

Կյանքի վերջի
իրավիճակներուն բուժման
վերաբերյալ որոշումների
կայացման ուղեցույց



COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

*Տվյալ աշխատանքում ներկայացված
կարծիքները հեղինակային են և
պարտադիր չէ, որ դրանք արտացոլեն
Եվրոպայի խորհրդի պաշտոնական
դիրքորոշումը:*

Այս փաստաթղթի ամբողջական կամ
մասնակի վերարտադրման կամ
թարգմանության բոլոր հարցերը պետք
է ուղղել Հաղորդակցությունների
տնօրինությանը (F-67075 Strasbourg
Cedex):

© Եվրոպայի խորհուրդ, 2014թ մայիս

Տպագրված է Եվրոպայի խորհրդում

**Կյանքի վերջի
իրավիճակներում բուժման
վերաբերյալ որոշումների
կայացման ուղեցույց**

Բովանդակություն

ԱՌԱՋԱԲԱՆ	4
ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ	6
Նպատակը.....	7
Կիրառման ոլորտը.....	8
ՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱՅԱՑՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑԻ ԲԱՐՈՅԱԿԱՆ ԵՎ ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐԸ	10
Ա. Ինքնավարության սկզբունքը.....	10
Բ. Օգուտ բերելու և չվնասելու սկզբունքները	12
1. Միայն համապատասխան բուժում տրամադրելու պարտավորությունը.....	12
2. Անօգուտ կամ անհամամասնական բուժման հասկացությունը, ամենայն հավանականության, պետք է սահմանափակել կամ մերժել	14
Գ. Արդարության սկզբունքը - բժշկական օգնություն ստանալու իրավահավասարություն	16
ՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱՅԱՑՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑԸ	17
Ա. Որոշումների կայացման գործընթացին մասնակցող կողմերը, և նրանց դերերը	17
1. Հիվանդը, նրա ներկայացուցիչը, ընտանիքի անդամները և աջակցություն ցուցաբերող այլ անձինք.....	18
2. Խնամք ապահովող անձինք	28
Բ. Խորհրդակցական գործընթացը և որոշումների կայացումը.....	29
1. Նախնական դիտողություններ30	
2. Կյանքի վերջի իրավիճակներում որոշումների կայացման գործընթացների տարբեր փուլերը. նկարագրություն և վերլուծություն.....	31
ԵԶՐԱՅԱՆԳՈՒՄՆԵՐ	37

Առաջաբան

Ներկա ուղեցույցը նախապատրաստված էր Եվրոպայի Խորհրդի Բիոէթիկայի կոմիտեի (DH-BIO) կողմից հիվանդների իրավունքների պաշտպանությանն ուղղված նրա աշխատանքի ընթացքում, որ հեշտացնի Կենսաբժշկության և մարդու իրավունքների մասին Կոնվենցիայում (Օվեդոյի կոնվենցիա, ETS no.164, 1997) ամրագրված սկզբունքների կատարումը:

Ուղեցույցը նախապատրաստելիս Բիոէթիկայի կոմիտեն մասնավորապես հենվում էր կյանքի վերջում բժշկական միջամտության մասին որոշումների կայացման գործընթացին նվիրված սիմպոզիումի նյութերի վրա: Սիմպոզիումը Բիոէթիկայի ղեկավար կոմիտեն (CDBI)¹ անցկացրել էր 2010թ նոյեմբերի 30-դեկտեմբերի 1-ին:

Այդ միջոցառման համակարգումը հանձնարարված էր CDBI նախագահ տիկին Իզաբել Էրնիին (Ֆրանսիա): Սիմպոզիումի նախապատրաստման ընթացքում CDBI օգտվեց երկու զեկույցներից: Դրանցից մեկը՝ ներկայացված պրոֆեսոր Լյուսի Ակպիի (Ֆրանսիա) կողմից վերնագրված էր «Կյանքի վերջի իրավիճակներում բժշկական որոշումները և հնարավոր այլընտրանքների բարոյական հետևանքները», մյուսը՝ ներկայացված պրոֆեսոր Ռոբերտո Անդորնոյի (Շվեյցարիա) կողմից՝ «Բժշկական օգնության վերաբերյալ նախօրոք արտահայտված ցանկությունները. ընդհանուր սկզբունքներն ու տարբեր կանոնները ազգային իրավական համակարգերում»:

Չետագայում սիմպոզիումի արդյունքների հիման վրա ստեղծվեց աշխատանքային խումբ՝ նպատակ ունենալով նախապատրաստել որոշումների ընդունման գործընթացի սատարման ուղեցույցի նախագիծ: Տիկին Իզաբել Արնիի նախագահությամբ խմբի մեջ ընդգրկվեցին դոկտոր Բեստրիս Իոնան/Ռունմիհիա/, պրոֆեսոր Անդրեաս Վալենտինը (Ավստրիա) և սիմպոզիումի գլխավոր զեկուցող Ռեմիս Օբրին (Ֆրանսիա):

1 2012թ. Միջկառավարական կառույցների վերափոխման ընթացքում Բիոէթիկայի ղեկավար կոմիտեն (CDBI) դարձավ Բիոէթիկայի կոմիտեի (DH-BIO). DH-BIO կոմիտեն գործում է Մարդու իրավունքների ղեկավար կոմիտեի (CDDH) շրջանակներում:

