոններից մասնագիտական գիտելիքներին բաժին է ընկնում 15 տոկոսը և մոտավորապես 85 տոկոսը պայմանավորված է աշխատողի բնավորության առանձնահատկություններով, մարդկային հարաբերությունների արվեստին տիրապետելու ունակություններով:

Բժիշկը պետք է տիրապետի մարդկային հարաբերությունների արվեստին, մշտապես հարստացնի ոչ միայն իր մասնագիտական գիտելիքները, այլև վերընթերցի, վերլուծի ու յուրացնի այնպիսի փիլիսոփաների, մտածողների, մարդկային հոգու, միջանձային հարաբերությունների խորագետների մտքերը, ինչպիսիք են Նարեկացին, Կոնֆուցիուսը, Մահաթմա Գանդին, Յանս Սելյեն, Դեյլ Քառնեգին և այլք:

Ճիշտ է, մեր հասարակության առանձնահատկությունները հաշվի առնելով կարելի է ասել, որ միշտ է, որ դրանք միանշանակ կիրառելի են, այդուհանդերձ նրանք մեծ օգուտ կտան ապագա բժշկին: Այո՛ւ բժիշկը պետք է «բժիշկ-հիվանդ» հարաբերությունների շարժիչ ուժը, միտքը, գործողության ծրագիր տվողը, սիրտն ու հոգին լինի: Նրա շնորհիվ է, որ հիվանդը գնում է բժշկի հետ հանդիպման, սկսում է բուժվել ոչ թե ստիպված, հարկադրաբար, այլ սիրով, ոգևորությամբ, հույսով ու վստահությամբ¹: Եթե բժիշկն այդպիսի զգացումներ չի կարողանում առաջացնել հիվանդների շրջանում, ապալավ կլինի, որ նա իր մեջ ուժ գտնի հրաժարվելու իր գործից: Իզուր չի ասվում. «Նա ով չի սիրում մարդուն, ով չի ուզում (կամ չի կարող) հասկանալ նրացավը, ով անկեղծ ժպտալ չգիտե, ավելի և ավել բուժիմնարկում չաշխատի»:

Ինչպես նշում է ակադեմիկոս Ա. Ալեքսանյանը, բժշկի խոսքը պետք է վստահություն ներշնչի: Զիվանդը պետք է անվերապահ վստահի բժշկի խոսքին, հավատանրան, և այդ ժամանակ արդյունքը հիանալի կլինի:

¹ Davtyan S.H. Basic Educational Programm on Bioethics in Armenia In the book of Abstracts. 2011, Singapore, Singapore, p. 32

ԳԼՈՒԽԵՐՐՈՐԴ
ԲԻՈԷԹԻԿԱՅԻ ՅԻՄՆԱՅԱԽԱՆԴԻՐՆԵՐԻ ՓԻԼԻՍՈՓԱՅԱԿԱՆ,
ԲԱՐՈՅԱԻՐԱՎԱԿԱՆ ՏԵՍԱՆԿՅՈՒՆՆԵՐԸ

3.1. Հոգեկան հիվանդների, մտավոր թուլի զարգացածների իրավունքների պաշտպանության գործում քաղաքացիական հասարակության դերն ու նշանակությունը

Ո՞ր հանգամանքներում է բարոյապես արդարացված հոգեկան հիվանդների հարկադրական հոսպիտալացումը: Ինչպիսի՞ք են մտավոր թուլի զարգացած անձանց քաղաքացիական իրավունքները:

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

Եթե հիվանդը չի խախտել օրենքը, հիմքեր չկան նրա ազատությանը սահմանափակելու¹:

Բռնությունը, որ գործադրվում է հոգեկան հիվանդների նկատմամբ, որակապես տարբերվում է այն բռնությունից, որին դիմում է հասարակությունը հանցագործին պատժելու համար: Հանցագործին ազատազրկում են օրենքին համապատասխան, իսկ «խելագարի» հոսպիտալացման համար մինչև վերջերս բավարար էր սահմանափակ թվով մարդկանց կարծիքը կամ ահազանգը:

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

Սակայն եթե այդ նպատակը հնարավոր է կենսագործել միայն անձնական ազատության սահմանափակման գնով, ապա «հարկադրական

¹ Mason J.K., Laurie G. T. Law and Medical Ethics, Oxford, 2006, pp. 42-58.

հոսսափտալացում» արտահայտությունն ընդամենը բառածածկույթ է, որը կոչված է իրականում քողարկել պատիժը: Այդ «թերապևտիկ» պատիժը ավելի դաժան է իրավաբանականից նաև այն առումով, որ հոգեկան հիվանդը զրկված է իր սահմանադրական իրավունքից օգտվելու հնարավորությունից:

Իրավաբանական, հոգեբանական և կլինիկական առումներով հարցը վերլուծելիս գալիս են այն եզրակացության, որ կոնկրետ անհատի հոգեկան հիվանդության առկայությունը հարկ է դիտել որպես անհրաժեշտ, բայց ոչ բավարար պայման նրա հարկադրական հոսսափտալացման համար: Այնպես որ, դրանք չեն արդարացնում հարկադրական հոսսափտալացման գոյությունն ու նեցող պրակտիկան¹:

Սակայն որոշ դեպքերում հոգեկան հիվանդների հարկադրական հոսսափտալացումը բարոյապես արդարացված է: Հիմնական դժվարություններն այստեղ կապված են այն բանի հետ, որ հոգեկան հիվանդությամբ տառապող անհատները կազմում են բազմաքանակ և խայտաբղետ խումբ: Հարկադրական հոսսափտալացման վերաբերյալ որոշում ընդունելիս նախ և առաջ գնահատվում է այն վտանգը, որն առկա է հասարակության մյուս անդամների համար: Հարկավոր է նաև հասկանալ, թե ինչ չափով հիվանդը օգնության (խնամքի կամ բուժական միջամտության) կարիք ունի: Ընդ որում, անհրաժեշտ է մասնավորապես հաշվի առնել հետևյալը:

Ընդունված որոշումը սոցիալական ի՛նչ նպատակի կծառայի, արդյո՞ք չի լինի չափազանց խիստ: Արդյոք համոզմունք կա՞, որ հարկադրական հոսսափտալացումը ժամանակավոր միջոց է և կարող է նպաստել հիվանդի արագ առողջացմանը: Կա՞ համոզվածություն, որ հոսսափտալացումը երաշխավորում է հիվանդի անհրաժեշտ բժշկական օգնությանն ու բուժումը:²

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

Բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունները իրական երանգապնակը Հայաստանում անհամեմատ ավելի բարդ ու հակասական է: Քիչ չեն

¹ Սթոյնի «Օճոճ»:

² Кутырев В. А. Философский образ нашего времени (безжизненные миры постчеловечества). - Смоленск: Б. и., 2006. - 302 с.

դեպքեր, երբ մեզանում հոգեկան հիվանդներին տեսանորեն պահել են հոգեբանական հիմնարկում, և դա այն դեպքում, երբ նա վտանգ չի ներկայացրել սոցիալական շրջապատի համար: Հայաստանում չկան դատական փաստեր, որ հիվանդի իրավունքների համար մեղավոր անձինք ենթարկվել են պատասխանատվության: Հասարակության բարոյական հասունությունը ստուգվում է նրանով, թե ինչպես է այն վերաբերվում հոգեկան հիվանդներին: Հոգեբուժական պրակտիկայում հիվանդների նկատմամբ խտրականությունն ունի ոչ միայն իրավական, այլև իր դրսևորման այլ ձևեր. տնտեսական, երբ \$ինանսավորումը շարունակվում է ըստ մնացորդային սկզբունքի, բարոյահոգեբանական՝ հասարակական կյանքից հիվանդների չհիմնավորված մեկուսացման պրակտիկան:

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

Որոշ դեպքերում նման անձանց հարկադրական ամլացումը կարող է բարոյապես արդարացված ճանաչվել¹: Հարկադրական ամլացումն այդ անձանց ապահովում է հետերոսեքսուալ հարաբերությունների մեծ ազատություն, և միաժամանակ հնարավորություն է տալիս ինչ-որ չափով դառնալ հասարակության լիարժեք անդամ: Կորցնելով այնպիսի արարքներ կատարելու ունակությունը, որոնք հիվանդը անկարող է վերահսկել սեփական ուժերով՝ նա վերածվում է բարոյապես ոչ լիարժեք անձի: Օրինականության ամրապնդումը՝ հիվանդի իրավունքների պաշտպանության կարևոր երաշխիքներից մեկն է:

3.2. Հղիության արհեստական ընդհատման հիմնախնդիրը. բարոյաիրավական կարգավորման հրատապագրեր

¹ Medical Ethics Manual, World Medical Association, 2005

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

Առաջին տեսակետի կողմնակիցները պաշտպանում են աբորտը: Դեռևս անտիկ աշխարհի փիլիսոփա, բարոյախոս Արիստոտելի «Պոլիտիկա» աշխատության մեջ կարդում ենք. «Եթե ամուսնական կապի մեջ գտնվող կնոջից պետք է ծնվի երեխա սահմանված ժամկետից շուտ, ապա անհրաժեշտ է դիմել հղիության ընդհատման՝ (աբորտի), նախքան սաղմի մոտ զգայականության ու կյանքի ի հայտ գալը»¹: Յնագույն ժամանակներից ի վեր շատ բան է փոխվել, սակայն այսօր էլ աբորտի կողմնակիցների կողքին քիչ չեն նրանք, ովքեր դեմ են դրան:

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

1973 թվականից աբորտները թույլատրվեցին ԱՄՆ-ում: ԱՄՆ-ի Գերագույն դատարանը որոշել է, որ «կենսունակության» փուլին չհասած պտղի աբորտը միանգամայն համապատասխանում է երկրի սահմանադրությանը:^{2,3}

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

¹ Аристотель. Соч., Т. 4, М., 1983.

² Mason J. K., Laurie G. T. Law and Medical Ethics, Oxford, 2006.

³ Ролз Дж. Теория справедливости (Пер. с англ.) – Новосибирск, 1995.- стр. 28-35.

Ո՞ր հանգամանքները կարող են արդարացնել աբորտը: Պտղի հասունացման ո՞ր փուլում է աբորտը թույլատրելի: Սովորաբար նշում են, որ կինը կարող է դիմել աբորտի հետևյալ հանգամանքներում՝

- երբ հղիության շարունակվելը վտանգ է ստեղծում կնոջ կյանքի համար,
- երբ երեխայի ծնունդը թեկուզ չի սպառնում մոր կյանքին, սակայն կարող է լուրջ վնաս հասցնել նրա առողջությանը (\$իզիկական կամ հոգևոր),
- երբ մեծ է «թերաթեք» (\$իզիկական կամ մտավոր զարգացման թերություններով, ժառանգական ծանր հիվանդությամբ) երեխա ծնվելու հավանականությունը,
- երբ հղիությունն առաջացել է ինցեստի (արյունակիցների միջև կապի) կամ կնոջ բռնաբարման հետևանքով,
- երբ հղի կինն օրինական ամուսնության մեջ չէ, և երեխայի ծնունդը կարող է բացասաբար անդրադառնալ կնոջ հասարակական հեղինակության վրա,
- երբ երեխայի ծնունդը անցանկալի է նյութական ծանր պայմանների և այլ պատճառների հետևանքով:

Հանգամանքների այս ցուցակը կարելի է շարունակել:

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

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

XX դ. վերջում կենսաբանները 6-շաբաթյա պտղի մոտ գրանցել են ուղեղի կեղևի էլեկտրոֆիզիոլոգիական ակտիվության երևույթ: Սարդկային կյանքի \$իզիոլոգիական հիմքերից է սրտի առաջին

բաբախումը (4-րդ շաբաթ): Սկզբունքային կարևորություն ունի թոքերի համակարգի ձևավորումը (20-րդ շաբաթ):¹

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

Այսօր աբորտի խնդրին նվիրված բազմաթիվ միջազգային համաձայնագրերի կողքին առանձնանում է Համաշխարհային բժշկական ընկերակցության կողմից ընդունված Հռչակագիրը բժշկական աբորտների մասին (1983թ.): Նրամեջ ամրագրված են հետևյալ հիմնարար սկզբունքները:²

Բժշկի հիմնարար բարոյական սկզբունքն է հարգանքը մարդկային կյանքի հանդեպ սկսած նրասաղմնավորման պահից:

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

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

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

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

¹ Мишаткина Т.В. Биомедицинская этика, Минск, МГУ им. Сахарова, 2003

² Летов О.В. Уважение целостности субъекта как принцип биоэтики / О. В. Летов // Вопросы философии. 2008. - № 7. - С. 106-114.

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

Համալսարհային բժշկական ընկերակցության Գերագույն համաժողովի ներկա Հռչակագրի դրույթների կատարումը պարտադիր չէ այն անդամ-ընկերակցու թյուղներին համար, ովքեր չեն միացել ներկա «Հռչակագրին» (տես հավելվածը):

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

Կան հետազոտողներ, ովքեր համոզված են, որ արորտներն անկախ հանգամանքներից անբարո երևույթ են: Ի հակակշիռ այս «պահպանողական» տեսակետի, հետազոտողների երկրորդ խումբը գտնում է, որ կինն ունի արորտի բացարձակ իրավունք՝ անկախ պողի հասունացման փուլից:

Իսկ «չափավոր» դիրքորոշման կողմնակիցները գտնում են, որ արորտը բարոյական առումով հիմնավորված է միայն այն դեպքում, եթե պտուղը չի հասել զարգացման որոշակի փուլի, եթե ընդունենք այն տեսակետը, որ մեր գործողությունները գնահատվում են բարոյական (կամ անբարոյական) միայն այն դեպքում, եթե ուղղված են մեկ այլ մարդկային էակի, առաջանում է Էմբրիոնի (պողի) կարգավիճակի խնդիր (սաղմի կյանքի իրավունք): Հղիության ութերորդ շաբաթից սկսած գործ ունենք ոչ թե սաղմի, այլ զարգացած պողի հետ: Հղիության 12-16 շաբաթների միջակայքում մայրն առաջին անգամ զգում է երեխայի մարմնի շարժը: 20-28 շաբաթ ապտուղը դառնում է կենսունակ, այսինքն կարող է ապրել (համապատասխան պայմանների առկայության դեպքում), եթե նրան հեռացնեն մոր մարմնից: ¹

Պահպանողականները պնդում են, որ պտուղը օժտված է բոլոր այն իրավունքներով, որոնք ներհատուկ են մարդկային զարգացած էակին: Ավելացնում են նաև, որ պողին զրկելով կյանքից, մենք սպանում ենք այն, ինչը կարող է հետագայում դառնալ անձնավորություն: ²

Ազատականները ժխտում են այս տեսակետը, մատնանշելով, որ պողի իրավունքների քննարկումը նույնքան անիմաստ է, որքան կույրաղիքի ապենդիքսի «իրավունքների» քննարկումը:

¹ Medical Ethics Manual, World Medical Association, 2005.

² Донских О.А. Этика долга и биоэтика: проблема социального регулирования / О. А. Донских // Бюллетень сибирской медицины. -Том 5. № 5. -2006.-С. 61-66.

Այս տեղ անհրաժեշտ է բնութագրել պտղի «վիճակը». այն վիճակը, որին կամ վերագրում ենք «մարդկային» բովանդակություն, կամ ոչ:

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

Հակառակ տեսակետը պաշտպանող ազատականները (լիբերալները) գտնում են, որ չի կարելի պտղին, նույնիսկ նրա զարգացման ավելի ուշ փուլերում, վերագրել «մարդկային էակի» կարգավիճակ: Ասում են, որ պտուղն անձ չէ: Երբեմն ավելի հեռուն են գնում՝ պնդելով, թե նորածինը ևս անձնավորություն չէ:

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

Հոգեբանական գրականության մեջ նշվում են անձը բնութագրող հետևյալ հատկանիշները.

- զգայականության առկայություն,
- հարաբերականորեն բարդ խնդիրներ լուծելու զարգացած ունակություն,
- հաղորդակցվելու, շփվելու ունակություն,
- ինքնակտիվացման և ինքնատիրապետման որոշակի մակարդակ:

Եվ քանի որ պտուղը չի կարող ունենալ վերը նշված հատկանիշները, հետևաբար չի կարող դիտվել որպես անձ կամ անձնավորություն: Այս եզրակացությունը հանգեցնում է աբորտի բարոյական (և իրավական) թույլատրելիության հիմնավորմանը:¹

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

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

Մեծամասնության եզրակացությունն այս է. անբարոյական է, երբ մարդկային էակի պտուղը զրկվում է կյանքից ծնողների համար

¹ Огурцов П.Д. Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы. Вопросы философии. 1994. № 3. С. 49-61.

անցանկալի սեռին պատկանելու կամ ի ծնե արատ ունենալու պատճառաբանությամբ:

Չպետք է մոռանալ, որ վերարտադրողական տեխնոլոգիաների կիրառումը կանանց մոտ առաջացնում է ուռուցքաբանական հիվանդության սպառնալիք (օվուլյացիայի հորմոնալ գերխթանման հետևանքով), իսկ նորածինների մոտ զանազան խախտումներ: Աբորտից հետո կասկածի տակ է դրվում կնոջ հետագայում երեխա ունենալ կարողանալու հարցը:

Ընդհանրացնելով վերը ասվածը, կարելի է համաձայնել հոգևոր առաջնորդ Անտոնիի հղիության արհեստական ընդհատման խնդրին տրված ընդհանուր գնահատականի հետ. «...ասել թե սաղմը մինչև ինչ-որ որոշակի ժամկետում դուրս նետելը թույլատրելի է, իսկ դրանից հետո ոչ, բժշկական տեսանկյունից գուցե հնարավոր է, սակայն բարոյական տեսանկյունից ոչ: Կարծում եմ, որ լինում են դեպքեր, երբ հղիության արհեստական ընդհատումը թույլատրելի է, օրինակ, եթե երեխան ծնվելու է մեռած, կամ մայրը կարող է մահանալ, եթե ծննդաբերի: Այս խնդիրը կապված է հավատի հետ: Չնայած սաբժշկական հարց է»¹:

Հայ Առաքելական Եկեղեցին ևս պետք է եռանդուն մասնակցություն ցուցաբերի այս հիմնախնդրի հասարակական քննարկումներին:²

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

Կարո՞ղ է արդյոք բնության մեծագույն պարգևը՝ մայրանալու շնորհը դիտարկվել որպես բիզնես հարաբերությունների առարկա, թե՞ հղիության ընթացքի, երեխայի՝ լույս աշխարհ գալու հետ կապված ամեն ինչ կարող է դիտարկվել միայն զգացմունքային հարթությունում: Ժամանակակից բժշկագիտությունն արձանագրում է

¹ Силуянова И.В. Статус эмбриона / И. В. Силуянова, М. С. Першин, Л. Б. Ляуш, И.М. Макеева // Человек. 2007. - № 2. - С. 98-108

² Սարոյան Գ. «Էֆթանագիա և բժշկական էթիկա», «Վազգենյան դպրանոց», հոգևոր մշակութային պարբերական, 2008թ, թիվ 2, «Քրիստոնյա Հայաստան», 2011, փետրվար, Ա թիվ 3 (335), մարտ Բ, թիվ 5, (338):

ապեցուցիչ նվաճումներ՝ դրանց բարոյական կամ հակաբարոյական լինելու վերաբերյալ դատավճիռը թողնելով մարդկանց...

Սիրո եւ ամուսնական հարաբերությունների տրամաբանական արդյունքը երեխան է, առանց որի լիարժեք չի կարող համարվել ոչ մի ընտանիք: Կանանց եւ տղամարդկանց անպտղությունը հաճախ ողբերգություն է դառնում երկուսի համար էլ: Այդ իսկ պատճառով մարդիկ հնագույն ժամանակներից փորձել են լրացնել երեխայի՝ սերունդը շարունակողի բացը ընտանիքում:

«Փոխնակ մայր» հասկացությունը, այլ դրսևորմամբ, առկա է պատմական հին վկայություններում, այդ թվում՝ Սուրբ Գրքում: Հին Կտակարանում պատմվում է այն մասին, որ Քրիստոսի ծննդից 2 հզ. տարի առաջ հրեաների նախահայր Աբրահամը կնոջ՝ Սառայի խորհրդով հղիացնում է սպասուհի Հագարին, ոիովհետև. իր կինը երկար տարիներ չբեր էր, և արդեն հույս չուներին, թե երբևէ օրինական ժառանգ կունենան: Օրինական տիկնանց անպտղության դեպքում ստրկուհիներին՝ գերուհիներին օգտագործում էին հենց այդ նպատակով: Ցավոք, պատմական վկայություններում չի հիշատակվում այն մասին, թե ինչ միջոցներ էին կիրառվում տղամարդկանց ամլության դեպքում. երևի այդ խնդրի շուրջ պարզապես ընդունված չէր խոսելը:

Ինչեւէ, այն ժամանակ խոսքը բնական ճանապարհով բեղմնավորման մասին էր, իսկ 1978թ-ին Անգլիայում կատարվեց արհեստական բեղմնավորման առաջին փորձը. տարիներ շարունակ չհղիացող կնոջ արգանդում «տեղադրվեց» տղամարդու սերմնաբջիջ, և 9 ամիս անց ծնվեց Լուիզա Բրաուն անունով աղջիկը:

Բժշկագիտությունը միևնոր առաջընթաց արձանագրեց 1986թ-ին, երբ ԱՄՆ-ում առաջին անգամ փորձ արվեց կողմնակի կնոջ՝ փոխնակ մոր օրգանիզմ «ներմուծել» երեխայի գենետիկական հոր սերմնաբջիջը և գենետիկական մոր ձվաբջիջը: Փորձը հաջողվեց, և հաջորդող շուրջ 25 տարիների ընթացքում այդ եղանակով լույս աշխարհ եկավ ավելի քան 2 մլն երեխա:

Այսօր անգամակ ընտանիքներին երեխա պարգևող այս մեթոդը կիրառվում է աշխարհի գրեթե բոլոր երկրներում, թեպետ ամեն

պետությունն է, որ ունի բժշկական այդ գործողությունը պաշտոնապես թույլատրող համապատասխան օրենսդրություն:¹

Փոխնակ մայրությունն օրենքով արգելված է Ավստրիայում, Գերմանիայում, Ֆրանսիայում, Նորվեգիայում, Շվեդիայում, ԱՄՆ-ի որոշ նահանգներում: Ընդ որում՝ փոխնակ մայրության դեմ մի շարք երկրներում հանդես է գալիս ոչ միայն պետությունն իր օրենսդրությամբ, այլև. եկեղեցին իր դիրքորոշմամբ: Սակայն փոքրաթիվ չեն նաև այն երկրները, որտեղ վերաբերմունքը փոխնակ մայրության հանդեպ երկակի է, այսինքն՝ բժշկական այդօրինակ գործողությունն օրենքով արգելված չէ, պարզապես իրականացվում է ոչ առևտրային դաշտում՝ առանց հրապարակային գովազդի, առանց փոխնակ մայրերի վարձատրության: Վերոնշյալ սկզբունքով են առաջնորդվում Ավստրալիան, Մեծ Բրիտանիան, Դանիան, Իսրայելը, Իսպանիան, Կանադան, Նիդեռլանդները, ԱՄՆ-ի մի քանի նահանգներ: Փոխնակ մայրության ծառայությունները բազմաթիվ կամավորական կանայք մատուցում են նաև ոչ առևտրային հիմունքներով, ինչը ձեռնտու է այն անզավակ գույգերին, ովքեր ֆինանսապես անկարող են փոխատուցել «թանկարժեք հաճույքը»:

Փոխնակ մայրությունն օրենսդրորեն ընդունող երկրների թվում կան այնպիսիք, որտեղ անզավակ մարդիկ կարող են խնդրին լուծում տալ պետապատվերի կամ բարեգործական, հովանավորչական ծրագրերի շրջանակներում: Առևտրային և ոչ առևտրային հիմունքներով իրականացվող փոխնակ մայրությունն օրենսդրորեն թույլատրված է ԱՄՆ նահանգների հիմնական մասում, Ռուսաստանում, Ուկրաինայում, Բելառուսում, Ղազախստանում, Հայաստանում, Վրաստանում, Հնդկաստանում, Բրազիլիայում, Հարավաֆրիկյան Հանրապետությունում:

Հայաստանում, որտեղ ամուսնական գույգերի 30%-ն անզավակ է, փոխնակ մայրությունը պաշտոնապես թույլատրված է: Փոխնակ մոր իրավունքներն ու պարտականությունները հստակ ամրագրված են «Մարդու վերարտադրողական առողջության և վերարտադրողական իրավունքների մասին» ՀՀ օրենքում: Սակայն արհեստական բեղմնավորումը, մեծ ծախսատարության պատճառով, այստեղ քչերին է մատչելի:

¹ Polkinghorne J. C. The person, the soul, and genetic engineering / J. C. Polkinghorne // Journal of Medical Ethics. 2005. - V. 31. - P. 635-640. Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/30/6/593> (дата обращения: 14.01.2008).

Վրաստանի կառավարությունը չափազանց բարյացակամ վերաբերմունք ունի փոխնակ մայրություն երևույթի հանդեպ: Այստեղ արհեստական բեղմնավորումը ոչ միայն արգելված չէ օրենքով, այլև, ի տարբերություն եվրոպական բազմաթիվ երկրների, սահմանափակված չէ կնոջ՝ մի քանի անգամ փոխնակ մայր դառնալու հնարավորությունը: Եկեղեցին այս հարցի վերաբերյալ պաշտոնական դիրքորոշում չունի:

Իսրայելում փոխնակ մայրերն ունեն այնքան մեծ իրավունքներ, որ կարող են նույնիսկ փոխել:

Չինաստանում, որտեղ բնակչության թվաքանակի գերաճի պատճառով գործում է «Մեկ ընտանիք՝ մեկ երեխա» սկզբունքը, առողջապահության նախարարությունը պատրաստվում է առհասարակ արգելել փոխնակ մայրության մեթոդի կիրառումը: Ավելին՝ կառավարությունը նպատակադրվել է խիստ պատժամիջոցներ կիրառել այդ մեթոդն իրականացնողների դեմ:

Իսրայելում փոխնակ մայրերն ունեն այնքան մեծ իրավունքներ, որ կարող են նույնիսկ փոխել իրենց որոշումն ու երեխային չհանձնել: Ցանկության դեպքում կարող են նաև ընդհատել հղիությունը:

Ռուսաստանում փոխնակ մայրության խնդիրը կարգավորվում է «Ընտանեկան օրենսգրքի» դրույթներով: Օրենսդրական միակ բացը թերևս այն է, որ գենետիկական ծնողները՝ որպես երեխայի օրինական հայր եւ մայր, կարող են ճանաչվել միայն փոխնակ մոր թույլ տվությամբ: Բացի այդ՝ փոխնակ մոր ծառայություններից կարող են օգտվել միայն օրինական ամուսինները:¹

Ամեն կին չէ, որ կարող է դառնալ փոխնակ մայր: Ըստ անցկացված սոցիոլոգիական հարցումների կանանց մի զգալի մասը խոստովանում է, որ ինքն իրեն բացարձակապես չի պատկերացնում «ինկուբատորի» դերում, մյուսներն էլ մտավախություն են հայտնում, թե, փոխնակ մայր դառնալով, կարող են զգացմունքով լցվել իրենց արգանդում կրած երեխայի հանդեպ և ծննդաբերելուց հետո չկարողանան նրան հանձնել օրինական ծնողներին:

Չոգեբանները կազմել են փոխնակ մայրերի հոգեբանական դիմանկարը: Ըստ այդմ՝ այդ կանանց բնորոշ են կամ օտար են վատատեսությունը, ինքնապարփակումը, թախժոտությունը,

¹Engelhardt T.H, Jr. Global Bioethics: An Introduction to The Collapse of Consensus / T. H. Engelhardt, Jr. // Global Bioethics: The Collapse of Consensus. Edited by H. Tristram Engelhardt, Jr. Rice University, Houston. 2006. C. 1-17.

անհավասարակշռությունը, նյարդայնությունը, անկանխատեսելիությունը: Փոխնակ մայրերը չեն ձգտում կառավարել շրջապատի մարդկանց, հետին մտքերով և նեղ հաշվարկներով չեն առաջնորդվում, սրտաբաց են ու անկեղծ: Իսկ ամենակարևորը՝ նրանք ոչինչ սրտին մոտ չեն ընդունում, այլ ասես թերևս իրենց համար ողբերգություն կդարձնեին այլոց համար մայրանալու և ծննդաբերելուց հետո միայնակ տուն վերադառնալու փափագը:

ԱՄՆ-ում փոխնակ մայրերի ծառայություններից օգտվելու ընդհանուր ծախսը կազմում է 85 000-126 000 դոլար (Էլիտար բուժկենտրոններում) կամ 58 000-73 000 դոլար («Հարթային» բուժկենտրոններում), պատկառելի մի գումար, որը ներառում է միջնորդ գործակալության, իրավաբանների, փոխնակ մոր հոնորարները, ինչպես նաև ապահովագրության և արհեստական բեղմնավորման ողջ գործընթացի իրականացման ծախսերը:¹

Գերմանիայում փոխնակ մայրությունն օրենքով արգելված է, և անզավակ գույգերն այդ ծառայությունից օգտվելու համար գործարք են կնքում հիմնականում օտարերկրացի փոխնակ մայրերի հետ՝ զավակների ձեռք բերման իրենց ծրագիրը կյանքի կոչելով հայրենիքի սահմաններից դուրս: Փոխնակ մոր հոնորարը կազմում է 20 000-30 000 դոլար (եթե ծնվում են երկվորյակներ, գումարը կրկնապատկվում է):

Յնդկաստանն ու Բրազիլիան փոխնակ մայրության ծառայություններ մատուցող ամենագայթակղիչ երկրներից են. եվրոպացի անզավակ գույգերի հոսքն այս երկրներ չի դադարում: Եթե, օրինակ, Մեծ Բրիտանիայում երեխայի «գինը» կարող է կազմել 50 000-70 000 \$ ուստ ստեղծվել, ապա Յնդկաստանում և Բրազիլիայում փոխնակ մայրերը բավարարվում են ընդամենը 5000 դոլար վարձատրությամբ:

Ռուսաստանում փոխնակ մայրության գինը 25 000-35 000 դոլար է, ևս 4000 դոլար պահանջվում է փոխնակ մոր գենետիկական հետազոտության և դեղամիջոցների համար: Լրացուցիչ գումար է պահանջվում նաև բժշկական ապահովագրության, ծննդաբերության և այլ ծախսերի համար:²

Չեխիայում, Լեհաստանում, Ուկրաինայում բավականին մեծ թիվ են կազմում արհեստական բեղմնավորման իրականացմամբ զբաղվող բուժկենտրոններ, որոնց մատուցած ծառայությունները գնային

¹ Medical Ethics. A Guide for Health Professionals.-Rock-ville, Maryland.-1988, pp. 31-39

² Բաբայան Ա. Փոխնակ մայրեր: Էլ-Անդրադարձ, 67, մայիս, 2010:

առու մով անհամեմատ ավելի մառչելի են, քան եվրոպական մյուս երկրների նմանօրինակ բուժկենտրոններում: Դոնորների՝ 4000-5000 դոլար արժողությամբ սերմնաբջիջը, օրինակ, այստեղ արժե 300-500 դոլար: Ուկրաինայում փոխնակ մայրերի վարձատրությունը սկսվում է 3500 դոլարից:

Ժամանակակից բժշկագիտությունն այնքան է կատարելագործել այս բնագավառում պատվիրատուներին մատուցվող ծառայությունների մեխանիզմն ու որակը, որ վերջիններին առաջարկվող փաթեթում ներառել է նաև հղիության իմիտացիա ստեղծելու նպատակով պատրաստվող արհեստական որովայնների տրամադրումը: Դրանք նախատեսված են երեխաների գենետիկական մայրերի համար: Եթե կինը չի ցանկանում հասարակական քննարկման առարկա դարձնել փոխնակ մոր ծառայություններից օգտված լինելու փաստը, մինչև վերջինիս ծննդաբերությունը կրում է սիլիկոնից պատրաստված այդ որովայնը, որն ունի նաև հետզհետե ուռչելու հատկություն: Արհեստական որովայնն արտաբուստ ոչնչով չի տարբերվում բնականից, կեղծ հղիներն այդ «բեռը» կրելու ընթացքում կարող են ազատ շարժվել, նստել, պառկել և այլն: Որովայնները լինում են 2 տեսակ, առաջինները նախատեսված են 5-7 ամսական հղիության նմանակման համար, երկրորդները՝ 7-9: Որովայնների արժեքը 900-1400 դոլար է:

Չայաստանում քչերն են դիմում փոխնակ մոր ծառայությանը. նախ՝ գինը, ցավոք ոչ բոլոր ցանկացողներին է մառչելի, երկրորդ՝ մեր երկրում այս երևույթը մինչև վերջ ընկալված ու ընդունված չէ: Բնականաբար, թե՛ դիմողները, թե՛ միջնոդի հիմնարկությունները խիստ գաղտնի են պահում այդ տեղեկատվությունը:

Գենետիկական մոր ձվաբջիջները վերցնելուց հետո նրան ներկայացնում են հայ և օտարազգի գենետիկական հայրերի տվյալների բազան, որտեղից էլ ապագա մայրն ընտրում է իր նախասիրած կերպարին համապատասխան արտաքինով, օրինակ, ազգությամբ գերմանացի տղամարդու: Փոխանցմամբ վճարված շուրջ 7000 դոլարի դիմաց Գերմանիայից ստանում են դոնոր տղամարդու սերմնաբջիջները: «Փոխնակ մայր կարող են դառնալ այն կանայք, ովքեր նախկինում ծննդաբերել են: Նախընտրելի է, որ նա ունենա ո՛չ թե մեկ, այլ՝ երկու երեխա. այդ դեպքում ավելի վստահ ես լինում փոխնակ մոր՝ առողջ երեխա ծնելու ունակությամբ: Երեխայի անվտանգ ծնունդը երաշխավորելու համար բժիշկները ծննդկանին «ազատում» են կեսարյան վիրահատությամբ: Փոխնակ մայրը, համաձայն իր իսկ ստորագրած պայմանագրի, այդպես էլ

չի տեսնում երեխային, իսկ միջևորդ կազմակերպությունը գործարքի համար գենետիկական մորից ստանում է 9000 դոլար: Կողմերի միջև հարաբերություններն ու առնչությունները իրավաբանորեն կետ առ կետ համաձայնեցված են:¹

Յուրաքանչյուր պետության առաջնահերթ խնդիրներից մեկը բնակչության պահպանությունն ու վերարտադրությունն է: Սակայն ինչպես ամբողջ աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում, նկատվում է ծնելիության աճի նշանակալի անկում, որի դեմ պայքարը տարբեր երկրներում տարբեր եղանակներով է կատարվում: Չմանրամասնելով նշենք միայն, որ դրանց շարքին են դասվում նաև հղիության արհեստական ընդհատման դեպքերի նվազումը: Աշխարհի գրեթե բոլոր երկրների քրեական օրենսգրքերում նախատեսված է ապօրինի աբորտ կատարելու հանցակազմը, որը, սակայն տարբեր երկրներում տարբեր դրսևորումներ է ստանում:²

Մարդկությունը պատմական տարբեր ժամանակաշրջաններում տարբեր մոտեցումներ է ունեցել այս հարցի շուրջ: Դեռևս դարեր առաջ Արիստոտելը հնարավոր էր համարում աբորտի կատարումը մինչև այն պահը, երբ պտղի մոտ ձեւավորվում են զգայարաններն ու շարժողունակությունը: Արհեստական աբորտի հարցում կողմնորոշվելիս մարդկանց համար մեծ նշանակություն են ունեցել նաև կրոնական հայացքներն ու նախապաշարումները: Ժամանակակից երեք հիմնական կրոնները՝ բուդդայականությունը, քրիստոնեությունը, մահմեդականությունը միշտ դեմ են եղել հղիության արհեստական ընդհատմանը՝ այն համարելով աստվածային ուժերի միջևորդությամբ ոգի և շունչ առնող արարածների դեմ ուղղված ծանր հանցագործություն: Փաստորեն կրոնական տեսանկյունից այն համարվում էր սպանություն: Բայց եթե ուսումնասիրենք աշխարհիկ օրենսդրությունը, ապա հին աշխարհում (օրինակ, ստրկատիրական Հունաստանում, հեթանոսական Հռոմում, ինչպես և դրանցից առաջ Եգիպտոսում ու Բաբելոնում) աբորտը թույլատրվում էր: Քրիստոնեության տարածումից հետո, Ֆեոդալական կարգերի ժամանակ, պետական քրեական օրենքները, իրենց վրա կրելով քրիստոնեական կրոնի ու կանոնական քրեական իրավունքի շեշտակի ազդեցությունը, կտրականապես եւ խտազույնս պատիժների սպառնալիքով արգելեցին աբորտը:

¹ Բարայան Ա. Փոխնակ մայրեր: Էլ-Անդրադարձ, 67, մայիս, 2010:

² Ролз Дж. Теория справедливости (Пер. с англ.) – Новосибирск..- 1995. -стр. 28-35.

Տասնվեցերորդ դարից սկսած պետությունները սկսեցին ընդունել աբորտն արգելող դաժան օրենքներ, որոնք նախատեսում էին մահապատիժ, ցմահ ազատազրկում, տաժանակիր աշխատանքներ (օրինակ, Անգլիա, Գերմանիա, Ֆրանսիա, ԱՄՆ, 1649թ.-ից՝ Տարական Ռուսաստան):

Գաղտնիք չէ, որ ցանկացած աբորտ, հատկապես եթե դակտարվում է ապորինի եւ առավել եւս՝ առանց համապատասխան որակավորում ունեցող անձի կողմից, կնոջ կյանքի եւ առողջության համար իրական սպառնալիք է ներկայացնում: Այս հանգամանքը հաշվի առնելով էլ օրենսդիրը այն նախատեսել է ՅՅ քրեական օրենսգրքի մարդու դեմ ուղղված հանցագործությունների բաժնի (բաժին 7) կյանքի և առողջության դեմ ուղղված հանցագործությունների գլխում (գլուխ 16): Այսպիսով, հանցագործության անմիջական օբյեկտը կնոջ կյանքն ու առողջությունը վտանգի տակ դնող հասարակական հարաբերություններն են:

ՅՅ քր. օր. 122-րդ հոդվածի համաձայն քրեորեն պատժելի է համարվում համապատասխան բժշկական բարձրագույն կրթություն ունեցող (չունեցող) (համապատասխանաբար հոդվածի 1-ին եւ 2-րդ մասեր) անձի կողմից ապորինի աբորտ կատարելը: Ինչպես տեսնում ենք, դիսպոզիցիան բլանկետային է, և ապորինի աբորտ տեղի ունը հասկանալու համար անհրաժեշտ է անդրադառնալ ՅՅ առողջապահության նախարարություն 1997թ. դեկտեմբերի 25-ի թիվ 778 հրամանին («հղիության արհեստական ընդհատում»): Ըստ հրամանի, հղիության արհեստական ընդհատման վիրահատություն թույլատրվում է իրականացնել մինչև 12 շաբաթական (ներառյալ) հղիության ժամկետը բալոր այն կանանց, ովքեր ցանկանում են ընդհատել հղիությունը և չունեն հակացուցումներ (օրինակ՝ ինֆեկցիոն եւ պարազիտար հիվանդություններ, չարորակ նորագոյացություններ, հոգեկան խանգարումներ, սրտանոթային համակարգի հիվանդություններ եւ այլն):¹ Հղիության արհեստական ընդհատման վիրահատություն թույլատրվում է կատարել միայն մանկաբարձական-գինեկոլոգիական ստացիոնար բուժհաստատություններում (դրանք են՝ ծննդատները եւ այն ստացիոնարները, որոնց կազմում կան գինեկոլոգիական բաժանմունքներ)՝ ըստ ընդունված կարգի, արտոնագրի առկայության դեպքում: Այսպիսով, վերը նշված պայմաններից որեւէ մեկի խախտումը

¹ ՅՅ քրեական օրենսգրքը բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին (ընդունված՝ ԱԺ կողմից 04.03.1991թ. Յ.Օ-42, բաց. 25,10,10)

բավական է հղիության արհեստական ընդհատումն ապօրինի համարել ու
ն արարքը ՀՀ քր.օր. 122-րդ հոդվածով որակել ու համար:

Ինչպես տեսանք, ՀՀ-ում հանցագործության սուբյեկտ դիտվում են
միայն երրորդ անձինք, սակայն այլ է դրույթ ունը արտասահմանյան մի
շաբ երկրներում: Ըստ ուսումնասիրված 25 երկրների
օրենսդրության, քրեաիրավական պաշտպանությունը տարածվում է ոչ
միայն մոր, այլև պողի վրա, օրինակ Արգենտինա, Իսպանիա, Մարոկկո,
Թուրքիա, Սան-Մարինո, Իտալիա, Գերմանիա, Շվեյցարիա, Ճապոնիա:¹

Եթե սկզբնական շրջանում գիտնականները գտնում էին, որ պտուղն
ինքնուրույն կենսական հատկանիշներ ձեռք է բերում միայն այն
ժամանակ, երբ մայրը զգում է նրա շարժումները, հետագայում գիտական
հետազոտությունները հանգեցին այլ մոտեցման:

Ըստ կատարված հետազոտությունների պողի ձեւավորման 18 օրից
սկսած զգացվում են նրա սրտի զարկերը, 21-րդ օրը ձեւավորվում է
արյան շրջանառության փակ համակարգ, 6-7-րդ շաբաթից սկսած նա
սկսում է ինքնուրույն շարժվել: Այս հիմնավորումներով 1880թ.-ին
ԱՄՆ-ում արգելվեց հղիության ապօրինի ընդհատումը բջջի
ձեւավորման պահից սկսած: Հետաքրքիր է այն փաստը, որ վերը նշված
բոլոր երկրներում ապօրինի աբորտ կատարելու դեպքում կնոջ համար
նախատեսված է 1 տարի ժամկետով ազատազրկում, բացի Իտալիայից (6
ամիս), Թուրքիայից (1-4 տարի), Արգենտինայից (1-4 տարի), վերջին 2
դեպքերում պատժի չափը հավասարեցված է կնոջ համաձայնությամբ
երրորդ անձանց կողմից կատարվող ապօրինի աբորտի համար
նախատեսված պատժաչափին: Որոշ երկրներում, ինչպես օրինակ,
Թուրքիան եւ Սան-Մարինոն, ավելի մեղմ պատժ են նախատեսում այն
դեպքերի համար, երբ աբորտը կատարվում է կնոջ պատիվը փրկելու
համար (Թուրքիան պատժի 2/3-ի չափով): Հունգարիայի քրեական
օրենսգիրքը կնոջն ազատում է քրեական պատասխանատվությունից
ապօրինի աբորտի համար, սակայն խիստ պատասխանատվություն է սահ-
մանում դեռ չծնված երեխայի հոր համար (մինչեւ 4 տարի ժամկետով
ազատազրկում)՝ կնոջ կողմից աբորտի կատարումը չկանխելու համար:
Հունգարիայում քրեական պատասխանատվություն է նախատեսվում նաեւ
կնոջ հարազատների համար, որոնց ոչ բավարար խնամքի ու

¹ Rice T. Individual autonomy and state involvement in health care // Journal of Medical Ethics. 2001. - V. 27. - P. 240-244.