2012թ դեկտեմբերին Բիոէթիկայի կոմիտեն (DH-BIO) հավանության արժանացրեց խորհրդատվությունների համար աշխատանքային խմբի կողմից նախապատրաստված ուղեցույցի նախագծի հրապարակումը: Հանրային խորհրդատվություններն անցկացվեցին 2013թ փետրվարից ապրիլ և թույլ տվեցին մեկնաբանություններ հավաքել շահագրգիռ տարբեր սեկտորների ներկայացուցիչների (առանձնապես հիվանդների, մասնագետ բժիշկների, բիոէթիկայի փորձագետների և մարդու իրավունքների բնագավառում մասնագիտացող իրավաբանների) կողմից:

Ստացված մեկնաբանությունները հաշվի առած վերանայված ուղեցույցի նախագծի տարբերակը հավանության արժանացավ DH-BIO Կոմիտեի կողմից նրա չորրորդ պլենար նիստի ընթացքում (2013թ նոյեմբերի 26-28): Այն փոխանցվեց Մարդու իրավունքների ղեկավար կոմիտե (CDDH), որն այն ընդունեց ի գիտություն, այնուհետև Եվրոպայի խորհրդի նախարարների կոմիտե՝ տեղեկատվության համար:

Գլուխ 1

Ներածություն

Առողջապահության բնագավառում առաջընթացը և բժշկության նվաճումները, մասնավորապես բժշկական տեխնոլոգիաների զարգացումը թույլ են տալիս երկարացնել կյանքը և ավելացնում են ողջ մնալու հնարավորությունները: Այն, ինչը սովորաբար դիտարկվում էր որպես սուր կամ արագ զարգացող հիվանդություններ, ձևափոխելով քրոնիկ կամ դանդաղ զարգացող հիվանդությունների՝ այդ տեխնոլոգիաները ծնունդ են բերում իրավիճակներ, որոնք առաջացնում են նոր աշխույժ բանավեճեր կյանքի վերջի վերաբերյալ և պահանջում են կյանքի վերջի իրավիճակում բժշկության կիրառման մասին որոշում կայացնելու շրջանակների վերանայում:

Կյանքի ավարտն և այդ կապակցությամբ անձի արժանապատվության մասին առաջացող հարցերը այն խնդիրներից են, որոնք Եվրոպայի խորհրդի² անդամ երկրներում մտահոգություն են առաջացնում՝ անկախ նրանց մշակութային և սոցիալական տարբերություններից: Մարդու իրավունքների և հիմնական ազատությունների պաշտպանության կոնվենցիայում³ ամրագրված սկզբունքները, առավել կոնկրետ Կենսաբանության և բժշկության նվաճումների կիրառման հետ կապված մարդու իրավունքների և մարդկային էակի արժանապատվության պաշտպանության մասին Կոնվենցիան⁴ կազմում են բարոյական և իրավաբանական չափորոշիչների համակարգ: Հենվելով դրա վրա, անդամ երկրները հնարավորություն են գտնում փնտրել այնպիսի համաձայնեցված պատասխաններ հասարակությունում ծագող խնդիրների համար, որոնք թույլ են տալիս ապահովել մարդկային արժանապատվության պաշտպանությունը: Այդ ընդհանուր դրույթները, հենվելով Եվրոպայի խորհրդի անդամ-երկրներում ընդունված արժեքների վրա, կյանքի վերջի իրավիճակում կիրառելի են և բժշկական սպասարկման, և առողջապահական համակարգերի համար: Առավել ևս, դրանցից ոմանք, ըստ էության, ուղղակի պատասխաններ են մնան իրադրության համար (օրինակ, Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին կոնվենցիայի 9-րդ հոդվածը, որում խոսվում է նախապես արտահայտված ցանկությունների մասին):

2 Եվրոպայի խորհուրդը դա միջկառավարական կազմակերպություն է, որն այսօր միավորում է 47 անդամ-երկիր, ներառած Եվրոպական միություն մտնող 28 երկիր. նրա դերը անդամ-երկրների ընդհանուր ժառանգություն հանդիսացող սկզբունքների և իդեալների՝ դեմոկրատիայի, մարդու իրավունքների և օրենքի գերակայության պաշտպանությունն և աջակցությունն է:

3 Մարդու իրավունքների եվրոպական կոնվենցիա (ETS No.5)

4 Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին կոնվենցիան (ETS No. 164), ընդունված է 1996թ. Ստորագրման համար բաց է 1997թ. Օլյեդոյում (Իսպանիա). (Օլյեդոյի կոնվենցիա)

Նպատակը

Ներկա ուղեցույցը տեղեկատվական, ընդհանրացված ձևով ներկայացնում է այն սկզբունքները, որոնք կարող են կիրառելի լինել կյանքի վերջի յուրահատուկ իրավիճակներում բուժմանը վերաբերող որոշումներ կայացնելու ժամանակ: Ենթադրվում է, որ այդ սկզբունքները կիրառելի են պետություններից յուրաքանչյուրում՝ անկախ իրավական համակարգերի տարբերություններից: Ուղեցույցը միտված է նախ և առաջ առողջապահության շահագրգիռ մասնագետներին, սակայն այն միաժամանակ հանդիսանում է հիվանդների, նրանց ընտանիքների անդամների և բարեկամների, բոլոր աջակիցների, ինչպես նաև կյանքի վերջի իրավիճակներում հիվանդների հետ աշխատող ասոցիացիաների համար տեղեկատվական աղբյուր և բանավեճերի հիմք:

Ուղեցույցի որոշ տարրեր կարող են նյութ հանդիսանալ կյանքի վերջի խնդիրների վերաբերյալ ներկա բանավեճերի համար:

Ավելի կոնկրետ, սույն ուղեցույցն ուղղված է նրան, որ՝

- ▶ **առաջարկի ելակետեր** կյանքի վերջի իրավիճակում բուժվելու մասին որոշում կայացնելու գործընթացի համար: Ամեն ինչից զատ, դա թույլ կտա նույնականացնել գործընթացում ներառված կողմերը, գործընթացի տարբեր փուլերը և որոշումների կայացման վրա ռեալ ազդող տարրերը:
- ▶ **ի մի բերի որակյալ բժշկական պրակտիկային վերաբերող ինչպես նորմատիվ, այնպես էլ բարոյական ստանդարտները** և տարրերը, ինչն օգտակար կլինի առողջապահության մասնագետների համար, որոնք մասնակցում են կյանքի վերջի իրավիճակներում բուժման վերաբերյալ որոշումների կայացմանը: Դեկլարությունը կարող է ելակետեր ապահովել նաև հիվանդների և նրանց ընտանիքների կամ ներկայացուցիչների համար, ինչը նրանց կօգնի հասկանալ այդ կապակցությամբ ծագած խնդիրները, դրանով իսկ որոշակի դերակատարում ունենալ գործընթացում:
- ▶ **ուղեցույցում առկա բացատրությունների հաշվին աջակցի կյանքի վերջի իրավիճակում որոշումների կայացման մասին ընդհանուր բանավեճին**, առանձնապես այն բարդ իրադրություններում, որոնք ծագում են այդ պարագայում, քանի որ դա թույլ է տալիս ներկայացնել մի շարք խնդիրներ և վեճեր, որոնց նկատմամբ եվրոպական տարբեր երկրներում կարող է ելականորեն տարբեր մոտեցումներ դրսևորվել (տես ստորև տեքստի կցոնները):

Այս ուղեցույցը նպատակ չունի պաշտպանել որևէ դիրքորոշում որոշակի կլինիկական իրադրությունում այս կամ այն որոշման օրինականության կամ պատշաճության մասին: Սակայն անկասկած է, որ սպասվող որոշման բնույթը իրավիճակը դաժնում է ավելի բարդ:

Դա կապված է կյանքի վերջի յուրահատուկ համատեքստի հետ, իրավիճակ, երբ ցանկացած բժշկական որոշման նպատակը ամոքիչ է, կենտրոնանում է կյանքի որակի, կամ, առնվազն, այն ախտանիշների հսկման վրա, որոնք հանգեցնում են հիվանդի կյանքի վերջին փուլի որակի վատթարացմանը:

Ընդհանրապես, բուժման վերաբերյալ որոշման ընդունման ցանկացած բանավեճի գլխավոր գաղափարը պետք է լինի անձի արժանապատվության և ինքնուրույնության հարգանքը, իսկ ինչպես ցույց է տալիս կլինիկական փորձը, կյանքի վերջում հիվանդներն առանձնահատուկ խոցելի են, ընդ որում նրանց դժվար է արտահայտել իրենց կարծիքը: Պատահում են նաև այնպիսի իրավիճակներ, երբ որոշման կայացման ժամանակ հիվանդը այլևս ընդունակ չէ արտահայտել իր ցանկությունը: Վերջապես, որոշ դեպքերում հիվանդը կարող է զուտ սեփական կամքով, լիովին օրինական ցանկություն հայտնել չնասնակցել իր բուժման մասին որոշման կայացմանը:

Ամեն դեպքում, կյանքի վերջում առկա անորոշ և բարդ իրավիճակներում որոշումները պետք է լինեն կանխող կոլեկտիվ գործընթացի բարձրակետը, որը երաշխավորելու է, որ հիվանդը գտնվում է ընդունվող որոշումների կենտրոնում: Այդ որոշումները պետք է առավելագույնս համապատասխանեն նրա ցանկություններին, եթե նա ի վիճակի լիներ այդ ցանկություններն արտահայտել, խույս տան անխուսափելի սուբյեկտիվությամբ թելադրված կանխակալությունից և թույլ տան, որքան դա հնարավոր է, բուժումն անցկացնել հիվանդի փոփոխվող վիճակին համապատասխան:

Կիրառման ոլորտը

Ներքոնշյալ տարրերի դիտարկման ժամանակ առանձնակի ուշադրություն կկենտրոնանա հետևյալ ելակետերի վրա.

- ▶ **որոշումների ընդունման գործընթացի**, այլ ոչ թե նրա բովանդակության վրա (այնտեղ, ուր ներկայացված են որոշումների այս կամ այն տիպերը, դա արված է միայն գործընթացին վերաբերող փաստարկների լուսաբանման համար).
- ▶ **կյանքի վերջի իրավիճակին վերաբերող** որոշումների կայացման գործընթացի վրա.