Режим доступа: <http://jme.bmj.eom/cgi/content/full/27/4/240> (дата обращения: 02.08.2009).

անուշադրութեան հետեւ անքով կիսն ազատվել է պողից¹:

Ինչպես արդեն նշվեց, գրեթե բոլոր երկրներում, այդ թվում Յայաստանում, աբորտի կատարումը թույլատրվում է մինչեւ 12 շաբաթական ժամկետը ներառյալ, հտալիայում նշվում է օրերով՝ 90 օր, Ավստրիայում ամիսներով 3 ամիս եւ այլն, իսկ որոշակի բացառիկ հանգամանքներում այս ժամկետը հասցվում է մինչեւ 22 շաբաթ: Եթե փորձենք երկրները խմբավորել ըստ աբորտի կատարման թույլատրելի մեխանիզմի (խոսքը մինչեւ 12 շաբաթական պողի մասին է), ապա դրանց կբաժանենք 3 խմբի².

1. Երկրներ, որտեղ բավական է կնոջ համաձայնությունը՝ Չինաստան, Արգենտինա, Իտալիա,

2. Երկրներ, որտեղ բացի կնոջ համաձայնությունից անհրաժեշտ է բժշկական եզրակացություն՝ Ֆրանսիա, Գերմանիա, Իսլանդիա: Վերջինում հաշվի է առնվում նաև ամուսնու համաձայնությունը,

3. Երկրներ, որտեղ արգելվում է աբորտի կատարումն անկախ ամեն ինչից, նման երկրներում սահմանվում են բացառություններ, կապված կնոջ կյանքի եւ առողջության համար ստեղծված սպառնալիքի հետ՝ Իսրայել, ԱՄՆ, Իրան,

4. որոշ դեպքերում այս բացառությունների թիվը կարող է մեծ լինել, օրինակ, Իսրայելում նշվում է նաև կնոջ տարիքը (40 և ավելի), ինչպես նաև արտամուսնական հղիությունը, իսկ Մարոկկոյում, բացի բժշկական չափանիշից նախատեսված է նաև ամուսնու համաձայնության փաստը:

Ի տարբերություն Յայաստանի, Ռուսաստանի, Էստոնիայի, որտեղ հանցակազմը նախատեսում է կնոջ պարտադիր համաձայնությունը, գրեթե մյուս բոլոր երկրներում հանցակազմը նախատեսված է երկու դեպքով՝ կնոջ համաձայնությամբ, որն ավելի մեղմ է պատժվում (ազատազրկման ձեւով պատժատեսակն այս երկրներում սատանվում է 2-5 տարվամեջ) և առանց կնոջ համաձայնության (5-10 տարի):

Մի շարք երկրներում պատասխանատվություն է նախատեսված նաև կնոջը աբորտ կատարելուն հակելու (Թուրքիա), հարկադրելու (Իսպանիա, Լատվիա, Լիտվա, նաև ժամանակին նախատեսվում էր ԽՍՀՄ-ում), օժանդակելու Արգենտինա, Մարոկկո, Լեհաստան, Սան-Մարինո, Ֆրանսիա, Շվեյցարիա (հիմնականում այս դեպքում սուբյեկտը հատուկ է՝ բուժ

¹ Բարայան Ա. Փոխնակ մայրեր: Էլ-Անդրադարձ, 67, մայիս, 2010:

² Schwab A.P. Formal and effective autonomy in healthcare // Journal of Medical Ethics. 2006. - V. 32. - P. 575-579. Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/32/10/575> (дата обращения: 27.02.2008).

սպասարկում իրականացնող անձինք), իսկ ճապոնիայում նույնիսկ ջատագովելու, արորտի փորձի համար: Գերմանիան պատասխանատվություն է նախատեսում արորտ կատարելու փորձի դեպքում՝ կնոջ համար սահմանելով բացառություններ:¹

Հանցագործությունների, այդ թվում նաև ապօրինի արորտների կանխման համար (հատկապես համապատասխան որակավորում և կրթություն չունեցող անձանց կողմից) հետաքրքիր մոտեցում է ցուցաբերել ԱՄՆ-ը: Համապատասխան օրենսդրական կարգավորմամբ սահմանվել են այն առարկաների, իերի, նյութերի ցանկը, որոնց փոստային առաքումներն ԱՄՆ-ի տարածքում արգելվում են. դրանցից են արորտ կատարելու համար ստեղծված, վերափոխված, նախատեսված ցանկացած իր, գործիք, դեղանյութ կամ հաբ կամ այլ նյութ, կամ վերջիններս պատրաստելու, ձեռք բերելու, օգտագործելու վերաբերյալ ցանկացած գրականություն և այլն:

Չնայած վերոհիշյալ հարաբերությունների բավական մանրակրկիտ կարգավորմանն ու կնոջը որոշակի պայմաններում անցանկալի պտղից հրաժարվելու իրավունքի վերապահմանը՝ գրեթե բոլոր երկրների օրենսգրքում նշվում է, որ անկախամենինչից բժիշկն իրավունք ունի հրաժարվել հղիության արհեստական ընդհատումն իրականացնելուց, եթե չկակնոջ կյանքը փրկելու ծայրահեղ անհրաժեշտություն: Սա, մեր կարծիքով բարոյապես ճիշտ է ու արդարացի, հատկապես որ հղիության արհեստական ընդհատման բարոյական անթույլատրելիության մասին խոսվում է նաև Հիպոկրատի երդման մեջ:²

Ըստ ՀՀ Սահմանադրության հոդված 15-ի «Յուրաքանչյուր ոք ունի կյանքի իրավունք...»: Աբորտը միակ բժշկական միջամտությունն է, որի արդյունքում մասնակիցներից մեկին՝ կնոջ առողջությանը հասցվում է զգալի վնաս, իսկ մյուսին՝ դեռ լույս աշխարհ չեկած փոքրիկին, զրկում կյանքի իրավունքից: Այս առումով մասնագիտական գրականության մեջ քննարկվում է պտղի քաղաքացիաիրավական պաշտպանության հարցը:³

Հռոմեական իրավունքի հայտնի սկզբունքը ասվում է. *Nasciturus pro iam nato habetur, quotiens de commodis eius agitur* («բեղմնավորված երեխան համարվում է ծնված, եթե խոսքը վերաբերում է նրա շահին»):

¹ Судо Жак. Аборт / Жак Судо. Режим доступа: <http://www.kcn.ru/tat-ru/religion/catholic/aborto2.htm> (дата обращения: 24.05.2007).

² Պավթյան Ս.Հ. Բիոէթիկայի ներածություն, Մեմագրություն, Երևան, 2012, 329 էջ:

³ Гиппократ. Избранные книги.- М.: с. 87-88.-1994

«Երեխա» հասկացությունը կիրառելի է մարդկային էակի նկատմամբ նույնիսկ մինչեւ նրա ծնունդը... Երեխան, նրա ֆիզիկական և մտավոր անհատությունն պատճառով ունի հատուկ պաշտպանության և հոգատարության կարիք, ներառյալ պատշաճ իրավական պաշտպանությունը, ինչպես ծնունդից առաջ, այնպես էլ հետո...»: Ըստ որոշ հռչակագրերի երեխային իրավունք է տրվում ստանալ պատշաճ բժշկական օգնություն և դեռևս մինչև ծնվելը: Միացյալ Նահանգներում 2002 թ.-ի «Երեխաների առողջության ապահովագրությունն պետական ծրագրի (SCHIP)» համաձայն երեխան սահմանվում է որպես «19 տարին չլրացած անհատ, ներառյալ բեղմնավորումից մինչև ծնունդը ընկած ժամանակահատվածը»:¹

Մի շարք բարգավաճ երկրների, այդ թվում ԱՄՆ-ի Գերագույն դատարանի վճռով հղի կինը պետք է ենթարկվի հարկադիր կեսարյան հատման երեխայի կյանքը փրկելու համար: Իր որոշման մեջ դատարանը գտել է, որ կենսունակ պտղի պետական պաշտպանության անհրաժեշտությունը գերակշռում է հղի կանանց բժշկական օգնությունից հրաժարվելու իրավունքը և, փաստորեն, չեղյալ է հայտարարում ծնողական ինքնավարության սկզբունքը՝ պարտադրելով մայրերին պաշտպանելու երեխայի կյանքը:²

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

1978 թ. Մանչեստերում ծնվեց փոքրիկ Լուիզա Ջոյ Բուսունը: Աղջիկը լույս աշխարհ եկավ արհեստական բեղմնավորման ճանապարհով: Փոքրիկ Լուիզայի քաշը 2.61 կգ էր: Բժշկական հետազոտությունները ցույց տվեցին, որ նա լիովին առողջ է: Մոր վիճակը նույնպես գնահատվում էր բավարար: Մի քանի տարի հետո նույն ճանապարհով ծնվեց Լուիզայի քույրը՝ Նատալին: Այսօր Լուիզան աշխատում է փոստատար և սիրում է զբաղվել սպորտով: Որոշ հետազոտողների կարծիքով փորձանոթում կամ մոր արգանդի մեջ գտնվող մարդկային կյանքը չհարգելը հանգեցնում է նաև ծնվելուց հետո մարդկային կյանքի նկատմամբ անտարբերության³:

3.3. Գենային տեխնոլոգիաների և կլոնավորման փիլիսոփայական

¹ Силуянова И.В. Статус эмбриона / И. В. Силуянова, М. С. Першин, Л. Б. Ляуш, И.М. Макеева // Человек. 2007. - № 2. - С. 98-108.

² Encyclopedia of Bioethics 3-rd ed. – Edit. S.A. Post, vv 1-5, NYa eth: MacMillan, 2013.

³ UNESCO. Human Cloning: Ethical issues. Paris: UNESCO, 2004.-pp. 38-47

և բարոյ ազիտական հիմնահարցերը

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

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

Ֆիզիոլոգիայի և բժշկության գծով Նոբելյան մրցանակի դափնեկիր (1980թ.) Ժան Դոսսեն նշել է, որ մարդու գեներտիկայի ոլորտում նոր տեխնոլոգիաների ոչ խելամիտ օգտագործումը կարող է հանգեցնել աղետալի հետևանքների»:

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

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

Մարդկային երևակայությունը ցնցող անցյալի կանխագուշակումներն այսօր աստիճանաբար իրականություն են դառնում: Այդ կապակցությամբ խորհել իմացող, սթափ մտածող մարդկանց ուղեղներում ծնվում են հարցեր արդյո՞ք հետազոտող-գեներտիկը կարող է դառնալ կենսաբանական էվոլյուցիայի համահեղինակ:¹ Եվ կամ արդի հասարակությունն ի վիճակի է կարգավորելու գիտական հետազոտությունների անկանխատեսելի հետևանքները: Եթե այո, ապա՞ ինչպե՞ս: Որոշ հետազոտողներ (օրինակ, Պրինստոնի (ԱՄՆ)

¹ Белл Д. Грядущее постиндустриальное общество: опыт социального прогнозирования / Даниел Белл; Пер. с англ. под ред. В.И. Иноземцева. -М. : Academia, 2004. 783 с.

համալսարանի պրոֆեսոր Էզրա Աուլեյմանը) գտնում են, որ «Պետությանը չպետք է թելադրի, թե ինչպես կարելի է տարածել գիտական հետազոտությունների արդյունքները: Պետությունը պետք է գտնվի դիտորդի դերում, երբ խոսքը գիտական հետազոտությունների մասին է»:

Ակնհայտ է, որ մարդու վերարտադրողական գործառնություններին միջամտելու տեխնոլոգիաները չեն կարող գործադրվել առանց էթիկական հիմնավորման և օրենսդրական կարգավորման: Նոր տեխնոլոգիաների թվում առանձնապես կարևորվում է կլոնավորումը:¹

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

Կան մտածողներ, ովքեր վճռականորեն դեմ են կլոնավորմանը, մարդկանց «պատճենահանմանը»: Նրանք գտնում են, որ կլոնավորման գաղափարն ինքնին հակաբնական է: Եվ, որ նույն գենետիկ կոդով մի քանի մարդկանց ստեղծումը կարող է լուրջ հարված հասցնել մարդկային արժանապատվությանն ու անկրկնելիությանը:²

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

Ընդդեմ կլոնավորման բերվում է նաև այն փաստարկը, որ կլոնավորումը կարող է նվազեցնել գենետիկ բազմազանությունը, մարդկանց ավելի խոցելի դարձնել համաճարակների և այլ հիվանդությունների նկատմամբ: Երկիր մոլորակի վրա ապրում է ավելի քան 5 մլրդ մարդ: Ակնհայտ է, որ մարդու կլոնավորումը մոտ ապագայում կարող է կատարվել ոչ մեծ չափերով, առաջին հերթին թանկության պատճառով: Բացի դրանից, կանանց մեծամասնությունը հազիվ թե ցանկանա դառնալ կլոն-երկվորյակների մայր: Տասնյակ տարիներ կանցնեն մինչև որ ամբողջ աշխարհում կլոն-մարդկանց թիվը կհասնի 1 մլնի սահմանագծին:³

Մտավախություն է արտահայտվում, թե կլոնավորումը կարող է հանգեցնել մարդ-իրեշների ստեղծմանը: Նկատենք, որ մարդու կլոնավորումը նույնը չէ, ինչ մարդու խնդիրը գենային ինժեներիայում:

¹ Этико-правовые аспекты проекта «Геном человека». Международные документы и аналитические материалы / Под ред. Б. Г. Юдина. М., РНКБ РАН, 1998.- 190 с.

² Шиллер Г. Манипуляторы сознанием / Герберт Шиллер; Пер. с англ.; М.: Мысль. 1980. - 326 с.

³ Мишаткина Т.В. Биомедицинская этика, Минск, МГУ им. Сахарова, 2003

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

Գենային ինժեներիան, իհարկե, օժտված է դրական ներուժով, սակայն մեծ ռիսկ պահանջող ձեռնարկ է, հետևաբար այն պետք է իրականացվի մեծագույն զգուշությամբ և խստագույն հսկողության ներքո: Մինչդեռ կլոնավորումը անվտանգ է գենային ինժեներիայի համեմատությամբ: Եվ եթե որևէ մեկը զգուշանում է մարդու կլոնավորումից, ապա գենային ինժեներիայից, պարզապես պետք է սարսափի...¹

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

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

Այս փաստարկները հերքում է մտածողների երկրորդ խումբը: Մատնանշելով գենետիկ նույն կողմ ունեցող աշխարհի 150 մլն երկվորյակների գոյությունը: Վիճակագրությունը ցույց է տալիս, որ, միջին հաշվով, ծնունդներից մեկը երկվորյակ է: Բնական երկվորյակներն ավելի միանման են, քան կլոն-երկվորյակները, քանի որ բնական երկվորյակները ճշգրտորեն ունեն նույն տարիքը, մինչդեռ կլոն-երկվորյակը և գենետիկ կողմի դոնորը սովորաբար, ունեն տարբեր տարիքային մակարդակներ: «Արդյո՞ք երկվորյակների գոյությունը սպառնում է մարդկային արժանապատվությանը, – հարցնում է մտածողների երկրորդ խումբը: Իհարկե, ո՛չ»:

Ի տարբերությունն աբորտի, որ նախատեսում է պտղի կյանքի դադարեցում, կլոնավորումը ենթադրում է նոր կյանքի ստեղծում: Չետևաբար, մարդու կլոնավորմանը դիմակայող ուժերը չեն հիմնվում բարոյական կայուն սկզբունքների վրա: Նրանք, ովքեր պնդում են, թե, իբր, կլոնավորումը կարող է վատ հետևանքներ ունենալ, պետք է

¹ Фукуяма Ф. Социальные последствия биотехнологических новаций / Ф. Фукуяма // Человек. 2008. - № 2. - С.80-88.

ճշգրիտ սահմանեն, թե խոսքը հատկապես ինչ վատ հետևանքների մասին է: Առայսօր դաարված չէ:

Չնայած կլինականության ուղղությամբ տարվող փորձարարական աշխատանքները բազմաթիվ երկրներում արգելված են, սակայն որոշ երկրներում, օրինակ՝ Մեծ Բրիտանիայում (Նյու Քասլի համալսարանում) շարունակվում են մարդու կլոնի բազմացման ուղղված փորձարարական ուսումնասիրությունները: Բրիտանական կառավարությունը գիտնականներին իրավունք է վերապահել կլինականության մարդու սղմը: Այո, կլինականության մարդու գիտնականության առևտրական նպատակներով: Նույնաման հետազոտությունները շարունակվում են ԱՄՆ-ում և ճապոնիայում պետական հսկողության ներքո:¹

Ներկայումս կաթնասունների կլինականության տեխնոլոգիան գտնվում է փորձարարական փուլում: Մարդու կլինականությանը պահանջում է օրենսդրական հատուկ կարգավորում հնարավոր չարաչափումները կանխելու համար: Մարդկանց կլոնները պաշտոնապես պետք է ունենան նույն իրավաբանական իրավունքներն ու պատասխանատվությունը, ինչ մարդկային էակը - գտնում են կլինական կողմնակիցները:²

Ներկայումս մարդը չի կարող կլինականությանը արանց նրա գրավոր համաձայնությամբ: Ցանկացած մարդու տրվում է իր գեներտիկ կոդի սեփականության և իր հայեցողությամբ այն տնօրինելու իրավունք: Կողմ պետք է գտնվի նրա անձնական հսկողության ներքո: Մարդու կլոնները պետք է հասունացվեն և ծնվեն միայն հասուն տարիքի կնոջ կողմից: Նա պետք է գործի իր կամքով, առանց որևէ հարկադրանքի: Կլինականության զարգացումը երեխա չունեցող կանանց հնարավորություն կտա ունենալու սեփական երեխաներ (Չայաստանում յուրաքանչյուր յոթերորդ գույզը անպտուղ է):

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

¹ Cowley C. The dangers of medical ethics / C. Cowley // Journal of Medical Ethics.-2005.-V. 31.-P. 739-742. Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/31/12/739> (дата обращения: 28.08.2007).

² Cowley C. The dangers of medical ethics / C. Cowley // Journal of Medical Ethics.-2005.-V. 31.-P. 739-742. Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/31/12/739> (дата обращения: 28.08.2007).

Վերլուծությանը կարելի է հանգել հետևյալ եզրակացության: Նախ, ժամանակակից բժշկական գիտության, կենսատեխնոլոգիաների զարգացումը, իսկապես, իր հետ բերում է ոչ միայն նոր հնարավորություններ, այլև նոր ռիսկեր և սպառնալիքներ: Թեև գենային թերապիայի նպատակներն առայժմ հստակ են ձևակերպված, տակավին խնդրահարույց են մնում ժառանգական ռեսուրսների վերաբաշխման, կիրառելիության ոլորտների, անձի իրավունքների և գլոբալ վերահսկողության հիմնահարցերը: Երկրորդ, կլոնավորման գաղափարը մարդկությանը, նրա բնականությանը և գիտության փիլիսոփայությանն առաջադրում է սկզբունքորեն նոր խնդիրներ: Առաջին հերթին, խոսքը մարդկային անձնավորության կորստի մասին է: Երրորդ, գենետիկ մանիպուլյացիաները, ժառանգական գենի վերածնունդները, բնության՝ այս սրբության սրբոցի մեջ մարդու կոպիտ ներխուժումը, ի վերջո, կարող է փոխել մարդկության կենսաբանական կոդը: Ինչ երաշխիքներ կան, որ հեռավոր ապագայում չեն հայտնվի մարդու գենետիկ, ռասայական մաքրության գառանցական գաղափարի նոր հետևորդներ, որոնք կձորձեն մաքրագործել ապագա սերունդներին՝ ուղղակի արգելելով «թերաթեք մարդկանց» ծնունդը և նախապատվությունը տալով «ազնվածիներին»:

Մարդը չպետք է դառնա անխորհուրդ և չհիմնավորված փորձարկումների առարկա: Այլապես, ոչ մի տարբերություն չի լինի մարդու և արհեստականորեն ստեղծված ինչ-որ էակի միջև: Եթե խախտվի վերոհիշյալ սկզբունքը, ապա դա վատթար հետևանքներ կունենա մարդկային արժանապատվության համար: Մարդու գենետիկ ուրույնությունը կդառնա շուկայական տարերքի հնարավոր զոհերից մեկը: Մեծահարուստ մարդիկ, նրանց երեխաները լրացուցիչ առավելություններ կստանան: Դակիանգեցնի կառավարող ընտրախավի գենետիկ բարելավմանը: Ուիլսոնի համալսարանի կենսաբան Լի Սիլվերի խոսքերով ընտրախավը գործնականում կարող է դառնալ մարդկության անանձին ցեղատեսակ¹:

Լուրջ մտորումների և անհանգստությունների տեղիք տվեց 1997թ. անգլուխ գորտի կլոնի ստեղծումը: Մարդկանց համակեց վախի ու տագնապի զգացում: Ծառերը սկսեցին սարսափել, որ կարող են ստեղծվել նաև անգլուխ մարդիկ: Եվ որ կարող են հիմնվել

¹ Gardiner P. A virtue ethics approach to moral dilemmas in medicine / P. Gardiner // Journal of Medical Ethics. 2003. - V. 29. - P. 297-302.
Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/29/5/297> (дата обращения: 27.07.2007).

«մարդկային օրգանների յուրօրինակ ֆաբրիկաներ»։ «Գիտական ֆաբրիկա» կարող է իրականություն դառնալ։ Կարող է գալ մի ժամանակաշրջան, երբ կստեղծվեն էակներ, որոնց գոյության հիմնական նպատակը տիրապետող, գերիշխող խմբի կամքին հլու հնազանդ ենթարկվելը կդառնա։

Բազմաթիվ բարգավաճ երկրների քաղաքական գործիչները, այդ թվում նաև ԱՄՆ-ի նախկին նախագահ Բիլլ Բլինթոնը նշել են, որ մարդկանց կլոնավորումը բարոյապես անընդունելի է և առաջարկել են արգելք դնել կլոնավորման գիտափորձերի վրա, սակայն, այնուամենայնիվ միանշանակ չի ընդունվել այդ առաջարկը։

Հասարակայնության տարբեր շրջանակներում ժամանակին և ուրջ անհանգստություն էր առաջացրել այն, որ Քյունզիի (Հարավային Կորեա) համալսարանի մի գիտնական ստեղծել էր մարդկային կլոն, որն աճեցրել էր մինչև 4 բջջի և հետո միայն այն ոչնչացրել։ Այս տարի այդ գիտնականը խոստովանել է, որ այդ տեղեկությունը կեղծ է։

Գաղտնիք չէ, որ նման բնույթի հետազոտությունները շարունակվում են։ 1993թ. Ջ. Վաշինգտոնի անվան համալսարանում մարդկային 17 սաղմեր բազմացրել և հասցրել են մինչև 42 բջջի։ Գենետիկորեն ձևափոխված մարդկային սաղմերի պատվաստումը (իմալստացիան) Հարավային Կորեայում արգելվել է 1993 թվից։ Հարավային Կորեայի կառավարությունը հայտարարել է, որ ցավալի է, բայց փաստ, որ կառավարական ֆինանսավորման բացակայությունը արգելք չի կարող լինել մասնավոր ձեռներեցների և բարոյագուրկ գիտնականների համար...¹

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

Այս և հարանման այլ հարցերի պատասխանը կարող է տալ բժշկական տեխնոլոգիաների զարգացումը։ Ճիշտ չէ արգելապատնեշներ դնել

¹ Тищенко П. Д. Этические проблемы развития биотехнологий / П. Д. Тищенко // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2. М.: ИФРАН, 2008. - С. 55-82.

գիտության, այդ թվում բժշկության զարգացման ճանապարհին: Սակայն չպետք է մոռանալ, որ մարդ կլոնավորել նշանակում է ձեռնոց նետել բնությանը, Աստծուն: Հիրավի, մտածելու տեղիք է տալիս արդյո՞ք կարո՞ղ եմ քաղել այն ամենը, ինչին ձեռքս հասնում է...

1998թ. հունվարի 12-ին Փարիզում ստորագրվեց մարդու կենսաբանական պլանավորումը (արհեստական մարդու ստեղծումը) արգելող միջազգային արձանագրություն: Դրան մասնակցել են եվրոպական 19 երկրների ներկայացուցիչներ: Ֆրանսիայի նախկին նախագահ ժակ Շիրակն այդ առթիվ մաղթել է, որ համաշխարհային մակարդակով արգելվի «մարդու պլանավորումն ու գենետիկ ձեռնածոյությունների անցկացումը», ինչը «կարող է հանգեցնել տագնապալի հետևանքների»:¹

Իզուր չէ, որ եվրոխորհրդի կենսաբանական էթիկայի հանձնաժողովը հարկ համարել ազգային կոմիտեների հատուկ միջազգային խորհրդաժողով հրավիրել խնդրո առարկայի շուրջ:^{2,3}

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

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

«Դոլլի» ծրագրի հեղինակները գտնում են, թե ձախողումների այդպիսի բարձր տոկոսը արհեստական մարդու ստացումն առայժմ դարձնում է անարդյունավետ: Սակայն խնդիրն ամենևին էլ

¹ Davtyan S.H. Bioethics Handout, Yerevan, 2013, 189p.

² Tsai D. Human embryonic stem cell'research debates: a Confucian argument / D. Tsai // Journal of Medical Ethics. 2005. - V. 31. - P. 635-640. - Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/31/1/1/635> (дата обращения: 11.11.2008).

³ Тищенко П.Д. Геномика: новый тип пауки в новой культурной ситуации / П.Д. Тищенко // Biomediale: Современное общество и геномная культура / Сост. и общ. ред. Д. Булатова. Калининград: КФ ГЦСИ, ФГУИПП «Янтарный сказ», 2004. - С. 60-72.

Силич Т.В., Китаева М.В., Кухтинская Л.В., Свинтицкая М.Г. Гуманизация обучения специалистов экологического и медико-биологического профилей // Материалы 7-й международной научной конференции «Сахаровские чтения 2007 года: экологические проблемы XXI века». – Минск: МГЭУ им. А.Д. Сахарова, 2007. – С. 33-34.

արդյունավետության կամ անարդյունավետության մասին չէ: Առաջանում են բարոյական կարգի հարցադրումներ, և առաջին հերթին այն, թե թույլատրելի է արհեստական մարդու ստացումը: Չէ՞ որ մարդկային կյանքը, իր եզակիությամբ, մինչև այժմ համարվել է անհամեմատելի արժեք: «Ամեն մարդ մի աշխարհ է» արտահայտությունը, արհեստական մարդու ստեղծմամբ և այդ «տեխնոլոգիական գործընթացի» հետագա կատարելագործման հեռանկարի հաշվառմամբ, անհուսալիորեն կորցնում է իր իմաստը... Գիտնականների շրջանում միասնական տեսակետ չկա այդ խնդրի առթիվ:

Ոմանք պնդում են, որ առանց այն էլ մարդկանց մոտ 15 տոկոսը ստիպված է լինում դիմել ու արհեստական բեղմնավորման: Յենց միայն ԱՄՆ-ում տարեկան 10 հազար մարդ դիմում է այդ քայլին, և այդ թիվը շատ ավելին կլիներ, եթե արհեստական բեղմնավորումը չափազանց թանկ չլիներ: Չէ՞ որ մարդուն յուրահատուկ է իր սերունդն ունենալ ու, դրանով իսկ անմահանալ ու բնական ձգտումը: Արհեստական մարդու ստեղծումով, գտնում են նրանք, այս խնդիրն ինքնըստինքյան կլուծվի ամուլ մարդը կունենան թե իր ժամանգը, այլ ուղղակի կրկնակը, և դրանով իսկ նորից կապի: Եթե կրկնակի ստեղծման ծախսերը նվազեն, կարծում են այդ տեսակետի կողմնակիցները, ապա իրենց կրկնակն ունենալ ցանկացողների թիվը կտրուկ կմեծանա և արդեն մոտ ապագայում կարելի կլինի տարեկան «արտադրել 200 հազար արհեստական մարդ:

Այլոց կարծիքով, հարցն ամենևին էլ այս կերպ անմահանալ ու մեջ չէ: Գենետիկ ձեռնածոյունները, մարդու ժամանակական գենի հատկությունների արհեստական փոփոխումները, բնության այս սրբությունն սրբոցի մեջ մարդու կոպիտ ներթափանցումը կարող է փոխել մարդկության հոգեբանությունն ընդհանրապես, պլանավորման տակ դնել կյանքի բարձրագույն բանական ձևի հետագա բախտը: ¹

Չի բացառվում նաև այս կարգի արհեստական մարդկանց «սերիական արտադրությունը», ովքեր նախապես արդեն ծրագրավորված կլինեն որոշակի ասպարեզներում օգտագործվելու համար, որպես կենսաբանական ռոբոտներ: Ի դեպ, Դուլլի ծրագրի ղեկավարը հենց այս էլ նկատի ունի, երբ իրեն քննադատողներին պատասխանում է, թե «արհեստական մարդկանց նոր շուկան խիստ շահութաբեր կլինի, իսկ

¹ Դավթյան Ս.Յ. Բիոթեկայի ներածություն, Մենագրություն, Երևան, 2012, 329 էջ:

շահույթը լավ բան է, շահույթը մարդկային գործունեության գլխավոր կողմն է, այդ գործունեությունը պիտի եկամուտներ բերի»:

ԱՄՆ-ի այն ժամանակվա նախագահ Բիլ Բլիթթոնը, Դուլլի գառնուկի ստացման լուրն առնելուն պես, կտրուկ արտահայտվել է մարդկանց կենսաբանական պլանավորման հավանականության դեմ: Բլիթթոնն առաջարկել էր առաջիկա 5 տարիներին սառեցնել նմանօրինակ գիտական հետազոտությունների համար տրվող ֆինանսավորումը: Գտնում են, որ Բլիթթոնը ելնում էր պրակտիկ նկատառումներից, հուսալով, որ այդ 5 տարիներին հնարավոր կլինի երկրում մշակել մարդու արհեստական ստացումն արգելող օրենսդրություն: Իսկ ահա ծերունազարդ գիտնական Սիդը համաձայն է իր երկրի նախագահի հետև հայտարարում է, որ ԱՄՆ-ում մարդու արհեստական ստացումն արգելող օրենսդրության երևան գալու դեպքում ինքն իր փորձերը կտեղափոխի այլ երկրներ, որտեղ դրանք արգելված չեն:¹

Աներկբայորեն հանճարեղ, բայց բարոյական առումով զարհուրելի խելագար չէ՞ այս գիտնականը, որ սպառնում է գլխավոր շրջել մարդկային քաղաքակրթության ներկան ու ապագան: Մինչև այժմ մարդկությունն ինքն իրեն չի կարողացել պաշտպանել նման հանճարեղ խելագարներից: Յետևանքն այն է, որ մենք այժմ ապրում ենք այդպիսիների ստեղծած զանգվածային ոչնչացման զենքերից իսպառանհետևալու մշտական սարսափի տակ: Արհեստական մարդը, ավաղ, շատ ավելի է, քան զենքը, որը կարելի է նաև չգործադրել:²

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

Մարդկության գոյատևման ռազմավարական հրամայականները պահանջում են մշակել նոր մոտեցումներ առողջապահության ոլորտում սոցիալական արդարության սկզբունքների վերիմաստավորման նկատմամբ: Մոլորակի վրա գործում են առողջապահության զանազան համակարգեր ամբողջովին ինքնավարներից մինչև բացառապես պետական: Որոշ երկրներում օգնությունն ցուցաբերում են միայն նրանում խիստ կարիք ունեցողներին, մյուսներում գործում է

¹ Тищенко П. Д. Новейшие биомедицинские технологии: Философско-антропологический анализ Анализ идей либеральной евгеники Ю. Хабер-масом. / П. Д. Тищенко // Вызов познанию: стратегии развития науки в современном мире. М. : Наука, 2004. - С. 309-332.

² Դավթյան Ս.Յ. Բիոէթիկա, դասագիրք, Երևան, 2009:

բժշկական ապահովագրության զարգացած համակարգ, երրորդները էականորեն առաջ են ընթացել առողջության պահպանության համալիր կազմակերպման մեջ: Առողջապահության բնագավառում մասնավոր նախաձեռնությունների և պետական քաղաքականության տարբեր աստիճանի զուգակցումները ծնում են բժշկական օգնություն տրամադրելու բազմաթիվ տարբերակներ:

Կատարյալ տարբերակի դեպքում անհրաժեշտ է ապահովել բժշկական օգնության առավել ժամանակակից մակարդակ, ինչպես բժշկի, այնպես էլ հիվանդի համար ազատ ընտրության պայմաններում: Սակայն այս բանաձևը խիստ ընդհանուր բնույթ է կրում և ցավոք քիչ է օգնում կոնկրետ տերկրում առողջապահության կոնկրետ խնդիրները լուծելիս:

Համաշխարհային բժշկական միությունը իր պարտականությունն է համարում պաշտպանել բժշկական գործունեության հիմնական սկզբունքները և բժշկական մասնագիտության ազատությունը, այդիսկ պատճառով, չխորանալով առողջապահության ազգային համակարգերից որևիցե մեկի գնահատականի մեջ, հռչակում է պայմաններ, որոնց հետևելը անհրաժեշտ է առողջապահության պետական համակարգի հետ բժշկական հանրության արդյունավետ համագործակցության համար:

Առողջապահության ոլորտում արդարության սկզբունքն անմիջականորեն կապված է ա) առողջության պահպանման, բ) մարդու իրավունքի, ինչպես նաև գ) տվյալ հասարակության նույն առողջապահության ոլորտում մարդկանց սոցիալական պաշտպանվածության կոնկրետ մակարդակի գնահատման հետ: ¹

Հարուստ տերկրներում վճարովի բուժսպասարկման հետ մեկտեղ նոր թափ են ստանում պարտադիր բժշկական ապահովագրության և ազգային-պետական առողջապահության համակարգերը: Ապահովագրական բժշկությունից անցում է կատարվում առողջապահության ազգային համակարգերին, օրինակ, Իտալիայում, Պորտուգալիայում: Դեռևս 1985թ.-ին Իսպանիայում ընդունվել է կառավարական որոշում, որի համաձայն բնակչության 100% պետք է ներգրավվի բուժօգնության պետական համակարգի մեջ: Ժամանակակից աշխարհում սոցիալական ամենամեծ բարիքը կամ կենսարժեքը բժշկական բարձրորակ ծառայություններն են: Սոցիոլոգիական ուսումնասիրություններից պարզվել է, որ նույնիսկ ամենաբարեկեցիկ երկրներում

¹ Кириленко Е.И. Феномен медицины в горизонте культуры: теоретические основания анализа и этно-культурная спецификация / Е. И. Кириленко.- Томск: Издательство ИОА СО РАН, 2008. 330 с.

հիվանդների գերակշիռ մասը ի վիճակի չէ իր ընթացիկ եկամուտների հաշվին հոգալ իր բուժման ծախսերը: Այսպես, անգամ ԱՄՆ-ում, որտեղ յուրաքանչյուր բնակչի հաշվով առողջապահության տարեկան ծախսերը կազմում են 6096 ԱՄՆ դոլար և Կանադայում, որտեղ յուրաքանչյուր բնակչի հաշվով ծախսերը կազմում են 3173 ԱՄՆ դոլար, այդուհանդերձ 2009թ. հարցման ենթարկված քաղաքացիների համապատասխանաբար 60% և 38% անհրաժեշտ են համարել առողջապահության համակարգի արմատական փոփոխությունները:

Բժշկական բարձրորակ սպասարկման խնդրին առանձնահատուկ կարևորություն են տալիս եվրոպական երկրներում: Այսպես, մեկ անձի հաշվով առողջապահության ծախսերը 2014թ. Յունաստանում կազմել է 2179 ԱՄՆ դոլար, Իտալիայում 2414 ԱՄՆ դոլար, Ֆրանսիայում 3040 ԱՄՆ դոլար, Գերմանիայում 3171 ԱՄՆ դոլար, Շվեյցարիայում՝ 4011 ԱՄՆ դոլար և այլն:

Արևմտյան եվրոպայում առողջապահությունն ընկալվում է որպես հանրային բարիք, հասարակական արժեք:

Դրանից բխում է, որ հասարակությունը, նրա բոլոր խավերն ու անդամները կարող են լիիրավ հիմունքներով ստանալ անհրաժեշտ բուժական և կանխարգելիչ սպասարկում:

Հանրությունը ելնում է սոցիալական համերաշխության սկզբունքից, ըստ որի հարուստ և աշխատունակ խավերը պարտավոր են վճարել տարեցների, անապահով խավերի ու հիվանդների բժշկական սպասարկման ծախսերը:

Սոցիալ-փիլիսոփայական առումով համակարգը հիմնվում է սոցիալական կողմնորոշում ունեցող շուկայական տնտեսության և քաղաքացիական հասարակության հիմնադրույթների վրա: Բացի այդ առողջապահական համակարգը պատասխանատվությունն է կրում հասարակության առջև, նրան հաշվետու է:

Եվ, վերջապես, նկատելի է նաև քաղաքացիական հասարակության այնպիսի տարրի կարևորությունը, ինչպիսին են ինքնակառավարվող հասարակական կազմակերպությունները, տեղական ինքնակառավարման մարմինները:¹

Սոցիալական արդարության ապահովման տեսանկյունից կարևորվում է միջոցների բաշխման սկզբունքների կամ

¹ Ионас Г. Принцип ответственности. Опыт этики для технологической цивилизации / Г. Ионас. Перевод с нем., предисловие, примечания И. И. Маханькова. М. : Айрис-пресс, 2004. - 480 с.

մեխանիզմների խնդիրը: Խոսքը տեխնոկրատական, մասնագիտական ինքնակարգավորման, շուկայական և ժողովրդավարական մոդելների մասին է: Տեխնոկրատական մոդելը ենթադրում է, որ առողջապահության համակարգը ղեկավարում են մասնագետները իրենց հատուկ գիտելիքներով, փորձառությամբ, քաղաքական ու տնտեսական ենթակառուցվածքներում ունեցած կարգավիճակով: Մասնագիտական ինքնակարգավորվող մոդելի դեպքում, բժշկական սպասարկման համակարգի կենտրոնական դեմքը բժիշկներն են:

Միջոցների օգտագործումն ու բաշխումը կատարվում է բժշկի որոշումների հիման վրա: Անկասկած, բժշկական հիմնարկությունների գործունեության նկատմամբ հսկողությունը փոխանցվում է բուն մասնագետբժիշկներին:

Շուկայական մոդելի համաձայն բոլոր հարցերը լուծվում են ըստ առաջարկի ու պահանջարկի հարաբերակցության օրենքի: Մասնագիտական ինքնակարգավորվող մոդելի դեպքում, բժշկական սպասարկման համակարգի կենտրոնական դեմքը բժիշկներն են: Միջոցների օգտագործումն ու բաշխումը կատարվում է բժշկի որոշումների հիման վրա: Անկասկած, բժշկական հիմնարկությունների գործունեության նկատմամբ հսկողությունը փոխանցվում է բուն մասնագետբժիշկներին:¹

Ժողովրդավարական մոդելը ենթադրում է, որ յուրաքանչյուր քաղաքացի իրավունք ունի ազդելու այն որոշումների ընդունման վրա, որոնք կարող են կարևորվել նրա անձնական ու հասարակական կյանքում: Դժվար չէ տեսնել, որ յուրաքանչյուր մոդել ունի իր առավելություններն ու թերությունները: Ցանկացած մոդելի հարմարումը կոնկրետ սոցիոմի պայմաններին մեխանիկական ընդօրինակման խնդիր չէ: Կարելի է նշել, որ ցանկացած մեխանիզմ կամ տեխնոլոգիա կարող է օգտաշատ և արդյունավետ լինել, եթե պարզորոշված է առողջապահության սոցիալական դաշտը, որոշված են նրա զարգացման ուղղությունները:

Լիարժեք ժողովրդավարությունը պահանջում է - առողջապահության բնագավառում հանրային քաղաքականության նորսկզբունքների մշակում (առողջությունն ամեն մեկի և բոլորի գործն է), շրջակա միջավայրի որակի բարելավում, հասարակական ջանքերի, նախաձեռնությունների ու ակտիվության աճ, առողջ ապրե-

¹ Ролз Дж. Теория справедливости (Пер. с англ.) – Новосибирск, 1995.