Տվյալ ուղեցույցի շրջանակներում կյանքի վերջի հասկացությունը վերաբերում է այնպիսի իրավիճակներին, երբ առողջության լուրջ վատացումը առաջացող հիվանդության ժամանակ կամ որևէ այլ պատճառով մոտ ապագայում կյանքին անդառնալի սպառնալիք է գուժում:

- ▶ **բուժմանը վերաբերող** որոշումների ընդունման գործընթացի վրա՝ ներառյալ նրա անցկացումը, փոփոխությունը, հարմարվողականությունը, սահմանափակումը կամ դադարումը:

NB. Պետք է նշել, որ տվյալ ուղեցույցի մեջ, որը կենտրոնանում է որոշումների կայացման գործընթացի վրա, չեն դիտարկվում էվթանագիայի կամ միջնորդավորված ինքնասպանության խնդիրները, որոնք որոշ երկրների օրենսդրություններում թույլատրվում են և կարգավորվում են հատուկ կանոնների հիման վրա:

Ներքոհիշյալ նկարագրվող կանոններն ու գործառույթները կիրառվում են անկախ տեղից և պայմաններից, որտեղ կյանքի վերջն է ընթանում, լինի դա հիվանդանոց, բժշկասոցիալական հիմնարկ, ինչպես ծերանոցն է կամ սեփական տունը, ինչպես նաև անկախ նրանից, թե որ բաժնում կամ հիվանդասենյակում է (անհետաձգելի բուժօգնության, ինտենսիվ թերապիայի, քաղցկեղի և այլն) բուժվում հիվանդը: Իհարկե, յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում անհրաժեշտ է հաշվի առնել իրեն հատուկ սահմանափակումները: Կարևոր է, օրինակ, ժամանակի հարցը՝ անհետաձգելի օգնության բաժանմունքներում գործընթացը չի կարելի կազմակերպել նույն կերպ, ինչպես կյանքի վրահաս վերջի պարագայում:

Բոլոր դեպքերում, սակայն, պետք է պատեհ ուշադրություն դարձնել այն սկզբունքին, համաձայն որին անհրաժեշտ է փորձել պարզել հիվանդների կարծիքները բուժման դիտարկվող հնարավոր այլընտրանքների վերաբերյալ, և որ կոլեկտիվ քննարկման գործընթացները կարևորվում են, երբ հիվանդները չեն ուզում կամ չեն կարող ուղղակի մասնակցություն ունենալ որոշումների կայացման գործընթացին: Սույն ուղեցույցի հեղինակներն ընդունում են նաև, որ որոշ յուրահատուկ պարագաները կարող են կյանքի վերջի իրավիճակները առանձնակի բարդ դարձնել: Իմաստ ունի հատուկ դիտարկել այդ իրավիճակներից ոմանք (օրինակ, կյանքի վերջի իրավիճակները նեոնաթալ ուղրտում), որ բացահայտենք գործընթացի այս կամ այն դետալի անհրաժեշտությունը:

Գլուխ 2

Որոշումների կայացման գործընթացի բարոյական և իրավական շրջանակները

Կյանքի վերջի իրավիճակներում բուժման մասին որոշումների կայացման ընթացքում հառնում են հարցեր, որոնք վերաբերում են հիմնարար և միջազգային ճանաչում ստացած բարոյական սկզբունքներին, հատկապես ինքնավարության, օգուտ բերելու, չվնասելու և արդարության սկզբունքներին: Այդ սկզբունքները մարդու իրավունքների Եվրոպական կոնվենցիայում ամրագրված հիմնարար իրավունքների մի մասն են, որոնք Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության կոնվենցիայով փոխադրվել են բժշկության և կենսաբանության ոլորտ: Այդ սկզբունքները փոխկապակցված են, ինչն անհրաժեշտ է հաշվի առնել դրանց կիրառման ժամանակ:

Ա. Ինքնավարության սկզբունքը

Ինքնավարության հարգանքը սկսվում է անձի կողմից անհատական ընտրություն կատարելու օրինական իրավունքների և ընդունակության ճանաչումից: Ինքնավարության սկզբունքը կատարվում է, մասնավորապես, երբ տրվում է ազատ (առանց որևէ ոչ պատշաճ սահմանափակումների կամ ճնշման) և տեղեկացված (ենթադրվող գործունեությանը վերաբերող նախնական տեղեկատվության ստացում) համաձայնություն: Ընդ որում, ցանկացած պահին անձը կարող է հետ կանչել իր համաձայնությունը:

Նախնական տեղեկատվությունը դա էական գործոն է, որը թույլ է տալիս իրականացնել ինքնավարության սկզբունքը: Տեղեկացված որոշումներ կայացնելու համար մարդիկ պետք է հնարավորություն ունենան ստանալ բովանդակությամբ և ձևով համարժեք տեղեկատվություն: Այդ տեղեկատվությունը պետք է հնարավորինս լիարժեք լինի: Հիվանդներին պետք է տեղեկացնել բուժման նպատակների, հնարավոր վտանգների և օգուտի մասին: Առանձնակի կար-

և որ են տեղեկատվության մատակարարման միջոցն ու ձևը, որոնք պետք է համապատասխանեն այն հասկացությունների հնարավորությանը, որոնց ունակ է տեղեկացվող անհատը: Այդ համատեքստում կարևոր է հավաստիանալ, որ ներկայացվող տեղեկատվությունը հիրավի հասկացվել է հիվանդի կողմից: Ուստի, առողջապահության մասնագետների և հիվանդների միջև երկխոսության որակը էական տարր է հանդիսանում հիվանդի իրավունքների ապահովման համար: Այդ երկխոսությունը պետք է ապահովի նաև հնարավոր ապագա որոշումների կանխատեսման հնարավորությունը այն իրավիճակների նկատմամբ, որոնք կարող են ծագել, ընդ որում նաև հանկարծակի:

Յուրաքանչյուր միջամտությունից առաջ անհատի տված ազատ և տեղեկացված համաձայնության սկզբունքը սերտորեն կապված է մասնավոր կյանքի նկատմամբ հարգանքի իրավունքի հետ, որն ամրագրված է Մարդու իրավունքների եվրոպական կոնվենցիայի 8-րդ հոդվածում: Նույնը վերաբերում է նաև հիվանդի համաձայնությանը թույլ տալ օգտվել իր անձնական տվյալներից և դրանց տրամադրմանը երրորդ կողմին միայն այդ տվյալների գաղտնիությունը պահպանելու պայմանով:

Այդ սկզբունքը և ցանկացած ժամանակ համաձայնությունը հետ կանչելու իրավունքը ամրագրված են Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության Կոնվենցիայի 5-րդ հոդվածում: Դրանից բացի, նույն Կոնվենցիայի 6-րդ հոդվածում ձևակերպված են դրույթներ, որոնք կոչված են ապահովել համաձայնություն տալու անկարող խոցելի անձանց հատուկ պաշտպանությունը:

Ավելի կոնկրետ և կյանքի վերջի իրավիճակների հետ կապված այդ Կոնվենցիայի 9-րդ հոդվածը մարդկանց հնարավորություն է ընձեռում նախօրոք արտահայտել ցանկություններ իրենց կյանքի վերջի վերաբերյալ այն դեպքում, եթե նրանք դա չեն կարողանա անել, երբ անհրաժեշտ կլինի որոշում կայացնել: Իրավիճակը գնահատելու դեպքում բժիշկները պարտավոր են հաշվի առնել այդ ցանկությունները:

Կյանքի վերջի իրավիճակը սովորաբար անհատի համար խիստ խոցելի պահ է, ուստի նրա հնարավորությունը իրականացնել իր ինքնավարությունը կարող է բավականին սահմանափակ լինել:

Հիվանդի ինքնավարության աստիճանի գնահատականը, հետևաբար նաև իրականում նրա հնարավորությունը որոշումների կայացմանը մասնակցելու մեջ հանդիսանում է կյանքի վերջում որոշումների կայացման գործընթացի հիմնական խնդիրներից մեկը: Այսպիսով, հիվանդի պահանջների կամ վաղօրոք արտահայտված ցանկությունների ուսումնասիրությունը որոշումների կայացման գործընթացի անքակտելի մասն է, առանձնապես, երբ խոսքը գնում է այնպիսի հիվանդների մասին, որոնց ֆունկցիոնալ հնարավորություններն այն աստիճանի անկում են ապրել, որ այդ գործընթացում մասնակցելու նրանց հնարավորությունը սահմանափակ է:

Ինքնավարությունը չի նախատեսում հիվանդի իրավունքը իր խնդրանքով ցանկացած բուժում ստանալու համար, առանձնապես այնպիսին, որը համարվում է ոչ համազոր (տես ստորև, բաժին F2): Իրականում, առողջությանը վերաբերող որոշումները միշտ, մի կողմից հիվանդի ցանկությունների, մյուս կողմից իր մասնագիտական պարտավորությունները կատարող մասնագետի կողմից իրավիճակի գնահատականի համադրման արդյունք են, մասնավորապես որոնք բխում են օգուտ բերելու, չվնասելու, արդարության սկզբունքներից:

Բ. Օգուտ բերելու և չվնասելու սկզբունքները

Օգուտ բերելու և չվնասելու սկզբունքները վերաբերում են բժշկի երկակի պարտավորություններին՝ ձգտել առավելագույն օգուտին և որքան դա հնարավոր է, սահմանափակել բժշկական միջամտությունից բխող ցանկացած վնաս: Օգուտի և վնասի հնարավորության հարաբերակցությունը բժշկական էթիկայի հիմնաքարն է: Հնարավոր վնասը կարող է ոչ միայն ֆիզիկական լինել, այլև հոգեբանական, կամ արտահայտվել մասնավոր կյանքի մեջ միջամտելու ձևով:

Նորմատիվ մակարդակով այդ սկզբունքներն արտացոլված են կյանքի իրավունքի մեջ, որն ամրագրված է Մարդու իրավունքների Եվրոպական կոնվենցիայի 2-րդ հոդվածում և ստորացուցիչ և ոչ մարդկային վերաբերմունքից պաշտպանվելու իրավունքի մեջ՝ ամրագրված 3-րդ հոդվածում: Դրանց վրա հենվում է նաև հասարակության կամ գիտության շահերի նկատմամբ մարդկային էակի շահերի և բարեկեցության առաջնայնության մասին պնդումը, որն ամրագրված է Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին Կոնվենցիայի 2-րդ հոդվածում, իսկ ավելի որոշակի՝ այդ Կոնվենցիայի 4-րդ հոդվածում նշված պարտականությունը՝ գործել համաձայն մասնագիտական պարտավորությունների և ստանդարտների:

Ավելի կոնկրետ խոսելով, համապատասխան այդ սկզբունքների, բժիշկները չպետք է այնպիսի բուժում անցկացնեն, որն անօգուտ է կամ անհամամասնական է դրա հետ կապված վտանգների և սահմանափակումների տեսանկյունից: Այլ կերպ ասած, նրանք պետք է հիվանդներին այնպիսի բուժում առաջարկեն, որը համամասնական է և համապատասխանում է իրենց վիճակին: Նրանք նաև պարտավոր են հոգալ իրենց հիվանդների մասին, թեթևացնել նրանց տառապանքները և ապահովել նրանց աջակցությունը:

1. Միայն համապատասխան բուժում տրամադրելու պարտավորությունը

Անենայն հարգանք ունենալով հիվանդի ազատ և տեղեկացված համաձայնության նկատմամբ, ցանկացած բուժման անցկացման կամ շարունակելու համար առաջին անհրաժեշտ պայմանը հիվանդի տվյալներն են:

Գնահատելով բուժման այս կամ այն ձևի համապատասխանությունը կոնկրետ իրավիճակին, որի մեջ գտնվում է հիվանդը, անհրաժեշտ է որոշակի հարցադրումներ անել.