լ ակերպի մշակույթի, առողջապահական հմտությունների և գիտելիքների տարածում և ամրապնդում, առողջապահական ծառայությունների որակի բարձրացումն ու նրանց հասարակական կարևորության գիտակցության ամրապնդում:

Վերոհիշյալ պարագայում մտահոգիչ է պատկերը Յայաստանում: Ծատեն խոսում համակարգի «ռեֆորմից», բարեփոխումներից, սակայն առայսօր չի հստակեցված, թե ինչ ենք հասկանում բարեփոխում ասելով:

Ակնհայտ է, որ առողջապահության համակարգի բարեփոխման ծրագրերը մեզանում մեկնարկեցին առանց վերջնական պատակի, նրա կիրարկման մեխանիզմների ու սոցիալական դժվարությունների հստակ գիտակցման: Մտահոգիչ են հետևյալ փաստերը. աճել է հիվանդություններից մահացությունը, խիստ նվազել է մեկ բնակչին ընկնող տարեկան միջին հաճախելիությունը հիվանդանոցներ, ավելացել են սիրտ-անոթային համակարգի, չարորակ նորագոյացություններով հիվանդությունները: Աճել է հոգեկան հիվանդությունների և նյարդային խանգարումների թիվը: Ընդ որում, վիճակագրական առումով հաշվի են առնվում միայն հոգեկան հիվանդությունների ծանր ձևերը:¹

Բնականաբար, ամենատարբեր նյարդային խանգարումներով տառապող մարդկանց թիվը շատավելի շատ է: 1988թ. ավերիչ երկրաշարժը տնտեսական, սոցիալ հոգեբանական իր հետևանքներով, տնտեսական և քաղաքական շրջափակումը, որի մեջ Յայաստանը գտնվում է առայսօր, շուկայական հարաբերությունները, որոնց պարագայում իրենց ուժերը չեն կարողանում գործի դնել բնակչության միջին և բարձր տարիքի բազմաթիվ անհատներ... այս բոլորն իրենց հետքերում են նաև հոգեկան խանգարումներ, հուսահատության և անելանիության տրամադրությունների գուճադրությամբ, որոնցով կարելի է նաև բացատրել ինքնասպանությունների թվի աճը:

Չոսափտալ ագման խիստ ցածր աստիճանը, անկասկած, պայմանավորված է բնակչության հիմնական զանգվածի սոցիալ-տնտեսական ծանրագույն պայմաններով, բուժօգնության ֆինանսավորման և կազմակերպման խիստ ցածր արդյունավետությամբ և ամենևին չի արտացոլում հիվանդացության իրական պատկերը: Այսինքն, եթե հիվանդանոցներում դատարկ մահճակալների թիվը շատ է, ապա դա

¹ Кочергин А.Н. Здоровье и патология: биомедицинский и гуманитарный аспекты / А. Н. Кочергин // Бюллетень сибирской медицины. Том 5. - № 5.-2006.-С. 26-34.

բոլորովին չի խոսում առողջ մարդկանց շատ լինելու մասին, այլ պարզապես վճարունակ հիվանդների պակասի մասին:

Այսօր պահանջվում է էլ ավելի հստակեցնել առողջապահության ոլորտում քաղաքականության հիմնարար սկզբունքները, ընդունել առողջապահության միջոցներին վերաբերող ռազմավարական արդյունազոր որոշումներ: Նկատենք, որ չնայած զգալի աշխատանք է կատարվել մեզանում առողջապահության օրենսդրական հիմքերի ապահովման ուղղությամբ, ընդունված որոշումների զգալի մասը չի իրագործվում ամենատարբեր պատճառներով: Վիճակը էապես փոխելու համար անհրաժեշտ է անցկացնել առողջապահական ծառայությունների աշխատանքի, ինչպես նաև բնակչության առողջության վիճակի մոնիտորինգ: Առանց դրա հնարավոր չէ ապահովել հասարակական առողջության պաշտպանությունը:

Դա միայն տնտեսական խնդիր չէ, դա նաև սոցիալական, իրավական և բարոյական խնդիր է: Առողջապահության ոլորտում սոցիալական արդարության սկզբունքների հետևողական իրականացումը, հասարակության մեջ դրական բիոէթիկական արժեքների արմատավորումը թույլ կտա արդյունավետ կերպով լուծելու հայ ժողովրդի պահպանման և նրա առողջապահական անվտանգության ապահովման հիմնախնդիրները:

ԳԼՈՒԽՉՈՐՐՈՐԴ
ԿՅԱՆՔԻ ԵՎ ՄԱՅՎԱՆ ՀԻՄՆԱԽԱՂԻԻ ՆԿԱՏՄԱՄԲ
ՓԻԼԻՍՈՓՈՅԱԿԱՆ ՌԵՏԼԵՔՍԻԱՆ

4.1. Մահվան որպես փիլիսոփայական

և կրոնագիտական ուսուցման հարցում յուրահավատության և ներքին կիզակցում

Մահվան նկատմամբ մարդու վերաբերմունքի թեման փիլիսոփայության պատմության համար ունի առանցքային նշանակություն՝ սկսած Սոկրատեսից, որը մահվան հիմնահարցը իմաստավորել է որպես մարդու և նրա աշխարհայացքի գոյակազմիչ տարր: Այդ մոտեցումը լայնորեն ներկայացված է անտիկ փիլիսոփայության մեջ: Մասնավորապես, Պլատոնի «Ֆեդոն», «Դեմոկրիտոս», «Օրենքներ», Արիստոտելի «Քաղաքականություն», «Նիկոմախյան Էթիկա» և այլ աշխատությունների մեջ: Պլատոնի «Օրենքների» մեջ հենց այդպիսի մոտեցումը որոշել է քրեական պատժի՝ մահապատժի լայն կիրառությունը:

Անտիկ շրջանին դեռևս անծանոթ է «Էթանագիա» եզրույթը, սակայն և՛ Պլատոնը, և՛ Արիստոտելը հավանություն են տվել «ավելորդ մարդկանց» կյանքը դադարեցնելու սոցիալական պրակտիկային: Միևնույն ժամանակ երկու մեծ փիլիսոփաները խիստ բացասաբար են վերաբերվել ինքնասպանությանը՝ պետական շահերից ելնելով (որպեսզի պետությունը չզրկվի ամենակարևոր կապիտալից՝ զինծառայությանը պիտանի քաղաքացիներից):

Ինչ վերաբերում է մահվան նկատմամբ վախի հիմնախնդրին, ապա Պլատոնը Սոկրատեսի շուրթերով առաջարկել է այդպիսի վախի հաղթահարման առաջին և ուժեղագույն մեկը՝ փիլիսոփայական ռեֆլեքսիան:

Միջնադարյան արևմտաեվրոպական փիլիսոփայությունը ամբողջովին որոշվում է քրիստոնեական աշխարհայացքով, որի մեջ վերաիմաստավորվում է մահվան՝ որպես մեղքերի համար պատժի Հին Կտակարանի ըմբռնումը և այնուհետև մատնանշվում է փրկության ուղին, այսինքն՝ մարդուն վերադարձվում է անմահությունը:

Օգոստինոս Երանելին իր «Խոստովանություն» մեջ հաստատում է հավատի առաջնությունը բանականության նկատմամբ, այդ թվում

մահվան նկատմամբ վախը հաղթահարելու գործում:¹ Թ. Աքվինացին ընդգծում է մարդու բնույթի հոգեֆիզիկական ամբողջականությունը, հիմնավորելով հարություն դոգման, որը ևս կարող է կարևոր դեր խաղալ քրիստոնյա մարդու կողմից մահվան նկատմամբ վախը հաղթահարելու գործում: «Սուրբատեսի մահը» և «Յիսուսի մահը» կարելի է դիտել որպես մարդու կողմից մահվան վախի ապրման և հաղթահարման երկու հակադիր հարացույցներ: Սուրբատեսի կերպարը խորհրդանշում է փիլիսոփայական բանականություն, և «Սուրբատեսի մահը»՝ առավել ապես, մահվան հիմնախնդրի նկատմամբ իմացաբանական մոտեցում («ճանաչիր ինքդ քեզ»): Յիսուսի կերպարը խորհրդանշում է ճշմարտությունը՝ ոչ միայն որպես գիտելիք, այլև որպես կեցություն («Ես ճշմարտությունն եմ և կյանքը»)՝ այստեղ ակնառու է մահվան հիմնախնդրի նկատմամբ առավել ապես գոյաբանական մոտեցումը, որը հագեցված է երկրային կյանքում յուրաքանչյուր մարդու մահվան անխուսափելիության անձնական սուր ապրումներով:

Այս խարհականացման գործընթացը, որ սկսվել է Վերածննդի դարաշրջանում և հզոր զարգացում է ստացել Լուսավորության դարաշրջանում, հանգեցրել է մահվան՝ որպես նյութական առկա աշխարհից՝ այն կողմնային աշխարհի անցման քրիստոնեական ըմբռնման փիլիսոփայական ժխտմանը: 16-19-րդ դարերում փիլիսոփայության պատմության զարգացման գլխավոր ուղիներից մեկը դառնում է պանթեիզմը (Ջ. Բրունո, Բ. Սպինոզա, Գ. Յեզել և ուրիշներ):²

Յայտնի է Բ. Սպինոզայի այն միտքը, որ «ազատ մարդը ոչ մի բանի մասին այդքան քիչ է մտածում, ինչպես մահվան մասին»³ արտահայտում է մահվան նկատմամբ պանթեիստական հոգեպարար, ներհաշտ վերաբերմունքը (մահվան վախը այստեղ պարզապես անտեսվում է):

Այդ ուղղության ճգնաժամի նախանշանները սուր է զգացել ֆրանսիացի փիլիսոփա Բլեզ Պասկալը: Սակայն առավել լրիվ այն արտահայտել է Ֆ. Նիցշեն,⁴ որի «կյանքի փիլիսոփայությունը» բովանդակում է ժամանակակից մշակույթին համահունչ էթանազիայի, ինքնապանության մարդու իրավունքի արդարացման փաստարկում:

Յայտնի է կգիստենցիալիստ փիլիսոփա Կարլ Յասպերսի

¹ Августин. Исповедь блаженного Августина. М., 1991, с. 111.

² Спиноза Б. Богословско-политический трактат. Избран.произв.: в 2т. Т.1, 1957;

Гегель Г. Философия права. – М., 1990 и др.

³ Спиноза Б. Богословско-политический трактат. – Избран.произв.: в 2т. Т.1, 1957, с.222.

⁴ Ницше Ф. Esse homo. Как становятся собою. – Соч. в 2т. – М., 1990,

Ницше Ф. Человеческая, слишком человеческая. Книга для свободных умов. – Соч. в 2т. Т.1. – М., 1990 и др.

գնահատմամբ, Ֆ. Նիցշեն ժամանակակից Էկզիստենցիալ փիլիսոփայության նախակարապետն է: Դա հաստատվում է այն բացառիկ ուշադրությունամբ, որ այդ մտածողը դրսևորել է մահվան նկատմամբ մարդու վերաբերմունքի հիմնախնդիրն: Նրա «Կյանքի փիլիսոփայության» մեջ կարծես թե կանխագուշակվել են մահվան նկատմամբ հասարակության և մարդու վերաբերմունքի ժամանակակից շեշտադրումները՝ Էֆթանագիայի հիմնահարցի դրական իմաստը, ինքնասպանության արդարացման օգտին բերվող որոշ փաստարկները և այլն:¹

Ժամանակակից հետադիական մշակույթի կողմից Ֆ.Նիցշեի փիլիսոփայության հասկացությունները պահանջարկված և յուրովի ըմբռնված են: Չարգացնելով կյանքի փիլիսոփայության այդ միտումները, Մ.Յայդեգերը կիրառեց ֆենոմենոլոգիայի մեթոդը, ցույց տալով, որ վախը որպես իր հիմքում մահվան վախ, ուրվագծվում է մարդու Էկզիստենցիալ գոյության նոր հեռանկար և հիմնախնդիրներ: Փոխառելով ստոյիկյան բարոյագիտությունն ից այս դրույթը, Էկզիստենցիալ իզմը առաջադրեց մարդկային գոյության անելանելիության և անիմաստության գաղափարը: Էկզիստենցիալ իզմի փիլիսոփայության մեջ մահվան նկատմամբ մարդու վերաբերմունքի վերլուծության շնորհիվ Մ. Յայդեգերը, Կ. Յասպերսը, Ն.Ա. Բերդյանը բացահայտեցին մահվան և մահանալու գործընթացի աշխարհայցքային և արժեքանական ասպեկտները:²

Մահվան նկատմամբ մարդու վերաբերմունքի թեման իմաստավորվել է ոչ միայն փիլիսոփայության պատմության, բժշկության և կրոնական փորձի, այլև գեղարվեստական գրականության մեջ: Լ.Ն. Տոլստոյի «Պատերազմ և խաղաղություն» վեպի մեջ նկարագրված իշխան Անդրեյի մահվան տեսարանի նկարագրության միջոցով մենք հասուն ենք դառնում մահվան գոյաբանությանը: Իսկ «Իվան Իլյիչի մահը» պատմվածքում Լ.Ն. Տոլստոյը պատկերել է մեռնող մարդու «հոգու անատոմիան», որը համակված է մահվան նկատմամբ սարսափով, հուսահատությամբ, ստի (առանձնապես բժիշկների/ նկատմամբ սրված թշնամանքով՝ ուղղակի ինչ-որ տիեզերական

¹ Ницше Ф. Esse homo. Как становятся собою. – Соч. в 2т. – М., 1990.
² Хайдеггер М. Бытие и время. М., 1993, с.117;
Ясперс К. Ницше и христианство. – М., 1994, с.111;
Бердяев Н.А. О самоубийстве: психологический этюд. – М., 1992, с.125.

միայնություն:¹

Միաժամանակ, ժամանակակից հասարակության արժեքների համակարգում տեղի են ունեցել փոփոխություններ, 20-րդ դարի երկրորդ կեսից ավելի շատ են խոսում ոչ միայն մարդու կյանքի իրավունքի, այլև արժանապատիվ մահվան իրավունքի մասին:

Այսպիսով, 20-21-րդ դարերի փիլիսոփայությունը շրջադարձ է կատարել դեպի մահվան հիմնախնդիրները, որոնք նախկինում խոչընդոտվում էին տարբեր արգելքների միջոցով: Ներկայումս մահը չի ներկայանում որպես մարդկային կեցությանը խորթ և գուտարտաքին իրողություն, այլ կյանքի գոյակազմավորող բաղադրիչներից է:

Ընդ որում, փիլիսոփայորեն մեկնաբանվում են մարդկային կյանքի սահմանային եկզիստենցիալ հիմքերը՝ ազատությունը և պատասխանատվությունը: Դա սկզբունքային նշանակություն ունի ժամանակակից կիրառական էթիկայի այնպիսի հրատապ հիմնախնդրի ուսումնասիրության համար, ինչպիսին է էֆթանազիան:

Խոսելով ժամանակակից մարտահրավերների մասին, Գևորգ արեղա Աղայանը իրավացիորեն նշում է. Փաստ է, որ բժշկական զարգացած տեխնոլոգիաների շնորհիվ մեզանից շատերն այսօր ավելի երկար են ապրում, քան մեր նախնիները, և բժշկական բարձրակարգ խնամքը հնարավորություն է տալիս մեզ հաղթահարելու այնպիսի հիվանդություններ, որոնք հաստատ կսպանեին մեր նախորդներին:² Զամաձայնելով այն մտքին, որ շատ դեպքերում վերականգնման տեխնիկան հնարավորություն է ընձեռում հիվանդին կյանքի վերադարձնել, էֆթանազիայի խնդրով զբաղվող մի շարք մտածողներ մեր ուշադրություն են հրավիրում այն երևույթի վրա, որ այնուամենայնիվ շատ հաճախ հիվանդը հո»գեվարքի մեջ էլինում, ոչ թե ապրում է: Այս մոտեցումը հիմք դարձավ հայտնի «էֆթանազիայի մանիֆեստ»-ի շարադրման համար, որը 1974թ. հունիսի համարում հրատարակվեց The Humanist թերթում: «Մանիֆեստ»-ի հեղինակները ելնում են նրանից, որ մարդը պատահականորեն է առաջացել տիեզերքում, որն էլ իր հերթին նույնպես առաջացել է պատահականորեն, ըստ անհրաժեշտության, նախնքն իր համար դատավոր է և իր էությունից

¹Иванюшкин А.Я. Ценностные проблемы медицины в творчестве Л.Н.Толстого. – Профессиональная этика в медицине: Философские очерки. – М., 1990, с.175-190.

² Կենսաէթիկայի հիմնահարցեր: Ուսումնասօժանակ ձեռնարկ. - Սբ. Էջմիածին: Մայր Աթոռ Սբ. Էջմիածին, հրատարակչություն.- 2015.- էջ 210-212:

դուրս ոչ մի հենարան չունի: Յետևաբար նրա միակ ուղեկիցը բանակա-
նությունն է, և մարդը ոչ ոքի առջև պարտավոր չէ պատասխան տալ իր
ճակատագրի համար: «Մենք պնդում ենք, որ անբարոյական է տառապանք
ընդունելը կամ պատճառելը, - շեշտում են «Մանիֆեստ»-ի հեղինակները:
- Մենք հավատում ենք անհատին և նրա արժանապատվությանը, որից և
բխում է մարդու ազատությունը, որպեսզի նա ռացիոնալ կերպով
կարողանա տնօրինել իր սեփական կյանքը: Այլ խոսքով ասած
«Մանիֆեստ»-ի հեղինակները կարծում են, թե ովքեր ունեն անբուժելի
հիվանդություններ և հասել են վերջին փուլին, անհրաժեշտ է
միջոցներ ձեռնարկել դյուրին մահվան համար:

Քրիստոնեական այն կոչը, թե կյանքը պարզ է, այստեղ
վիճարկվել է: Քննադատները պնդում են, որ եթե կյանքն իրենց նվեր է
տրված, այն դառնում է իրենցը, և իրենք կարող են այն տնօրինել ըստ
իրենց րնտրության: Նվիրողի հանդեպիմ երախտագիտության զգացումը
սահմանափակում է նվերի հետ վարվելու իմ հնարավորությունները:
Օրինակ, ես կարող եմ պարտավորված լինել պահելու նվերը, եթե զգամ,
որ նվիրողը շատ կվիրավորվի իմանալով, որ ազատվել եմ իր նվերից:
Այնուամենայնիվ դժվար է հասկանալ, թե ինչպես է
երախտագիտությունը պարտավորեցնում ինձ պահելու մի նվեր, որն
ինձ անտանելի ցավ ու տանջանք է պատճառում: Նմանապես այն
տեսությունը, թե կյանքն Աստուծոց տրված փոխառություն է, չի կարող
օժանդակել ինքնասպանության և էֆթանազիայի ավանդական արգելքին:
Ինչպես փիլիսոփա Դեյվիդ Յոուն էր պնդում 18-րդ դարում, եթե
արհեստականորեն իմ կյանքին վերջ դնելն օրինազանցություն է
Աստուծու առջև իբրև կյանք տվողի ու տնօրինողի, նույնը կարելի է
ասել, օրինակ, արհեստականորեն որևէ մեկի կյանքը բժշկական
դեղամիջոցներով երկարացնելու պարագայում: Եթե ընդհանրացնենք,
շատ փիլիսոփաներ վիճարկում են կյանքի սրբության վրա հիմնված
փաստարկները: Նրանք պնդում են, որ այս հայեցակարգը բխում է
քրիստոնեական հավատի համակարգից, որին այսօր արևմտյան
հասարակություններում մարդկանց մեծամասնությունը չի հետևում:
Ուստի հասարակական, էթիկական որոշումներն ու օրենքները չեն
կարող հիմնված լինել նրավրա:

Էֆթանազիային կողմ շատ մտածողներ այն կարծիքին են, որ
գոյություն ունեն այնպիսի իրավիճակներ, երբ մարդու մոտ
առաջանում է իրեն կյանքից զրկելու բարոյական իրավունք հանուն
իր մարդկային արժանապատվության: «Եթե անարժանապատիվ կյանքը

յ ու ր ա ք ա ն չ յ ու ր մ ար դ ու բ ն ա կ ա ն ի ր ա վ ու ն ք ն է , ն շ ա ն ա կ ու մ է պ ե տ ք է լ ի ն ի ն ա ն ար ժ ա ն ա պ ա տ ի վ մ ա հ վ ա ն ի ր ա վ ու ն ք »,- ե գ ր ա կ ա գ ն ու մ ե ն ն ր ա ն ք : Մ ար դ ն ի ր ե ն վ ի ր ա վ ո ղ ո ղ ի ն մ ե ն ա մ ար տ ի է ր կ ա ն չ ու մ և մ ա հ ա ն ու մ ար ժ ա ն ա պ ա տ վ ո ղ ր ե ն , ք ա ն ի ո ղ դ ր ա ն ո վ ն ա պ ա շ տ պ ա ն ու մ և փ ր կ ու մ է ր ի ր պ ա տ ի վ ը : Գ ե ղ ար վ ե ս տ ա կ ա ն գ ո ղ ծ ե ր ու մ հ ա ճ ա փ ե ն կ ո ն \$ լ ի կ տ ն ե ր ծ ն վ ու մ , ե ր ք հ ե ր ո ս ը կ ա ն գ ն ա ծ է ս պ ա ս վ ո ղ խ ա յ տ ա ռ ա կ ու թ յ ա ն (դ ա տ ար ա ն ի , ա ն բ ար ո յ ա կ ա ն ար ար ք ի հ ր ա պ ար ա կ ա յ ի ն ք ն ն ար կ մ ա ն) ա ռ ջ և , ն ր ա լ ա վ ա գ ու յ ն ը ն կ ե ր ն ա տ ղ ճ ա ն ա կ է ա ռ ա ջ ար կ ու մ , ո ղ ա փ ս գ ի մ ե ղ ա վ ո ղ ր ն ար ժ ա ն ա պ ա տ վ ո ղ ր ե ն հ ե ռ ա ն ա կ յ ա ն ք ի ց :

Ու ր ի շ ն ե ր ն , ի ն չ ա փ ս , օ ղ ի ն ա կ , Պ ի տ ե ր Չ ի ն գ ե ր ը , պ ն դ ու մ ե ն , ո ղ ե ր ք մ ե ն ք ո ղ ո շ ու մ ե ն ք կ ա յ ա գ ն ու մ , հ ն ար ա վ ո ղ ի ն ս ա փ տ ք է ձ գ տ ն ք բ ա վ ար ար ե լ բ ո լ ո ղ մ տ ա հ ո գ վ ա ծ ն ե ր ի ն ա փ ա պ ա տ վ ու թ յ ու ն ն ե ր ը : Ա յ ս ա փ ս ո վ , ե թ ե ո ղ ո շ մ ար դ կ ա ն ց հ ա մ ար կ յ ա ն ք ն ա ն տ ա ն ե լ ի լ ու ծ է , և մ ե ծ ց ա ն կ ու թ յ ու ն ու ն ե ն վ ե ր ջ դ ն ե լ ու ի ր ե ն ց կ յ ա ն ք ի ն , գ ի տ ա կ ց վ ա ծ ի ն ք ն ա ս ա պ ա ն ու թ յ ա ն և է ֆ թ ա ն ա գ ի ա յ ի թ ու յ լ ա տ ղ ու մ ը կ ար ո ղ է ա յ ն ո ղ ո շ ու մ ը լ ի ն ե լ , ո ղ ը լ ա վ ա գ ու յ ն ս բ ա վ ար ար ու մ է շ ա հ ա գ ր գ ը վ ա ծ կ ո ղ մ ե ր ի ց ա ն կ ու թ յ ու ն ն ե ր ը : Մ ի ա յ ն ա յ ն է ֆ թ ա ն ա գ ի ա ն է ճ շ մ ար ի տ մ ար դ ա ս ի ր ա կ ա ն , ո ղ ը բ ե ր ու մ է ար ա գ և ա ն ց ա վ մ ա հ և շ ա հ ա փ ն դ ի ր դ ե մ ք ի կ ո ղ մ ի ց դ ի տ ար կ վ ու մ է ի ք բ ն բ ար ի ք : Դ ա ժ ա ն և բ ար բ ար ո ս ա կ ա ն կ լ ի ն ե ր , ո ղ մ ար դ ու ց պ ա հ ա ն ջ ե ի ն շ ար ու ն ա կ ե լ ի ր կ յ ա ն ք ը հ ա կ ա ռ ա կ ի ր կ ա մ ք ի և մ ե ր ժ ե ի ն ն ր ա ա յ ն ք ա ն ց ա ն կ ա լ ի ա գ ա տ ա գ ր ու ն ը : Ն ր ա կ յ ա ն ք ն ար դ ե ն կ ո ղ ց ր ե լ է ա մ ե ն ար ժ ա ն ա պ ա տ վ ու թ յ ու ն , գ ե ղ ե ց կ ու թ յ ու ն , ի մ ա ս տ և ա պ ա գ ա յ ի հ ե ռ ա ն կ ար : « Ա ն ի մ ա ս տ տ ա ռ ա պ ա ն ք ը չ ար ի ք է , ո ղ ի ց ա մ ե ն ք ա ղ ա ք ա կ ի ր թ հ ա ս ար ա կ ու թ յ ու ն ա փ տ ք է խ ու ս ա փ ի » , - ե գ ր ա կ ա գ ն ու մ ե ն « Մ ա ն ի ֆ ե ս տ »-ի հ ե ղ ի ն ա կ ն ե ր ը :

Ո մ ա ն ց կ ար ծ ի ք ո վ է լ կ ա մ ա վ ո ղ է ֆ թ ա ն ա գ ի ա ն մ ար դ կ ա ն ց ա ն կ ա փ ու թ յ ու ն է տ ա լ ի ս : Ջ ո ն Ս տ յ ու ար տ Մ ի լ լ ն ի ղ « Ա գ ա տ ու թ յ ա ն մ ա ս ի ն » (1859) գ ր ք ու մ պ ն դ ու մ է ր , ո ղ ու ր ի շ ն ե ր ի ն չ ա ռ ն չ վ ո ղ հ ար ց ե ր ու մ ա ն հ ա տ ն ե ր ը ա փ տ ք է լ ի ա կ ա տ ար ա ն կ ա փ ու թ յ ու ն ու ն ե ն ա ն . « Ո ղ և է մ ե կ ի վ ար ք ն ա յ ն ք ա ն ո վ է ա ռ ն չ վ ու մ հ ա ս ար ա կ ու թ յ ա ն հ ե տ , ո ղ ք ա ն ո վ ո ղ ա յ ն ա ռ ն չ վ ու մ է ու ր ի շ ն ե ր ի հ ե տ : Ա յ ն ք ա ն ո վ , ո ղ ք ա ն ո վ ա յ ն մ ի ա յ ն ա ն հ ա տ ի ն է վ ե ր ա ք ե ր ու մ . ա ն հ ա տ ի ա ն կ ա փ ու թ յ ու ն ը բ ա ց ար ձ ա կ է : Ա ն հ ա տ ն ի ն ք ն ու ր ու յ ն է ի ր ե ն , ի ր մ ար մ ն ի ն ու մ տ ք ի ն վ ե ր ա ք ե ր ո ղ հ ար ց ե ր ու մ » : Մ ե ն ք ա կ ն կ ա լ ու մ ե ն ք դ ե կ ա վ ար ե լ ու մ ե ր մ ար մ ի ն ն ե ր ը կ յ ա ն ք ի հ ե տ կ ա պ վ ա ծ հ ար ց ե ր ու մ , և մ ի ն ն ու յ ն ա կ ն կ ա լ ի ք ն ե ր դ ա փ տ ք է գ ո ղ ծ ե ն մ ա հ վ ա ն հ ե տ կ ա պ վ ա ծ հ ար ց ե ր ու մ : Կ Է Կ-ը (2001) պ ն դ ու մ է ր , ո ղ յ ու ր ա ք ա ն չ յ ու ր մ ար դ ար ժ ա ն ի է հ ար գ ա ն ք ի և ի ր ա վ ու ն ք ու ն ի

ընտրել ու իր սեփական ճակատագիրը, ներառյալ ինչպես է ինքն ապրում կամ մեռնում: Եթե իմ ապրել ու չափանիշն այնպիսին է, որ ես այլևս չեմ ուզում ապրել, այդ ժամանակ ես պետք է ի վիճակի լինեմ վերջ տալ ու իմ կյանքին, և եթե անհրաժեշտ է, նույնիսկ օգնություն ստանամ այն իրագործելու համար: Ավելի: Արժանապատիվ կյանքի որակը միայն իմ կողմից կարող է սահմանվել: Իմ կյանքը ղեկավարել ու իրողությունն իմ մարդկային արժանապատվությունը հարստացնելու մի ձև է: Կամավոր էֆթանալիայի ջատագովները պնդում են, որ այն պետք է հնարավորություն տա գիտակից չափահասին, որն ի վիճակի է կամ կամենում է այս կարգի որոշում կայացնել ու: Ըստ նրանց այն պետք է բազում առաջարկներից մեկը լինի այն պալիատիվ խնամքի կողքին, որը հոսպիտալ ների կամ հոսպիսների կողմից է առաջարկվում:

20-21-րդ դարերի փիլիսոփայությունը մշակույթի ուշադրությունը վերակողմնորոշում է դեպի մահվան հիմնախնդիրը, որը նախկինում չէր գտնվում խոր ուսումնասիրությունների կենտրոնում: Ներկայումս մահը՝ մարդկային կեցության հանդեպ ինչ-որ արտաքին և խորթ երևույթ այլևս չի դիտվում, այլ հանդիսանում է բուն կյանքի գոյակազմիչ մասը: Ընդ որում, փիլիսոփայորեն մեկնաբանվում են մարդկային կյանքի սահմանային էկզիստենցիալ հիմքերը՝ ազատությունը և պատասխանատվությունը: Իսկ դասկզբունքային նշանակություն ունի էֆթանալիայի հիմնախնդրի վերլուծության համար:

4.2. Էֆթանալիայի ֆենոմենը և նրա փիլիսոփայական մեկնաբանության առանձնահատկությունները

Էֆթանալիայի հիմնահարցը ծագել է անտիկ ժամանակներից և միշտ հարուցել թեժ վեճեր: «Էֆթանալիա» եզրը (տերմինը) առաջարկել է անգլիացի փիլիսոփա Ֆրենսիս Բեկոնը (17-րդ դար իր «Նոր Օրգանոն» աշխատության մեջ) այդ հասկացությամբ հասկանալով թեթև, ոչ ցավազին մահը (հունարեն - մահ բառերից):¹

«Թեթև մահ» եզրը օգտագործվել է նաև Դավանաբանության 1980 թ. մայիսի 5-ին ընդունված «Չռչակագիր Էֆթանալիայի մասին» փաստաթղթում, որտեղ տրված է Էվթանալիայի վերջնական պարզաբանումը. «Էվթանալիա ասելով հասկացվում է ցանկացած

¹ Encyclopedia of Bioethics 3-rd ed. – Edit. S.A. Post, vv 1-5, NYa eth: MacMillan, 2013.

գործողություն կամ, ընդհակառակը, անգործություն, որն իր
Էությունը կամ դիտավորությունը հանգեցնում է մահվան: Այսինքն՝ իր
ողողակի նշանակությունը, Էվթանազիան բժշկի օգնությամբ
կանխամտածված սպանությունն է»:¹

Դա չի վերաբերում ինքնասպանությանը և ցավազրկող թերապիայի
հետևանքով առաջացած մահվան:

Տարբերում են ակտիվ և պասիվ Էվթանազիա: Պասիվ Էվթանազիայի
դեպքում դադարեցվում է բժշկական օգնությունը, կենսապահպան
բուժումը, ինչն արագացնում է մարդու բնական մահը: Սովորաբար, երբ
խոսում են Էվթանազիայի մասին, նկատի են առնում ակտիվ
Էվթանազիան: Վերջինս մեռնողի օրգանիզմի մեջ այնպիսի դեղամիջոց-
ների ներմուծումն է, որը հանգեցնում է նրա արագ ոչ ցավազին
մահին:

Ակտիվ Էվթանազիայի ձևերն են՝ այսպես կոչված «կարեկցող»
սպանությունը. սա առկա է այն դեպքերում, երբ մեռնողի հարազատները
կամ ինքը՝ բժիշկը, տեսնելով, թե ինչպես է տանջվում անհուսալի
հիվանդը և ի գործը չլինելով օգնելու կամ մեղմելու ցավերը, նրա
օրգանիզմի մեջ ներմուծում են ցավազրկող դեղամիջոցի գերչափա-
բաժին, որի հետևանքով վրա է հասնում մահը: Տվյալ դեպքում խոսքը
հիվանդի համաձայնության մասին չէ, քանի որ նա անկարող է
արտահայտել իր կամքը:

Ինքնասպանություն և «օժանդակող» սպանություն. Սա
Էվթանազիայի երկրորդ ձևն է, երբ բժիշկն օգնում է հիվանդին
հեռանալու կյանքից:

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

Պրակտիկայում օգտագործվում է Էվթանազիայի հետևյալ
դասակարգումը, կյանքի վերջի մասին բժշկական որոշում՝ (MDEL,
Medical decision concerning end of life): Սա իր հերթին բաժանվում է երկու մեծ
խմբերի.²

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

¹ Демичев А.В. Дискурсы смерти: Введение в философскую танатологию. СПб., 1997.

² Medical Ethics. A Guide for Health Professionals.-Rock-ville, Maryland.-1988.

բ. բժշկի օգնությամբ ինքնասպանություն (Physician assisted suicide - PAAS): Երբ բժիշկը պատրաստում է մահաբեր դեղորայքը, որը հիվանդը ներարկում կամ ընդունում է ինքնուրույն, հիվանդի հետ համաձայնեցված անգործություն, հիվանդի կյանքը երկարացնող նշանակումներից հրաժարում և կամ հիվանդի տառապանքները մեղմացնող դեղորայքի, ցավազրկողների, քնաբերների չափաբաժինների ավելացում, որի հետևանքով հիվանդի կյանքը կրճատվում է:

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

Էթանազիայի կողմնակիցները, (գոնե բուժումը դադարեցնելու ճանապարհով), հետևյալ նկատառումներով ընդունելի են համարում այն՝

- Սահը որպես հիվանդի տառապանքները դադարեցնելու վերջին միջոց:

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

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

- Հանրության մեջ հիվանդագին զենների տարածումը կանխելու նպատակով ոչ լիարժեք կյանքի ոչ նչացման անհրաժեշտություն:

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

- Տնտեսական՝ մի շարք անբուժելի հիվանդությունների բուժումը և կյանքի պահպանումը պահանջում է բավական թանկարժեք դեղորայքի և սարքավորումների կիրառում: ¹

Հարկ է նշել, որ վերջին երեք սկզբունքները լայնորեն օգտագործվել էին ֆաշիստական Գերմանիայում, որտեղ ոչ լիարժեք մարդկանց ոչ նչացման, ինչպես նաև ծանր վիրավորների սպանությունը ոչ այլ ինչ էր, եթե ոչ պետական քաղաքականություն...: ²

¹ Келли М. Границы ответственности пациента / М. Келли // Бюллетень сибирской медицины. Том 5. - № 5. - 2006. - С. 67-78.

² Mason J. K., Laurie G. T. Law and Medical Ethics, Oxford, 2006.

ԵՖթանազիայի հակառակորդները բերում են հետևյալ փաստարկները.

- Կրոնական, բարոյական դիրքորոշումներ - «Մի՛ սպանիր» և «Սիրիր մեր ձավորիդ հանուն Աստծո»:

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

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

- Բժշկության զարգացման իմաստը բուժման նոր մեթոդների, հնարավորությունների, ուղիների փնտրումն ու հայտնաբերումն է, այսօր անբուժելի համարվող հիվանդությունների և մահվան դեմ պայքարն է: ¹

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

Հասարակության ակտիվ սոցիալական դիրքորոշման պարագայում, գործնականում հաշմանդամության ցանկացած փուլում գտնվող մարդուն հնարավոր է վերականգնել և վերադարձնել հասարակական ակտիվ կյանքի: ²

Եթանազիայի առավել հետևողական հակառակորդները հոգևորականներն են, ովքեր թե ակտիվ և թե պասիվ Եվթանազիայի պարագայում դա համարում են Աստծո ստեղծած օրենքներին հակառակ կատարվող գործողությունն:

Բժիշկների և իրավագետների ճնշող մեծամասնությունն Եվթանազիան կտրականապես անթույլատրելի են համարում, եթե նույնիսկ այն ձեռնարկվում է բացառապես ,գթասրտության եկատառումներով:

Եվ չնայած դրան կան երկրներ (ՅուՆԱՍԿ, մասամբ Բելգիա, ԱՄՆ-ի Օրեգոնի նահանգ, Ֆրանսիա), որտեղ ԵՖթանազիան թեև մեծ

¹ Sklansky M. Neonatal euthanasia: moral considerations and criminal liability / M. Sklansky // Journal of Medical Ethics. 2001. - V. 27. - P. 5-11.

Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/27/1/5> (дата обращения: 30.07.2009).

² Alexander L. Medical science under Dictatorship, Journal of Medicine, The New England, 1949

Неговский В.А. Смерть, умирание и оживление – этические аспекты. М., 2009

Davtyan S.H. The Traditions, Customs, Culture, Mentality Of The Nation And Problem Of Euthanasia In Armenia, in the Book of Abstracts of II Int. Conf. on Ethics Education in Medical Schools. Israel, Eilat, 2002.

վերապահումներով, այդուհանդերձ իրավաբանորեն ամրագրվել է համապատասխան օրենքների մեջ: Ինչո՞վ է դապայ մանավորված:

Կենսահույզ այս հիմնահարցը, ինչպես վերը նշվեց, չի ծագել 20-րդ դարում այլ ունի իր երկար պատմությունը: Այսպես, միջին դարերում հազարավոր ռազմիկներ մնում էին մարտի դաշտում ծանր վիրավորված, մահամերձ ու անփոխադրելի վիճակում: Նրանք դատապարտված էին անխուսափելի մահվան հոգևարքի տանջալի ասպրումներով¹:

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

Այդ դաշույնն ուներ իր անվանումը «միգերկորդիա», որը թարգմանաբար նշանակում է «գթասրտություն»: Արևմտյան եվրոպայում դեռևս 19-րդ դարի 60-ական թթ. գոյություն ունեին էֆթանազիան խրախուսող գաղտնի ընկերություններ «Միթթարիո իմ վիշտը» անվանումով:²

Բժշկության պատմության մեջ հայտնի են դեպքեր, երբ բժիշկները օգնել են, որ անբուժելի հիվանդները կյանքից կամավոր հեռանան: Այսօրինակ եղանակով կյանքից հեռացել են Ռուսաստանի կայսր Նիկոլայ Առաջինը, հայտնի հոգեվերլուծաբան Չիգմունդ Ֆրեյդը, մաթսիստ փիլիսոփա Պոլ Լաֆարգը իր կնոջ՝ ժեննի Մաթսի հետ, միլիարդատեր Ա. Օնասիսը և ուրիշներ³:

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

¹ Розин В.М. Представление о смерти в разных культурах и типах сознания / Идея смерти в российском менталитете, СПб, 1999.

² Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании, Киев, 2001

³ Medical Ethics. A Guide for Health Professionals.-Rock-ville, Maryland.-1988.

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

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

Այն կոչված էր օգնել մարդուն մեռնելու առանց ցավերի, ինքնուրույն սեղմելով համապատասխան կոճակը: Յետագայում Գևորգյանը, նկատի ունենալով հոգեբանական այն իրողությունը, որ մարդը կարող է վերջին պահին փոխել իր որոշումը, հատուկ լրացուցիչ սարք էր հարմարեցրել այդ «մեքենայի» վրա, որի միջոցով մահվան գնացող անձը կարող էր մեկ այլ կոճակ սեղմելով կանգնեցնել «մեքենան»¹:

ԱՄՆ-ում մեծ աղմուկ առաջացրեց Գևորգյանի գործունեությունը, ոչ միայն վերը նշյալ պատճառով, այլ նաև, այն բանի համար, որ առանց բժիշկ-գործընկերների հետ խորհրդակցության վճռում էր հիվանդության ճակատագրական ելքը: Քառորդ դարի ընթացքում «Միստր մահին» հաջողվեց ավելի քան 150 անբուժելի հիվանդի կյանքից զրկել: Միջիգանի նահանգում դատական մարմինների հետ բազմամյա «պատերազմը» ավարտվեց Գևորգյանի ազատազրկմամբ: ²

Ավելի վաղ Ամերիկյան բժիշկների մասնագիտական ընկերակցությունը նրան զրկեց բժշկի կոչումից: 2007 թ. հունիսի 1-ին, շուրջ 8 տարվա ազատազրկումից հետո, ելնելով առողջական վիճակից և հաշվի առնելով նրա խոստումը՝ 2 տարի ընդհանրապես չխոսել էֆթանազիայի օգտին, դոկտոր Գևորգյանին ազատարձակեցին:

Առաջին անգամ էֆթանազիան օրինականացվեց Նիդեռլանդներում: Դեռևս 1984թ. երկրի Գերագույն դատարանը ճանաչեց կամավոր էֆթանազիայի իրավունքը. եթե բժիշկը հետևում է թագավորական

¹ Рейчелс Дж. Активная и пассивная эвтаназия. Этическая мысль. -М., 1990.

² Мишаткина Т.В. Биомедицинская этика, Минск, МГУ им. Сахарова, 2003.

բժշկական ընկերակցության հրահանգներին, նա կարող է չվախենալ քրեական պատասխանատվություններից:

1998թ. Երազմ Ռոտերդամացու անվ. համալսարանում անցկացված փորձագիտական ուսումնասիրությունների համաձայն կամավոր Էֆթանագիան պաշտպանել է Յուլանդիայի բնակչության մեծ մասը: Եվ չնայած կրոնական բնույթի հակափաստարկներին, այնուամենայնիվ մեծամասնությունը հանդես եկավ իրավունքի պաշտպանությունում¹:

Յենց այդ պատճառով, չնայած ընդդիմության դիմադրությունը, ակտիվ Էֆթանագիայի որոշ ձևերի օրինականացման մասին օրենքն ընդունվեց խորհրդարանի ստորին պալատի կողմից: Ներկայումս դատարանի որոշմամբ, ամեն կոնկրետ դեպքում, սակայն խիստ որոշակի հանգամանքներում, եթե բժիշկը մեռցնում է հիվանդին կամ նպաստում է նրա ինքնասպանությանը, նա կարող և չճանաչվել մեղավոր: Սահմանված են դրա համար երեք հիմնական պայմաններ (գոյություն ունենալու պայմաններ).

Էֆթանագիան պետք է լինի՝

- միայն ու միայն կամավոր
- արտահայտված միայն գրավոր,
- միայն բժիշկը կարող է օգնել կամ իրականացնել Էֆթանագիան.
- բժշկական տեսանկյունից հիվանդի վիճակը պետք է խիստ ծանր լինի:

Եվ այդ հարցում պետք է համընկնեն տարբեր չեզոք բժիշկների կարծիքները:

Չնայած աշխարհի տարբեր երկրներում չկան Էֆթանագիան միանշանակորեն ընդունող օրենքներ, այդուհանդերձ անհուսալի հիվանդներին մեռցնելու արակտիկան արդյունավետորեն կիրառվում է բժիշկների կողմից:²

Յուլանդիայից հետո երկրորդ երկիրը, որն Էֆթանագիան վերապահումներով օրինականացրել է, Բելգիան է:

Շվեյցարիայում, որտեղ Էֆթանագիան սկզբունքորեն արգելված է, ցանկացած մարդ, ով օգնում է մյուսին կյանքից հեռանալու, կարող է և

¹ На грани жизни и смерти: краткий очерк современной биоэтики в США (Под ред. Д.Уиклера и др., пер. С англ. – М., 1989.