- ▶ հիվանդի առողջության համար սպասվող արդյունքների տեսակետից բուժման հետ կապված օգուտը, վտանգներն ու սահմանափակումները.
- ▶ դրանց գնահատականը տվյալ անձի սպասելիքի տեսակետից: Դա հանգեցնում է «ընդհանուր օգուտի» գնահատականին, որը հաշվի է առնում ոչ միայն հիվանդության կամ ախտանիշների բուժման արդյունքների, այլև կյանքի որակի, հիվանդի հոգեբանական և հոգևոր բարօրության օգուտը:

Որոշ դեպքերում մեծ գնահատականը հանգեցնում է այն եզրակացությանը, որ նույնիսկ բժշկական ցուցանիշներին համապատասխան բուժումն անհամասնական է, եթե վտանգներն ու (կամ) հիվանդին բաժին ընկնող սահմանափակումները, ինչպես նաև դրա իրագործմանը անհրաժեշտ միջոցները համարելի են սպասվող օգուտներին:

Եթե տվյալ իրավիճակում նախատեսվող կամ անցկացվող բուժումը օգուտ չի բերում կամ դիտարկվում է որպես ակնհայտորեն անհամասնական, ապա դրա սկիզբը կամ շարունակությունը կարելի է բնութագրել որպես «թերապևտիկ համառություն» (կամ անգիտակից համառություն): Նման դեպքերում բժիշկը հիվանդի հետ իր երկխոսության ժամանակ կարող է օրինական կերպով բուժում չանցկացնել կամ դադարեցնել այն:

Ակնհայտ միջոցներ չկան ճշտելու համար, թե բոլոր կոնկրետ իրավիճակներում այս կամ այն բուժումն անհամասնական է: Նույնիսկ եթե առկա են բուժման բժշկական ցուցիչներ, որոնք կարելի է կիրառել վտանգների և օգուտի գնահատականի համար, այն հարցը, թե արդյոք բուժումը համամասնական է, պետք է դիտարկել հիվանդի ընդհանուր վիճակի համատեքստում: Բժիշկների, խնամողների և հիվանդների միջև վստահության մթնոլորտը կարևոր է բուժման համամասնությունը գնահատելու համար: Բուժման անհամամասնությունը կորոշվի, մասնավորապես, հիվանդության զարգացման և բուժմանը հիվանդի արձագանքին համապատասխան. Դրանց դրանով է որոշվում, արժի արդյոք հարցականի տակ դնել բժշկական ցուցմունքները: Շատ դեպքերում հնարավոր անհամամասնությունը ծագում է բժիշկների, խնամողների և հիվանդների միջև բուժման նպատակների, սպասվող օգուտի և հնարավոր վտանգների մասին քննարկման ժամանակ:

Կյանքի վերջի իրավիճակում «ընդհանուր օգուտի» գնահատականը առանձնակի կարևոր դեր է խաղում բուժման ընդունելի լինելու որոշման մեջ, որի նպատակը կարող է փոփոխվել (օրինակ բուժիչից դառնալով ամոքիչ): Նման իրավիճակներում, ինքնին կյանքի երկարացումը հնարավոր է բժշկական պրակտիկայի բացառիկ նպատակը չլինի, որը նույնքան պետք է ուղղված լինի

տառապանքների թեթևացմանը: Կյանքի վերջում ցանկացած բժշկական որոշման դժվարությունը կայանում է նրանում, որ հիվանդի ինքնավարության և արժանապատվության հարգման պարագայում գտնել հավասարակշռություն նրա կյանքի պաշտպանության և տառապանքների հնարավոր մաքսիմալ թեթևացման իրավունքի միջև:

2. Անօգուտ կամ անհամամասնական բուժման հասկացությունը, ամենայն հավանականության, պետք է սահմանափակել կամ մերժել

Հիվանդին խնամելը, լայն իմաստով, իր մեջ ներառում է, ի լրումն տեխնիկական հարցերի, նաև մասնագետ բժիշկների ուշադրությունը ցանկացած անձին, ով խոցելի է դարձել հիվանդության կամ ֆիզիկական ամբողջականության խախտման հետևանքով: Խնամքի հասկացությունը ընդգրկում է ոչ միայն բժշկական գործառնություններով բուժումը, այլև խնամքի այլ ձևերը, որոնք նախատեսված են հիվանդի առօրեական կարիքները բավարարելուն (օրինակ՝ անձնական հիգիենայի և հարմարավետության) և որոնք հատուկ բժշկական գիտելիքներ չեն պահանջում:

Ծիշտն ասած, բուժումը ներառում է այնպիսի միջամտություն, որն ուղղված է հիվանդի առողջության բարելավմանը՝ ազդելով հիվանդության պատճառների վրա: Նման բուժման նպատակն է հիվանդին ապաքինել հիվանդությունից կամ այնպես ազդել դրա պատճառի վրա, որ նվազեցնի դրա ազդեցությունը հիվանդի առողջության վրա: Բուժումը ներառում է այնպիսի միջամտություն, որը վերաբերում է ոչ թե հիմնական հիվանդության պատճառին, որից տառապում է հիվանդը, այլ դրա ախտանիշներին (օրինակ՝ ցավազրկիչների կիրառումը) կամ որևէ օրգանի խախտման ռեակցիային (այնպիսին, ինչպիսին դիալիզն է կամ մեխանիկական օդափոխությունը):

Հնարավոր է որոշում ընդունվի դադարեցնել կամ սահմանափակել վերոնշյալ իմաստով բուժումը, որը որևէ օգուտ չի բերում կամ անհամամասնական է դառնում: Բուժման սահմանափակումը կարող է նշանակել ինչպես դրա աստիճանական դադարումը կամ էլ նշանակվող դեղաքանակի նվազեցումը, որ սահմանափակվեն կողմնակի և սաստկանան օգտակար հետևանքները:

Կյանքի վերջի իրավիճակներում բուժման և խնամքի նպատակը նախ և առաջ կյանքի որակի բարելավման մեջ է: Այդ նպատակին հասնելու համար երբեմն կարող է պահանջվել անցկացնել կամ ուժեղացնել բուժման որոշ ձևեր. դա առանձնապես վերաբերում է նեղություն պատճառող ցավի կամ որևէ այլ ախտանիշի թուլացմանը:

Կարևոր է հաշվի առնել նաև, որ եթե կյանքի վերջի իրավիճակում հնարավոր է հարց բարձրացվի այլևս որևէ օգուտ չբերող կամ անհամամասնական դարձած բուժման սահմանափակման կամ դադարեցման մասին, սակայն կյանքի որա-

կի պահպանմանն ուղղված խնամքը, ներառյալ նաև ամոքող բուժումը երբեք չպետք է դադարեցվի: Նման խնամքն անհրաժեշտ է որպես բժշկական գործառույթներուն անհատի հարգանքի սկզբունք:

■ Քննարկվող հիմնահարցերը

Արհեստական սնման և ջրասնման սահմանափակման, դադարեցման կամ անջատման հարցը

Սնունդն ու ջուրը, որ մատակարարվում են հիվանդին, որի մոտ պահպանվել է ուտելու և խմելու ընդունակությունը, հանդիսանում են ֆիզիոլոգիական պահանջները բավարարող պայմաններ, որոնք միշտ պետք է բավարարվեն: Դա խնամքի էական տարրերն են և դրանք պետք է ապահովվեն, քանի դեռ հիվանդը դրանցից չի հրաժարվում:

Արհեստական սնունդն ու ջրասնունը հիվանդին նշանակում են բժշկական ախտանիշներով և ներառում են բժշկական գործառույթների և ապարատների ընտրություն (պերֆուզիա, արհեստական կերակրման զոնդ):

Որոշ երկրներում արհեստական սնունդը և ջրասնունը դիտարկվում են որպես բուժման ձևեր, որոնք կարող են սահմանափակվել կամ դադարեցվել որոշակի հանգամանքներում և համապատասխան երաշխավորությունների առկայությամբ, որոնք նախատեսված են բուժման սահմանափակման կամ դադարեցման համար: Դա կարող է լինել հիվանդի կողմից բուժումից հրաժարվելու հայտարարություն, կամ խնամող բրիգադի կոլեկտիվ գնահատականի շրջանակներում հրաժարում անիմաստ համառումից կամ անհամամասնական բուժումից: Այդ կապակցությամբ ուշադրության արժանի նկատառումներն են հիվանդի ցանկությունները և իրավիճակին համարժեք բուժումը:

Այլ երկրներում, սակայն, համարվում է, որ արհեստական սնունդը և ջրասնունը սահմանափակման կամ դադարեցման ենթակա բուժում չեն, այլ խնամքի այնպիսի ձև, որը բավարարում է անհատի հիմնարար պահանջները և չի կարող դադարեցվել, եթե մահամերձ կամ կյանքի վերջին գտնվող հիվանդը չցանկանա դա անել:

Մահամերձ վիճակում արհեստական սնման կամ ջրասնման էությունը բանավեճի թեմա է: Ոմանք այն կարծիքի են, որ արհեստական սնման կամ ջրասնման անցկացումը կամ շարունակումը անհրաժեշտ են կյանքի վերջում գտնվող հիվանդի հարմարավետության ապահովման համար: Այլոք համարում են, որ հաշվի առնելով ամոքիչ խնամքի հետազոտությունների արդյունքները, արհեստական սնման և ջրասնման օգուտը մահամերձ հիվանդի համար կասկածելի է:

Գ. Արդարության սկզբունքը-բժշկական օգնություն ստանալու հնարավորության իրավահավասարություն