² Harris J. Consent and end of life decisions / J. Harris // Journal of Medical Ethics. 2003. - V. 29. - P. 10-15. Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/29/1/10> (дата обращения: 25.12.2011).

չ դատապարտվել, եթե ի հարկե, չի հետապնդում անձնական շահ... Ըստ փորձագետների գնահատումների ամեն տարի Շվեյցարիայում այդ կերպ կյանքին հրաժեշտ է տալ իս շուրջ 100 մարդ:

1997թ. Կոլումբիայի Սահմանադրական դատարանը կայացրեց որոշում, որի համաձայն անհուսալի հիվանդի կամավոր մահվան ցանկությունն իրականացնող բժիշկը դրա համար կարող է և դատարանում պատասխանատվություն չկրել:

ԱՄՆ-ի Օրեգոն նահանգում օրինականացված է, այսպես կոչված, «ինքնասպանությունը ուրիշ անձի օգնությամբ»: Խոսքն այն մասին է, երբ բժիշկը հիվանդին նշանակում է մահացու դեղատարեր:

Կալիֆոռնիայում երկար քննարկումներից հետո հանրաքվեի արդյունքով 1977թ. ընդունվեց «Մարդու մահվան իրավունքի մասին» օրենքը: Դրա համաձայն անբուժելի հիվանդ անձինք կարող են պատրաստել փաստաթուղթ, գրել կյանքի կտակ, որտեղ իրենց ցանկությունը կարող են արտահայտել վերականգնողական սարքավորումն անջատելու վերաբերյալ:

Հակառակ օրենքի նորմերի, որոշ երկրներում այդուհանդերձ իրականացվում է էֆթանազիան, սակայն մարդու իրավունքների պաշտպանության դրոշի ներքո: Հարց է ծագում, եթե գոյություն ունի կյանքի իրավունք, ապա արդյո՞ք կարելի է պնդել, որ գոյություն ունի նաև «մահվան իրավունք»: Եթե դա ընդունենք, ապա դա հակասում է օրենսդրության սկզբունքներին: Չէ՞ որ ամենակարևորը կյանքի պաշտպանությունն է: Չէ որ օրենքը կյանքը, ապրելու՝ իրավունքը պետք է պաշտպանի, ոչ թե մահը կամ մահվան իրավունքը:

1981թ. Համաշխարհային բժշկական միության 34-րդ համաժողովի կողմից ընդունվեց Հիվանդի իրավունքների մասին Լիսաբոնյան հռչակագիրը, որտեղ այլ դրույթների հետ մեկտեղ, տեղ գտավ... հիվանդի արժանապատվորեն մեռնելու իրավունքը: Այս դրույթը, փաստորեն, բարոյապես արդարացնում է «մահվան իրավունքը»: Եթե բարոյապես արդարացնենք «մահվան իրավունքը», եթե օրենքի ուժ տանք այդ նորմին, արդյո՞ք դա չի նշանակի, որ օրենքը ժխտում է օրենքը:¹

Գոյություն ունի արժանապատիվ, առանց տառապանքների մեռնելու իրավունք: Խոսքը մարդկային արժանապատվությունը հարգելու մասին է: Սակայն այդ իրավունքը չի ժխտում կամ չի վերացնում կյանքի

¹ Davtyan S.H. The Traditions, Customs, Culture, Mentality Of The Nation And Problem Of Euthanasia In Armenia, in the Book of Abstracts of II Int. Conf. on Ethics Education in Hederal Scool. Israel, Eilat, 2002.

պահպանման մասին օրենքը: Մահը մարդկային կեցողության անբաժան տարրն է իր բոլոր հետևանքներով:

Արժանապատիվ արդեւու և մեռնելու իրավունքը, բոլորովին էլ չի նշանակում միայն մեռնելու՝ իրավունք, այն ներառում է նաև մարդասիրական եղանակներով բուժում ստանալու իրավունք: Նման բուժումը պետք է ավարտվի միայն բնական մահով, ընդ որում առանց արհեստական շահարկումների:

Շվեդիայում և Ֆինլանդիայում չնայած պասիվ էֆթանազիան հակաօրինական գործողությունն չի համարվում, այդուհանդերձ այդպիսի որոշում կայացնելու համար պահանջվում է միայն հիվանդի ազատ և գիտակցված կամքի արտահայտումը (գրավոր):

Աշխարհի երկրների գերակշիռ մասի բժիշկների և իրավաբանների մեծամասնությունը գտնում է, որ էֆթանազիան ոչ միայն երդմնազանցությունն է, այլև քրեական հանցագործությունն է: Այն բացարձակապես անթույլատրելի է, եթե նույնիսկ իրականացվում է «խղճահարության» կամ «գթասրտության» նկատառումներով:

Հայաստանի Հանրապետության «Բնակչության սանիտարահամաճարակային անվտանգության ապահովման մասին» 1969թ. ընդունած օրենքի 23-րդ հոդվածում, որը վերնագրված է «էֆթանազիայի արգելումը», հստակ, սևով սպիտակի վրա գրված է (և փա՛ռք Աստծո, որ նման օրենք ունենք). «Հայաստանի Հանրապետությունում արգելվում է էֆթանազիան. հիվանդի խնդրանքով նրա մահվան արագացումը, որևէ գործողությամբ և միջոցներով: Այն անձինք, ովքեր հիվանդին գիտակցաբար դրդում են էֆթանազիայի կամ իրականացնում են այն, կրում են պատասխանատվություն Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով»: ¹

Այսօր Ռուսաստանի Դաշնությունում օրենսդրորեն արգելված են էֆթանազիայի բոլոր ձևերը: Ռուսաստանի Դաշնության Քաղաքացիների առողջության պահպանման մասին օրենսդրության հիմունքների 45-րդ հոդվածում գրված է. «Բժշկական անձնակազմին արգելված է էֆթանազիայի իրականացումը»: ²

Նման իրավիճակ արձանագրված է նաև Եվրոպական երկրներում, որտեղ էֆթանազիան ոչ միայն արգելվում, այլև դատապարտվում է

¹ ՀՀ քրեական օրենսգիրքը բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին (ընդունված՝ ԱԺ կողմից 04.03.1991թ. Հ.Օ-42, բազ. 25,10,10)

² Этические-правовые аспекты проекта «Геном человека». Международные документы и аналитические материалы / Под ред. Б. Г. Юдина. М., РНКБ РАН, 1998.- 190 с.

քրեական օրենսգրքով: Օրինակ, Գերմանիայի դաշնության քրեական օրենսդրությամբ «հիվանդի խնդրանքով սպանության» իրականացնելու համար տրվում է 6ամսից մինչև 5տարի ազատազրկում:

Անգլիայում ընդունվել է օրենք, որով բժշկական պրակտիկայում արգելվում է էթանազիայի ցանկացած տեսակ: Ինքնասպանությանն աջակցելը որակվում է որպես քրեական հանցանք և դատապարտվում 14 տարվա ազատազրկման:

Մեծ Բրիտանիայում երկու օրենք է գործում, որոնք անուղղակիորեն ուղղված են էթանազիայի դեմ: Խոսքը վերաբերում է 1965թ. ընդունված «Սպանության մասին» օրենքին և 1961-ին ընդունված «Ինքնասպանության մասին» օրենքին: Սպանության մասին օրենքը նախատեսում է, որ հիվանդի կանխամտածված սպանությանը կարեկցանքից, խղճահարությանից, գթասրտությանից և այլ մղումներից դրդված, համարվում է հանցագործություն: ¹

Ինքնասպանության մասին օրենքով Անգլիայում վերացվել է դրա քրեական կարգավիճակը: Այդ կարգավիճակը պահպանվում է, եթե ինքնասպանությունն իրականացվում է բժշկի օգնությամբ:

Արևմուտքում առաջարկվում են էթանազիայի բարոյական գնահատման բազմաթիվ տարբերակներ: Յեղինակների մեծամասնությունը պաշտպանում է պասիվ էթանազիայի մեթոդները՝ հերքելով ակտիվ էթանազիայի կիրառման ցանկացած հնարավորություն:

Սակայն գոյություն ունի և ուղղակիորեն հակադիր տեսակետ: Այսպես, ամերիկացի փիլիսոփա Ջ. Ռեյգելսը հանդես է եկել Ամերիկյան բժշկական ընկերակցության 1973թ. դեկտեմբերի 4-ի որոշման քննադատությամբ.... «Սարդկային էակի կողմից մեկ ուրիշի կյանքի կանխամտածված դադարեցումը բարեգութ սպանություն է»: Այս դրույթը հակասում է բժշկական մասնագիտության և Ամերիկյան բժշկական ընկերակցության քաղաքականությանը, սակայն Ջ. Ռեյգելսը գտնում է, որ եթե հիվանդը պահպանել է իր գիտակցությունը, հասկանում է, որ իր օրերը հաշված են, չի կարող այլևս դիմանալ սարսափելի ցավերին և բժշկին խնդրում է, որպեսզի նա արագացնի իր մահը, ապա բժիշկը մարդասիրություն է դրսևորում, երբ

¹ Mason J. K., Laurie G. T. Law and Medical Ethics, Oxford, 2006.

դարձարեցնում է հիվանդի տառապանքները: Այո, «մարդասիրական» միտքը շարունակում է ապրել: ^{1,2}

20-րդ դ. սկզբներին Գերմանիայում իրավագետ-բժիշկ Բինդինգը և հոգեբույժ Գոխեն փորձեցին հիմնավորել ազգի և մարդկության համար «ոչ լիարժեք» անձանց ոչնչացման անհրաժեշտությունը բնորոշելով Էֆթանազիան որպես «ոչ լիարժեք» կյանքի ոչնչացում: «Էֆթանազիա» հասկացության նման չարագուշակ մեկնաբանությունը հետագայում լայն տարածում գտավ ֆաշիստական Գերմանիայում, որտեղ մշակվեց անգամ մի ողջ ծրագիր:

Դրա մասին հայտարարվել է 1933թ. հունիսի 14-ին «Ազգի առողջության պահպանման» հռչակագրում, որի հեղինակներից մեկը հանրահայտ Ռոզենբերգն էր իր ռասիստական գաղափարախոսությամբ: Յուրաքանչյուրը բաղկացած էր 3 կետից՝

- անբուժելի հիվանդների ոչնչացում,
- հատուկ գործողությամբ ոչնչացում,
- զանգվածային ամլացում:

Յավանությունն տալով Էֆթանազիային՝ որպես անհուսալի հիվանդ արիացիների բացառիկ արտոնություն, 1939թ. սեպտեմբերին Յիտլերը ստորագրեց գաղտնի հրամանագիր, որի համաձայն «կյանքի բոլոր ձևերը, որոնք անարժան են կյանքին» հարկավոր է ենթարկել Էֆթանազիայի: «Անարժանության» հարցը ամեն կոնկրետ դեպքում որոշվում էր բժշկական «եռյակի» կողմից: Դրա հետևանքով ամենատարբեր աղբյուրների համաձայն, երկու տարվա ընթացքում ոչնչացվեցին 100 հազարից մինչև 275 հազար մարդ: ³

Նյուրնբերգի միջազգային զինվորական դատարանն այդ գործողությունները որակեց որպես մարդկության դեմ կատարված ոճրագործություն:

Ռուս բժիշկ, պրոֆեսոր Ս.Յա.Դոլեցկին գտնում է, որ «պայքարը հիվանդի կյանքի համար արդարացված է մինչև այն պահը, երբ փրկության հույս կա: Եթե այն կորսված է, ծագում է գթասրտության խնդիր, որն էլ դրսևորվում է Էֆթանազիայի մեջ»: Ս.Յա. Դոլեցկին հավելում է, որ Էֆթանազիան արդարացված է անբուժելի հիվանդների, անդամալույծ մարդկանց նկատմամբ, որոնք ապրում են միայն

¹ Davtyan S. H. The Traditions, Customs, Culture, Mentality Of The Nation And Problem Of Euthanasia In Armenia, in the Book of Abstracts of II Int. Conf. on Ethics Education in Medical Schools. Israel, Eilat, 2002.

² Давтян С. Отчуждение общества: от диагноза к действию //В сборнике научных статей «Стратегия выживания в контексте Биоэтики, философии и медицины», 2013, т. 3, Кишнев, Молдова, стр. 114-118.

³ Leo Alexander Medical science under Dictatorship, Journal of Medicine, The New England, 1949.

կենսապահովման սարքավորման օգնությամբ: Նույնը վերաբերում է ատրոֆիայի ենթարկված ուղեղ ու նեյրոլոգոստրա-ծիկներին և այլն: ¹

Բարեբախտաբար գիտնականների մեծ մասը համաձայն է այս տեսակետի հետ, քանի որ, այն հակասում է մարդասիրության սկզբունքներին և բժշկության սոցիալական առաքելությանը: Վիրաբույժ Ա.Ա. Վիշնևսկու կարծիքով «համարյա երբեք չի կարելի արձանագրել հիվանդների բացարձակ անհուսալի վիճակ»: Հայտնի են անհուսալի թվացող հիվանդների ապաքինման շատ «հրաշք» դեպքեր: Բժշկությունն ի վիճակի է արձանագրել ու հիվանդության ելքը՝ հավանականության այս կամ այն աստիճանով և բժշկին իրավունք չի տրված դադարեցնել ու պայքարը հանուն կյանքի միայն այն պատճառով, որ «հիվանդն անհուսալի է»: ²

Բժիշկներից շատերի կարծիքով հիվանդի կյանքի յուրաքանչյուր ժամվա համար տարվող պայքարից հրաժարվելը կփակեր դեպի բժշկության առաջընթացը տանող բոլոր ուղիները:

Եթե բժիշկները մշտապես միջոցներ չձեռնարկեին, չփորձեին մահը հեռացնել նրանից, ով դատապարտված է մահվան (իսկ դա միշտ հարաբերական հասկացողություն է), ապա չէին փրկվի հարյուրավոր ու հազարավոր մարդիկ: Մահվան դեմ պայքարի այդ փորձը հարուստ նյութ է տալիս գիտության հետագա զարգացման համար և այդպիսի փորձի շնորհիվ արվել են շատ հայտնագործություններ, իսկ գիտության զարգացումն իր հերթին հնարավորություն է ստեղծել փրկել ու հազարավոր նոր մարդկանց կյանքեր: ³ Այնպես որ կյանքի և մահվան հարցերում բժիշկների գերակշիռ մասը ունի 1 սկզբունք՝ հիվանդի կյանքի համար պայքարը չի դադարեցվում մինչև վերջին րոպեն և յուրաքանչյուր բուժախատողի պարտքն է սրբորեն կատարել մարդասիրական այդ սկզբունքը: ⁴

Բժշկական էթիկայի մեջ գոյություն ունի սրբագործված պատվիրան կյանքն անգին է, այն փոխարժեք չունի: Հետևաբար անբարո է խոսել կյանքի ինչ-որ շուկայական գնի մասին: ⁵

Երբ խոսքն անհուսալի հիվանդի, նրա անտանելի, անհաղթահարելի ցավերի ու տառապանքների մասին է, բժիշկը միշտ հայտնվում է բարոյական և մասնագիտական դժան երկընտրանքի առաջ, շարունակել

¹ Неговский В.А. Смерть, умирание и оживление – этические аспекты. М., 2009.

² Юдин Б.Г. Жизнь или не жить? Человек.- 1990.- N2.- стр. 36-44

³ Яровинский М.Я. Лекционный курс по медицинской этике (Биоэтика) 4. 1, 2, -М., 1999-2000.

⁴ Ռ.Ա. Գրիգորյանը և Ն.Դ. Վարդապարյանը «Բժշկական դեոնտոլոգիա», Երևան, 1988, էջ 160:

⁵ Դավթյան Ս.Հ. Բիոէթիկայի ներածություն, Մեմագրություն, Երևան, 2012, 329 էջ:

հիվանդի կենսապահպան բուժումը և դրանով նրան դատապարտել ֆիզիկական ահավոր շարունակվող տառապանքների, թե՞ ընդհատել այդպիսի կյանքը: Իսկապես դժվար, շատ դժվար ու բարդ իրավիճակում է հայտնվում բժիշկը և ոչ միայն բժիշկը: Արդյո՞ք, բժիշկն իրավունք ունի նման հարց լուծելու, ի գորու է իր վրա վերցնելու հիվանդի կյանքի կամ մահվան հարցը:

Պատերազմից հետո որոշ Էֆթանազիստ բժիշկներ ինքնասպան եղան, մյուսները դատվեցին Նյուրնբերգի դատարանի կողմից: 1946թ. հոկտեմբերի 25-ից մինչև 1947թ. հունիսի 19-ը Նյուրնբերգի ռազմական դատարանը քննեց քսաներեք բժիշկ Եսեսականի գործ և նրանց մեղադրեց պատժի առավելագույն չափով:

Սև համազգեստով բժիշկների հանցավոր գործունեության շրջանակները լայն էին ու բազմազան. գազային խցիկների համար գերիների ընտրություն, համակենտրոնացված ճամբարներում եղած հիվանդների ոչնչացում՝ ֆենոլ կամ կապտաթթու ներարկելով, արտասահմանցի կին բանտարկյալների հղիության հարկադրական արհեստական ընդհատում, մարդկանց և հատկապես միաբջջային երկվորյակների մասնակցությամբ գիտափորձերի կիրառում, ռենտգենյան ճառագայթներով մարդկանց ստերեացման, բժավոր տիֆով և վիրուսային այլ հիվանդություններով վարակման փորձեր, մարդկային գանգերի և վերջույթների «հավաքածուի» ստեղծում և շատ ուրիշ վայրագություններ:

Խոսելով Ֆաշիստական Գերմանիայում իրականացված Էֆթանազիայի կիրառման մասին՝ կարևոր է նշել, որ այն գաղափարախոսությունն էր, որն այժմ նպատակաւղղված է Էֆթանազիայի արդարացմանը, չինույնանում նացիստական գաղափարախոսության հետ: Էֆթանազիան ենթադրում է մահ հիվանդի օգտին, իսկ Ֆաշիստները սպանում էին մարդկանց՝ առանց նրանց օգուտի մասին մտածելու¹:

Այնուամենայնիվ, գոյություն ունեն հատման եզրեր Էֆթանազիայի ժամանակակից գաղափարախոսության և նացիստական գաղափարախոսության միջև: Այդ ընդհանրությունը պայմանավորված է մարդու՝ որպես անհատի բացառիկության ճանաչելիության գաղափարի անտեսումով, իսկ երբ բացակայում է այդ արժեքի գիտակցությունը, որը սերտորեն կապված է Աստծո գոյության համոզմունքի հետ, մարդ-

¹ Leo Alexander Medical science under Dictatorship, Journal of Medicine, The New England, 1949.

կայ ին փոխհարաբերությունները կարգավորվում են կամ պետական մակարդակով կամ էլ սկզբունքայնության դրսևորումներով¹:

Իսկ եթե մարդկային կյանքը ոմանց համար իրենից ոչ մի արժեք չի ներկայացնում, միշտ կգտնվեն մարդիկ, ովքեր կփորձեն այն օգտագործել՝ հանուն իրենց քմահաճույքների բավարարման:

Մահն այն երևույթն է, որը միշտ վախի զգացումով է ուղեկցել մարդուն: Էթանազիայի պարագայում այն ոչ թե վախի զգացողություն է, այլ ցանկալի և բաղձալի իրողություն: Այդ իրողությունը բավական տարածված է եղել Յին աշխարհում, ուր տառապանքներից ազատվելու միակ միջոցը համարվել է մահը: Ալբերտ Նալչաջյանն իր «Մահվան հոգեբանություն» գրքում ակտիվ էթանազիան այսպես է սահմանում. «Ակտիվ, դրական, գործուն էթանազիա կատարելիս բժիշկն իրագործում է անհուսալի հիվանդի մահն արագացնող նպատակաուղղված գործողություններ»: Էթանազիայի հակառակորդների կողմից այս տարատեսակների տարբերությունը մեկնաբանվում է մի դեպքում թույլ տալ մեռնել, մյուս դեպքում՝ որպես սպանություն²:

Ինչպես նշվեց վերևում, կամավոր էթանազիան իրականացվում է հիվանդի նախնական համաձայնությամբ: Նա իր կամքն արտահայտում է նախապես և իրավաբանական տեքստով, որը լայնորեն սկսել է տարածվել Արևմուտքի միջարք երկրներում: Կամավորությունն այդ դեպքում պահանջում է որոշակի նկարագրություն, որը կբացառի որևէ երկիմաստություն:

Կամքը պետք է արտահայտվի բազմիցս, հստակ և վճռական, ազատ՝ առանց արտաքին բարոյական, իրավաբանական, հոգեբանական կամ մեկ այլ ճնշման՝ լավ տեղեկացվածության հիմքի վրա: ³

Ոչ կամավոր էթանազիան իրականացվում է առանց հիվանդի համաձայնության, ինչը չի նշանակում, թե այն հակասում է նրա կամքին: Խոսքն այն իրադրության մասին է, երբ հիվանդը նախապես չի արտահայտել իր կամքը կամ չի կարող արտահայտել (գտնվում է կոմայի մեջ), ընդ որում՝ ենթադրվում է, որ եթե էթանազիայի խնդրի առաջացման պահին հիվանդը հնարավորություն ունենար արտահայտելու իր կամքը, նա կգերադասեր մահանալ: Այսպիսի իրավիճակներում որոշում ընդունելիս հիվանդի փոխարեն ընտանիքն է առաջին հեղինակությունը, իսկ երբ ընտանիքի անդամների մեջ

¹ Tony Hope, Medical Ethics, Oxford, 2004.

² Спиноза Б. Богословско-политический трактат Избр. произв. В 2т. т.1. М.: 1957.

³ Encyclopedia of Bioethics 3-rd ed. – Edit. S.A. Post, vv 1-5, NYa eth: MacMillan, 2013.

համաձայնություներն չկա, դատարանի միջոցով կարող է ընտրվել այն անձը, ով հանդես կգա հիվանդի փոխարինող՝ որոշում կայացնող: Այդ անձը պետք է լավ ճանաչած լինի հիվանդին, իմանա նրա բարոյական արժեքները, որպեսզի կարողանա այնպիսի որոշում ընդունել, որին կհամաձայներ հիվանդը և նույն որոշումը կընդունեն՝ ֆիզիկապես կարող լինել ու դեպքում:

Բացի կամավոր և ոչ կամավոր էֆթանազիայից, գոյություն ունի նաև չկանխամտածված էֆթանազիա, որը մեծ կիրառություն չունի: Չկանխամտածված էֆթանազիան խղճահարությունից դրդված սպանությունն է այն կարողունակ հիվանդների, որոնք ի վիճակի են արտահայտել ու իրենց կամքը, բայց հիվանդի կամքին հակառակ կատարվում է էֆթանազիան: ¹

Ինչպես նշվեց նախորդ շարադրանքում, կենսահույզ այս խնդիրն ունի իր երկար պատմությունը: Չայտնի է, որ անհույս հիվանդների կամ ծանր վիրավորների կյանքին վերջ դնելը բավականին տարածված երևույթ է եղել Յին աշխարհում, մասնավորապես՝ Յին Յունաստանում: Այդ է վկայում Պլատոնի «Յանրապետություն» հռչակավոր աշխատությունը, ուր կանխորոշելով ցանկալի պետական կառուցվածքի հիմնական գծերը՝ հեղինակն այն կարծիքն է հայտնում, որ բժիշկները չպետք է խնամեն այն մարդուն, որն այլևս ի վիճակի չէ ապրելու, և պետք է թույլ տալ, որ նա մահանա: Պլատոնը կարծում է, որ այդ վերաբերմունքը նպաստավոր է և՛ հիվանդի, և՛ պետության համար:

Ներկայումս էֆթանազիայի խնդրի վերաբերյալ հասարակության մեջ առկա է երկու հակադիր մոտեցում՝ ազատական և պահպանողական²: Այս երկու կողմերը մերժելիս կամ արդարացնելիս բախվում ենք խնդրի լուծման համար անհրաժեշտ այնպիսի կենսական հարցերի, ինչպիսիք են՝

- մարդն ազատություն ունի՞ կամ բարոյական իրավունք ունի՞ վարվելու այնպես, ինչպես ինքն է ցանկանում,
- բարոյակա՞ն կարող է համարվել նրա այդ ցանկությունը, երբ այն չի վնասում ուրիշին կամ չի սահմանափակում այլ մարդկանց ազատությունը,
- նա իրավունք ունի՞ ընտրելու իր մահվան ձևն ու ժամանակը և

¹ Уайатт Джон. На грани жизни и смерти. По материалам лекций, прочит, в Ин-те соврем, христианства в Лондоне / Джон Уайатт. Пер. с англ. .

² Сократ. Платон. Аристотель. Сенека. -М., 1995.

- պե՞տք է արդյոք, որ աջակցությունն ստանա այդ գործողության մեջ, մարդն իրավունք ունի՞ իր նմանին և Աստծո պատկերն ու նմանությունը կրողին կյանքից զրկելու, կամ

- այդ դեպքում ինչպիսի՞ն է բարոյական պատասխանատվություն կրելու խնդիրը, բժիշկը պե՞տք է աջակցի հիվանդին մահանալ նույնիսկ այն դեպքում, երբ առկա է վերջինիս համաձայնությունը և խնդրանքը,

- ի՞նչ ազդեցություն կունենա այս աջակցությունը մյուս հիվանդների, հոգեկան ծանր դեպքերում գտնվող մարդկանց վրա:

Հոլանդիայում դատարանը վճիռ է կայացրել որոշ հիվանդ երեխաների կյանքի նկատմամբ կիրառված և ծանր հոգեկան դեպքերում ի վիճակում գտնվող անձանց ցանկությամբ կատարված էֆթանազիայի համար պատիժ չսահմանել:

Այս երկիրն առաջնորդվում է այն սկզբունքով, որ հոգեբանական տառապանքը մտնում է անհրաժեշտ չափանիշների մեջ, որոնք օրինական են դարձնում բժշկի նման օգնությունը: Եվ առհասարակ, հասարակության վրա որքանո՞վ կամ ո՞ր դեպքերում է ընդունելի տառապալի կյանքն արհեստական միջոցներով երկարաձգելը և այլն¹:

Էֆթանազիան շարունակում է առաջ քաշել անձնական և հասարակական արժեքների, անհատի իրավունքի և դրա սահմանների, բժշկության նպատակի և մեռնել ցանկացող հիվանդների նկատմամբ պարտականություններ ունենալու հարցեր:

Քրիստոնեությունը կյանքը դիտում է բարիք իր բոլոր դրսևորումներում՝ և՛ տանջանքներում, և՛ հաճույքներում: Կյանքը բարիք է և բարիք է մնում նույնիսկ այն ժամանակ, երբ այն գերազանցապես տանջանք է դառնում կամ նույնիսկ՝ անվերջ տանջանք: Ինքնասպանության կարևոր դրդապատճառներից է տառապանքներից ազատվելը, բայց արդյոք գոյություն ունի՞ սպասվող հանգստությունը: Քրիստոնեությունն ասում է, որ դա հուսափաբություն է, որը հանգեցնում է ավելի մեծ տառապանքների, բայց արդեն այն աշխարհում:

Հեղոնիզմը (բարոյական դիրքորոշում, երբ մարդու վարքի հիմնական դրդապատճառն ու նպատակը դառնում է հաճույքի ստացումը) արդարացնում է էֆթանազիայի կողմնակիցների՝ տառապանքի և

¹ Սարոյան Գ. «Էֆթանազիա և բժշկական էթիկա», «Վազգենյան դպրանոց», հոգևոր մշակութային պարբերական, 2008թ, թիվ 2, «Քրիստոնյա Հայաստան», 2011, փետրվար, Ա թիվ 3 (335), մարտ Բ, թիվ 5, (338):

հաճույքների վերաբերյալ առաջ քաշած փաստարկները: Եթե հեղոնիստի համար մահը լիակատար անորոշույուն է և հնարավոր է նաև բացարձակ վերջը, ապա քրիստոնյայի համար կեցության ձևի փոփոխություն է միայն, կյանքի օրինաչափ ընթացքի մի հանգրվանը հավերժության անցման ճանապարհին: Սրանցով են պայմանավորված կյանքի նպատակի ընկալման երկու տեսակետները. հեղոնիստի համար՝ այս կյանքի հաճույքները, քրիստոնյայի համար՝ հոգու փրկությունը: Երբ խոսքը տառապանքների ժամանակ կյանքի կամ մահվան ընտրության մասին է, քրիստոնեական տեսանկյունից հարցը մտնում է հոգու փրկության դաշտ:

Աստված երբեք մարդուն թույլ չի տալիս կրելու առավել տառապանք, քան նա կարող է տանել, եթե ունենա համբերություն և ընդունի այն շնորհն ու ուժը, որ ինքն է տալիս մարդուն՝ նրա պայքարի ընթացքում: Երբ Աստված թույլ է տալիս, որ տառապանքը մուտք գործի մարդու կյանք, նա դրանում մեծ բարիք է դնում, որին մարդն արժանանում է այն հաղթահարելու միջոցով: Եթե ամփոփենք տառապանքի իմաստի քրիստոնեական ողջ էությունը, ապա այն կարելի է մեկ մտքով արտահայտել. տառապանքը բացահայտում է կյանքի խոր իմաստը և մարդուն հասկացնել տալիս, որ նա տիեզերքի տերը չէ, մարդ, ով այսօրվա տեխնիկայով հագեցած ժամանակաշրջանում իրեն Աստված է զգում, և ում թվում է, թե ինքը կարող է գերազանցել Աստծո արարչագործությունը:

Հաջորդ փաստարկը, որն առաջին հայացքից շատ հիմնավոր և համոզիչ է թվում, էֆթանազիայի արդարացումն է գթասրտության և արդարության միջոցով. էֆթանազիան համարվում է գթասրտություն նրա նկատմամբ, ում օգնում են մահանալ, և արդարացի՝ շրջապատի և հասարակության նկատմամբ¹:

Էֆթանազիայի կողմնակիցների բարեգութ սպանության տեսությունը մերժվում է քրիստոնեական մտածողության դիրքերից: Էֆթանազիայի արդարացման գթասրտության փաստարկը հաճախ կարող է կեղծվել թե՛ հիվանդի հարազատների, թե՛ բժիշկների կողմից. միգուցե հարազատների համար է անտանելի՝ տեսնել հիվանդին այդ վիճակում, և հիվանդի հանգիստ մահվան միջոցով փորձում են հենց իրենց ազատել այդ տառապանքներից: Էֆթանազիան նման պարագաներում ոչ այլ ինչ է, եթե ոչ՝ հեշտուր էժան ընտրություն:

¹ Юдин Б.Г. Смерть и умирание. Эвтаназия. – Введение в биоэтику. – М.: Прогресс-Традиция, 1998, - с.265-293.

Իսկ այն դեպքում, երբ էֆթանագիան կատարվում է իրական գթասրտության քողի տակ, պետք է մի բանում համոզված լինել. բժշկը և առհասարակ որևէ մեկը ավելի գթասիրտ չեն, քան Նա, Ով մարդկային էակին է արարել: Աստված մարդուն կյանք է շնորհել, և Նա էլ կանխորոշված ժամկետում այն նրանից վերցնում է: Սիրաքի իմաստության մեջ ասվում է. «Տիրոջ բոլոր գործերը շատ բարի են, և նրա բոլոր հրամանները կատարվում են իրենց ժամանակին. վայել չէ ասել՝ ի՞նչ է սա, կամ ինչու՞ է սա, քանզի ամեն ինչ պիտի կատարվի իր ժամանակին»:¹

Բժշկի «գթասիրտ» քայլը չի դադարում սպանությունն լինելուց նույնիսկ այն պարագայում, երբ այդ քայլին նրան դրդել են գթասրտության զգացումը, անհուսալի ու ծանր հիվանդին հետագա տառապանքներից ազատելու մարդկային ցանկությունն ու խիղճը: Էֆթանագիայի հակառակորդների այս հիմնավորման դեմ առաջ է քաշվել այն հակափաստարկը, որ սարքը պահպանում է միայն կյանքի երևութականությունը, որը դրսևորվում է շնչառության և արյան շրջանառության ձևով, այն դեպքում, երբ իրականում մարդը մեռած է, որևիցե ցավ չի զգում, նրա կենսագործունեության աղբյուրը՝ ուղեղը, արդեն մեռած է:

18-րդ դարի փիլիսոփա Դեյվիդ Ջյունը անդում էր, որ եթե արհեստականորեն մարդու կյանքին վերջ դնելն օրինազանցություն է Աստծո առջև՝ իբրև կյանք պարգևողի և տնօրինողի, նույնը կարող է ասվել արհեստականորեն որևէ մեկի կյանքը բժշկական սարքավորումներով երկարաձգելու պարագայում:²

Քրիստոնեությունը մարդու կյանքն ընդունում է բացառիկ արժեք, որն անփոխարինելի է ու եզակի: Հետևաբար մարդն ամեն ինչ պետք է անի այդ արժեքը պահպանելու համար: Բժշկությունից պետք է օգտվել միայն այն դեպքում, երբ այն նպատակ ունի երկարաձգելու Աստծո պարգևը՝ կյանքը:

Չպետք է առաջնորդվել մարդկային չափորոշիչներով՝ կյանքի արժեքը սահմանելու համար: Այդ արժեքն արդեն իսկ Աստծո կողմից բացարձակ է տրվել մարդուն, բացարձակ այն կոչումով, որ Նա այլևս պահապանն ու պատասխանատուն է այդ անսահման արժեքի: Իսկ իրականում գթասրտությունը ոչ թե մահվան օգնության մեջ է, այլ նրա

¹ Սարոյան Գ. «Էֆթանագիա և բժշկական էթիկա», «Վազգենյան դպրանոց», հոգևոր մշակութային պարբերական, 2008թ, թիվ 2, «Քրիստոնյա Հայաստան», 2011, փետրվար, Ա թիվ 3 (335), մարտ Բ, թիվ 5, (338):

² Նույն տեղում: Կենսաէթիկա

հետո ցավը կհստելու, նրան կարեկից լինելու մեջ, որը հիմնավորվում է Յիսուսի խոսքերում. «Յիվանդ էի, և Ինձ տենելու եկաք» (Մատթ. ԻԵ):

Գիտությունը սրընթաց կերպով զարգանում է, կատարելագործված կենսաբժշկական տեխնիկան հրաշքներ է գործում՝ պահպանելով մարդու կյանքը նույնիսկ տասնյակ տարիներ, բայց ավելի նակարող է: Նա բացահայտեց մարդու մարմնի գրեթե բոլոր գաղտնիքները, բայց դրանից այն կողմ մի իրականություն է, որտեղ այլևս իրավունք չունի: Յոգանոր այդ իրականությունը հավիտենական է ու անսահման, և մարդը ըստ Սուրբ Գրքի մասնակից է լինելու այդ հավիտենականությանը՝ հոգին փրկելու կամ կործանելու վիճակներով: Քանի դեռ մարդը երկրային կյանքի մեջ է, հնարավորություն ունի շատ բան ճանաչելու և որ գլխավորն է՝ իր ընթացքից դարձի գալու: Տառապող հիվանդը շատ մոտ է ճանաչողության այդ սահմանին և, ո՞վ գիտի, միգուցե արդեն իսկ սկսում է ճանաչել, իսկ մարդուն կյանքից զրկելն է ֆթանազիայի միջոցով ոչ միայն բռնությամբ հոգու վտարում է, այլև զրկում է նրան ճանաչելու և մեղանչելու հնարավորությունից¹:

Եթե Աստծո կամքն է, որ հիվանդը մահանա, ապա կատարելագործված տեխնիկան ոչինչ չի կարող անել, իսկ քանի դեռ հիվանդը կա, ապրում է, ուրեմն դա Աստծո կամքն է, և պետք է ընդառաջ գնալ Նրա կամքին: Աստծո կամքին ընդառաջ գնալն այս պարագայում Նրա իսկ կողմից պարգևած շնորհի ճիշտ օգտագործումն է՝ պահելու, պահպանելու և արդյունավորելու այն կյանքը, որը սուրբ է:

Այսպիսով, քրիստոնեական տեսանկյունից է ֆթանազիան աստվածադիր օրենքների խախտում է, մարդուն տրված ազատության չարաշահում, հոգու անմահության ու հավիտենական կյանքի ժխտում և վերջապես՝ անհավատություն: Մարդկության այդ անհավատությունն ու մեղքերը թերևս բավարար կլինեին կրկին խաչը բարձրացնելու Յիսուսին, Ով պիտի կրկներ՝ «Յա՛յր, ների՛ր դրանց, որովհետև չգիտեն, թե ինչ են անում» (Ղուկ. ԻԳ 34): Աստվածաշնչում միանշանակորեն է մեկնաբանվում այն դավաբանական դրույթն, ըստ որի մարդ չի կարող ընտրել իր մահվան ժամանակը: Ասվում է ժողովող գրքում. «Ամեն բանի ժամանակը կա, ծնվելու ժամանակը և մեռնելու ժամանակը, տնկելու ժամանակը և տնկածը հանելու ժամանակը» /Ժող. 3:1-

¹ Тищенко П.Д. Новейшие биомедицинские технологии: Философско-антропологический анализ Анализ идей либеральной евгеники Ю. Хабера-масом. / П. Д. Тищенко // Вызов познанию: стратегии развития науки в современном мире. М. : Наука, 2004. - С. 309-332.

4/: Այսինքն՝ կյանքի արժեքը, կամ, որ նույնն է, կյանքի սրբությունը ճանաչվում է անպայմանակա՛ն: Դանշանակում է, որ, ըստ քրիստոնեական դավաբանության, յուրաքանչյուր անհատ մարդու կյանքը պետք է արժևորվի և գնահատվի անկախ սոցիալական կարգավիճակից, պայմանից, տարիքից կամ որևէ այլ գործոնից: Ավելին, մարդկային անհատի կյանքը, ըստ դավաբանության, նրա սեփականությունը չէ: Եվ եթե դա այդպես է, ապա մեր կամ ուրիշի կյանքի հետ վարվելու իրավունքները սկզբունքորեն սահմանափակ են:

Էթանազիայի մասին վեճերը շարունակվում են, օրեցօր ավելանում են նրա օրինականացման փորձերն ու հաջողությունները, իսկ թե ինչ կլինի մոտապագայում, հայտնի չէ. միայն մի բան պետք է հիշել՝ մարդու հետագա գոյությունը կախված է նրա հոգևոր վիճակից: ¹

Արդեն վերը նշել ենք, որ էթանազիայի մասին վեճը ծագել է անտիկ ժամանակներում: Ընդ որում, տարբեր ժողովուրդների մշակույթներում այդ հարցը տարբեր լուծումներ է ունեցել:

Քրիստոնյաները և նրանք, ովքեր ցանկանում են պահպանել էթանազիայի և աջակցված մահվան հանդեպ իրենց ընդդիմությունը, տարբեր ձևերով են պատասխանում վերոհիշյալ մարտահրավերներին: Պաշտպանության ձևերից մեկը վերահաստատում է քրիստոնեական պնդումները մարդկային կյանքի արժեքի և սպանության անարդարացիության մասին: Վատիկանի Էկոլմենիկ երկրորդ ժողովում Կաթոլիկ եկեղեցին դատապարտեց կյանքի հանդեպ գործված ոճիրները, ինչպես, օրինակ, ցանկացած տեսակի սպանությունը, ցեղասպանությունը, արհեստական վիժեցումը, էթանազիան կամ կամավոր ինքնասպանությունը: Կյանքը սուրբ է և Աստուծոյ պարգևն է, որը մարդը կոչված է պահպանելու և պողաբեր դարձնելու: Կյանք իվելը հակառակ է աստվածային սիրո գաղափարին և մերժում է Աստուծոյ ծրագրի համաձայն ապրելու անձի պատասխանատվությունը: «Իմ կյանքը, որի վրա ես ունեմ բացարձակ սեփականության իրավունք, միայն իմը չէ, - գրում է կրոնի ռուս ականավոր փիլիսոփա Ն. Բերդյաևը, - նաև ուրիշի կյանքը նախևառաջ կյանք է, որ պատկանում է Աստուծուն, Նա միայն բացարձակ սեփականության իրավունք ունի նրա վրա: Այն նաև կյանքն է իմ մերձավորների, այլ մարդկանց, իմ ժողովրդի, հասարակության, վերջապես ողջ աշխարհի, որն իմ կարիքն ունի», - եզրակացնում է նա:

¹ Դավթյան Ս.Յ. Բիոէթիկայի ներածություն, Սենագրություն, Երևան, 2012, 329 էջ:

Անհատական սեփականության բացարձակ իրավունքի սկզբունքը, ընդհանուր առմամբ, կեղծ սկզբունք է: Անկախության այն տեսակը, որ Ջոն Սոյուարտ Միլն է պաշտպանում, մերժվում է եկեղեցու աստվածաբանական ավանդույթների կողմից: Որոշ քրիստոնյա բարոյագետներ նաև վիճարկում են այն տեսակետը, թե տառապանքից ազատագրումը պետք է միշտ գերազույն նպատակ լինի: Ոչ ոք չի մերժում, որ տառապանքի հաղթահարումը կարևոր նպատակ է, բայց որոշ հեղինակներ նշում են, որ քրիստոնեական համայնքն ավանդաբար վարժեցրել և սպառազինել է իր անդամներին տուժալու տառապանքին և զրկանքին: Որպես օրինակ մատնանշվում է քրիստոնեական հավատի կենտրոնական կերպար Օրիստոսի անձը: Հիսուս խաչի վրա մահացավ տառապանքի մեջ, և մարդկային տառապանքը կյանքի վերջում մեզ կապում է Քրիստոսի ապրած տառապանքին: Սա, իհարկե, չի նշանակում, թե քրիստոնյաները պետք է տառապանք փնտրեն և հրաժարվեն ցավազրկող դեղեր ընդունելուց, սակայն այն հնարավորությունն է տալիս, որ տառապանքը բարերար ազդեցություն ունենա անձի վրա: Այն առիթ է բնօրինում մարդուն Աստծուն ավելի մերձենալու: Տառապանքը նաև դրական տեսանկյունից է ընկալվում: Գարեգին Ա-ն մեր ուշադրությունը հրավիրում է այն հոգեբանական երևույթի վրա, որ տառապանքը մեզ դարձնում է ավելի մարդկային, օգնում է մեզ վերագտնելու իսկական կապն Աստծու հետ. «Որքա՛ն հաճախ ենք մոռանում Աստծուն երախտագիտությունն հայտնել իր բոլոր շնորհների համար: Եվ միայն ցավն է մեզ ստիպում շրջվել դեպի Նա»: Ըստ նրա տառապանքը կարող է դառնալ մաքրագործում. դա մենք հստակորեն տեսնում ենք սրբերի կյանքում: Տառապանքը մեզ օգնում է հասկանալ, թե որոնք են հոգևոր և մարդկային ճշմարիտ արժեքները, այն արժեքները, որոնք կրում են մշտնջենականության դրոշմը:

Քրիստոնեական եկեղեցին այն համոզմանն է, որ սպանությունը միշտ էլ տառապանքներից ամենասարսափելին է, որ ավելի լավ է տառապել, քան սպանել խղճահարությունից: Ճապոնական հարակիրին ինքնասպանության ազնիվ, ասպետական ձև է, սակայն քրիստոնյայի Համար անթույլատրելի: Ամենայն Հայոց Կաթողիկոս Վազգեն Ա-ն նշում էր, թե քրիստոնեությունը որևէ ձևով կատարված ինքնասպանությունը հերոսությունն չի համարում: «Ինքնասպանությունը քրիստոնյայի համար ոչ թե հերոսությունն է, - գրում է նա, - այլ թուլությունն,

դասալքություն: Իրական հերոսությունն ապրելն է», - շեշտում է Վազգեն Ա-ն:¹ «Քրիստոնեությունը խորապես տարբերվում է թեստոյիկյան փիլիսոփայությունից, թե բուդդայականությունից և տառապանքների իմաստի վերաբերյալ կրոնական և փիլիսոփայական բոլոր մյուս ուսմունքներից», - նկատում է Ն. Բերդյանը: Միայն քրիստոնեությունն է սովորեցնում, որ տառապանքներդ տանելի են և իմաստուն են: Տառապանքներն անտանելի կլինեին, եթե նրանք անիմաստ կլինեին: Սակայն իմաստն այն դարձնում է տանելի: Ինքնասպանությունդ ենթադրում է, որ տառապանքն անտանելի է և անիմաստ: Գարեգին Ա-ն ավելի խորությամբ է զարգացնում այս միտքը, նշելով, որ հաճախ տառապանքի կամ հիվանդության պահերին կյանքը մեզ համար ստանում է առավել մեծ իմաստ, քան երբ գտնվում ենք քառնոջության ու երջանկության մեջ: «Չիվանդանոցային մահճակալի և դազադի մոտ կյանքի արժեքը ես զգացել եմ այնպես, ինչպես ոչ մի տեղ, որովհետև ցավն ու մահն են մեզ պատկերացում տալիս կյանքի արժեքի մասին, - գրում է նա: Տառապանքի իմաստը խաչը կրելու մեջ է, ինչին մեզ կոչում էր աշխարհի Փրկիչը. «Վերցրու թոխաչը և արի իմ հետևից»: հենց կյանքի խաչը կրելու գիտակցությունն է տառապանքը դարձնում տանելի: Տառապանքի դեմ ապստամբությունը կրկնապատկում է տառապանքը. մարդը տառապում է ոչ միայն իրեն առաքված փորձություններից, այլ նաև տառապանքի դեմ բարձրացրած իր խռովությունից: Յենց խաչն է ինքնասպանության դեմ միակ պատվարը և միակ ուժը, որը հնարավոր է հակադրել տառապանքին: «Խաչի խորհուրդն ինքնասպանության դատապարտումն է», - եզրակացնում է Բերդյանը:

Ի հավելումն սրա քրիստոնյաները և էֆթանազիայի հակառակորդները նշում են, որ տառապանքը կարող է նվազագույնի հասցվել առանց էֆթանազիայի, և ցավով առլեցուն կյանքը կարիք չունի ամեն գնով երկարացվելու: Ի նպաստ այս կետի է խոսում մարմնական կյանքը կուռքի չվերածել ու քրիստոնեական զգուշացումը: Յատկապես Անգլիական եկեղեցու դիրքորոշումն է շեշտում այս տեսակետը: Յամաձայն դրա չնայած միտումնավոր կերպով մարդկային կյանքին վերջ դնելն արգելված է, սակայն հզոր փաստարկներ կան հոգուտայն մոտեցման, որ մարդկանց կյանքը պետք է երկարացնել ամեն գնով, երբ նրանք անտանելի ցավի մեջ են: Շատ

¹ Կենսաէթիկայի հիմնահարցեր /Ուսումնաստանողական ձեռնարկ/. - Մայր Աթոռ Սբ. Էջմիածին, 2015, էջ 204-206:

քրիստոնյաներ և այլք հոսսփսային շարժումն ու պալիատիվ խնամքը համարում են որպես էթանազիայի այլընտրանքներ: Երբեմն ասվում է, որ եթե որակյալ պալիատիվ խնամքը հասանելի լիներ բոլոր նրանց համար, ովքեր դրա կարիքն ունենին, էթանազիան և աջակցված մահը գրեթե անկարևոր կդառնային: Նրանք, ովքեր կողմ են էթանազիային, պնդում են, որ ներկա դրությամբ հիվանդների մեծամասնությունը պատշաճ պալիատիվ խնամքի հնա՝րավորություն չունեն, և որ ամեն դեպքում կլինի մի փոքրամասնություն, որի համար ցավի թեթևացումն էական նշանակություն չի ունենա: Սակայն այս փաստարկի դեմ հետևյալ հակափաստարկը գոյություն ունի, որն առաջ է բերվում ոչ միայն էթանազիան մերժող քրիստոնյաների, այլ և առհասարակ էթանազիայի հակառակորդների կողմից: Ըստ այդմ եթե անձն ուզում է մահանալ, կարող ենք մենք վստահ լինել, որ այդ մարդը ոչ թե գանգատվում է հոլսահատության մեջ, այլ հստակ որոշում է կայացնում: Հոլսահատության պահերին մեզ կարող է թվալ, որ ուզում ենք մեր կյանքը վերջանա, որովհետև ցավը չափազանց մեծ է, և կյանքը տանջալից, սակայն հավանաբար այդ պահերը կանցնեն, և մենք ուրախ կլինենք, որ որևէ մեկը չարձագանքեց մեր խնդրանքներին: Էթանազիայի ցանկացած գործընթացի վիճակի պիտի լինի հաստատելու հիվանդի իրական դիտավորությունները. ով էթանազիա է պահանջում, պետք է լիարժեքորեն տեղյակ լինի իրավիճակին: Ապատեղեկատվության ռիսկը կամ իրավիճակն ըմբռնելու ձախողումը հիվանդին խոցելի են դարձնում այն որոշման առնչությամբ, որը նա միգուցե իրականում չուզենար կայացնել: Սրան հետևում է մյուս փաստարկը: Կարող ենք մենք վստահ լինել, որ սխալներ չեն պատահի: Ենթադրենք, թե ինչ-որ մեկն ընտրում է մահը, որովհետև նրա մոտ ճակատագրական անբուժելի հիվանդություն է ախտորոշվել: Այնուհետև նրա մահից հետո պարզվում է, որ ախտորոշումը սխալ էր: Ա.Նալ չաջյանի հիշատակված գրքում կարդում ենք, որ ֆրանսիացի մի բժիշկ դիֆտերիայով տառապող իր երեխային էթանազիայի միջոցով ազատում է տառապանքներից, բայց մեկ ամիս անց պրոֆեսոր Ռուս հայտնաբերում է հիվանդության բուժող շիճուկը: Ուստի որոշակիություն պիտի լինի ախտորոշման վերաբերյալ, սակայն կարող է միշտ բժշկական որոշակիություն լինել, թե ինչի կհանգեցնի իրավիճակը:

Վերջիվերջո կամավոր էթանազիան բժշկի աջակցությունը վայելող ձևի մեջ ուղղակի անհատական խնդիր չէ: Այն ազդում է ուրիշների և հասարակության իբրև մի ամբողջության վրա. բժշկի, որ

աջակցում է, բուժքույրերի, որոնք խնամում են հիվանդին, այն հոսպիտալի, որտեղ տեղի է ունենում, և համայնքի վրա առհասարակ: «Մեռնելու անհատական իրավունքի փաստարկը պետք է հակադրվի այն համայնքին, որին պատկանում են տվյալ անհատականությանները», - նկատում են մի շարք բարոյագետներ: Օրինականացումը կարող է արժեզրկել հիվանդների և առողջապահության մասնագետների միջև առկա վստահությունը, որոնք հոգ են տանում նրանց համար: Ավելին: Եթե Էֆթանազիան և աջակցված ինքնասպանությունը հասանելի լինեին որպես հեշտ և էժան ընտրություն, ապա այն կարող էր խոչընդոտել առողջապահական ծառայություններին պատշաճ տերմինալ և պալիատիվ խնամք զարգացնելու համար: Արդյունքում ավելի շատ մարդիկ վերջ կդնեին իրենց կյանքին, նշում է Մեսսերը:

Գրեթե քառորդ դար առաջ գրված գործում, որը մինչև օրս Էֆթանազիայի լավագույն քննարկումներից մեկն է համարվում, Փոլ Ռամզին փորձել է «մեռնողին միայն խնամելու» էթիկա շարադրել: Այսպիսի էթիկան, ենթադրում է նա, կմերժի երկու հակառակ ծայրահեղություններ, երբ հրաժարվում են ընդունել մահը շարունակելով նրա դեմ պայքարը, պայքար, որն անօգուտ է, կամ երբ փորձում են արագացնել վերահաս մահը: Սրանցից ոչ մեկն էլ չի կարող մեր հարազատների համար դիտվել որպես խնամք. յուրաքանչյուրը լքման մի ձև է: Ուստի մեր քրիստոնեական առաջադրանքն է չլքել տառապանքի մեջ գտնվող հիվանդներին, այլ «մեծացնել խնամք» նրանց հանդեպ, երբ նրանք ապրում են իրենց կյանքի պատմությունը: Մենք պետք է ձգտենք ավելի արդյունավետ ձևեր գտնել նրանց տառապանքը թեթևացնելու համար:

Քրիստոնեական մտածողության մեջ խաչի աստվածաբանությունը շեշտում է տառապողին սրտակցելու կամ տառապողի հետևողյանալու գաղափարը: Աստծու մարդեղության խորհուրդն իր գագաթնակետին է հասնում խաչի վրա, երբ Քրիստոս նույնանում է մարդու հետկիսելով նրա ճակատագիրը: Քրիստոսի խաչելությունը նույնացման աստվածաբանության լավագույն օրինակն է, որն օգնում է մեզ կիսել մեր մերձավորի ցավը, վանել նրանից վախի ու լքվածության զգացումը, ցույց տալ նրան մեր բարեկամությունը, հոգատարությունը, ապրել նրա հետ և նրա համար: Տեղին է հիշել ժամանակակից գերմանացի աստվածաբան Յորգեն Մոլտմանի հայտնի արտահայտությունը, թե խաչը չի կարող սիրվել, սակայն միայն խաչյալ Քրիստոս կարող է բերել այն ազատությունը, որը վերափոխում է աշխարհը, քանզի այն այլևս չի

վախենում մահից: Իսկ ի աստվածաբանությունը զարգացնելուց հետո Մուլտմանն այն եզրակացությունն է հանգում, որ երբ մերժված Մարդու Որդին Չարությունն է առնում Աստծու ազատության մեջ, հարության հանդեպ հավատը հարության տվող հավատ է դառնում, որտեղ էլ այն վերափոխում է հոգեբանական և սոցիալական համակարգերը, որպեսզի մահվան վրա կենտրոնանալու փոխարեն նրանք կյանքի վրա կենտրոնանան: Չարության կամ հույսի աստվածաբանության վախճանաբանական այս ըմբռնումն ընկած է ողջ քրիստոնեական մտածողության հիմքում, որն արմատապես փոխում է Աստծու արքայության մեր ընկալումները: Ուստի երբ խնամքով, հոգատարությամբ ու սիրով շրջապատում ենք տառապանքի մեջ գտնվող մեր հարազատներին ու անձանոթներին, հարության հույսն իրական ենք դարձնում նրանց համար, օգնում ենք նրանց կենտրոնանալ կյանքի վրա: Եթե լքվածության ինչ-որ մի պահի տառապանքն անտանելի և անիմաստ է թվում, ապա մեր ներկայությունն ու սերն անբացատրելի իմաստ են հաղորդում նրանց կյանքի պատմությանը. նրանք հասկանում են, որ իրենց կյանքը, ցանկուն տառապանքը միայն իրենցը չէ, տեսնում են կյանքում իմաստներ, հանուն որոնց պետք է և արժե ասրել:¹

Բժշկության և բարոյագիտության առնչություններին վերաբերող մտքեր հանդիպում ենք միջնադարյան հայ փիլիսոփաների, բժիշկների աշխատությունների մեջ, մասնավորապես, միջնադարի մեծ մտածող Դավիթ Անհաղթի, որի ծննդյան 1500 ամյակը ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի կողմից մեծ շուքով նշվեց Սալոնիկում և Երևանում:²

«Սահմանք իմաստասիրության» գրքի 9-րդ գլխում, շարունակելով հայ մեծանուն փիլիսոփա Ներսես Մեծի և այլոց մտքերը, հարց է տալիս՝ արդյոք իրավունք ունի՞ կամ կարո՞ղ է բժիշկը թույլ տալ և պատասխանում է՝ ոչ, որովհետև, «ինչպես լավ նավապետը փորձվում է ոչ թե խաղաղ ծովում, այլ ավեկոծության ժամանակ, նույնպես և խիզախ հոգին փորձությանն ընդառաջ է գնում»:³

Անհաղթի այս մտքերը բխում են փիլիսոփայական նույն դիրքերից, որոնք արտահայտվել են Չիպրկրատեսի հանրահայտ ,Երդմանե մեջ, որտեղ ի թիվս այլ արգելքների, բժիշկը երդվում է. «Խոստանում եմ չնայելով խնդրանքի, ոչ ոքի չտալ մահացու դեղ»:⁴ Իսկ այն բժիշկը, որ

¹ Կենսաէթիկայի հիմնահարցեր /Ուսումնաստանողական ձեռնարկ/. - Մայր Աթոռ Սբ.Էջմիածին, 2015:

² Davtyan S.H. The Traditions, Customs, Culture, Mentality Of The Nation And Problem Of Euthanasia In Armenia, in the Book of Abstracts of II Int. Conf. on Ethics Education in Medical Schools. Israel, Eilat, 2002.

³ Դավիթ Անհաղթ Երկասիրությունը Բնագրերը և առաջաբանը Ս. Արևշատյանի, Երևան, 1980թ.

եւ նեւ ով այս կամ այն դրդապատճառից, այնուամենայնիվ, դրժում է իր երդումը և թույն տալիս հիվանդին, ենթարկվում է ոչ միայն բժշկության աստվածների և մարդկանց անեծքին, այլև վարչական պատժի, ընդհուպ մահապատիժ: Այդ մասին կարդում ենք հինգերորդ դարի հայ պատմիչ, քերթողահայր Մովսես Խորենացու «Գիրք պիտոյից» աշխատության մեջ: ¹

Հայ տնի է, որ ստոյիկյան փիլիսոփայության հետևորդներն արդարացնում էին ինքնասպանությանը մի քանի դեպքում սով, բուրբ մերձավորների կորուստ, տարերային աղետ, մարդկային արժանապատվության ոտնահարում, անբուժելի հիվանդություն, զառամախոս այլև:

Ինչպես նշում է պրոֆեսոր Ս.Ա. Վարդանյանը «Հայաստանի բժշկության պատմություն» ուսանելի գրքում, վերջին երկու դեպքն ուղղակի կապ ունեն բժշկության հետ: Այսպես օրինակ, ստոիկներն ասում էին. «Արդ, ճիշտ է վարվում նաև նա, ով սպանում է ինքն իրեն, եթե նրամարմինը ենթարկվել է ինչ-որ չար հիվանդության և փչացման, այդ անբուժելի ցավից ազատվելու համար»: Այսպես օրինակ, մի ոմն կինիկյան (ցինիկ) փիլիսոփա, որը կիսով չափ անդամալուծ էր, դիմեց Հուլիանոս կայսերը, ասելով. «Մարմնիս կեսը մեռավ, իսկ մյուս կեսը դեռ ապրում է: Գթա, ով թագավոր, կիսված կինիկյանիս, հրամայիր բժշկել կամ սպանել: Այդպես էլ ճիշտ է վարվում նա, ով խորին ծերության հասնելով, վերջ է տալիս իրեն, երբ արդեն սկսում է զառանցել, աղճատու անկապքաներ ասել»: ²

Եթե ստոյիկների պատասխանը էֆթանազիային «այո» էր, ապա հայ միջնադարյան փիլիսոփաներից, բժշկապետներից և որևէ մեկի աշխատությունում բացահայտված չէ նման միտք, այդ թվում Դավիթ Անհաղթի, որը մերժում է ինքնասպանությունը. «Իսկ փորձության ունեները, որտեղ էլ դրանք պատահեն, գոյություն ունեն ոչ թե նրա համար, որ մարդ վերջ տա իրեն, այլ որպեսզի փորձեն մարդու ոգին»: Ուշագրավ է այստեղ մի նուրբ դիտողություն, որ պերճախոս վկայություն է միջնադարյան մեր դարանոցների. պատժվում է նաև իր սանին պառչած գիտելիք չտվող ուսուցիչը (բժշկապետը): Ըստ Մխիթար Գոշի և Սմբատ Գունդստաբլի բժիշկը կարող է վնասել հիվանդի առողջությունը կամ արագացնել նրամահը երկու պատճառով`

¹ Հղումն ըստ Վարդանյան Ս.Ա. Հայաստանի բժշկության պատմություն, Երևան, 2000:

² Նույն տեղում:

1. անբավարար գիտելիքների՝ տգիտության
2. կանխամտածված վատության և անելու պատճառով՝

միտումնավոր:

Երկու դեպքում էլ 119 և 154 հոդվածների համաձայն նման բժիշկը կամ բժշկապետը պատժապարտ էր:

Հատկանշական է, որ միջնադարյան հայ օրենսդրական մտքի ռահվիրաներ Մխիթար Գոշի և Սմբատ Գուկունյացուի «Դատաստանագրքի» 119 և 154 հոդվածների համաձայն միտումով և կամ տգիտության պատճառով հիվանդի առողջությունը վնասող բժիշկները, նաև իրենց աշակերտներին պատշաճ գիտելիքներ չտվող բժիշկները, պատժապարտ էին¹:

Այսպիսով, ակնհայտ է բժշկի պատասխանատվության խոր գիտակցումը հայկական օրենսդրության մեջ, որ միաժամանակ վկայում է Հայաստանի բժշկանոցների, ուսուցման մասնագիտական բարձր մակարդակի մասին:

Նրանք, ովքեր գտնում են, որ Էֆթանագիան հարկավար է օրինականացնել, ելնում են այն դրույթից, որ «եթե մարդն անբուժելի հիվանդ է, անգործունակ և ինքը կամ իր հարազատները տվել են իրենց համաձայնությունը, կարելի է մահն արագացնել»: Ընդ որում, Էֆթանագիայի կողմնակիցները գտնում են, որ Էֆթանագիան՝ ընտրություն և չէ մահվան և կյանքի միջև, այլ ընտրություն է տանջալի մահվան և առանց ավել որդ տառապանքներով մահվան միջև: Մահացող մարդու ֆիզիոլոգիական վիճակի մասին պատկերացումների ընդլայնումը հանգեցրել է նրան, որ ժամանակակից հասարակության մեջ տիրապետող է դարձել մահվան որպես անձնական և մարմնական քայքայման և ինքնառջնջացման գործընթացի վերաբերյալ պատկերացումը: Եթե հին ժամանակներում այդ գործընթացն ընկալվում էր որպես անցում այլ կյանքի, ապա և հարկավոր էր կատարել այդ անցումը որպես մարդու յուրօրինակ նոր ծնունդ: Այստեղից էլ բխում էր մահառաջի տանջանքների և տառապանքների անխուսափելիության մասին պատկերացումը: Ժամանակակից հասարակության մեջ մահվան սպասումը՝ մարդու խոր անվստահության ճգնաժամային վիճակ է, որ հարուցվել է անհայտությանը, քանի որ ոչ մեկ չի կարող չզգրտորեն իմանալ, թե ինչ է տեղի ունենում անձի հետ ֆիզիկական մահից հետո:

¹ Davtyan S.H. Mkhitar Gosh's Medieval Law Code and the Implications for Armenian Communities Abroad Medicine and Law Int. Journal, 2014, vol. 33 N2, June, Haifa, Israel, pp. 41-48.

Այս տեղից էլ մահվան վախը որպես վիճակ, որը հրահրված է անհայտության հետ, ոմանց մղում են ինչ-որ ելքերի որոնումների: Դրանցից մեկը կյանքից կամավոր հեռանալն է բուժաշխատողի օգնությամբ: Դրանում է էթանազիայի սկզբունքային տարբերությունն ինքնասպանության հետ: Եվ քանի որ խոսքը վերաբերում է աննմական ճանապարհով կյանքը դադարեցնելու մասին, ապա էթանազիայի հիմնախնդիրը մնում է բանավեճի առարկա, որն առայսօր իր վերջնական միանշանակ մեկնաբանությունը չի ստացել ժամանակակից էթիկայում և իրավունքում:

Միջազգային հարցումների արդյունքներով յուրաքանչյուր 1000 մարդուց 7-ը կողմ է կյանքից կամավոր հեռանալու:

Բազմազան են նաև հակափաստարկները: Շատերը համոզված են, որ մահվան արագացումը, հակասում է քրիստոնեական, և ոչ միայն քրիստոնեական ավանդույթներին, «եթե ճանաչվի կյանքից կամավոր կերպով հեռանալու իրավունքը, ապա բժշկական պրակտիկայում այն կհանգեցնի անդառնալի կորուստների, անսքող հանցանքների, չարաշահումների, թե՛ հիվանդի «հարազատների», թե՛ փոխապատվաստումով զբաղվող բժիշկների կողմից: Այսինքն, կյանքից կամավոր հեռանալու պատրվակով մարդուն կարող են զրկել ամենաթանկ արժեքից՝ կյանքից»:

Երրորդ տեսակետի համաձայն էթանազիայից կարելի է օգտվել միայն խիստ բացառիկ դեպքերում, ելնելով հիվանդի անձնավորությունից, հիվանդության ընթացքից և կոնկրետ իրավիճակից:

Մ. Յերացու անվան ԵՊԲՀ հասարակական գիտությունների ամբիոնը ՀՀ ԳԱԱ Փիլիսոփայության, իրավունքի և սոցիոլոգիայի ինստիտուտի հետ համատեղ պարբերաբար անցկացրել է սոցիոլոգիական հարցումներ ԵՊԲՀ ուսանողների և դասախոսների շրջանում:¹

Պարզվել է, որ հարցվածների 75 տոկոսը դեմ է ակտիվ էթանազիային: Կողմ է հարցվածների 8 տոկոսը, իսկ 17 տոկոսը տատանվում է՝ ելնելով հիվանդի վիճակի ծանրության աստիճանից: Նույն հարցով դիմել ենք նաև համալսարանի դասախոսներին: Հարցվածների 82 տոկոսը դեմ է ակտիվ էթանազիային: Կողմ է արտահայտվել հարցված դասախոսների 15% (դրանց մեծ մասը մինչև 40 տարեկան ու ռուցքաբաններ ու պաթոլոգանատոմներ են):

¹ Դավթյան Ս.Յ. Բիոէթիկա, դասագիրք, Երևան, 2009.- 208 էջ :

Մեր դիտարկումներից և հարցումներից պարզվել է, որ նրանք, ովքեր դեմ են ակտիվ էֆթանազիային, ելնում են հետևյալ փաստարկներից, «դեղահաբերի մահացու չափաբաժին տալով հիվանդին կամ օգտագործելով ցանկացած նման այլ միջոց՝ բժիշկը, փաստորեն, արագացնում է հիվանդի մահը, ինչը, քրիստոնեության, և ոչ միայն քրիստոնեության տեսանկյունից, ահավոր է, անթույլատրելի և պարզապես մեղք է: Բժիշկն ավելի գթասիրտ է, քան նա, ով մարդկային էակին արարել է: Աստված մարդուն կյանք է շնորհել, և Աստված էլ կանխորոշված ժամկետում այն նրանից վերցնում է»:¹

Կամ էլ բժշկի «գթասիրտ» քայլը չի դադարում սպանություն և լինելուց նույնիսկ այն պարագայում, երբ այդ քայլին նրան դրդել է գթասրտության զգացումը, անհուսալի ու ծանր հիվանդին հետագա տառապանքներից ազատելու մարդկային ցանկությունը: Այս տեսակետը պաշտպանողների թվում կան և բժշկության բնագավառի ճանաչված մասնագետներ, և՛ դասախոսներ, և ուսանողներ, ովքեր ղեկավարվում են քրիստոնեական բարոյականության, հումանիզմի գաղափարներով:

Բազմազան են նաև հակափաստարկները: Հարցվածների զգալի մասը համոզված է, որ «եթե հիվանդը գտնվում է կոմայի վիճակում, նրա վիճակը բարելավելու հնարավորություններ չկան» և, որ «արհեստական շնչառության» սարքը պահպանում է կյանքի միայն արտաքին երևութականությունը, էֆթանազիան, կամ «թեթև մահը» հետագացավերից ազատելու միակ միջոցն է»:²

Կան նաև այսպիսի կարծիք. «Սարքը պահպանում է կյանքի միայն երևութականությունը, որը դրսևորվում է շնչառության և արյան շրջանառության ձևով, այն դեպքում, երբ իրականում մարդը մեռած է, որևէ ցավ չի զգում, նրա կենսագործունեության աղբյուրը՝ ուղեղն, արդեն մեռած է»:

Սեկ այլ կարծիք՝ «հիվանդին այդ վիճակում պահպանելը մեծ ծախսեր է պահանջում, իսկ նրա հարազատներն ու մերձավորները տառապում են, գտնվում են հոգեկան ծանր ապրումների մեջ»:

Հետաքրքիր է, որ էֆթանազիայի կողմնակիցների թիվը մեծանում է, երբ հիմնախնդիրն անձնավորում ենք, դրան հաղորդելով մտերմիկ, խիստ ներանձնական իմաստ: Այսպես օրինակ. «Արդյո՞ք կցանկանայիք

¹ Սարոյան Գ. «Էֆթանազիա և բժշկական էթիկա», «Վազգենյան դպրանոց», հոգևոր մշակութային պարբերական, 2008թ., թիվ 2, «Քրիստոնյա Հայաստան», 2011, փետրվար, Ա թիվ 3 (335), մարտ Բ, թիվ 5, (338):

² Դավթյան Ս.Տեվթանազիայի՝ ՖԲժշկություն, գիտություն և կրթություն՝ գիտատեղեկատվական հանդես, 2009թ., թ.3, նոյեմբեր, Երևան, ՀՀ, էջ 45-56:

արագ մեռնել, եթե հայ տնվեիք անհուսալի, գերծանր վիճակում» հարցին տված պատասխանները բաշխվել են հետևյալ կերպ, հարցվածների 56 տոկոսը համաձայն է, որ իր տառապանքները դադարեցվեն բժշկի կողմից, 9 տոկոսը հրաժարվել է հարցին պատասխանելուց, 20 տոկոսը հայտարարել է, որ էֆթանազիային դեմ է, որ իրենք կկառչեն կյանքից մինչև վերջ: Իսկ 15 տոկոսը ասել է, որ «անկարող է պատասխանել տրված հարցին»:

Սնացած բոլոր հարցվածները միամտաբար համոզված են, որ իրենք երբեք չեն հայտնվի նման դաժան ընտրության առաջ...

Հարցվածների զգալի մասը բանավոր (վերբալ) մակարդակում դեմ է էֆթանազիային, սակայն դրա հնարավորությունը չի բացառում, երբ խոսքը վերաբերում է կոնկրետ կրիտիկական իրավիճակներին:

Պարզվել է նաև, որ բանավոր արտահայտված կարծիքի և իրական կարծիքի միջև կան որոշակի տարբերություններ՝ կախված հասարակական կարծիքից, կրոնական (քրիստոնեական) ավանդույթներից և այլնից:

Հասկանալի է, որ հասարակական կարծիքը ամենևին չի խրախուսում էֆթանազիան, ավելի, ինչ-որ իմաստով, այն դատապարտում է:

Լինում են բազմաթիվ դեպքեր, երբ մարդիկ, տեսնելով իրենց մերձավորների ահավոր տառապանքները, մտովի ցանկանում են նրանց մահը՝ «երանի շուտ մեռնել, փրկվեր անասելի ցավերից, միևնույն է օգնել, բուժել ոչ մի կերպ չենք կարողանում»: Սակայն մտովի արտահայտված ներքին ցանկությունը մեծամասամբ երբեք չի վերածվում գործնական քայլի, քանի որ՝ «Ի՞նչ կասեն մարդիկ»:

Այս հանգամանքը անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որպեսզի պարզվի էֆթանազիայի նկատմամբ իսկական վերաբերմունքը, նրա օրինականացման խորին հոգեբանական շերտերը, ներքին արգելքները: Այստեղ դրսևորվում է ոչ միայն հասարակական կարծիքի ուժը, այլ նաև, դիցուք, աստվածասիրական դիրքորոշումների կայունությունը: Հարցված բժիշկներից մեկը հիշեցրեց այն պատգամները, որ Ամենաբարձրյալը շնորհեց Սովսեսին, երբ նա հրեաներին ազատեց եգիպտական գերությունից: Առաջին պատգամն էր «Մի՛ սպանիր»:

Նկատենք, որ Աստվածաշնչում չկա որևէ հակադարձում այդ պատգամին որևէ տար ընթերցում ազատ մեկնաբանության ձևով: Պատգամը հնչում է կարճ ու ազդու, թույլ չի տալ իս որևէ երկիմաստություն: Աստված մեզ կյանք է շնորհել, և Աստված էլ ի գորու է որոշելու, թե երբ ենք լքելու երկրային կյանքը:

Հարցվածների 57 տոկոսը գտնում է, որ «Մարմնական, ֆիզիկական տառապանքները դեռևս ամենածանր տառապանքները չեն, որին դատապարտված է մարդ արարածը: Մարմինը, ինչպես ողջ ցավը մահվանից հետո, հող կդառնա, իսկ մարդու հոգին կհամբարձվի երկինք»:

Քրիստոնեական եկեղեցին վճռականորեն դատապարտում է էֆթանազիան: Դավանաբանության կոնգրեսագիայի 1980թ. հռչակագիրը միանշանակ հայտարարում է. «Անհրաժեշտ է ողջ հաստատակամությամբ ասել, որ ոչ մեկը չի կարող թույլ տալ անմեղ մարդու սպանությունը, լինի այն սաղմ կամ պտուղ, երեխա կամ հասուն մարդ, անբուժելի կամ մեռնող մարդ: Բացի դրանից, ոչ մեկը չի կարող պահանջել կատարել այդպիսի սպանություն թե՛ իր, թե՛ որևէ մեկ ուրիշի նկատմամբ...»:¹ Այսպիսով, դատապարտման ենթակա է կյանքի իրավունքի ցանկացած ոտնահարում¹:

Ժողովրդավարացման ներկայիս անսովոր, երբեմն ոչ հարթ ուղով զարգացող գործընթացները չեն շրջանցել նաև կյանքի ու մահվան կենսահունչ հարցերը: Հարցվածների ճնշող մեծամասնությունը իրավացիորեն համոզված է, որ յուրաքանչյուր մարդ իր կարծիքը, տեսակետն ու նենալ ու իրավունք ունի, այդ թվում էֆթանազիայի վերաբերյալ:²

Ընդ որում, ամեն մարդ էլ նույն է իր աշխարհագրությունից և մարդու էության սեփական ըմբռնումից: Հարցված ուսանողների 56 տոկոսն արտահայտում է հետևյալ միտքը. «Անհրաժեշտ է մարդուն ընձեռել մահվան կամ կյանքի ընտրության իրավունք, առանձնապես այն պահին, երբ նրա հետագա գոյությունը միայն անասելի տառապանք է նրան պատճառում...»:

Միգուցե չպետք է հախուռն դատապարտել մահվան ու կյանքի սահմանամերձ վիճակում գտնվող մարդուն, ով հարկադրված է դժար ընտրություն կատարել հոգուտ «թեթև» և գուցե արժանապատիվ մահվան»:³

Էֆթանազիային խոսքով հակառակվողներից շատ-շատերը, անձամբ հայտնվելով անհուսալի վիճակում, կնախընտրեին անասելի

¹ Դավթյան Ս.Յ. Կենսաբժշկական փորձարկումների սոցիալ-փիլիսոփայական վերլուծություններ և Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան, Գիտական հոդվածների ժողովածու, Երևան, ՀՀ, 2014, էջ 45-50

² Davtyan S. H. The Traditions, Customs, Culture, Mentality Of The Nation And Problem Of Euthanasia In Armenia, in the Book of Abstracts of II Int. Conf. on Ethics Education in Medical Schools. Israel, Eilat, 2002.

³ Դավթյան Ս.Յ. Բիոէթիկա, դասագիրք, Երևան, 2009:

տառապանքներից ազատվելու ուղին: Իսկ եթե խոսքը վերաբերում է հարազատին, ապա չի գնա այդ քայլին՝ վախենալով նաև հասարակական կարծիքից:

Այսինքն սոցիոլոգիական հարցման և մարդկանց հոգեբանության ուսումնասիրման արդյունքում մենք եկանք այն եզրակացության, որ գոյություն ունի խզում, «ընդհանուր առմամբ դեմ էմ էֆթանազիային» և «կոնկրետ իրավիճակներում կարող է դեմ չլինեմ» պատասխանների միջև:

Այսինքն պետք է տրվի իրավիճակային կոնկրետ վերլուծության՝ կախված տվյալ հիվանդի սոցիալ-դեմոգրաֆական, հոգեկան և այլ առանձնահատկություններից: Բոլոր պայմանների համար պատրաստի դեղատոմս, համընդհանուր միանշանակ լուծումներ չկան: Եվ հնարավոր էլ չէ առաջարկել:

Պետք է հաշվի առնել, որ կան իրավիճակային լուծումներ, քանի որ սաբարդ խնդիր է, կան տարբեր հակադիր, իրարամերժ պատասխաններ, որոնք երբեմն-երբեմն բոլորն էլ կարող են հավասարաթեք լինել:

Փիլիսոփայության պատմության մեջ, մասնավորապես Կանտի անտինոմիաներում, կարդում ենք. «Աստված կա՞ թե չկա, աշխարհն ունի՞ սկիզբ թե՞ ոչ»: Փորձելով պատասխանել այդ հարցերին մարդկային միտքն ընկնում է հակասությունների մեջ, որովհետև կողմ և դեմ փաստարկները հավասարազոր են:

Սակայն, չնայած դրան, Կանտը պնդում է. «Աստծո գոյությունն ընդունելը և նրան հավատալը յուրաքանչյուր բանական մարդու բարոյական պարտքն է»:

Եվ այսպես, հարցին լուծում տալու համար պետք է հաշվի առնել

ա. կոնկրետ իրավիճակը,

բ. հիվանդի անհատական առանձնահատկությունները,

գ. հոգեկերտվածքը,

դ. մշակույթային ավանդույթները, սովորույթները,

ե. ժամանակի առանձնահատկությունները,

զ. տարիքային առանձնահատկությունները և այլն և այլն: Սակայն այդուհանդերձ որպես քրիստոնյա ժողովուրդ մենք ասում ենք ո՛չ էֆթանազիային:

Ապագա բժիշկն ամեն ինչ պետք է անի՝ վերացնելու հիվանդության պատճառները, կարելի ու անկարելի պետք է անի այսօր անբուժելի համարվող հիվանդությունները բուժելի դարձնելու համար: Սա՛ է

Նրա առաքելությունը, բուժել, սփոփել, հույս ու կյանք տալ, ոչ թե «անբուժելի է» որակելով՝ հեշտճանապարհ ընտրել: ¹

Հարցվածների 65 տոկոսը կարծիքով. «Եթե պետությունը կարողանա պատշաճ կյանք ապահովել մարդկանց համար, ապա էապես կնվազի ինքնասպանությունների թիվը, առավել ևս երիտասարդների շրջանում»:

Նաև պետք է մոռանալ բժշկական սխալի մասին: Բժիշկները մարդ են, մահկանացու, կարող են սխալվել ²:

Մեզանից շատերը կարող են իրենց անձնական կյանքից օրինակ բերել, երբ բժիշկներն առաջարկել են հիվանդին դուրս գրել հիվանդանոցից, տանել տուն, քանի որ հիվանդը շատանհույս վիճակում է. «Տարե՛ք, տարե՛ք տուն, թող տանը մահանա»: Եվ այդ «անհույսե հիվանդը տանն ապրել է ... երկար տարիներ»:

Անդրառնալով էֆթանազիայի բարոյական կողմին, հարկ է շեշտել, որ պետք է գիտակցել խնդրի ողջ պատասխանատվությունը: Անկասկած, խիստ բարդ խնդիր է: Աստված տա, որ դրա լուծման գործում չդրսևորենք ավել որդ գերջանադրություն, հանգուցային հարցերին հեշտահճո, դյուրին լուծումներ գտնելու անբարո վարքագիծ:

Եվ վերջապես, պետք է ենթարկվել Համաշխարհային բժշկական միության 3-րդ գլխավոր համաժողովի կողմից ընդունած բժշկական բարոյագիտության միջազգային վարքականոնին, որն այլ կարևոր դրույթների հետմեկտեղ ասում է.

«Բժիշկը պետք է մշտապես հիշի մարդկային կյանքի պահպանման իր պարտականության մասին: Բժիշկը պետք է դիմի առավել իրավասու գործընկերներին, եթե հիվանդին անհրաժեշտ բուժումը դուրս է սեփական մասնագիտական հնարավորությունների շրջանակից»:

¹ Davtyan S. H. The Traditions, Customs, Culture, Mentality Of The Nation And Problem Of Euthanasia In Armenia, in the Book of Abstracts of II Int. Conf. on Ethics Education in Heclical Scools. Israel, Eilat, 2002.

4.3. Պալիատիվ բժշկություն և զարգացման հեռանկարները որպես այլ ընտրանք էֆթանալիային

Ժամանակակից հասարակություն մեջ արժանապատիվ մահվան մարդու իրավունքի գաղափարն ակտիվորեն քննարկվում է երկու ուղղությամբ՝ որպես էֆթանալիայի և որպես հոսպիսների /մահացողներին պալիատիվ սոցիալ-բժշկական օգնության/ հիմնախնդիր:

Դեռ հին ժամանակներից հասարակությունը փորձել է աջակցություն ցույց տալ անբուժելի և մահամերձ հիվանդներին: Առողջության և սոցիալական ապահովության ծրագրերը կոչված են աջակցելու անհատներին, ընտանիքներին և հասարակությանը կյանքի լավագույն որակ ունենալու և պահպանելու համար: Պալիատիվ օգնության ենթառոտում, որտեղ կյանքից սպասելիքներն ակնհայտորեն սահմանափակ են, կյանքի խնդիրները դառնում են հանապազօրյա և հրատապ, որովհետև մենք պայքարում ենք մեզ հասանելի կյանքի ժամանակը որքան հնարավոր է արդյունավետ օգտագործելու համար:¹

Անտիկ ժամանակներից ի վեր հասարակությունն իր մահամերձ հիվանդ անդամներին փորձել է ապահովել խնամքի և աջակցության համապատասխան մակարդակով: Մինչև 20-րդ դարի կեսերը բժշկությունը ցավի արդյունավետ կառավարման և ախտանիշների վերահսկման տեսակետից քիչ բան ուներ առաջարկելու: 1950-ականներին դեղագործության զարգացումը, զուգակցվելով մահամերձ հիվանդի հոգեբանական և հոգևոր պահանջմունքների խորին ըմբռնման հետ, ճանապարհ հարթեց Արևմուտքում պալիատիվ օգնության ծառայությունների համակարգի ձևավորման և զարգացման համար: Պալիատիվ օգնության սկզբունքներն ավելի ընկալելի դարձան հասարակությանը և սկսեցին կիրառվել 20-րդ դարի երկրորդ կեսերից: Ժամանակակից հոսպիսները՝ առանձնահատուկ սոցիալ-բժշկական հիմնարկություններ են, որոնք որակյալ, արգասաբեր օգնություն են ցույց տալիս մահացողներին՝ նրանց ապահովելով՝ «մահ արժանապատվությամբ»: Հոմանիստական այդ պրակտիկան, ըստ էության, Ֆրենսիս Բեկոնի որոշ գաղափարների իրականացման կոնկրետ դրսևորումներից է, որոնք անգլիացի ակնավոր փիլիսոփան արտահայտել է գրեթե 400

¹ Stjernsward J., The public health strategy for palliative care. Journal of Pain and Symptom Management, 2007.

տարի առաջ : «Արժանապատիվ մահվան մարդու իրավունքը» առաջին անգամ առաջ ադրվել և հիմնավորվել է Ֆ. Բեկոնի և Ջ. Լոկի աշխատություններում: Դեռևս միջնադարում «հոսփիս» արդեն նշանակում էր մահամերձ հիվանդին ցույց տրվող օգնություն. 1842թ. Ֆրանսիայի Լիոն քաղաքում այդ երևույթը կյանքի վերակոչեց տիկին Ջանին Գատնիեն: Իռլանդիայում, 1870-ական թթ. Մայր Մերի Այքենհենդի հիմնադրած գթության քույրերի կազմակերպության կողմից բացվել էին «հոսփիսներ» Դուբլինում, Լոնդոնում՝ 1905թ.: Այս հաստատությունները սերտորեն առնչվում էին անբուժելի և ծանր հիվանդություններով տառապող հիվանդներին ցույց տրվող օգնությանը: Սակայն ցավը և այլ ախտանիշներ վերահսկելու հնարավորությունը արգելքների էր հանդիպում՝ դրանց ելությունը չհասկանալու, ինչպես նաև արդյունավետ դեղամիջոցներ չունենալու պատճառով: ¹

1950-ական թվականները բնորոշվում են հոգեմետ դեղամիջոցների, հակաբորբոքային դեղամիջոցների ի հայտ գալով: Այս ժամանակամիջոցում ավելի հասկանալի դարձան քաղցկեղային ցավի ելությունը և թմրադեղերի (օպիոիդների) դերը քաղցկեղային ցավը վերահսկելու գործում: Այս դեղամիջոցների մատչելիությունը հնարավորություն ստեղծեց առաջարկելու ցավի և ախտանիշների ավելի արդյունավետ կառավարում: ²

Թմրադեղերի (օպիոիդների) օգտագործումը հսկայական դիմադրության հանդիպեց հիվանդների կողմից, որոնք, անկախ տեղեկացված լինելուց, անհիմն վախ էին ապրում: Հնարավոր կախվածության առաջացման, պահանջի, զգայության կորստի, շնչառության արգելակման մասին չափազանցված կարծիքները խոչընդոտում էին թմրադեղերի ներմուծումը բժշկական գործունեության ոլորտ: Այս վախը հավասարապես տարածված էր ինչպես հասարակության, այնպես էլ բժիշկների շրջանում: Հավանաբար, ճիշտ չէ խուսափել թմրադեղերի (օպիոիդների) բժշկական նշանակումներից՝ երկյուղելով ապագա կախվածության հնարավոր առաջացումից:

Ժամանակակից հոսփիսի և պալիատիվ օգնության զարգացումը կապում են տիկին Սիսլեյ Սանդերսի անվան հետ: Դայակ, հասարակական

¹ Պալիատիվ բժշկություն, Երևան, 2007:

² Лях К.Ф. Хоспис: помощь умирающим в современном обществе. – Медицинская сестра, 2006, №6.

գործիչ, բժիշկ, նա ժամանակակից հոսսփոսի հիմնադիրն է: Որոշ տարիներ աշխատելով Սուրբ Հովսեփի հոսսփոսում, Հեքնիում տիկին Սիսլեյը բացեց սբ. Քրիստափորի հոսսփոսը Լոնդոնում 1967թ.: Դա ժամանակակից առաջին կրթական և հետազոտական հոսսփոս համալիրն էր: Տիկին Սիսլեյը իր կյանքը նվիրեց անբուժելի և ծանր հիվանդություներ ունեցող հիվանդների հոգածությանը, նրանց տառապանքների և պահանջմունքների ուսումնասիրությանը:

Սուրբ Քրիստափորի հոսսփոսը ձգտել է հնարավորություններ գտնել առողջապահության շրջանակներում պալիատիվ օգնության հիմունքների տարածման համար: Այն ոգևորությունը, որն առկա էր այդ գիտելիքների զարգացման և տարածման մեջ, շուտով ընդգրկում է ոչ միայն Մեծ Բրիտանիան, այլև ողջ աշխարհը: Բոլոր մայրցամաքների բուժաշխատողները ձգտել են կրթվել սուրբ Քրիստափորի հոսսփոսում և այնտեղ ձեռք բերած գիտելիքներն ու փորձն օգտագործել ու տարածել իրենց երկրներում:¹

	Բելգիա	գերմանիա	իտալիա	Նիդեռլանդներ	իսպանիա	շվեդիա	սլովենիա
Բնակչության թիվը (սիփոններ) /1999 թ. տվյալներ/	10.1	81.9	57.4	15.6	40	8.8	57.1
Հոսսփոսներ	1	64	3	16	1	69	219
Հիվանդանոցային բաժանմունքներ	49	50	0	2	23		
Տնային	55	1	0	34	45	41	336
Ծերանոցային	45	582	88	268	75	67	355
Ցերեկային ստացիոնարներ	2	9	0	0	0	13	248

Պալիատիվ օգնության ընդհանուր մոդել այսօր չկա, որը կարելի է ինիկիրառել բոլոր իրավիճակներում: Այնուամենայնիվ, պալիատիվ օգնության հիմնական սկզբունքները, որոնք յուրաքանչյուր

¹ Պալիատիվ բժշկություն: Բժշկահոգեբանական մեթոդական ուղեցույց, Երևան, 2011.

կոնկրետ դեպքում հաշվի են առնում հիվանդի և նրա ընտանիքի կարիքները, կրում են համընդհանուր բնույթ:¹

Աշխարհի տարբեր երկրներում պալիատիվ օգնության զարգացման հետազոտության նկատմամբ ժամանակ դիտարկում է կատարվել. անգամ մեկ շահագրգռված անձը կարող է ազդել փոփոխության նկատմամբ ընթացքի վրա: Սովորաբար այն անձը, որը պալիատիվ օգնությանն առաջարկելու ավելի լավ ճանապարհ գիտի, ինքն է խթանում այդ գործընթացը: Հաճախ, կուտակած փորձի արդյունքում, սալոնային կատալիզատոր է և մյուսներին ոգեշնչում է այդ փոփոխության նկատմամբ: Դժվար է պատկերացնել, թե ինչպես կարելի է համակարգել և ընդհանրացնել պալիատիվ օգնության զարգացումը յուրաքանչյուր երկրում:²

Պալիատիվ օգնությանն այժմ էլ զարգացման ընթացքում է, որի մակարդակն ու աստիճանը տարբեր երկրներում տարբեր են:

Պալիատիվ օգնությանը միայն օգնությունն է, այլ՝ հումանիտական գաղափարախոսություն, որը կիրառելի է օգնության բոլոր ոլորտներում: Սովորաբար մենք հանդիպում ենք արդեն հաստատված տեղամասային թիմի, որը պալիատիվ օգնությանը տրամադրում է կամ տանը կամ ծերանոցում: Սիւնույն ժամանակ, հանդիպում ենք պալիատիվ օգնության ծառայության տարբեր մոդելների, որոնք մատուցվում են ընդհանուր պրոֆիլի հիվանդանոցներում: Իդեալական տարբերակով հիվանդը հնարավորություն ունի ընտրելու իր կարիքներին և նախասիրություններին համապատասխան պալիատիվ օգնություն ստանալու վայրը որտեղ որ ցանկանա՝ տանը, հիվանդանոցում, հոսփոսում: Հիվանդը, սահմանված շրջանակներում, իր կարիքներին ու նախասիրություններին համապատասխան՝ պետք է ունենա պալիատիվ օգնություն ստանալու հնարավորություն:

Ժամանակի ընթացքում հիվանդների և նրանց ընտանիքների անդամների մասնավոր կարիքներն սկսեցին քննարկվել և

¹ Рабинович В.Л. До смерти хочется жить. Социс. 1994, N4.- с. 12-22.

² Պալիատիվ բժշկություն, Երևան, 2007.- էջ

ուշադրության արժանանալ տարբեր երկրների առողջապահական համակարգերի ծրագրերում:

Թեև պալիատիվ օգնության հիմնարար սկզբունքները կրում են համընդհանուր բնույթ, սակայն իրականում մեթոդները տարբեր երկրներում տարբեր են: Յիմնական ջանքերը ուղղված են հիվանդի և նրա ընտանիքի համար կյանքի և ավագույն որակ ապահովելուն: ¹

Ամոքիչ օգնությունը Յայաստանի համար համեմատաբար նոր երևույթ է ²:

Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՅԿ) մշակած՝ «ամոքիչ օգնություն» և «մանկաբուժական ամոքիչ օգնություն» եզրույթների սահմանումների՝ ամոքիչ օգնությունը որոշակի հայեցակարգ է, որի շնորհիվ բարելավվում է կյանքի համար վտանգավոր հիվանդություններով պայմանավորված պրոբլեմներ ունեցող հիվանդների և նրանց ընտանիքի անդամների կենսամակարդակը՝ ցավի և այլ ֆիզիկական, հոգեբանական և հոգևոր պրոբլեմների վաղ հայտնաբերման և ճշգրիտ գնահատման միջոցով կանխելով՝ և մեղմելով տառապանքը:

Երեխաների պարագայում ամոքիչ օգնությունն առանձնահատուկ, սակայն՝ մեծահասակների ամոքիչ օգնության հետ սերտորեն կապակցված ոլորտ է: Երեխաների ամոքիչ օգնությունը երեխայի օրգանիզմի, մտքի և հոգու ակտիվ ամբողջական խնամքն է, որը ներառում է նաև ընտանիքին ցուցաբերվող օժանդակությունը:

Ամոքիչ օգնությունը տառապանքը կանխելու և թեթևացնելու, ինչպես նաև կյանքի համար վտանգավոր հիվանդություններով ապրող հիվանդների և նրանց ընտանիքի անդամների կենսամակարդակի և կենսազգացողության բարելավման հայեցակարգ է: Յեղիևակներն ամոքիչ օգնությունը համարում են ոչ միայն կյանքի վերջին փուլերում, այլև՝ հիվանդության ողջ ընթացքում ցուցաբերվող օգնություն:

Յարկ է նշել, որ Յայաստանում չկան ամոքիչ օգնության ռեզիդենտուրայի կամ օրդինատուրայի կրթական ծրագրեր, որոնց

¹ Stjernsward J. The public health strategy for palliative care. Journal of Pain and Symptom Management, 2007.

² Կարապետյան Յ. Կյանքը շարունակվում է, Երևան, 2005:

միջոցով տեղական մասնագետները կկարողանային ստանալ համապատասխան մասնագիտացում:*

Հայաստանում այսօր գործում է ամոքիչ օգնության միայն մեկ ծրագիր: Ամոքիչ օգնության կենտրոնին կից գործում է «հոսափսային» ծրագիր, որը, սակայն, օփիատային դեղամիջոցներ չի ստանում և գործում է որպես խնամքի հաստատություն: Ամոքիչ օգնության կենտրոնում տեղադրված է 8 մահճակալ այդ թվում երկու հիվանդ կարող են սպասարկվել ցերեկային ստացիոնարում:¹

Որոնք են հետագա գործողությունների համար մշակված առաջարկությունները`

- Հրատապ կարգով անհրաժեշտ և ցանկալի է թույլ տվություն և ստանալ` հաբերի ձևով օփիատները ներառելու համար կենտրոնացված կարգով գնվող դեղամիջոցների ցանկում:

- Ամոքիչ օգնության ազգային կարիքների համակողմանի գնահատման և մշտադիտարկման հիման վրա պետք է մշակել Հայաստանում ամոքիչ օգնության համակարգի ձևավորման և զարգացման ազգային ռազմավարական ծրագիր:

- Հայաստանում ամոքիչ օգնության կայացման վերաբերյալ առաջարկություններ ներկայացնելու նպատակով` կառավարության թույլ տվությամբ ստեղծված աշխատանքային խմբի կազմը պետք է ընդլայնել` ներառելով նաև դեղագործության, բուժքույրության և հանրային առողջապահության այլ մասնագետների:

- Օփիատների և ամոքիչ օգնության անհրաժեշտ այլ դեղամիջոցների տրամադրման քաղաքականություն և անհրաժեշտ է հստակեցնել` վերացնելու նշանակման, բացթողնման, բաշխման և

* Հայաստանի «Հակացավային և պալիատիվ օգնության ասոցիացիան» (ՀՊՕԱ) հիմնադրվել է 2003 թվականին և ներկայումս ունի 146 անդամ, որոնց թվում հիմնականում ներկայացված են Ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնի և Հայաստանի տարբեր կլինիկաների առաջատար մասնագետներ: ՀՊՕԱ-ն 2004 թվականին անդամակցել է Ամոքիչ օգնության եվրոպական ասոցիացիային և Հոսափսային և ամոքիչ օգնության միջազգային ասոցիացիային: ՀՊՕԱ-ն վերջերս անդամակցել է նաև Ամոքիչ օգնության համաշխարհային դաշինքին: ՀՊՕԱ-ն եվրոպայի խորհրդի ամոքիչ օգնության կազմակերպությունների աշխատանքային խմբի անդամ է և եվրոպայի խորհրդի կողմից համարվում է Հայաստանում ամոքիչ օգնության կայացման հարցերով պատասխանատու հիմնական գործընկերը:

*Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանը նախատեսում է մշակել բժշկական բուժական և հետբուժական կրթության ծրագիր, իսկ ապագայում նաև` օրդինատուրայի ծրագիր: Համալսարանը ներգրավված է նաև ընտանեկան բժշկների վերապատրաստմանը և շարունակական կրթության դասընթացների կազմակերպմանը: Շարունակական կրթության դասընթացների ուսումնական ծրագրերը կազմում է Առողջապահության ազգային ինստիտուտը: Ամոքիչ օգնության հիմունքները ներառված են Առողջապահության ազգային ինստիտուտի Դեղագործության ամբիոնի դեղագործների, ինչպես նաև Ընտանեկան բժշկության ամբիոնի ընտանեկան բժշկների շարունակական և հետբուժական կրթության ծրագրերում:

¹ Պալիատիվ բժշկություն, Երևան, 2007:

օգտագործման անհամապատասխանությունները: Անհրաժեշտ է վերանայել թմրադեղերին առնչվող օրենքները և այլ իրավական ակտերը՝ դրանցում համապատասխան փոփոխություններ կատարելու միջոցով նպաստել օփիատների հասանելիության բարելավմանը:

- Պետք է ապահովել ամոքիչ օգնության այն հիմնական դեղամիջոցների առկայությունը, որոնք ներառված են ԱՅԿ-ի կողմից երաշխավորվող դեղամիջոցների ցանկում, սակայն առկա չեն Յայաստանում:

- Ամոքիչ օգնությունն անհրաժեշտ է հաշվի առնել Յայաստանում հաստատված՝ բժշկական 100 մասնագիտությունների վերադասակարգման ընթացիկ աշխատանքներում:

- Անհրաժեշտ են ամոքիչ օգնության իրականացման ազգային ստանդարտներ: Ամոքիչ օգնության աշխատանքային խումբը վերանայելու է ասոցիացիայի կողմից վերջերս նախապատրաստված ստանդարտների նախագիծը: Անհրաժեշտ է ստանդարտները վերամշակել և վերածել ծառայությունների մատուցողների լիցենզավորման կանոնակարգերի:

- Անհրաժեշտ է ստեղծել իրավական-կարգավորիչ դաշտ, որի հիման վրա ամոքիչ օգնությունը կներառվի առողջապահության առկա համակարգում:

- Պետք է ստեղծել ֆինանսավորման այնպիսի մեխանիզմ, որը կխրախուսի ամոքիչ օգնության ընդլայնումը: Հիվանդանոցային խնամքի ծախսերի կրճատման հաշվին հնարավոր կլինի կայացնել տնային պայմաններում տրամադրվող ամոքիչ օգնության միջմասնագիտական ծրագրերը, ինչպես նաև՝ ամոքիչ օգնությունը ներառել հիմնական ծառայությունների փաթեթում: Անհրաժեշտ է իրականացնել հոսփոսների տնտեսական արդյունքների վերլուծությունը:¹

- Թերևս, անհրաժեշտ կլինի ընդլայնել Հակացավային եւ պալիատիվ օգնության ասոցիացիան՝ վերջինիս գործունեության մեջ ներառելով օգնության համապատասխան ծրագրեր և օգնություն տրամադրող

¹ Պալիատիվ բժշկություն, Երևան, 2007:

անձանց, եթե ասոցիացիան է լինելու ամօքիչ օգնություն կազմակերպող ազգային կառույցը Հայաստանում:

- Ամօքիչ օգնության կրթական ծրագրեր և վերապատրաստման կենտրոններ պետք է ստեղծել՝ համագործակցելով Հակացավային և պալիատիվ օգնության ազգային կենտրոնի հետ, հիմնվելով փոխհամաձայնեցված ուսումնական ծրագրերի վրա:

- Պետք է աստիճանաբար ավելացնել տնային պայմաններում տրամադրվող ամօքիչ օգնության կամավորական խմբերի և ստացիոնար բժշկական կենտրոնների թիվը՝ ամօքիչ օգնության տրամադրման ազգավարական ծրագրում մատնանշված կարիքները հոգալու նպատակով:

- Անհրաժեշտ է փոփոխություններ կատարել թմրադեղերի դեմ պայքարի ազգային ծրագրում՝ կանխելու թմրադեղերի դեմ պայքարի ծրագրերի բացասական ազդեցությունը թմրամիջոցների բուժական և գիտական պատշաճ օգտագործման գործընթացի վրա:

- Պետք է մշակել և իրականացնել ամօքիչ օգնության կարևորության վերաբերյալ հանրության իրազեկության բարձրացման ծրագիր:

Փորձենք ներկայացնել կարիքների գնահատման նպատակները, մեթոդները:

Հակացավային և պալիատիվ օգնության ասոցիացիայի խնդրանքով և առողջապահության նախարարության համագործակցությամբ, Բաց հասարակության ինստիտուտը համաձայնվել է անցկացնել ամօքիչ օգնության ընդհանուր գնահատում, որը կարող է հիմք ծառայել ամօքիչ օգնության ներդրման ազգային ծրագրի մշակման համար: Կարիքների սույն գնահատումը ներառում է համապարփակ տեղեկություններ Հայաստանի առողջապահական համակարգի, երկրի, ամօքիչ օգնության կարիք ունեցող բնակչության, ամօքիչ օգնություն կազմակերպելու համար անհրաժեշտ կարգային ապահովման վերաբերյալ, ինչպես նաև՝ ամօքիչ օգնության ծառայությունների ներդրման վերաբերյալ նախնական առաջարկություններ¹:

¹ Stjernsward J., The public health strategy for palliative care. Journal of Pain and Symptom Management, 2007.

Կարիքների սույն գնահատումն իրականացվել է ԲՅԻ-ի ամոքիչ օգնության հարցերով միջազգային խորհրդատուի կողմից՝ ԲՅԻ-ի Ամոքիչ օգնության միջազգային նախաձեռնության շրջանակներում, Բաց հասարակության ինստիտուտի օժանդակության հիմնադրամի Յայաստանի գրասենյակի և Յայաստանի «Յակացավային եւ պալիատիվ օգնության ասոցիացիայի» աջակցությամբ:

Կարիքների սույն գնահատումը հիմնականում նախատեսված է կառավարության որոշմամբ ստեղծված նոր աշխատանքային խմբի համար, որի խնդիրը Յայաստանում ամոքիչ խնամքի կայացումն է: Արդյունքներից կարող են օգտվել նաև Յայաստանի առողջապահական առաջատար հաստատությունները, քաղաքականություն մշակողները, պետական պաշտոնյաները, այդ թվում՝ առողջապահության և բուժքույր նախարարությունները, օրենսդիրները, գիտնականները, հանրային առողջապահության պաշտոնյաները, ՅԿ-ները և քաղաքացիական հասարակության կազմակերպությունները:¹

Ըստ երկրյան Յայաստանում չկան խնամքի կենտրոններ: Ազգային մշակույթի համաձայն, հիվանդներին խնամում են ընտանիքները՝ սեփական տներում: Տնային խնամքի կանոնավոր ծառայությունները նույնպես Յայաստանում ըստ երկրյան չկան, բացառությամբ շտապ օգնության շարժական ծառայության, որը հրատապ գնահատում է իրականացնում և ցուցումների դեպքում ապահովում հիվանդի տեղափոխումը հիվանդանոց: Ամոքիչ օգնություններ դնելու համար անհրաժեշտ կլինի ընդլայնել տնային խնամքի շարժական թիմերի գործունեության շրջանակը, որոնք կիրականացնեն հիվանդների խնամքը տնային պայմաններում, գուգահեռաբար ստանալով օգնություն և օժանդակություն հիմնական հիվանդանոցներում գործող հոսպիտալին բաժանմունքներից:

Փաստերը և վերլուծությունները վկայում են, որ հանրային առողջապահության իրավիճակն ամոքիչ օգնության բնագավառում բավարարչէ:

¹ Պալիատիվ բժշկություն: Բժշկահոգեբանական մեթոդական ուղեցույց, Երևան, 2011:

Ամոքիչ օգնությունը, որպես նորամուծություն ընդհանուր առմամբ, դեռևս չի ճանաչվել որպես առողջապահական մասնագիտացման ոլորտ: Հարևան Կարապետյանը որոշ գործընկերների հետ միասին մի քանի տարի առաջ ստեղծել են հակացավային և պալիատիվ օգնության առաջին ծառայությունները:¹

Հետազոտությունները պարզել են, որ ամոքիչ օգնության զարգացման հիմնական խոչընդոտը առողջապահության նախարարության քաղաքականության ուղենիշների բացակայությունն է: Բացի այդ, չկա քաղցկեղի հսկողության ընդգրկումն ծրագիր: Դեղամիջոցների հասանելիության վերաբերյալ գործող օրենքները բավականաչափ ընդհանուր են, որպեսզի դրանց շրջանակում հնարավոր լինի իրագործել անհրաժեշտ փոփոխություններ: Իրավական ակտերում առաջարկվել են որոշակի սահմանափակող դրույթներ, սակայն լրջագույն խնդիրը մինչ այսօր օրենքների և այլ իրավական ակտերի մեկնաբանության և կիրառության պրակտիկան է:

• Ամոքիչ օգնությունը ներդնելու և օփիատների առկայությունը մեծացնելու խնդիրներին առողջապահության նախարարության մակարդակով բավարարող ադրություն չհարձնելը:²

• Դեղերի անհրաժեշտ քանակությունն ապահովելու համար անհրաժեշտ ֆինանսավորման անբավարարությունը պոլիկլինիկաների մակարդակով

• Սահմանափակումներն ավելի շատ պայմանավորված են նշանակումների պրակտիկայով, քան՝ կարգավորման դաշտի սահմանափակումներով

• Հիվանդներից շատերն ընդգրկված չեն պետպատվերի համակարգի մեջ

• Դեղերը (թմրամիջոցներ և հոգեմետ նյութեր) անվճար տրամադրվում են ուռուցքաբանության հիվանդներին և սոցիալական որոշ խմբերի ներկայացուցիչներին (1-ին և 2-րդ խմբի հաշմանդամներին և այլն). այսինքն, անվճար չեն տրամադրվում և

¹ Պալիատիվ բժշկություն, Երևան, 2007:

² Կարապետյան Հ. Կյանքը շարունակվում է, Երևան, 2005:

* Մեր հանրապետությունում 2003թ. ստեղծվել է «Հակացավային և պալիատիվ օգնության ասոցիացիա», նախագահ՝ Բ.Գ.Ք. Հ.Հ. Կարապետյան, տեղակալ՝ ԵրՊԲՀ հանրային առողջության ամբիոնի դոցենտ Բ.Գ.Ք. Ա.Է. Թադևոսյան

բավական թանկ արժեք ունեցնող արժեքային իրավունքներին, սրտանոթային հիվանդություն և ամոքիչ օգնության կարիք ունեցող, սակայն հաշմանդամության 1-ին կամ 2-րդ կարգ չունեցող բազմաթիվ այլ անձանց անհրաժեշտ այլ կարևոր դեղերը:

• Ունեցնող արժեքային այն հիվանդները, ովքեր կարողանում են թմրամիջոցների դեղատոմս ստանալ պետական դեղատանը, ստիպված չեն լինում վճարել: Այնուհանդերձ, որոշ այլ դեղերի միայն մի մասն է անվճար հիվանդների որոշ խմբերի, օրինակ՝ հաշմանդամների համար: Ուստի, լինում են բազմաթիվ դեպքեր, երբ ամոքիչ օգնության հիվանդները ստիպված են նշանակումային դեղերը գնել սեփական միջոցների հաշվին:

• Սակավաթիվ են այն դեպքերը, երբ հիվանդները կարող են ստանալ չգրանցված դեղեր, որոնք տեխնիկապես անօրինական են, սակայն միևնույն է, նշանակվում են: Այդ դեղերը ներառված չեն պետպատվերի մեջ և կարող են շատ թանկ արժեքով:

Հաշվի առնելով, որ ամոքիչ օգնության ծառայությունները ըստ էության չկան, բացառությամբ «Վանատուն» հիմնադրամի կողմից վերջին շրջանում իրականացվող ծրագրերի, կարելի է նշել, որ ամոքիչ օգնության կարիք ունեն բոլոր նրանք, ովքեր կյանքի տևողությունը սահմանափակող հիվանդության մահամերձ փուլում են: ¹

Ստորև դիտարկվում են մահացության ցուցանիշներն ըստ ախտորոշումների: ²

Հիվանդություն	Թիվ	Ցուցանիշ
Քաղցկեղ	5505	170.22
Սրտանոթային	13641	423.04
Ինսուլին	3421	105.78
Սրտի իշեմիկ հիվանդություն	8146	251.89
Դիաբետ	1308	40.45
Ընդամենը	27412	847.62

¹ Նույն տեղում....:

² Պալիատիվ բժշկություն: Բժշկահոգեբանական մեթոդական ուղեցույց, Երևան, 2011:

Վերը նշված հիմնական պատճառներով պայմանավորված՝ քրոնիկ հիվանդացության և մահացության ընդհանուր ցուցանիշը գերազանում է 27,000-ը: Բացի այդ, ամոքիչ օգնություն անհրաժեշտ կլինի ցուցաբերել նաև հիվանդների ընտանիքի անդամներին:

Հայաստանում ամոքիչ օգնության կարիքը գնահատելու համար կիրառվում են 2 մեթոդներ:

1. «Ըստ բնակչության» մեթոդ, (երաշխավորվում է Գոմեսի և Սոյարնսվարդի կողմից), եթե ընդունենք, որ ամոքիչ օգնության կարիք ունեցողների թիվը կազմում է մահացության ընդհանուր ցուցանիշի 60%-ը, ապա ամոքիչ օգնության կարիք ունեցող հիվանդների տարեկան ընդհանուր թիվը կկախատեսվի 16,500 ($27,500 * 0.6$):

2. Հիգիենայի մեթոդը, որի համաձայն ամոքիչ օգնության կարիք կունենա քաղցկեղի հիվանդների 100%-ը և քրոնիկ այլ հիվանդություններ ունեցողների 66%-ը, ստացվում է ընդամենը 16,250 հիվանդ (քաղցկեղով 5,500 հիվանդ և քրոնիկ ոչ քաղցկեղային հիվանդություններով 10,743 հիվանդ):

- Իրատեսական կլինի առաջին տարին սկսել՝ ընդլայնելով ծառայությունները Երևանում¹:

- Թերևս, անհրաժեշտ կլինի սկզբում ուշադրություն դարձնել քաղցկեղով հիվանդների ամոքիչ օգնությանը: Կյանքի համար վտանգավոր այլ հիվանդություններ ունեցողներին նույնպես պետք է սկզբից ևեթ ամոքիչ օգնության ծառայություններ մատուցել, որպեսզի հանկարծ տպավորություն չառաջանա, թե ամոքիչ օգնությունը նախատեսված է միայն քաղցկեղով հիվանդների համար:

- Երկրի բնակչության մոտ 40%-ը բնակվում է Երևանում: Բացի այդ, բազմաթիվ հիվանդներ բուժման ընթացքում ժամանակավորապես տեղափոխվում են մայրաքաղաք:

- Լուրջ հնարավորություն կա՝ Հակացավային եւ պալիատիվ օգնության ասոցիացիայի «Վանատուն» ազգային կենտրոնը զարգացնելու և վերածելու ամոքիչ օգնության թեմայով

¹ Պալիատիվ բժշկություն, Երևան, 2007:
² Նույն տեղում.....

վերապատրաստման ազգային կենտրոնի՝ Երևանի պետական բժշկական համալսարանի, ԱԱԻ-ի և այլոց գործընկերությամբ:

- Ամոքիչ օգնության ծառայություններն առավել արդյունավետ կարող են մատուցվել մարդկանց բնակության վայրերում: Տնային պայմաններում ամոքիչ օգնության տրամադրման նախընտրելի մոդելը տարբեր ոլորտների մասնագետների խմբի գործունեությունն է, հնարավորության դեպքում՝ կամավորների ներգրավմամբ, որից զատ առկա հիվանդանոցներին կից ռազմավարական տեղակայմամբ ապահովվում է ստացիոնարի սահմանափակ թվով մահճակալների առկայությունը:

- Ամոքիչ օգնության հիվանդների ստացիոնար հիմնարկները պետք է ձգտեն իրենց տեսքով ավելի շատ նմանվել բնակելի տարածքների՝ ունենալով պառչած պայմաններ, ինչպիսիք են, օրինակ, քնելու և ճաշեր եփելու հարմարություններն ընտանիքի անդամների համար: Դա կարող է արվել հիվանդանոցի կենտրոնական ծառայություններից օգտվող առանձին բաժանմունքներում, իսկ երբեմն էլ՝ առանձին հիմնարկներում, որոշակի վերանորոգումից հետո: Օրինակ, եթե այլ անավորվում են 30 մահճակալով ստացիոնար կենտրոններ, ապակարելի է դրանցից 2-ը կազմակերպել Երևանում, մյուս 3-ը՝ մարզերում:

- Երևանում ընդլայնվելուց հետո ամոքիչ օգնության ծրագրեր կարելի է սկսել իրականացնել Հայաստանի այլ խոշոր քաղաքներում, ինչպիսիք են Գյումրին և Վանաձորը, ինչպես նաև՝ երկրի հարավում: Դեպի գյուղական բնակավայրեր ընդլայնումը կարող է կազմակերպվել մերձակա քաղաքներից:

- Սկզբնական փուլերում անհրաժեշտ է մշակել մոնիտորինգի և գնահատման ծրագիր՝ ամոքիչ օգնության ծառայություններ մատուցող բոլոր սուբյեկտներից պահանջելով մասնակցել: Մոնիտորինգի և գնահատման ծրագիրը պետք է կապված լինի ամոքիչ օգնության հաստատված ստանդարտներին և ներառի կառուցվածքի/գործընթացի/արդյունքի չափման ցուցանիշներ, ինչպես նաև մոնիտորինգի և գնահատման տվյալների օգտագործումը որակի բարելավման գործունեության մեջ: Իսկ ինչպիսին է պալիատիվ օգնությունը եվրոպական երկրներում:

Վերջերս կատարված մի շարք հետազոտություններն աստիճանաբար ցույց են տվել, որ պալիատիվ օգնության զարգացման տարբերությունները և նմանությունները հայտնաբերելու են: Արևելյան եվրոպայի և Կենտրոնական Ասիայի 28 երկրներում անցկացված մի շարք հետազոտություններ, օգտագործելով բազմաթիվ որակական և քանակական մեթոդներ, պարզեցին, որ նկատելի տարբերություն կա պալիատիվ օգնության մատուցվող ծավալի և հասանելիության միջև և զգալի նմանություն հետաքրքրության և եռանդի առումով, որ ներդրվում են պալիատիվ օգնության ծառայության ամբողջական հաստատման մեջ: Ռուսաստանը և Լեհաստանը պալիատիվ օգնության բազմաթիվ ծառայություններ ունեն, մինչդեռ Նախկին ԽՍՀՄ որոշ հանրապետություններում պալիատիվ օգնությունը զարգացած չէ կամ պարզապես չկա, բացակայում է:

Արևելյան եվրոպայում պալիատիվ օգնության ծառայության ամենատարածված տեսակը տնայինն է, որին հետևում են ստացիոնարը, հիվանդանոցային թիմերը, ցերեկային ստացիոնարը, իսկ ամենահազվադեպը ծերանոցային թիմերն են:

Հետազոտությունները բացահայտել են հինգ այսպես կոչված փարոսներ չորս երկրում (Ռումինիայում, Հունգարիայում, Լեհաստանում և Ռուսաստանում), որոնք կարևոր և անհրաժեշտ են պալիատիվ օգնության զարգացման գործընթացում և մինչ օրս ամենաճանաչված փորձագիտական կենտրոններն են¹: Հետազոտությունները հայտնաբերել են Արևելյան եվրոպայի մի շարք երկրների համար ընդհանուր խնդիրներ, ինչպիսիք են .քաղաքականության ճանաչման, փոխհատուցման և աջակցության պակասը, օպիոիդների հասանելիության անբավարարությունը, աշխատախմբերի մեջ ներգրավման պասիվությունը, բժշկական և խնամակալական սարքավորումների պակասը, հետազոտական հնարավորությունների պակասը, բացասական վերաբերմունքը:

"PaШит"-ի հետազոտությունը, որը ֆինանսավորվում էր եվրոպական հանձնաժողովի կողմից, հրատարակեց դիտարկում Արևմտյան եվրոպայի

¹ Лопухин Ю.М. Биоэтика и современная медицина. – Врач, 2001, № 10, с.6-7

7 Երկրում պալիատիվ օգնության հանդեպ կիրառվող քաղաքականության մասին:¹ 1970-ական թվականներին Նիդեռլանդներում պալիատիվ օգնության հատուկ նախագծեր իրականացվեցին Ռոտերդամի ծերանոցներում, որոնց համապատասխան պալիատիվ օգնության մեծ մասը տնային խնամք էր կազմակերպված վարձու խնամակալների և տնային բուժքույրերի կողմից: Հոսփոսները կազմում էին պալիատիվ օգնության փոքր մասը: Կային ցածրորակ և բարձրորակ խնամք ապահովող հոսփոսներ, որոնցից առաջիններում աշխատում էին հիմնականում կամավորները, իսկ երկրորդներում մասնագետները: 1998թ. Նիդեռլանդների կառավարությունը որոշում ընդունեց ակադեմիական բժշկական կենտրոններում պալիատիվ օգնության զարգացման կենտրոնների վերաբերյալ ծրագրեր մշակելու մասին: Նիդեռլանդները որդեգրել է մի քաղաքականություն, որով հոսփոսները ընդգրկվում են առողջապահության համակարգի մեջ: Այդ քաղաքականության հետևանքով բժշկական բուհերում ստեղծվել են հետդիպլոմային կրթության և բժշկական շարունակական կրթության ծրագրեր:²

Որպես հետևանք ծերանոցում սկսեցին բացվել պալիատիվ օգնության բաժանմունքներ: Ավանդապես, տնային պալիատիվ օգնության վրա կենտրոնացած լինելու պատճառով, Նիդեռլանդներում հիմնական ջանքերն ուղղված են ընդհանուր պրոֆիլի բժիշկներ պատրաստելուն և նրանց աջակցելուն: Դա հանգեցրել է ամբողջ երկրով մեկ շարժական խորհրդակցական խմբերի ստեղծմանը: 2000թ. գործում է կամավորների աջակցության պետական ծրագիր հիմնականում համակարգման և ուսուցման նպատակներով:³

Բելգիայի կառավարությունը հրապարակել է Թագավորական դեկրետ, որի համաձայն յուրաքանչյուր բժշկական հաստատություն (հիվանդանոց, ծերանոց և այլն) պետք է ունենա պալիատիվ օգնության բազմամասնագիտական խումբ: Մինևույն ժամանակ, մասնագիտական կազմակերպությունները պետք է համագործակցեն շրջանային, ազգա-

¹ Марков Б.В., Солонин Ю.Н., Шилков Ю.М. Жизнь как предмет философских размышлений. – Социально-политический журнал, 1996, № 4, с.105-121.

² Яровинский М.Я. Лекционный курс по медицинской этике (Биоэтика) 4. 1, 2, -М., 1999-2000.

³ Պալիատիվ բժշկություն, Երևան, 2007:

յ ին կառավարման օրգանների հետ պալիատիվ օգնությանն աջակցելու համար, շեշտը դնելով առողջապահության համակարգի մեջ ներգրավված լինելուն, առանձնահատուկ տեղ տալով տնային և տեղամասային պալիատիվ օգնությանը:

Ծվեդիայում պալիատիվ օգնության մասնագիտական զարգացումը մեկնարկել է տներում կազմակերպված հոսփոխների ծրագրից: Այս մոդելը հետագա տասնամյակում տարածվեց ամբողջ երկրով:

Գերմանիայում պալիատիվ օգնության հիմնադրումը մեկնարկեց գերմանական հասարակության շրջանակներում որոշակի կարծիք ստեղծելուց հետո միայն, երբ 1983 թվականին ստեղծվեց պալիատիվ օգնության առաջին հիվանդանոցը: Յետագայում պետական նախաձեռնությամբ հիմնվեց պալիատիվ օգնության 12 հաստատություն¹:

Իսպանիայում պալիատիվ օգնության զարգացումը չի կրել լայնածավալ ժողովրդավարական շարժման ձև, բայց 2000թ. Ազգային նախագծում նշվում է 241 հաստատություն, ընդ որում, մեծ մասը տնային պալիատիվ օգնություն, որն ամեն տարի հոգ է տանում ավելի քան 23000 հիվանդի մասին: Այնուամենայնիվ, այդ հաստատությունները տարածում են գտել ամբողջ երկրում, ընդգրկելով դրա կարիքն ունեցող բնակչությանը:

Եվրոպայում պալիատիվ օգնության ծառայության հիմնադրման և տարածման գործընթացի զգալի մասը պատկանում է Միացյալ Թագավորությանը, որը կանգնած է այդ ծառայության ստեղծման սկզբնաղբյուրներում: Անգլիական հետազոտությունների համաձայն, բրիտանական հաստատուն հոսփոխական շարժումը ազգային առողջապահության համակարգից դուրս է: Պալիատիվ օգնությունը տարիների ընթացքում ճանաչվել է որպես բժշկական մասնագիտություն և իր ակադեմիական դիրքը կարծես թե կայունացրել է: Այնուամենայնիվ, ինչպես և բոլոր երկրներում, պալիատիվ օգնության ֆինանսավորման հիմնական մասը կատարվում է մասնավոր սեկտորի կողմից:

Իտալիայում պալիատիվ օգնությունը զարգացում է գտել 1970 թվականից նպաստելով հոսփոխների լայն տարածմանը: ¹

Շվեյցարիայի կանտոններն առողջապահության կազմակերպման նկատմամբ տարբեր մոտեցումներ ունեն, ֆրանսիական մասն ընդունում է պալիատիվ օգնությունը, մինչդեռ գերմանական կամ իտալական կանտոններում պալիատիվ օգնությունը գտնվում է միայն մասնավոր կազմակերպությունների հովանավորության ներքո:

Շվեդիայում հրապարակված գեկոյցում նշվում են պալիատիվ օգնության զարգացմանը խոչընդոտող մի շարք պատճառներ, առաջին պալիատիվ օգնության տարածման և համակարգման գործընթացի վերաբերյալ դաշնային կառույցների բացասական վերաբերմունքը, երկրորդ մասնագիտացման բացակայությունը, քանի որ բոլորը կարծես թե գիտեն ինչ է պալիատիվ օգնությունը և երրորդ պետական բյուջեից պալիատիվ օգնությանը որպես առողջապահության նոր ճյուղ չընկալելը և չֆինանսավորելը: Տնային խնամքի առանձնահատկությունները դիտարկվում են այն պայմաններից ելնելով, որ բազմաթիվ շրջաններում փոփոխվել է ընտանիքի ավանդական կազմը, բազմաթիվ մեծահասակներ ապրում են առանձին և զուրկ են մերձավորների խնամքից, լուրջ և ծանր հիվանդների 50%-ը գերադասում է մնալ տանը, խոչընդոտ հանդիսացող ամենակարևոր պատճառը ֆինանսի պակասությունն է: Չեկոյցում նշվում են նաև մի շարք այլ պայքարներ և գործոններ:

Սկզբնական հաջող մեկնարկից հետո պալիատիվ օգնության շարժումը Շվեյցարիայում արգելակվեց, միգուցե նաև այն պատճառով, որ անհատների նախաձեռնությունները: ²

Այնուամենայնիվ կանտոններից մի քանիսում, մասնավորապես Վաուդում, պալիատիվ օգնությունը զարգանում է բոլոր մասնագետների համաձայնության և համագործակցության հիման վրա, ինչը հույս կարևոր է: Եվ վերջինը, որ բնորոշ է ոչ միայն Շվեյցարիային. բնակչության ոչ բավարար տեղեկացվածությունը:

¹ Պալիատիվ բժշկություն, Երևան, 2007:

² Նույն տեղում:

Հունգարիայում պալիատիվ օգնությունը վերելք է ապրում: 1997-ին ընդունվել է Health Care Act, որի մեջ հստակ սահմանվում է, թե որ հիվանդներն ու նրանց մերձավորներն են ընդգրկվում պալիատիվ օգնության ծառայության մեջ¹: Այն հաստատում է, որ տնային ծառայությունը պետք է տրամադրվի ըստ անհրաժեշտության, իսկ հոգևոր աջակցությունը պետք է տրամադրվի թե հիվանդներին, և՛ թե նրանց մերձավորներին: Առողջապահության նախարարությունը՝ և Hospice-Paliative Assosiation թողարկել են ձեռնարկ, որի վերամշակված և ավելի ծավալուն տարբերակը վերջերս 2001թ.: Մշակվել և ներդրվել են մեկ տարվա բուժքույրական հոսփոսային, ինչպես նաև միասնական կրթական ծրագրեր: Հետդիպլոմային կրթական ծրագրում 10 ժամ հատկացված է ցավի և ախտանիշների կառավարմանը, 30 ժամ՝ հոգեբանական խնդիրներին: Քույրական դպրոցներում ուսուցումը (թրեյ-նինգը) կազմում է 80 ժամ, կանան ուսուցում բժիշկների համար:

Ավստրիայում պալիատիվ օգնությունը որպես մասնագիտություն է չի ընկալվում: Այնտեղ կա 8 հոսփոսային բաժանմունք ընդամենը 100 մահճակալով: Պալիատիվ օգնության վերաբերյալ ուսուցումն ընդգրկված է բուժքույրական կրթական ծրագրի մեջ և բժշկական կրթական ծրագրի մի մասն է: Այստեղ ևս դիտվում է ուշադրության ավելացում պալիատիվ օգնության նկատմամբ:

Հոսպիտալային և տնային պալիատիվ օգնության ֆինանսական աջակցության հարցը մնում է բաց և մտորումների տեղիք է տալիս, քանի որ այն մեծ կախվածություն ունի անհատական լրացուցիչ միջոցների ներդրումից: Ինչպես արդեն նշվեց, այս փաստաթղթերը հիմնված են 1991-2002թթ. Միացյալ Ազգերի Կազմակերպության սահմանած և պալիատիվ օգնության դաշտում լայնորեն տարածված սահմանումների և նկարագրությունների վրա:² Սահմանումներն ու հիմնական դրույթները քննարկելուց առաջ, կարևոր է նշել, որ պալիատիվ օգնությունը չպետք է առանձնանալ տարբերվի բժշկական այլ բնագավառներից: Այլ ապես, շատ կոժվարանա և կխոչընդոտվի պալիատիվ օգնության ինտեգրումը առողջապահության համակարգին:

¹ Stjernsward J. The public health strategy for palliative care. Journal of Pain and Symptom Management, 2007.

² Նույն տեղում.....:

Պալիատիվ օգնության բազմաթիվ կարևոր դրույթներ կիրառություն են գտնում բուժական բժշկության մեջ, միևնույն ժամանակ, պալիատիվ օգնության զարգացումը կարող է ունենալ շատ բարերար ազդեցություն բժշկության այլ բնագավառներում, ուշադրություն են սևեռելով մի շարք թերազնահատված խնդիրների լուսաբանմանը, ինչպիսիք են հոգևոր հիմնախնդիրները:

Պալիատիվ օգնությունը (խնամքը) դիտարկվում է միայն այն դեպքում, երբ մահն անխուսափելի է: Այդ իմաստով ավելի ընդունելի է պալիատիվ օգնությունն առաջարկել անբուժելի հիվանդության զարգացման ավելի վաղ փուլում: Պալիատիվ եզրը ծագել է լատիներեն բառից, որը նշանակում է քող, դիմակ: Այդ բառի բացատրությունը բացահայտում է նրա իմաստը՝ քողարկել անբուժելի հիվանդության ախտանիշները, որոնք պետք է արհամարհվեն, չնկատվեն, քանի որ բուժման ենթակա չեն:

Պալիատիվ օգնությունն ընդգրկում է բոլոր հնարավոր պալիատիվ միջամտությունները, որոնք անդրադառնում են հիվանդության ընթացքի վրա: Դրանք են վիրաբուժությունը, ռադիոթերապիան, քիմիոթերապիան, հորմոնալ մանիպուլյացիաները և այլն: Այդ բոլոր միջոցառումների վերջնական նպատակը հիվանդի վիճակը հնարավորինս բարելավելն է: Յետևաբար, հույժ կարևոր է պետական, հասարակական հիվանդանոցային կառույցների ծրագրերում պալիատիվ օգնության ներառումը: Բուժական բոլոր մոտեցումները՝ և հիվանդության ընթացքը թեթևացնող, և՛ ախտանիշային, պետք է դրվեն անհատական հիմքերի վրա, և պետք է որպեսզի համապատասխան օրակարգ հաստատվի:

ՄԱԿ-ը պալիատիվ օգնությունը սահմանում է որպես ակտիվ ընդհանուր խնամք այն հիվանդների նկատմամբ, որոնց հիվանդությունը չի արձագանքում (ենթարկվում) բուժմանը: Ցավի թե՛ հոգեբանական և թե՛ հոգևոր խնդիրների լուծումն առաջնակարգ է: Պալիատիվ օգնության նպատակն է հնարավորինս բարելավել հիվանդի և նրա ընտանիքի անդամների կյանքի որակը (ՄԱԿ, 1990թ.):

Այս սահմանումը արժանի է դրվատանքի այն առումով, որ հիմնական շեշտը դրված է հիվանդի վրա. հաշվի է առնվում մարդու էության բազմազանությունը կյանքի որակի բարելավումը համարելով

գերագույն նպատակ: Այս դեպքում բուժվող բառն անիմաստ է, քանի որ բազմաթիվ քրոնիկ հիվանդություններ չեն բուժվում, այնուամենայնիվ, այդ հիվանդները կարող են ապրել տասնյակ տարիներ: Պալիատիվ օգնությունն ասելով՝ նկատի են առնվում այն հիվանդները որոնց մնացել է ապրել 1 տարի կամ նույնիսկ ընդամենը մի քանի ամիս: Պետք է կարողանալ պարզել, թե ինչ ճանապարհով են զարգանում նրանց ֆիզիկական և հոգևոր տառապանքները, որոնք պետք է թեթևացնել: ¹

ՄԱԿ-ի վերջին սահմանման մեջ շեշտը դրվում է տառապանքների կանխարգելման վրա, ըստ որի պալիատիվ օգնությունը այնպիսի ծառայությունն է, որը հնարավորություն է տալիս անբուժելի հիվանդության ամբ տառապողների և նրանց մերձավորների կյանքի որակը բարելավել, կանխարգելել և թեթևացնել տառապանքները վաղորոշ բացահայտման, հոգևոր հոգեբանական խնդիրները և ուժեղ ու միջոցով:

Պալիատիվ օգնությունը բազմաթիվ ոլորտների և մասնագիտությունների մասնագետների համագործակցությունն է, որը գերազանցապես ներառում է բժշկի, դայակի և այլ բուժաշխատողների գործունեություն, մասնագիտական պատասխանատվություն հիվանդի և նրա ընտանիքի բժշկական, հոգեբանական և հոգևոր պահանջմունքների բավարարման համար: Հիվանդը, նրա ընտանիքն ու պալիատիվ օգնության թիմը պետք է համատեղ ուժերով մասնակցեն որոշումների ընդունմանը, հատկապես նախնական պալիատիվ օգնության անհատական նախագծերի հաստատմանը, վերահսկմանը և շարունակական դիտարկմանը հաշվի առնելով հիվանդի ցանկությունները: Պետք է ապահովվեն ընդգրկված բազմազան ծառայությունների (բուժական և պալիատիվ) համապատասխան փոխհարաբերությունները: Կամավորների մասնակցությունը թիմում ցանկալի է: Նրանք մասնագիտական գործունեության ամբ չեն զբաղվում, բայց ունեն իրենց ներդրումն ու դերը: Պետք է խրախուսել կամավորներին և նպաստել կամավորական ծառայություններում նրանց ներգրավմանը: Թիմի բոլոր անդամները պետք է լինեն իրենց գործի գիտակներ և տեղյակ՝ ինչպես իրենց, այնպես էլ թիմի մյուս անդամների լիազորություններին և

¹ Encyclopedia of Bioethics 3-rd ed. – Edit. S.A. Post, vv 1-5, NYa eth: MacMillan, 2013.

իրավասություններին: Հիվանդի և նրա ընտանիքի համար շատ կարևոր է, որ պալիատիվ օգնության տարբեր օղակներից ստացվող հանձնարարությունները լինեն հստակ և կապակցված՝ թյուրիմացություններից և տարածայնություններից խուսափելու համար: Ցանկալի է որևէ մեկին, հանգամանքների բերումով գերադասելի է բժշկին, ընտրել պալիատիվ օգնության օղակներ համակարգող: Հիվանդին և նրա ընտանիքին վերաբերող բոլոր տեղեկությունները մասնագիտական գաղտնիք են հիվանդի բժշկական գաղտնիքի և անձնական կյանքի անձեռնմխելիության իրավունքներին համապատասխան: Պալիատիվ օգնությունը սովորաբար թանկարժեք է, բայց համապատասխանաբար ունի մեծ պահանջարկ:¹ Պալիատիվ բժշկությունը առանձնահատուկ բուժժամայություն է, որը տրամադրվում է զարգացող անբուժելի հիվանդություններով տառապողներին, որոնց կյանքի տևողությունը սահմանափակ է: Հիմնական շեշտը դրված է հիվանդի կյանքի որակի վրա: Պալիատիվ օգնության մի մասն է: Պալիատիվ օգնության հիմնական նպատակը կյանքի հնարավորինս լավագույն որակն է: Այս գաղափարը, այնուամենայնիվ, տվյալ պարագայում մնում է դժվար որոշվող: Ճանր, զարգացող անբուժելի հիվանդության մեջ տառապող հիվանդների դեպքում այս գաղափարի կիրառումը հարաբերական է: Այն չափիչ գործիքները, որոնք գործածվում են այլ հիվանդությունների դեպքում, այս պարագայում կիրառելի չեն, հատկապես կյանքի վերջում հոգևոր հարցերի նկատմամբ ուշադրություն պակասի պայմաններում:

Ինչպես նշեցինք վերը գոյություն ունեն պալիատիվ օգնության տարբեր սահմանումներ: Հաճախ օգտագործվում է այն տարբերակը, որը ձևակերպվել է ՄԱԿ-ի կողմից 1990թ. և վերանայվել 2001թ.-ին. ամբողջական ակտիվ ինամք, որը մատուցվում է անբուժելի զարգացող հիվանդություններով տառապողներին, որտեղ ցավի և այլ ախտորոշիչների կառավարմանը, սոցիալական և հոգևոր խնդիրներին առաջնակարգ նշանակություն է տրվում:²

Ըստ առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության սահմանման պալիատիվ ինամքը մոտեցում է, որը բարելավում է կյանքի

¹ Պալիատիվ բժշկություն, Երևան, 2007:

² Stjernsward J. The public health strategy for palliative care. Journal of Pain and Symptom Management, 2007.

վտանգավոր հիվանդությունների հետ կապված խնդիրներին բախվող մարդկանց ու նրանց հարազատների կյանքի որակը՝ տառապանքի կանխարգելման ու թեթևացման միջոցով, որն իրականացվում է վաղ հայտնաբերման և հնարավորինս անսխալ գնահատման, ինչպես նաև ցավի բուժման և այլ՝ ֆիզիկական, հոգեբանական ու հոգևոր խնդիրների լուծման միջոցով:

Պալիատիվ խնամքը ապահովում է ցավի և այլ անհանգստացնող ախտանիշների մեղմացում, մահը մոտեցնելու կամ հեռացնելու նպատակ չունի: Մահը համարում է նորմալ պրոցես, ամբողջացնում է հիվանդի խնամքի հոգեբանական և հոգևոր արտահայտությունները, օգնում է, որ հիվանդը հնարավորինս ակտիվ ապրի մինչև կյանքի վերջ: Պալիատիվ խնամքը ընտանիքի անդամներին օգնում է դիմանալ հիվանդությանը (նաև ծանր կորստին), օգտագործում է թիմային մոտեցում հիվանդի և նրա ընտանիքի կարիքները պարզելու համար, բարելավում է կյանքի որակը և կարող է դրական ազդեցություն ունենալ հիվանդության ընթացքի վրա: Կիրառելի է հիվանդության սկզբում կյանքը երկարացնելու համար նախատեսված բուժումներին զուգահեռ:¹

Ինչ վերաբերվում է տարկետված խնամքին, դա խնամքի ձև է, որը հնարավորություն է տալիս ընտանիքի անդամներին հանգստանալ ու հիվանդին խնամելու: Կարող է կիրառվել տոների կամ արձակուրդների ժամանակ: Կարող է իրականացվել հիվանդանոցներում, ծերանոցներում, բարեգործական հաստատություններում, հոսպիտներում: Տարկետված (հանգստյան օրվա), ցերեկային ստացիոնարի, ժամանակավոր հիվանդանոց ընդունվածների և բժշկական ցուցումներով հոսպիտալացվածների միջև տարբերությունները կարող են վերանալ:

Խնամքի հոսպիտներ ասելով հասկանում են տնային պայմաններում հոսպիտ կամ հաստատություններում տրամադրվող խնամքի ծառայություն: Տարբերում են խորացված և թեթև խնամքի հոսպիտներ: Հոսպիտային խնամքը դեռևս չունի բավարար և լիարժեք սահմանում: Այն բնորոշվում է որպես խնամքի մի ձև, որը զուգակցվում է առողջապահությանը: Ենթադրում է աշխատանք, որը կատարվում է

¹ Պալիատիվ բժշկություն, Երևան, 2007:

կամավորների կողմից՝ հիմնական շեշտը դնելով խնամքի հոգևոր կողմի և հարմարավետության վրա: Ճատ երկրներում հոսփոսային խնամքը ընկալվում է որպես պալիատիվ օգնության հոմանիշ:

Հոգևոր խնամքը միտված է հոգևոր և էկզիստենցիալ կրոնական խնդիրներին, որոնց հետ հիվանդը և նրա ընտանիքը առնչվում են անբուժելի հիվանդության ունենալով տառապելու դեպքում: Վերաբերում է ոչ միայն հավատացյալներին, այլ և անհավատներին և նրանց ընտանիքներին՝ մահվանից առաջ և հետո:

Թերմինալ խնամքը պալիատիվ օգնության շարունակությունն է և վերաբերում է կյանքի վերջին ժամերը կամ օրերն ապրող հիվանդներին:

Պալիատիվ օգնության այն ծառայությունները, որոնց հիմնական նպատակը պալիատիվ օգնությունն է միջմասնագիտական թիմի շրջանակներում, վերապատրաստված և փորձված մասնագետների միջոցով անվանում են մասնագիտացած ծառայություններ:

Բազմամասնագիտական կոչվում են մեկից ավելի մասնագիտությունների ներկայացուցիչների մասնակցությունը պալիատիվ օգնության թիմի կազմում, այդ թվում բժիշկ, քույր և այլ: Այդ թիմը կարող է աշխատել ինչպես միջմասնագիտական, այնպես էլ բազմամասնագիտական եղանակով:¹

Ազգային/տեղական պալիատիվ օգնության նախագիծը ռազմավորություն է, որը մշակվում է տարբեր մասնագետների և հիվանդների մասնակցությամբ: Այդ ռազմավորության նպատակն ու սկզբունքներն ընդգրկում են արդարությունը, որակը, արդյունավետությունը, արդյունքը և բավարարվածությունը պալիատիվ օգնության պարագայում:

Վերականգնումը անբուժելի հիվանդության ունենալով տառապողների գործառույթային վերականգնումն է, որը հնարավորություն է տալիս չափավոր ակտիվ և որակյալ կյանք վարել: Դրանով կարող են զբաղվել ֆիզիոթերապևտը և սոցիալական աշխատակիցը:

¹ Հղումն ըստ Պալիատիվ բժշկություն: Բժշկահոգեբանական մեթոդական ուղեցույց, Երևան, 2011:

Կամավորներն այն խնամողներն են, որոնք իրենց ժամանակը հատկացնում են հիվանդների խնամքին՝ առանց վարձատրվելու ակնկալիքի և նախապես հաստատված հարաբերությունների: Նրանք սովորաբար համախմբվում և վերահսկվում են կամավոր միավորումների կողմից, ի դեպ, բուժաշխատողները նույնպես կարող են գործել որպես կամավորներ:

Հարց է առաջանում, թողնե՞լ, որ հիվանդը ցավից տառապի՞:

Բայց չէ որ հիվանդին միայն ֆիզիկական ցավը չի անհանգստացնում...

Հիվանդը միայն մարմին չէ... Արդյո՞ք հոգեկան և ֆիզիկական ցավերին, անտանելի տառապանքներին վերջ տալու միակ միջոցն է ֆթանազիան է:

Պարզվում է, որ Ո՛Չ: Կա այլ ընտրանք: Եվ դա վերը ներկայացված պալիատիվ բժշկությունն է: Շվեյցարացի հոգեբույժ Էլիզաբեթ Կյուլբեր-Ռոսը, ուսումնասիրելով 500-ից ավելի մեռնող հիվանդների, մշակել է վշտի հոգեբանական մի քանի փուլեր:¹

Հերքում. Ոչ, պատրոշումը երևի սխալ է: Ինձ չի վերաբերում: Ուրիշի տվյալներն են: Նման բան չի կարող ինձ հետ պատահել: Բժիշկները խառնել են հետազոտության արդյունքները:

Չայրույթ. Երբ համոզվում է, որ անալիզի (նաև կրկին ստացված հետազոտությունների) արդյունքներն իրենն են, ո՛չ ուրիշինը, տարակուսում է, զարմանում, բարկանում. «Ինչու՞ հենց ես: Ինչու՞ հենց ինձ հետ պետք է պատահեր դա»: Ինչու՞ հենց ինքը պետք է հիվանդանար այդ անբուժելի հիվանդությամբ:

Սակարկում.

Միջնադարում արևելյան որոշ բժշկապետեր հիվանդությունը համարում էին մեղքի հետևանք: Ի դեպ, Նարեկացու մոտ էլ կա այդ գաղափարը՝ մեղքը հիվանդության պատճառ: Հիվանդն սկսում է մտովի ետ գնալ, վերլուծել, բացահայտել գիտակցաբար, թե անգիտակցաբար, կամա թե ակամա թույլ տված սխալներն ու մեղքերը: Խղճի խայթ է զգում, զղջում, խոստովանում, թողություն խնդրում...- «Աստված, ես

¹ Polkinghorne J.C. The person, the soul, and genetic engineering / J. C. Polkinghorne // Journal of Medical Ethics. 2005. - V. 31. - P. 635-640.

այլևս մեղքեր չեմ գործի, միայն թե ինձ բուժիր: Չղջում եմ, խոստովանում, խնդրում...»:

Դեպքեսիա: Եվ եթե արդեն բանը բանից անցած վիճակ է, փրկությունն չկա... Չասկանում է, որ մահն անխուսափելի է, մտածում է չիրականացված հույսերի և երազանքների մասին:

Ընդունում: ... Բոլոր պատերազմներն ավարտվում են: Սպասում է վերջին:

Ահա այստեղ է, որ տեղին է հնչում պալիատիվ խնամքի նշանաբանը.

Ո՛չ թե օրեր ավելացնենք հիվանդի կյանքին, այլ ԿՅԱՆՔ՝ օրերին:

Այսպիսով, պալիատիվ բժշկությունը, պալիատիվ խնամքը կամ հոգածությունը ոչ այլ ինչ են, եթե ոչ՝ այլ ընտրանք է \$թանագիային:

Թեմայի հետ անմիջական կապ ունի «կյանքի կտակը»: Չասկացությունն, որն այսօր գործում է շատ երկրներում, ոչ՝ Չայաստանում: Բժշկական տեխնոլոգիաների աննախադեպ զարգացման հետևանքով մահվան դատապարտված որոշ հիվանդներ կարող են կենսապահովման սարքավորումների շնորհիվ ապրել երկար: Երբեմն հիվանդը կարող է նախընտրել նման բուժումը, որը թեև ժամանակավոր, բայց միակ միջոցն է նրան երկա վիճակը պահպանելու համար: Մյուս կողմից նման բուժումը կարող է անցանկալի լինել, քանի որ կարող է միայն երկարացնել մահվան պրոցեսը՝ կյանքի որակը բարելավելու փոխարեն: Ամեն դեպքում յուրաքանչյուր մարդ իրավունք ունի ինքնուրույն որոշելու՝ շարունակել նման խնամքը, թե՞ ոչ: Այլ է իրավիճակը, երբ խոսքը վերաբերում է հաղորդակցման ունակությունը կորցրած, կոմայի մեջ գտնվող մարդկանց:¹

Այս դեպքերում օգտագործվում է կյանքի կտակը: Դա մի փաստաթուղթ է, որն արտահայտում է հիվանդի կամքն ու բուժման վերաբերյալ ցանկությունները այն դեպքերում, երբ նա չի վիճակի չի լինի արտահայտել դրանք: Շատ մարդիկ գտնում են, որ եթե, իրենք հայտնվեն անգիտակից, վեգետատիվ և այլ նման պայմաններում, ապա չեն ցանկանա նմանատիպ բուժում ստանալ: Այդ պատճառով հայտնում են իրենց կամքը, քանի դեռ կարող են:

¹ Stjernsward J., The public health strategy for palliative care. Journal of Pain and Symptom Management, 2007.

Որոշ մարդիկ էլ մտածում են, որ երբեք, ոչ մի հանգամանքներում չեն ցանկանա ստանալ այ դպիսի բուժում: Այս մոտեցումը հազվադեպ է հանդիպում, չնայած որ շատ իրավիճակներ դարձելի, վերականգնելի են: Շատերը կհամաձայնեն, որ կարճաժամկետ տհաճ բուժումը կարելի է հանդուրժել: Մարդկանց ցանկությունները հարաբերական են այն առումով, որ նրանք ընդունում կամ մերժում են բուժումը՝ կախված բազմաթիվ հանգամանքներից: Գոյություն ունեն երկու տեսակ իրավիճակներ, որոնց դեպքում դիմում են առողջապահական փաստաթղթերին: Առաջինը մահվան էլքով (տերմինալ) հիվանդություններն են, երկրորդը՝ անբուժելի, բայց ոչ մահացու հիվանդությունները:

Մահացու (անբուժելի) հիվանդություններն այն հիվանդություններն են, որոնց վերջը համեմատաբար կարճ ժամանակահատվածում սպասվող մահն է¹: Մարդիկ հաճախ խուսափում են բուժումից, որն ուղղակի երկարացնում է կյանքը, բայց չի ապահովում կյանքի ցանկալի որակ: Որոշ մարդկանց համար այսպիսի բուժումն ընդունելի է, մինչդեռ այլոց համար՝ ոչ: Եթե մեկը, անբուժելի հիվանդություն ունենալու դեպքում, նախընտրում է կարճ, բայց ավելի հարմարավետ կյանք, մյուսը կարող է պահանջել այդպիսի բուժում: Անբուժելի հիվանդների հետ առնչվող բարոյափրավական հիմնախնդիրները կարգավորելու համար մշակվել են մի շարք առողջապահական հռչակագրեր: Ըստ այս փաստաթղթերի, օրինակ, բժիշկները պարտավոր են և պետք է հարգեն հիվանդի ցանկությունները բոլոր իրավիճակներում (օրինակ՝ Լիսաբոնի հռչակագիրը, 1981):

Դժբախտաբար այս ծանր խնդրին՝ երկարատև հիվանդությանը նվիրված առողջապահական շատ հռչակագրեր չեն գործում: Տվյալ խնդրի վերաբերյալ որևէ փոխհամաձայնության գալ շատ դժվար է երկու պատճառով: Առաջին, բժիշկը և բուժանձնակազմի մյուս անդամները կարող են հիվանդի տվյալ վիճակին արձագանքել՝ առաջնորդվելով իրենց սեփական արժեքային մոտեցումներով: Նրանք,

¹ Պալիատիվ բժշկություն, Երևան, 2007:

օրինակ, կարող են ընդունել մահամերձ հիվանդների կյանքը չերկարացնելու տեսակետը, սակայն կարող են կտրականապես դեմ լինել խրոնիկ հիվանդություններ ունեցողներին բուժում չտրամադրելուն:

Երկրորդ պատճառն այն է, որ խրոնիկ հիվանդություններն այնքան բազմազան են, որ մարդիկ չեն կարողանում համաձայնության հանգել այն հարցի շուրջ, թե ո՞ր իրավիճակներն են հիվանդի համար անտանելի: Օրինակ, որոշ մարդիկ սարսափում են ինսուլինից, որի հետևանքով նրանք կկորցնեն հաղորդակցվելու կարողությունը: Որոշ մարդկանց համար էլ, օրինակ, անտանելի է երկարատև կախածությունը այլ մարդկանցից ուղեղի ֆունկցիաների թուլացման կամ Ալցհեյմերի հիվանդության պատճառով: Կարճ ասած, առողջապահական հռչակագրերի կիրառությունն ամեն դեպքում պահանջում է անհատական մոտեցում յուրաքանչյուր հիվանդի համար: Հանգամանքները, որոնց պատճառով առաջացել են խրոնիկ հիվանդությունների վերաբերյալ առողջապահական հռչակագրերը, յուրաքանչյուր դեպքում տարբեր են:

Ինչպես որոշել կայուն է հիվանդի վիճակը թե՞ հիվանդության զարգացումն անդարձելի է: Դժբախտաբար շատ իրավիճակներում առավելագույնը, որ կարելի է անել, հիվանդության ընթացքն ուսումնասիրելն է: Եթե որոշակի ժամանակահատվածում բարելավում չի նկատվում, ապա դա վատ կանխատեսումների տեղիք է տալիս: Ամենավառ օրինակը ուղեղի վնասվածքի դեպքն է, երբ թթվածնի խիստ պակաս է առաջանում (ինչպես սրտի կաթվածից): Եթե հիվանդը երկար ժամանակ գտնվում է անգիտակից վիճակում, ապա քիչ հավանական է, որ նրա օրգանիզմի բոլոր ֆունկցիաները կվերականգնվեն: Կոնկրետ իրավիճակներում անհնար է ճշգրիտ կանխատեսել, թե որ հիվանդը կվերականգնի իր օրգանիզմի սկզբնական ֆունկցիաները, իսկ որը կմնա ծայրահեղ վիճակում:

Շատ մարդկանց մոտ բարելավման ու առաջընթացի նշաններ չկան են գալիս առաջին մի քանի օրերի ընթացքում, հիմնականում մինչև առաջին երկու շաբաթը: Սպասելու ու դիտելու այս մոտեցումն առաջնորդում է դեպի առողջապահական կարևոր այս փաստաթղթի`

կյանքի կտակի, կարևորությամբ անգիտակցումը: ¹ Որոշ դեպքերում փաստաթղթում ուղղակի նշվում են կոնկրետ իրավիճակներ ու ժամկետներ: Կյանքի կտակ գրելիս կարևոր է հիշել ժամանակը (նույնիսկ երկար), որը պետք է սպասել նախքան այդպիսի բուժման դիմելը, նույնիսկ եթե այն անցանկալի է և պահանջում է հիվանդի որոշակի ցուցումներ:

Շատ մարդիկ որոշում են կազմել կյանքի կտակ՝ տեսնելով իրենց մտերիմների կամ բարեկամների հետ տեղի ունեցածը: Այս ապրումները հանգեցնում են նրան, որ մարդիկ առանձնահատուկ ուշադրությամբ են դարձնում անհատական իրավիճակներին:

Մանավանդ որ երկու բուժորովին նույնատիպ իրավիճակ չի լինում: Այդ հանգամանքը պետք է հաշվի առնել՝ կյանքի կտակը կազմելիս: Ճիշտ կլինի նաև կյանքի կտակը կազմելիս խորհրդակցել ընտանիքի անդամների ու մտերիմների հետ: Քանի որ այն յուրահատուկ բժշկական փաստաթուղթ է, հետևաբար շատ կարևոր է, որ այն լինի ճիշտ կազմված: Այլ ապես այն չի ծառայի իր նպատակին՝ չի օգնի պարզաբանել երկիմաստ, բարդ իրավիճակները: ² Ինչու՞ են շատերը հրաժարվում բուժումից:

Բուժումից հրաժարվելու համար կա երկու ընդհանուր պատճառ: Առաջինն այն է, որ բուժման ընթացքում սպասվելիք արդյունքն այնքան մեծ չէ, որպեսզի արդարացնի բուժման ռիսկերն ու անհարմարությունները: Սա հիմք է բուժման վերաբերյալ որոշումներ կայացնելու համար, ցանկացած որոշում ներառում է հիվանդի անձնական վերաբերմունքը բուժման նկատմամբ:

Որոշ հիվանդներ հանդուրժում են անհարմարությունները և ռիսկային բուժումը՝ հանուն ավելի երկար ապրելու հնարավորության, ուրիշները գերադասում են ավելի հարմարավետ, բայց կարճ կյանքը՝ ձգտելով նվազագույն բժշկական միջամտության: Բժշկական «օգնությունը, բուժումը» մերժելու երկրորդ պատճառը անհանդուրժելի պայմաններում կյանքի երկարացումն է: Նվազագույն անհարմարություններ ենթադրող բուժումն անգամ անընդունելի է, եթե երկարացված կյանքի պայմաններն անցանկալի են: Բուժումը,

¹ Stjernsward J., The public health strategy for palliative care. Journal of Pain and Symptom Management, 2007.

² Դավթյան Ա.Յ. Քիմիկայի ներածություն, Մենագրություն, Երևան, 2012, 329 էջ:

անգամ եթե քիչ են ռիսկային կամ հնարավոր ծանր արդյունքները, կարող է մերժվել, քանի որ այն երկարացնում է մի կյանք, որը հուսահատ է, կյանքի նման չէ: Նրանց, ովքեր մտածում են կյանքի կտակ գրելու մասին, խորհուրդ է տրվում. գրուցել իրենց զգացողությունների մասին իրենց կրոնական խորհրդատուի, խոստովանահոր, վստահելի ընկերոջ հետ, խորհրդակցել բժիշկների հետ, հատկապես, եթե ունեն ընտանեկան բժիշկ կամ անձնական բժիշկ: ¹

Խորհրդակցել /գրուցել ընտանիքի անդամների հետ: Եթե հիվանդը չի կարողանում կողմնորոշվել տվյալ իրավիճակում, ընտանիքի անդամները կամ ընկերները պետք է իրենց կյանքի փորձի և հիվանդի մասին իրենց գիտելիքների հիման վրա ուղղումներ կատարեն: Ընտանիքի անդամների հետ քննարկված որոշումն օգնում է հանդարտեցնել հուզմունքը:

Առողջության մասին հոգ տանող լիազոր հասկացողությունն առաջացավ, քանի որ առողջապահական հռչակագրերը և կյանքի կտակը երբեմն չեն համընկնում:

Առողջապահական լիազորը մի անձնավորություն է, ում վստահում են իրենց փոխարեն վճռական պահերին որոշումներ կայացնելը, այն դեպքերում, երբ մարդն անկարող է ինքնուրույն անել դա:

Օրենքն առաջնայնությունը տալիս է հիվանդի նախկինում արտահայտած ցանկությունը, բացի սննդից ու ջրից զրկելու կամ հրաժարվելու որոշումից՝ թույլ տալով վստահված անձին կայացնել որոշումներ նույնիսկ այն հարցերի վերաբերյալ, որոնք նախկինում չեն քննարկվել: Կյանքի կտակին զուգահեռ գործածվում է նաև «Զվերակենդանացման կարգ» հասկացողությունը: Այս կարգը վերաբերում է սրտանոթային վերակենդանացման ու շնչառական համակարգի հիվանդություններ ունեցողներին և այդ հիվանդություններով զբաղվող բժշկանմունքներին:

Այսպիսով, հոսփոսային առաքելության հումանիստական փիլիսոփայությունը հաստատում է նոր էթիկական մոտեցումներ

¹ Tsai D. The bioethical principles and Confucius' moral philosophy / D. Tsai // J. of Medical Ethics. 2005. V. 31.P. 159-163

մահացող մարդու և անհրաժեշտ օգնություն և ցույց տալու հարցերում, դրանց լուծման հանձնառությունը ստանձնած մարդկանց միջև ձևավորում է նոր տիպի հարաբերություններ: Դրանց վրա հիմնված բժշկական արակտիկան, նրա արդյունքները ուրվագծում են պալիատիվ բժշկության զարգացման հեռանկարները և այն հիմնախնդիրները, որոնք կարող են ծագել կենսաբժշկական տեխնոլոգիաների զարգացման շնորհիվ: Հոսսփոխը ոչ միայն էթիկական նոր մոտեցումների և գիտելիքների համակարգ է կամ ձևավորվող սոցիալ-բժշկական օգնության ինստիտուտ, այլև բժշկական մշակույթի նոր տարր, նոր հումանիստական աշխարհայացք: Պալիատիվ բժշկությունն իր մեջ միագումարում է բնագիտական և սոցիալ-հումանիտար գիտելիքներ, իրականացնում է կյանքի և մարդու նկատմամբ բարոյական հարաբերությունների նոր տիպ: Պալիատիվ բժշկության դերը հասարակության կյանքում արտահայտվում է նրանում, որ այն, նպաստելով հասարակական գիտակցության մեջ հումանիստական արժեքների ձևավորմանն ու ամրապնդմանը, ազդակում է բժշկության, առողջապահության ոլորտի և ողջ հասարակության հումանիզացմանը:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

Ամփոփվել են հետազոտության արդյունքները և կատարվել հետևյալ ընդհանրացումները.

- Բիոէթիկա հասկացությունը, որ շրջանառության մեջ դրվել է 20-րդ դարի վերջին քառորդում, լայն տարածում է այսօր ստացել: Բիոէթիկան դարձել է ոչ միայն «գիտության էթիկայի» կարևոր բաժիններից, այլև մարդկային մշակույթի և քաղաքակրթության ինքնատիպ ֆենոմեններից մեկը: Բիոէթիկան ինքնանպատակ չէ, այլ մարդու, հոգևոր և մարմնականի հարաբերակցության, բարոյական ազատության և պատասխանատվության, ինչպես նաև ժամանակակից բժշկության էթիկական հիմնահարցերի գիտական իմաստավորման առանձնահատուկ եղանակներից մեկն է: Հենց այդ համատեքստում պարզաբանվել է բիոէթիկայի էությունը որպես միջգիտակարգային հիմնախնդիրների համալիր, որն անմիջականորեն կապված է մարդու հետ:

- Մեր հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ բիոէթիկայի կայացման բարդ ու հակասական գործընթացը պայմանավորված է մի շարք գործոններով:

Առաջին, կենսաբժշկական տեխնոլոգիաների բուռն զարգացումը հարուցում է էթիկական հիմնախնդիրներին նոր շրջանակ, որը պահանջում է գիտափիլիսոփայական իմաստավորում:

Երկրորդ, ժամանակակից կենսաբժշկությունը չի սահմանափակվում տեսական-իմացաբանական խնդիրներով, այլ այն դառնում է ունակ ոչ միայն բուժելու, այլև կառավարելու կյանքը: Որակապես փոխվում է բժշկության հնարավորությունների ոլորտը, այն ձեռք է բերում կյանք «տալու», կյանքը «կառավարելու», մահը «վերահսկելու», այսինքն՝ մարդկային կյանքի ծնունդը, նրա ընթացքը և ավարտը ձեռնածուկական փոխակերպումների ենթարկելու սկզբունքորեն նոր հնարավորություններ:

Երրորդ, հասարակության մեջ հոգևոր իրավիճակի փոփոխությունը, հասարակական գիտակցության ժողովրդավարացումը, որի մեջ առաջնակարգ դիրք է զբաղեցնում մարդու իրավունքների գաղափարը, հանգեցրել է կյանքի համար մարդու պատասխանատվության չափի փոփոխմանը: Բարոյական բազմակարծության աճը, փորձարարական հետազոտությունների նկատմամբ էթիկական և իրավական հսկողության անհրաժեշտությունը, կյանքի բժշկականացումը, բիոէթիկական հիմնախնդիրների գլոբալացումը, վերածնվող եվգենիկական գաղափարների դեմ պայքարի անհրաժեշտությունը՝ այս ամենն էլ ավելի հրատապ է դարձնում բիոէթիկայի գիտափիլիսոփայական հիմնախնդիրների հետագա մշակումը: Այդ ասպեկտը դեռևս խիստ անբավարար չափով է հետազոտված հայ փիլիսոփայության մեջ, հատկապես կյանքի և մահվան մասին կենսաբժշկական պատկերացումների հետ միասնության ենթատեքստում:

➤ բիոէթիկական վարքի և գիտակցության վրա: Հիմնահարցի էությունը ոչ այնքան «էթիկական-բժշկական» հակադրության հաղթահարման, որքան այդ գործին մարդկանց, հասարակ Առաջին անգամ ուսումնասիրվել են բիոէթիկայի՝ որպես արդի գիտակարգի փիլիսոփայական և էթիկական հիմքերը:

➤ Հայաստանում բիոէթիկայի՝ որպես միջգիտակարգային գիտական գիտելիքի վերլուծության արդյունքում բացահայտվել են նրա աշխարհայացքային և արժեքանական հիմքերը:

➤ Հստակեցվել են մարդու կյանքի և առողջության պահպանման ազատական և պահպանողական մոտեցումները:

➤ Ազգային որոշ առանձնահատկությունների վերլուծության շնորհիվ բացահայտվել են այն գծերը, որոնք խոչընդոտում են կյանքի և առողջության նկատմամբ նոր արժեհամակարգի ձևավորմանը: Ցույց է տրվել, որ Հայաստանում ձևավորվել և գործառնում է կյանքի և առողջության նկատմամբ վերաբերմունքի որոշակի տիպ, որը բնութագրվում է պատասխանատվության ցածր

մակարդակով, կենսական ուժերի և առողջության ռեսուրսների ոչ խել ամիտօգտագործման ազգային առանձնահատկություններով:

➤ Հաստատվում է, որ ժամանակակից Հայաստանում բիոէթիկայի հիմնական սկզբունքների իրագործման դժվարությունները պայմանավորված են նրանով, որ մեզանում դեռևս չեն ձևավորվել անձնական կողմնորոշվածություն և ևնեցող բժշկական ավանդույթները, բժիշկ և հիվանդ փոխարաբերություններում շարունակում են գերիշխել պատերնալ իստական դիրքորոշումները, հայրենական առողջապահության մեջ խորացող ճգնաժամային իրավիճակը, բժշկության առևտրայնացման միտումները:

➤ Հայաստանում բիոէթիկայի՝ որպես նոր գիտակարգի կայացումը կապված է համամարդկային և ազգային արժեքների փիլիսոփայական իմաստավորման հետ: Դա հնարավորություն է ընձեռում բացահայտելու բարոյականության և իրավունքի հրամայականների կիրառումը պրակտիկ բժշկության մեջ:

➤ Հիմնավորվում է, որ բարոյագիտության հայրենական ավանդույթների և արևմտյան բիոէթիկայի նվաճումների համարորումը միայն թույլ կտա բացահայտել բժշկության հումանիստական բովանդակության զարգացման հնարավորությունները և մշակել ապագա բժիշկների բարոյական նկարագրի ձևավորման ռազմավարությունը:

➤ Անդրադառնալով Հայաստանում բիոէթիկայի ձևավորման գործընթացին, ատենախոսությունում անդրադարձ է կատարվում նաև բիոէթիկայի՝ որպես սոցիալական ինստիտուտի կայացման հիմնահարցին: Որպես այդպիսին, Բիոէթիկան ՀՀ-ում գտնվում է իր կազմավորման փուլում:

➤ Հաստատվում են նաև, որ բիոէթիկայի պրոբլեմային դաշտը կազմում են սերնդագոյացման և գենային թերապիայի, ներառյալ գենոմային հետազոտությունների և մանիպուլյացիաների, ինչպես նաև կյանքի և մահվան սահմանային իրավիճակների, հիվանդների իրավունքների ապահովման և իրազեկված համաձայնության բարոյափիլիսոփայական հիմնահարցերը: Այդ թվում նաև փոխպատ-

վաստաբանություն, բժշկություն, առևտրայինացման, արդարություն և այլ նիբարոյ ափիլիսոփայական արդի խնդիրները:

➤ Յետագոտությունները մեզ հանգեցրել են այն եզրակացության, որ բիոէթիկայի առանձնահատկությունն այն է, որ ուշադրությունը կենտրոնացնում է գիտության և արակտիկ գործունեության այն եզրերի վրա, որոնք այսօր հավանում են արմատապես փոխել մարդու բնությունը կամ նրա կենսագործունեության կողմերը:

➤ Բիոէթիկայի հիմնահարցերի՝ կլոնավորման, գենային թերապիայի հիմքերի, փիլիսոփայական վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ դրանք ունեն կարևոր արժեքային-աշխարհայացքային նշանակություն: Առանց աշխարհում և հասարակության մեջ մարդու դերի և տեղի փիլիսոփայական իմաստավորման, նրա բարոյահոգևոր էության բացահայտման, գենետիկայի նվաճումների իրականացման բոլոր փորձերը հղի են մարդկության համար անկանխատեսելի հետևանքներով:

➤ Էթանազիայի հիմնախնդրի փիլիսոփայական վերլուծությունը ցույց է տվել, որ 20-21-րդ դարերի փիլիսոփայական միտքը մահը այլևս չի դիտում որպես մարդկային կեցության նկատմամբ արտաքին և խորթ երևույթ, այլ բուն կյանքի գոյակազմիչ բաղկացուցիչ: Ընդ որում փիլիսոփայորեն մեկնաբանվում են ոչ միայն կյանքի և մահվան սահմանային իրավիճակների հիմնահարցերն, այլև մարդկային կյանքի էկզիստենցիալ հիմքերը՝ ազատությունը և պատասխանատվությունը: Էթանազիան՝ ընտրությունն է մահվան և մահվան միջև՝ տան-ջալի մահվան և տառապանքներից զերծ մահվան միջև: Սա է Էթանազիայի սկզբունքային տարբերությունը ինքնասպանությունից: Էթանազիայի հիմնահարցը այսօր ոչ միայն դարձել է փիլիսոփայական և հասարակական սուր բանավեճերի առարկա, այլև չի ստացել իր վերջնական միասնական մեկնաբանությունը ժամանակակից էթիկայի, իրավունքի և բիոէթիկայի մեջ:

➤ Վերլուծելով Էֆթանազիայի երևույթը, ընդհանրացվում են հայ հասարակության մեջ Էֆթանազիայի կողմնակիցների և հակառակորդների փաստարկները: Յեղիսակային բացասական դիրքորոշումը ամրապնդվում է ատենախոսի կողմից անցկացված սոցիոլոգիական հետազոտություններով:

➤ Ատենախոսություն մեջ առաջադրված և հիմնավորված է այն, որ աջակցված մահվան և Էֆթանազիայի գաղափարը մարդկային կյանքի անփոխարինելի արժեքի գաղափարն է մերժում, որը խոր արմատներ ունի հայ քրիստոնեական ավանդության և փիլիսոփայության պատմության մեջ (Դավիթ Անհաղթ, Գրիգոր Տաթևացի, Մ. Գոշևայլք):

- Մարդու արժանապատիվ մահվան իրավունքի գաղափարն այսօր ակտիվորեն քննարկվում է երկու ուղղությամբ. որպես Էֆթանազիայի հիմնախնդիր և հոսպիսների /մահացողին ամօքիչ, պալիատիվ սոցիալ-բժշկական օգնության/ հիմնախնդիր: Ատենախոսություն մեջ փորձ է արվել տալ պալիատիվ բժշկության պատմափիլիսոփայական մեկնաբանությունը, որի ակունքները կարելի է հայտնաբերել միջնադարյան մշակույթում: Իր հասուն տեսքով այն ածանցվում է ժամանակակից ժողովրդավարության, իրավապաշտպանական գաղափարախոսությունից, որը ելնում է մահանալու և մահվան իրավիճակում անձի ինքնավարության նկատմամբ հարգանքի էթիկական սկզբունքից /այն առավել խորը մշակված է Ի.Կանտի կողմից/:

Աշխատանքում ցույց է տրված, որ «հոսպիսների փիլիսոփայությունը» հաստատում է նոր բարոյագիտական մոտեցումներ՝ մահացող մարդկանց օգնության կազմակերպման և անցկացման նկատմամբ, որոնց էությունը կենտրոնանում է «արժանապատիվ մահվան իրավունքի» բիոէթիկական կարգավորիչ սկզբունքի մեջ: Իր սոցիոմշակութային և փիլիսոփայական նշանակությամբ այդ սկզբունքը դուրս է գալիս բժշկական իրողությունների շրջանակներից և արտացոլում է ժամանակակից քաղաքակրթության բնորոշ գծերը:

Մեր հետազոտությունները հանգեցրել են այն եզրակացության, որ բիոէթիկան՝ մարդու հոգևոր-պրակտիկ գործունեության նոր ձև է, որն ի տարբերություն պրակտիկայի ուղղված է ոչ թե պարզապես բնության և հասարակության վերափոխման, այլ կյանքի պահպանմանը և նրա հիմնարար հիմքերի պաշտպանությանը: Պրակտիկան սովորաբար ըմբռնվում է որպես նյութական նպատակադրված գործունեություն: Տվյալ դեպքում գործունեության նպատակադրվածության, հոգևոր ասպեկտի մեջ ներառվում է նաև բիոէթիկան: Այդ հասկացությունը նոր իմաստ է հաղորդում պրակտիկային, այն է՝ կյանքի պաշտպանության գերխնդրի հետ կապված մարդկային հարաբերությունների կարգավորմանը: Բիոէթիկայի նվաճումների ակտիվ օգտագործումը հայրենական բժշկության և պրակտիկայի մեջ դիտարկվում է որպես հայկական բժշկության բարոյահոգևոր զարգացման հակասությունների մեղմացման հեռանկարային ուղիներից մեկը:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Աստվածաշունչ :
2. Բաբայան Ա. Փոխնակ մայրեր // ԷԼ -Անդրադարձ , 67, մայիս , 2010:
3. Բիոէթիկայի նորմերն ու սկզբունքները, Տեղեկացված համաձայնություն: Բիոէթիկային վերաբերող օրենսդրական ակտերը և նորմերը, ՅՅԲԶԸ // Երևան, 2004:
4. Բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիր (2005) <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights>
5. Գրիգորյան Ռ.Ա., Վարդազարյան Ն.Դ. Բժշկական դեոնտոլոգիա // Երևան, 1988, 160 էջ :
6. Դավիթ Անհաղթ Երկասիրությունը // Բնագրերը և առաջաբանը Ս. Արևշատյանի, Երևան, 1980թ.:
7. Դավթյան Ս.Յ. Բիոէթիկա // Դասագիրք, Երևան, 2009.- 208 էջ :
8. Դավթյան Ս.Յ. Բիոէթիկայի ներածություն // Մենագրություն, Երևան, 2012, 329 էջ :
9. Դավթյան Ս.Յ. Գիտատեխնիկական առաջընթացի հետևանքների բիոէթիկական ուսումնասիրության հիմնահարցեր // ԵՊԲՀ Գիտաժողովի նյութեր, Երևան, 2012, էջ . 487-494:
10. Դավթյան Ս.Յ. Հոմոսեքսուալ շեքսչյան // Երևան, 2000.- 208 էջ :
11. Դավթյան Ս.Յ. Կենսաբժշկական փորձարկումների սոցիալ-փիլիսոփայական վերլուծություն // ԵՊԲՀ Գիտական հոդվածների ժողովածու, Երևան, 2014, էջ 45-50:
12. Դավթյան Ս.Յ. Էվթանազիա // «Բժշկություն, գիտություն և կրթություն» գիտատեղեկատվական հանդես, 2009թ., թ.3, նոյեմբեր, Երևան, էջ 45-56:
13. Դավթյան Ս.Յ., Ազիզյան Ա.Ա., Նեմիշալյան Ռ.Վ. Սեքսուալ առողջությունը բարոյականության տեսանկյունից // «Բժշկություն, գիտություն և կրթություն» գիտատեղեկատվական հանդես, Երևան, 2009թ., թ.1, ապրիլ, էջ 51-52:

14. Դավթյան Ս.Յ. Բիոէթիկան՝ որպես փիլիսոփայության գործնական դրսևորման ասպարեզ // «Օրենք և իրականություն», թիվ 6, հունիս, Երևան, 2012, էջ 27-30:
15. Դավթյան Ս.Յ. Խոսքաբուժության սոցիալ-փիլիսոփայական հիմքերը Նարեկի օրինակով // ԵՊԲՅ Տարեկան հաշվետու գիտաժողով, Գիտական հոդվածների ժողովածու, հատոր II, 2013թ. Երևան, ՀՀ, էջ 335-342:
16. Դավթյան Ս.Յ., Բիոէթիկայի սոցիալ-արժեքական գործառնությունը, ՀՀ ԳԱԱ միջազգային գիտակրթական կենտրոնի տարեգիրք, գիտական հոդվածների ժողովածու, Երևան, ՀՀ, 2016, էջ 215-226:
17. Դավթյան Ս.Յ., Բիոէթիկայի մեթոդաբանական և աշխարհայացքային հիմքերը, Կանթեղ, գիտական հոդվածներ, Երևան, 2016, N2, էջ 182-197:
18. Կենսաբժշկության և բժշկության նվաճումների կիրառման առնչությամբ մարդու իրավունքների և արժանապատվության պաշտպանության մասին կոնվենցիա: Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին կոնվենցիա (1997) <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/html/164/htm66>
19. Կենսաէթիկայի հիմնահարցեր // Ուսումնառժամանակ ձեռնարկ.- Մայր Աթոռ Սբ. Էջմիածին հրատ.- 2015.- 224 էջ:
20. Կարապետյան Յ. Կյանքը շարունակվում է // Երևան, 2005, 112 էջ:
21. Կարապետյան Մ. Բնությունը և Էթիկան, Երևան, ԵՊՀ հրատ., 2010, 174 էջ:
22. Կենսաէթիկայի ներածություն / Ներսեսովայի Լ.Ս., Խաչատրյանի Չ.Ա., Մկրտչյանի Ս.Ա. հեղինակությամբ // Խմբագրություն Ա. Բոյաջյանի, Երևան, 2012թ. 444 էջ:
23. Հախվերդյան Լ. Չրոնյցները և գլխի մասին // Երևան, 1986թ.-264 էջ:
24. Հովհաննիսյան Ռ.Ա. Բժշկական բարոյագիտությունը և կենսաբարոյագիտությունը Հայաստանի առողջապահության համակարգում. փաստեր, վարկածներ, մտորումներ // Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես, Երևան, 2004, 3, էջ 27-35:
25. ՀՀ քրեական օրենսգիրքը բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին (ընդունված՝ Աժ կողմից 04,03,1991թ. Հ.Օ-42,

բաց . 25,10,10):

26. Մարդու գենետիկական տվյալների մասին միջազգային հռչակագիր (2003)<http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/human-genetic-data>
27. Մարդու գենոմի և մարդու իրավունքների համընդհանուր հռչակագիր (1997) <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/human-genome-and-human-rights>
28. Միրզոյան Վ. Կառավարման փիլիսոփայություն // Երևան, 2010, 216 էջ:
29. Վարդանյան Ս.Ա. Հայաստանի բժշկությունն պատմություն // Թեմատիկ հրատ. - Երևան, 2000.- 439 էջ:
30. «Շնորհալի» պարբերական, ժնև, 1997 մարտ-ապրիլ, էջ 17:
31. Պետրոսյան Ա. Նարեկը՝ բժշկարան // Բերձոր, 2002, 164 էջ:
32. Պալիատիվ բժշկություն // Երևան, 2007, 98 էջ:
33. Պալիատիվ բժշկություն // Բժշկահոգեբանական մեթոդական ուղեցույց, Երևան, 2011, 112 էջ:
34. Սարոյան Գ. «Էթթանագիտական և բժշկական էթիկա» // «Վազգենյան դարանոց», հոգևոր մշակութային պարբերական, 2008թ, թիվ 2, «Քրիստոնյա Հայաստան», 2011, փետրվար, Ա թիվ 3 (335), մարտ, թիվ 5, (338):
35. Փորձարարական և գիտական այլ նպատակներով օգտագործվող ողնաշարավոր կենդանիների պաշտպանության մասին եվրոպական կոնվենցիա (1986) <http://coventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/123.htm>
36. Абалкин Л.Н. Смена тысячелетий и социальные альтернативы // Вопросы экономики, 2000, № 12, 33 стр.
37. Августин. Исповедь блаженного Августина. М., 1991, с. 111.
38. Агагин Э. Человек как предмет философского познания (О человеческом в человеке) // Под общ.ред. И.Т. Фролова.– М.:Политиздат, 1991, с. 59-79.
39. Аквинский Ф. Антология мировой философии // т.1.- Ред. М.И. Иткин.- Минск.- 1969. , 361 с.
40. Антропологическая проблематика в западной философии // М.: Изд-во МГУ, 1991. 78 с.
41. Апресян Р.Г. Идея морали и базовые нормативно-этические программы // М.

- ИФРАН, 1995. - 353 с.
42. Апресян Р.Г. Понятие общественной морали (опыт концептуализации) // Вопросы философии. 2006. - № 5. - С. 3-17.
 43. Аристотель. Сочинения // т.4. М.: 1983. 348с.
 44. Асмус В.Ф. Античная философия // Высшая школа.-М.:1976
 45. Бартко А.Н. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы // М.: ММСИ, 1999, С.125-130.
 46. Бартко А.Н. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы // Ч.2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики / А.Н. Бартко, Е.П. Михайловска-Карлова. М. : ММСИ, 1999. - 225 с.
 47. Баруллин В.С. Социально-философская антропология / В.С. Баруллин. М.: ФАИР-ПРЕСС, 1994. - 532 с.
 48. Белл Д. Грядущее постиндустриальное общество: опыт социального прогнозирования // Даниел Белл; Пер. с англ. под ред. В. Иноземцева. -М.: Academia, 2004. 783 с.
 49. Бердяев Н.А. О самоубийстве: психологический этюд. – М., 1992, с.125.
 50. Биоэтика в современной культуре // Культурологический альманах. Сборник статей. – М.: Прометей, 2005, с. 191-186.
 51. Биоэтика: междисциплинарные стратегии и приоритеты / Я.С. Яскевич, Б.Г. Юдин, С.Д. Денисов и др. // под ред. Я.С. Яскевич. Минск : БГЭУ, 2007. - 225 с.
 52. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. // М.: Эдиториал УРСС, 1998, с.225.
 53. Биоэтика: проблемы, трудности, перспективы (материалы «круглого стола») // Вопросы философии, 1992, № 10, с.3-28.
 54. Борзенков В.Г. Жизнь, философия жизни, биофилософия. – Свободная мысль, 1999, № 8, с. 8-13.
 55. Борзенков В.Г., Юдин Б.Г. Человек как объект комплексного и междисциплинарного исследования: методологические аспекты // Личность. Культура. Общество. – 2002. – Т.IV. Вып. 3-4, с.11-37.
 56. Бриссе-Виньо Ф. От биоэтики к этике медицинской // Требования биоэтики: Медицина между надеждой и опасениями: Сб. ст. / Под рук. Ф. Бриссе-Виньо, при уч. Б. Ажшенбом-Бюфти: Пер. с фр. Киев, 1999. - С. 13-16.

57. Введение в биоэтику // (под ред. Б.Г. Юдина и П.Д. Тищенко), М., 1999, 384 с.
58. Веряскина В.П. Жизнь и ценности как основополагающие понятия философской антропологии // Сборник. Жизнь как ценность. – М.: ИФ РАН, 2000, с.31-50.
<http://filosof.historic.ru/books/item/f00/s00/z0000659/st000.shtml>
59. Вич Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений / Р. Витч // Вопросы философии. 1994, № 3, С. 67-72.
60. Вильгельм Райх Психология масс и фашизм.- Университетская книга.- 1997г. 380 с. http://www.pseudology.org/Psychology/Reich_Wilhelm.htm
61. Волков Ю.Г. Манифест гуманизма. Идеология и гуманистическое будущее России. – М.: АКАНО РЖ “Соц.гум.знания”, 2000, 106с.
62. Гайденко П.П. Информация и знание. – Философия науки. Вып.3. Проблемы анализа знания. – М.: ИФ РАН, 1997, 190с.
63. Ганс Ионас, Гностицизм (гностическая религия), 1998. 204с.
64. Гегель Г. Философия права. – М., 1990. 524 с.
65. Герман Гессе Сидхардха // М., 1990. 192с.
66. Гиппократ. Избранные книги // БСЭ перевод В.И. Руднева- М.: 1994. 736с.
67. Гиндилис Н.Л. Изменение мировоззренческих установок современной науки. – Философские науки, 1999, №3-4 стр. 100-116.
68. Грация Д. Основы биоэтики / Fundamentes de bioetica.- Франция. -1989. стр. 45-84.
69. Гребенщикова Е.Г. Биоэтика – вариант “постэтики” // Философские науки, 2009, № 1, с.90-96.
70. Группман Дж. Как думают доктора? Почему врачи ошибаются, и как пациент может спасти себя, задавая им правильные вопросы // Дж. Группман; пер. с англ. С.Г. Чернецова. М.: Академия медицинских знаний. Эксмо, 2008. - 320 с.
71. Гуревич П.С. Феномен деантропологизации человека // Вопросы философии. 2009. - №3.-С. 19-31.
72. Гусейнов А.А., Апресян Р.Г. Этика // М.-2000. 472с.
73. Гусейнов А.А. Размышления о прикладной этике / А.А. Гусейнов // Режим доступа: <http://www.ethicscenter.ru/ed/kaunas/gus.html> (дата обращения: 20.08.2009).
74. Давтян С.А., Асланян Г. Этическая экспертиза биомедицинских исследований в государствах-участниках СНГ (Социальные и культурные аспекты) // Санкт-Петербург, 2007, с. 110-128.

75. Давтян С., Казарян К., Влияние антропогенных факторов на окружающую среду и экологию человека // В научно-практическом журнале “Экологический вестник”, № 4 (18), Минск, Республика Беларусь, 2011, стр. 17-25.
76. Давтян С., Казарян К., Авдалян А., Человеческий смысл философии и сверхзадача Биоэтики // В сборнике научных статей ,Стратегия выживания в контексте Биоэтики, Философии и Медициныġ , т. 2, Кишинев, Молдова, 2012, стр. 14-20.
77. Давтян С., Арутюнян М., Экологическое образование как механизм формирования экологической культуры общества (опыт социологического исследования) // В материалах 12-ой Межд. Науч. конференции ,Сахаровские чтенияġ , 2012 года: Экологические проблемы 21 –го века, Минск, Республика Беларусь, 2012, стр. 306-308.
78. Давтян С.А. Арутюнян М.А. Отчуждение общества: от диагноза к действию //в сборник научных статей “Стратегия выживания в контексте Биоэтики, философии и медицины”, 2013, т. 3, Кишнев, Молдова, стр. 114-118.
79. Давтян С.А. Биоэтика, Учебное пособие, Ереван, 2013, 259 стр.
80. Давтян С.А., Казарян К.А. Проблема этической и юридической ответственности в биоэтике // “Биоэтика” Федеральный научно-практический журнал, 1(15) 2015, Волгоград, РФ, стр. 14-18.
81. Давтян С.А., Казарян К.Т., Хачатрян М.А. Биоэтика и медицинское право // ,Биоэтикаġ Федеральный научно-практический журнал, Волгоград, РФ, 1/15, 2015, стр. 14-18.
82. Даллмар Ф. Глобальная этика: преодоление дихотомии “универсализм”, “партикуляризм”. – Вопросы философии, 2003, № 3, с.13-19.
83. Демичев А.В. Дискусы смерти: Введение в философскую танатологию // СПб., 1997.- 144 стр.
84. Донских О.А. Этика долга и биоэтика: проблема социального регулирования / О.А. Донских // Бюллетень сибирской медицины. -Том 5. № 5. -2006.-С. 61-66.
85. Жукова Е.А. Динамика взаимосвязи фундаментальной науки и общества (биоэтический аспект нанотехнологий) / Е.А. Жукова // Бюллетень сибирской медицины. Том 5. - № 5. - 2006. - С. 82-87.
86. Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики // М., 2008. 848стр.
87. Иванюшкин А.Я. Ценностные проблемы медицины в творчестве Л.Н.Толстого. // Профессиональная этика в медицине: Философские очерки. – М., 1990,

с.175-190.

88. Ионас Г. Принцип ответственности. Опыт этики для технологической цивилизации // Г. Ионас. Перевод с нем., предисловие, примечания И.И. Маханькова. М. : Айрис-пресс, 2004. - 480 с.
89. Кант И.О. Способности духа силою только воли побеждать болезненные ощущения // Трактаты и письма. – М.: Наука, 1880. – с. 298-317.
90. Кант И. Основы метафизики нравственности // И. Кант.- М.: Изд-во «Мысль», Классическая философская мысль.1999. - 1472 с.
91. Карнеги Д. Как приобретать друзей и оказывать влияние на людей, // М., 1989. 713с.
92. Кастельс Мануэль. Информационная эпоха: Экономика, общество и культура // Мануэль Кастельс; Пер. с англ. под науч. ред. О.И. Шкаратана. М. : Гос. ун-т. Высш. шк. Экономики, 2000. - 606 с.
93. Келли М. Границы ответственности пациента / М. Келли // Бюллетень сибирской медицины. Том 5. - № 5. - 2006. - С. 67-78.
94. Кириленко Е.И. Феномен медицины в горизонте культуры: теоретические основания анализа и этно-культурная спецификация // Е.И. Кириленко.- Томск: Издательство ИОА СО РАН, 2008. 330 с.
95. Киященко Л.П. Опыт философии трансдисциплинарности (казус биоэтики). – Вопросы философии, 2005, № 2, стр. 105-117.
96. Кджанян М.Г. Биомедицинская этика в контексте феномена биоэтики: сущность, проблемы /Գ ի տար ժ շ կ ալ շ ն հ ա ն դ ե տ, 3/2005, է ջ 27-33.
97. Комаров Ф.И., Лопухин Ю.М. Права человека и биомедицинская этика// Клиническая медицина, 1998, № 4, с.4-6.
98. Коновалов В.В. Кризис медицины на рубеже XX-XXI веков и пути его преодоления / В.В. Коновалов // Человек. 1996. - № 1. - С. 106-119.
99. Коновалова Л.П. Прикладная этика (по материалам западной литературы) //Выпуск 1. Биоэтика и экоэтика / В. Коновалова. — М.: ИФРАН, 1998.-216 с.
100. Кочергин А.Н. Здоровье и патология: биомедицинский и гуманитарный аспекты / А. Н. Кочергин // Бюллетень сибирской медицины. Том 5. - № 5.-2006.-С. 26-34.
101. Кубарь О.И. Этические аспекты исследований в области ВИЧ (СПИД) // Рекомендации для членов Комитетов по этике ФГУН НИИЭМ им. Пастера Роспотребнадзора, 2006.- 16 с.

102. Кувакин В. Твой рай и ад: человечность и бесчеловечность человека (Философия, психология и стиль мышления гуманизма). М.: Алетейя, 1998.
103. Кутырев В.А. Апология человеческого (предпосылки и контуры консервативного философствования) / В.А. Кутырев // Вопросы философии. 2003. - № 1. - С. 63-75.
104. Кутырев В.А. Философский образ нашего времени (безжизненные миры постчеловечества) // В. А. Кутырев. Смоленск: Б. и., 2006. - 302 с.
105. Кэмпбелл А. Медицинская этика // Пер. с англ.: Учеб. пос. / А. Кэмпбелл Г. Джилетт, Г. Джонс. Под ред. Ю. М. Лопухина, Б. Г. Юдина. М.: ГЭ ОТ АР-МЕД, 2004. - 400 с.
106. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании // Киев, 2001. - 318 стр.
107. Летов О.В. Уважение целостности субъекта как принцип биоэтики / О.В. Летов // Вопросы философии. 2008. - № 7. - С. 106-114.
108. Лопухин Ю.М. Биоэтика и современная медицина. // Врач, 2001, № 10, с. 6-7.
109. Лопухин Ю.М., Юдин Б.Г. Биоэтика в России // Наука в России, 1993, № 5-6.
110. Лоун Б. Утерянное искусство врачевания / Б. Лоун. Пер. с англ. Е. Незлобиной. М.: КРОН-ПРЕСС, 1998. - 367 с.
111. Люббе Г. Историческая идентичность / Г. Люббе // Вопросы философии. 1994. - № 4. - С. 108-113.
112. Лях К. Хоспис: помощь умирающим / К. Лях // Врач. – 2007. - № 5. – С. 63-65.
113. Макинтайр А. После добродетели // Исследования теории морали / А. Макинтайр. Пер. с англ. В.В. Целищева М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. - 384 с.
114. Маркарян Э.С. Феномен познавательной западни и перехода от специализированной к интегративной научно-образовательной культуре. – Философские науки, 2000, №3. стр. 49-54
115. Марков Б.В., Солонин Ю.Н., Шилков Ю.М. Жизнь как предмет философских размышлений // Социально-политический журнал, 1996, № 4, с.105-121.
116. Мещерякова Т.В. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре / Т.В. Мещерякова // Высшее образование в России. - 2009. - № 10. - С. 94-99.
117. Микешина Л.А. Фундаментальный поворот в понимании структуры научного знания. – В сб. Философия, наука, цивилизация. – М.: Эдиториал, УРСС, 1999,

- с.120-131.
118. Мильнер-Иринин Я.А. Этика или принципы истинной человечности. – М.: Наука, 1999, 522 с.
 119. Миненков Г. Концепт идентичности: перспективы определения (часть I) / Г. Миненков. Режим доступа:<http://www.belintellectuals.eu/publications/174/> (дата обращения: 09.09.2008)
 120. Мишаткина Т.В. Биомедицинская этика // Минск, МГУ им. Сахарова, 2003, 320с.
 121. Мишаткина Т.В. Три круга этики // Человек, 2006, № 5, с. 89-98.
 122. Моисеев В.И. Философские проблемы биологии и медицины: нормативное и дескриптивное. // Вестник Российского философского общества, М., 2011, № 4, с.55.
 123. На грани На грани жизни и смерти: краткий очерк современной биоэтики в США (Под ред. Д.Уиклера и др., пер. С англ. – М., 1989.
 124. Назаретян А.П. Цивилизационные кризисы в контексте универсальной истории (синергетика, психология, футурология). – М., 2001. с. 204
 125. Назарчук А.В. Этика глобализирующегося общества. – М.: Директ-медиа Паблишинг, 2002, 382с.
 126. Неговский В.А. Смерть, умирание и оживление – этические аспекты // М., 2009.
 127. Неговский В. Смерть, умирание и оживление: этические аспекты // Врач. – 1992. - №8-9. – С. 31 – 42.
 128. Нейсбит Д. Высокая технология, глубокая гуманность: Технологии и наши поиски смысла // Дж. Нейсбит при участии Наны Нейсбит и Дугласа Филиппса; пер. с англ. А.Н. Анваера. М. : АСТ : Траюиткнига, 2005. - 381 с.
 129. Ницше Ф. По ту сторону добра и зла // Соч., т.2, пер. с нем. Ю.М. Антоновского [и др.]; сост., ред. и авт. примеч. К.А. Свасьян. Москва: Мысль, 1990. 829, [1] с.
 130. Ницше Ф. *Esse homo*. Как становятся собою. // Соч. в 2т. – М., 1990, 224с.
 131. Ницше Ф. Человеческая, слишком человеческая. Книга для свободных умов. – Соч. в 2т. Т.1. – М., 1990 , 638с.
 132. Огурцов П.Д. Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы / П.Д. Огурцов // Вопросы философии. 1994. - № 3. - С. 49-61.
 133. Петров Ю.В. Философия человека // Ю.В. Петров. - Томск: Изд-во научно-технической литературы, 2002. 103 с.
 134. Покуленко Т.А. Принцип информированного согласия: вызов патернализму / Т.А. Покуленко // Вопросы философии. 1994. - № 3. - С. 73-76.

135. Полисистемное исследование индивидуальности человека / Под ред. Б.А. Вяткина. М. : ПЭР СЭ, 2005. - 384 с.
136. Поттер К., Открытое общество и его враги (The Open Society and Its Enemies) // т. 1.-1945, Вена, т. 2.- 1965.448с.
137. Пронин М.А. Здоровье человека как онтологическая проблема современной медицины и аддиктологии. // Журю Аддиктология, М., 2003, № 1, с.30-35.
138. Рабинович В.Л. До смерти хочется жить //Социс. 1994, N4.- с. 12-22.
139. Рейчелс Дж. Активная и пассивная эвтаназия //Этическая мысль. Науч.-публицист. чтения / Редкол.: А.А. Гусейнов и др. - М.: Политиздат, 1990. 480 с.
140. Розин В.М. Представление о смерти в разных культурах и типах сознания // Идея смерти в российском менталитете, СПб, 1999, 532стр.
141. Ролз Дж. Теория справедливости // (Пер. с англ.) Новосибирск, 1995.- 532стр.
142. Сгречча Э., Тамбоне В. Биоэтика. // М.: Библейско-богословский ин-т, 2001, 413с.
143. Сгречча Э. Биоэтика // Э. Сгречча, В. Тамбоне. Пер. с ит. М., 2001. -432 с.
144. Седова Н.Н., Сергеева Н.В. Биоэтика в пространстве культуры. // Волгоград, Триумф, 2010, с.330-336.
145. Силич Т.В., Китаева М.В., Кухтинская Л.В., Свинтицкая М.Г. Гуманизация обучения специалистов экологического и медико-биологического профилей // Материалы 7-й международной научной конференции «Сахаровские чтения 2007 года: экологические проблемы XXI века». – Минск: МГЭУ им. А.Д. Сахарова, 2007. – С. 33-34.
146. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы // М.: “Грантъ”, 2001, 192 с.
147. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы // М.: ЗАО “Литера”, 1997, с.224.
148. Силуянова И.В. Биоэтика и мировоззренческие традиции // Человек. – 1995, № 5, с.125-132.
149. Силуянова И.В. Современная медицина и православие / И.В. Силуянова // М.: Изд-во Московского подворья Свято-Троицкой Сергиевой лавры, 1998.-202 с.
150. Силуянова И.В. Статус эмбриона // И.В. Силуянова, М.С. Першин, Л.Б. Ляуш, И.М. Макеева // Человек. 2007. - № 2. - С . 98-108.
151. Смирнов И.Н. Философские измерения биоэтики // Вопросы философии. – 1987,

№ 12, с.83-97.

152. Сократ. Платон. Аристотель. Сенека. // М.- 1995.- 326с.
153. Спиноза Б. Богословско-политический трактат // Избр. произв. в 2т. т.1. М.: 1957.- 728стр.
154. Судо Жак. Аборт / Жак Судо. Режим доступа: <http://www.kcn.ru/tat-tu/religion/catholic/aborto2.htm> (дата обращения: 24.05.2007).
155. Тищенко П.Д. Новейшие биомедицинские технологии: Философско-антропологический анализ [Анализ идей либеральной евгеники Ю. Хабермасом] // Вызов познанию: Стратегии развития науки в современном мире. М.: Наука, 2004. С. 309-332.
156. Тищенко П.Д. Аннотация к спецкурсу Биоэтика (философские основания). Режим доступа: <http://www.philos.msu.ru/fac/dep/edu/courses/anthropMk4.html>
157. Тищенко П.Д. Био-власть в эпоху биотехнологии. // М.: ИФРАН, 2001. – 177с.
158. Тищенко П.Д. К началам биоэтики. // Вопросы философии, 1994, № 3, с.63-66; Феномен биоэтики. Вопросы философии, 1992, № 3, с.104-114.
159. Тищенко П.Д. О множественности моральных позиций в биоэтике / П.Д. Тищенко // Человек. 2008. - № 1. - С. 82-91.
160. Тищенко П.Д. Угроза множественности и идея гуманитарной экспертизы / П.Д. Тищенко // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2. - М.: ИФРАН, 2008.- С. 102-128.
161. Тищенко П.Д. Феномен биоэтики. Вопросы философии, 1992, № 3, с.104-114.
162. Тищенко П.Д. Этические проблемы развития биотехнологий / П.Д. Тищенко // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2. М.: ИФРАН, 2008. - С. 55-82.
163. Тищенко П.Д. Геномика: новый тип науки в новой культурной СНТуа4НН//,Biomediale. Современное общество и геномная культура / Подобщей ред. Д. Булатова. Калининград: КФ ГЦСИ, ФГУИПП «Янтарный сказ», 2004. С. 59-71.
164. Трапезов О.В. Биоэтические вопросы в биологии // Философские науки. – 2001, № 3, с.190-209.
165. Трубецков А.Д. Медицинский нарратив: ограничение возможностей биоэтики / А.Д.Трубецков. Режим доступа: <http://biospace.nw.ru/bioethics/3/be6.htm> (дата обращения: 07.05.2008).

166. Тульчинский Г.Л. Постчеловечность в разнообразии культур. Глобализация, биоэтика и цивилизационные разломы все еще только начинается / Г.Л. Тульчинский // Бюллетень сибирской медицины. - Том 5. - № 5. - 2006. - С. 123-136
167. Уайатт Джон. На грани жизни и смерти: Проблемы современного здравоохранения в свете христианской этики: По материалам лекций, прочит. в Ин-те соврем. христианства в Лондоне / Джон Уайатт. - СПб. : Мирт, 2003. - 362 с.
168. Уильяме Дж.Р. Руководство по медицинской этике / Дж. Р. Уильяме. Под ред. Ю.М. Лопухина Б.Г. Юдина, Л.А. Михайлова // пер. с англ. Булыгиной Т.В., Васильевой Л.Л. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 128 с.
169. Хабермас Ю. Будущее человеческой природы // Ю. Хабермас. Пер. с нем. М. : Издательство „Весь Мир“, 2002. - 144 с.
170. Хабермас Ю. Модерн незавершенный проект / Ю. Хабермас // Вопросы философии. - 1992. - № 4. - С. 40-52.
171. Хейли А. Окончательный диагноз // М.: «Издательство АСТ», 1993.- 432стр.
172. Хёсле В. Кризис индивидуальной и коллективной идентичности / В. Хёсле // Вопросы философии. 1994. -№ 10. - С. 112-123.
173. Шаталов А.Т. Предмет биофилософии // Философские науки. Вып.2: Гносеологические и методологические проблемы. – М.: ИФ РАН, 1996, 131с.
174. Швейцер А. Я защищал то, во что верил // Человек, 2000, № , с.109-122.
175. Швейцер А. Благоговение перед жизнью // М. 1992.- стр. 62-71
176. Швейцер А. Культура и этика // М., 1973.-343стр.
177. Шиллер Г. Манипуляторы сознанием / Герберт Шиллер; Пер. с англ.; Науч. ред. Я.Н. Засурский. М. : Мысль. 1980. - 326 с.
178. Энгельгардт Х.Т. Почему не существует глобальной биоэтики? / Х.Т. Энгельгардт // Человек. 2008. - № 1. - С. 74-82.
179. Этико-правовые аспекты проекта „Геном человека“. Международные документы и аналитические материалы // Под ред. Б.Г. Юдина. М., РНКБ РАН, 1998.- 190 с.
180. Фрейд З. Введение в психоанализ // Изд-во “Дом Питер”.-2007, 384с.
181. Фролов И.Т. Этика науки: проблемы и дискуссии // И.Т. Фролов, Б. Г. Юдин // М.: Политиздат. - (Над чем работают, о чем спорят философы).1986. - 399 с.

182. Фролов И.Т. Перспективы человека: опыт комплексной постановки проблемы, дискуссии, обобщения // И.Т. Фролов. Изд. 3-е, доп. - М.: Эди-ториал УРСС, 2008. - 304 с.
183. Фукуяма Ф. Социальные последствия биотехнологических новаций / Ф. Фукуяма // Человек. 2008. - № 2. - С. 80-88.
184. Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее: Последствия биотехнологической революции // Ф. Фукуяма; Пер. с англ. М.Б. Левина. М.: ООО ,Издательство АСТЪ : ОАО ,ЛЮКСЪ , 2004. - 349 с.
185. Фуко М. Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998.
186. Этико-правовые аспекты проекта „Геном человека“. Международные документы и аналитические материалы // Под ред. Б.Г. Юдина. М., РНКБ РАН, 1998.- 190с.
187. Юдин Б.Г. Жить или не жить? // Человек .-1990.- N2.- стр. 36-44
188. Юдин Б.Г. Основные этические принципы европейской биоэтики и биоправа. // Вопросы философии, 2003, № 5, с. 80-83.
189. Юдин Б.Г. Смерть и умирание. Эвтаназия. – Введение в биоэтику // М.: Прогресс-Традиция, 1998, - с.265-293.
190. Юдин Б.Г. О человеке, его природе и будущем / Б.Г. Юдин // Вопросы философии. 2004. — № 2. - С. 16-28.
191. Юдин Б.Г. Социальная институционализация биоэтики / Б.Г. Юдин // Биоэтика: проблемы и перспективы / Ред. С.М. Малков, А.П. Огурцов. -М.: ИФ РАН, 1992.- 209 с.
192. Юдин Б.Г. Биоэтика: проблемы и перспективы // М.: ИФ РАН, 1992. – 209с
193. Юдин Б.Г. Биомедицинские исследования как объект философского осмысления / Б.Г. Юдин // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2. -М.: ИФРАН, 2008. С. 3-17.
194. Яковлев В.А., Суркова Л.В. Философия жизни на пороге XXI века: новые мысли // Вестник Московского университета. Сер.7. Философия, 2000, № 6, с.101-119.
195. Яровинский М.Я. Лекционный курс по медицинской этике (Биоэтика) 4. 1, 2, -М., 1999-2000.
196. Ясперс К. Ницше и христианство. – М., 1994, с.111.
197. Beauchamp T.L. Methods and principles in biomedical ethics. – Journal of Medical

Ethics, 2003, v.29.

198. Bioethics Committees at Work: Procedures and Policies. // Guide no. 2. Paris: UNESCO, 2006.
199. Cowley C. The dangers of medical ethics / C. Cowley // Journal of Medical Ethics.- 2005.-V. 31.-P. 739-742. Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/31/12/739> (дата обращения: 28.08.2007).
200. David M., Truth as the Epistemic Goal in "Knowledge Truth and Duty: Essays on Epistemic justification, Responsibility and Virtue"// Ed Setup M. Oxford University Press, 2001, pp. 151-169.
201. Davtyan S., Using Literature and Theatre for Education of Issues of Involuntary Abortion, Sterilization and Hospitalization // Bioethics Education: Contents, Methods, Trends. Zefat, Israel, 2010, p. 34.
202. Davtyan S., Methodology of Bioethics approbation in YSMU // In the New Armenian Medical Journal, Vol. 5, N3. Yerevan, RA, September, 2011, pp. 62-71, 85.
203. Davtyan S.A. Mkhlar Gosh's Medieval Law Code and the Implications for Armenian Communities Abroad Medicine and Law Int. // Journal, 2014, vol. 33 N2, June, Haifa, Israel, pp. 41-48.
204. Davtyan S. Bioethics. Word Curing and Music Therapy // In the Book of Abstracts of the UNESCO Chair in Bioethics 9th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law. Naples, Italy, 2013.
205. Davtyan S.H. The Traditions, Customs, Culture, Mentality of The Nation And Problem of Euthanasia In Armenia // in the Book of Abstracts of II Int. Conf. on Ethics Education in Medical Schools. Israel, Eilat, 2002.-34p.
206. Davtyan S.H. Bioethics // Handout, Yerevan, 2013, 189p.
207. Davtyan S.H. Experimental Course of Bioethics Upon The Bioethics Core Curriculum of Unesco. Methodology and Results of Investigation // Leading article in the Inter. J. Medicine and Law, V. 31, N4, 2012. pp.495-513.
208. Davtyan S., Aslanyan G. Ethical Review System for Biomedical Research in the Republic of Armenia (Historical and Cultural Background, Legal Regulations, Education in Bioethics, Perspectives and forms of International Cooperation) // In Ethical Review of Biomedical Research in CIS Countries (Social and Cultural Aspects), 2007, Saint Petersburg, Russia, pp. 89-104.
209. Davtyan S.H. Basic Educational Programm on Bioethics in Armenia In the book of Abstracts. // 2011, Singapore, Singapore, p. 32

210. Davtyan S., The Use of Works of Medieval Armenian Thinkers In Teaching Bioethics: “Narek” As a Remedy // In the Book of Abstracts: Bioethics Education: Contents, Methods, Trends, Tiberias, Israel, 2012, p. 52-53.
211. Davtyan S., Balayan B., Nemishalyan R., Ethics Committees and GCP and GCP Rules (Armenian Experience) // In the UNESCO Chair in Bioethics 9th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law. Naples, Italy, 2013, p. 180.
212. Davtyan S. Armenian Medieval Philosophy and Medical Science: Narek as a Remedy. *Wisdom* 2 (5), 2015, Yerevan, pp. 61-66.
213. Davtyan S. Khachatryan M. Personal Identity. *Биоэтика: Федеральный научно-практический журнал*, Волгоград, РФ, 1/2016, стр. 17-23.
214. Davtyan S., Khachatryan M., Johrian A., Gazaryan K., Mkhitar Gosh's Medieval Law Code and the Implications for Armenian Communities Abroad // *Medicine and Law Int. Journal*, Haifa, Israel, 2014, vol. 33 Number 2, July, pp. 41-48.
215. Davtyan S., Johrian A., Harutiunyan M., Armenian Alienated Society // In the Survival Strategy in Terms of Bioethics Philosophy and Medicine. Collection of Scientific articles with International participation. V. 4/20, Chisinau, Moldova, 2014, CEP “Medicine”, pp. 178-181.
216. Davtyan S., Ghazaryan K., Problems and Perspectives in Bioethics Education in the CIS Countries (Socio-Philosophical Analysis) // In the Book of the Abstracts of the UNESCO Chair in Bioethics 10th World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law. Jerusalem, Israel, 2015, p. 29.
217. Davtyan S., Kchachatryan M., Ghazaryan K., Johrian A., Narekatsi in Frames of Bioethics Curriculum // In the “Book of Abstracts” of UNESCO Chair in Bioethics 11-th World Conference: Bioethics, Medical Ethics and Health Law. Naples, Italy, 2015, p. 51.
218. Davtyan S. Armenian Medieval Philosophy and Medical Science: Narek as a Remedy. *Wisdom* 2 (5), Yerevan, RA, 2015, pp. 61-66.
219. *Encyclopedia of Bioethics* 3-rd ed. // Edited by Stephen G.- Post NY: MacMillan, Reference USA, 2013.-pp. 1229-1869.
220. Engelhardt T.H, Jr. *Global Bioethics: An Introduction to The Collapse of Consensus* / T.H. Engelhardt, Jr. // *Global Bioethics: The Collapse of Consensus*. Edited by H. Tristram Engelhardt, Jr. Rice University, Houston. 2006. C. 1-17.
221. Fieser J., Ethics, Internet Encyclopedia of Philosophy, <http://www.iep.utm.edu/ethics/>.

222. Gardiner P. A virtue ethics approach to moral dilemmas in medicine / P. Gardiner // Journal of Medical Ethics. 2003. - V. 29. - P. 297-302. - Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/29/5/297> (дата обращения: 27.07.2007).
223. Harris J. Consent and end of life decisions / J. Harris // Journal of Medical Ethics. 2003. - V. 29. - P. 10-15. Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/29/1/10> (дата обращения: 25.12.2011).
224. Informed Consent Edit. A. Carmi. UNESCO Chair // Haifa, 2006.
225. Leo Alexander Medical science under Dictatorship // Journal of Medicine, V. 241, N2.- July 14, The New England, 1949.-pp. 39-48
226. Mason J. K., Laurie G. T. Law and Medical Ethics // Oxford, 2006.-776pp.
227. Medical Ethics Manual, World Medical Association // 2005.- p. 26-32.-522p
228. Medical Ethics. A.Guide for Health Professionals.-Rock-ville // Maryland.-1988.-522pp.
229. Morehead Hugh S., "The Meaning of Life According to Our Century's Greatest Writers and thinkers // Chicago: Chicago Review Pres, 1988.-232p.
230. Nine D. A Treating of Human Nature // Clarendon Press, Oxford, 1965.
231. Pakaw Moral Development, Internet Encyclopedia of Philosophy. <http://www.iep.utm.edu/moraldev>
232. Polkinghorne J.C. The person, the soul, and genetic engineering // J.C. Polkinghorne // Journal of Medical Ethics. 2005. - V. 31. - P. 635-640.
233. Potter V.R. Bioethics: Bridge to the Future // Englwood Cliffs, Prentice-Hall, inc. 1971.205p.
234. Potter V.R. Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy // East Leasing – Michigan State University Press.- 1988.
235. Read B., Certainty, Stanford Encyclopedia of Philosophy; [http:// plato.stanford.edu/entries/certainty/](http://plato.stanford.edu/entries/certainty/)
236. Rice T. Individual autonomy and state involvement in health care / T. Rice // Journal of Medical Ethics. 2001. - V. 27. - P. 240-244.
237. Schwab A.P. Formal and effective autonomy in healthcare / A. P. Schwab // Journal of Medical Ethics. 2006. - V. 32. - P. 575-579. - Режим доступа: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/32/10/575> (дата обращения: 27.02.2008).
238. Sedova N., Navrotsky B. Methodological Relationship Between Bioethics and Philosophy // XXIII World Congress of Philosophy ,Philosophy as inquiry and way of life, Athens, 04-10 August, 2013, p. 448.

239. Shana Alexander // J. "Life", 1962
240. Sklansky M. Neonatal euthanasia: moral considerations and criminal liability / M. Sklansky // Journal of Medical Ethics. 2001. - V. 27. - P. 5-11. - Режим доступа: <http://jme.bmj.eom/cgi/content/full/27/1/5> (дата обращения: 30.07.2009).
241. Stjernsward J. The public health strategy for palliative care // Journal of Pain and Symptom Management, 2007. pp. 634-639.
242. Swindell J.S. Facial allograft transplantation, personal identity and subjectivity / J.S. Swindell // Journal of Medical Ethics. 2007. - V. 33. - P. 449-453. -Режим доступа: <http://jme.bmj.eom/cgi/content/full/33/8/449> (дата обращения: 06.09.2008).
243. Thornton T. Judgement and the role of the metaphysics of values in medical ethics / T. Thornton // Journal of Medical Ethics. 2006. - V. 32. - P. 365-370. - Режим доступа: <http://jme.bmj.eom/cgi/content/full/32/6/365> (дата обращения: 14.08.2007)
244. Tony Hope, Medical Ethics, Oxford, 2004. p. 38-41.
245. Tsai D. How should doctors approach patients? A Confucian reflection on personhood / D. Tsai // Journal of Medical Ethics. 2001. - Vol. 27. - P. 44-50.
246. Tsai D. Human embryonic stem cell research debates: a Confucian argument / D. Tsai // Journal of Medical Ethics. 2005. - V. 31. - P. 635-640.
247. Tsai D. The bioethical principles and Confucius' moral philosophy / D. Tsai // Journal of Medical Ethics. 2005. - V. 31. - P. 159-163/ Режим доступа: <http://jme.bmj.eom/cgi/content/full/31/3/159> (дата обращения: 11.11.2014).
248. UNESCO. Human Cloning: Ethical issues. Paris: UNESCO, 2004.-575p.
249. Wyatt J. Medical paternalism and the fetus / J. Wyatt // Journal of Medical Ethics. 2001. - V. 27. – pp. 15-20.
250. Warren Rick, The Purpose-Driven life // Michigan, 2002.-231p.