Բժշկական օգնություն արդարացի ստանալու իրավունքն ամրագրված է Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության Կոնվենցիայի 3-րդ հոդվածում: Իրավահավասարությունը նախ և առաջ նշանակում է խտրականության բացակայություն և նրա պահանջը, որ յուրաքանչյուր անձ ի վիճակի լինի մատչելի խնամք ստանալ: Այդ սկզբունքից հետևում է, որ մատչելի միջոցները պետք է հնարավորինս արդար բաշխվեն: Այսօր հանրայնացված է, որ ամոքիչ խնամքը դա առողջապահության անբակտելի մասն է, ինչի մասին խոսվում է Ամոքիչ խնամքի կազմակերպման մասին Եվրոպայի խորհրդի նախարարների կոմիտեի հանձնարարականներում Rec/2003/24: Այդպիսով, կառավարությունները պետք է երաշխավորեն խնամքի արդարացի մատչելիություն յուրաքանչյուրի համար, ում վիճակը դա պահանջում է: Հանձնարարականներին կից բացատրական հուշագրում ընդգծված է նաև, որ «բժիշկները պարտավոր չեն շարունակել բուժումը, որը հիրավի անօգուտ է և չափազանց նեղություն է պատճառում հիվանդին» և որ հիվանդը կարող է հրաժարվել նման բուժումից: Ամոքիչ խնամքի նպատակը, հետևաբար, կայանում է նրանում, որ հիվանդին ապահովի կյանքի հնարավոր լավագույն որակը: Դրան կարելի է հասնել ինչպես ակտիվ խնամքով, որն ուղղված է ցավի և այլ ախտանիշների վերահսկմանը, այնպես էլ նրա հոգեբանական և սոցիալական խնդիրների դեմ պայքարում անհրաժեշտ օգնության ապահովումով, իսկ ուր հնարավոր է՝ նաև հոգեկան աջակցությամբ: Օգտակար է նաև ապահովել սատարում ընտանիքի անդամների համար, որոնք հաճախ զգալի սթրես են կրում:

Կյանքի վերջի իրավիճակի մարտահրավերներին պատասխանելիս, գերակայություններից մեկն, անկասկած, հանդիսանում է ամոքիչ խնամքի հնարավորության ընդլայնումն, անկախ նրանից, թե ինչպես է այն կազմակերպված (լինի դա մասնագետի օգնությունը կամ հատուկ առանձնացված մահճակալները հիվանդանոցում, կամ ըստ բնակավայրի սպասարկումը և այլն): Առնվազն պետք է միջոցներ ձեռնարկվեն մասնագետներին և առողջապահության աշխատողներին ամոքիչ բուժման ուսուցման համար: Դա անհրաժեշտ է նրա համար, որ յուրաքանչյուր տառապյալ առանց որևէ խտրականության կարողանա ստանալ բավարար խնամք և որ, բացի ամոքիչ խնամքից, ապահովվի մարդու իրավունքների նկատմամբ հարգանքը, առանձնապես յուրաքանչյուրի իրավունքը իր կյանքի վերջի տեղի ընտրության և պայմանների համար:

Գլուխ 3

Որոշումների կայացման գործընթացը

Մինչ որոշումների կայացման գործընթացի տարբեր փուլերի նկարագիրը, կարևոր է որոշել գործող կողմերին և նրանց դերն այդ գործընթացում: Յուրաքանչյուրի դերի պարզումը թույլ կտա, հաշվի առնելով որոշ իրավիճակների և համապատասխան որոշումների բարդությունը, խուսափել բխման վտանգներից և գայթաքարերից: Այդ գործընթացի նպատակը պետք է լինի համաձայնության հասնելը այն բանից հետո, երբ յուրաքանչյուր կողմը կներկայացնի իր տեսակետը և փաստարկները:

Ա. Որոշումների կայացման գործընթացին մասնակցող կողմերը, և նրանց դերերը

Որոշումների կայացման գործընթացի վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ բացի հիվանդից և նրա բժշկից, այդ գործընթացում այս կամ այն կերպ ներգրավված են և այլ կողմեր: Առաջին հերթին, դրանք նրանք են, ով մոտ է հիվանդին. մարդիկ, ովքեր որոշակի պարագաներում փոխարինում կամ ներկայացնում են հիվանդին՝ երբ նա դա ուզում է, կամ այլևս հնարավորություն չունի որոշումների կայացման ընթացքին մասնակցել, ինչպես նաև աջակցություն են ցուցաբերում հիվանդին՝ ընտանիքի անդամները, մոտ ընկերները, և ընդհանրապես օգնություն ցուցաբերող ամենատարբեր մարդիկ: Ինչպես նաև խնամք իրականացնող բրիգադի բոլոր անդամները:

Որոշումների կայացման ընթացքին մասնակցող կողմերի հետագա նկարագիրը արտացոլում է նրանց դերերի տարբեր ընդգրկումները (որոշումների կայացում, իրավական աջակցություն, վկայություն, աջակցության ապահովում և այլն). այն նաև հաշվառում է ազգային իրավական մոտեցումների տարբեր ընդգրկումները: Պետք է նշել, որ երբեմն տարբեր դերերում կարող է հանդես գալ նույն անձը (օրինակ՝ ծնողները կարող են միաժամանակ լինել նաև իրենց երեխայի օրինական ներկայացուցիչները և այլն):

1. Հիվանդը, նրա ներկայացուցիչը, ընտանիքի անդամները և աջակցություն ցուցաբերող այլ անձինք

Կյանքի վերջի իրավիճակում որոշումներ կայացնելու գործընթացի գլխավոր կողմը բուն հիվանդն է: Հիվանդը կարող է օգուտ քաղել իր ընտանիքի, մոտ ընկերների կամ յուր շրջապատի այլ մարդկանց ներկայությունից, քանի որ նրանք կարող են աջակցություն ապահովել: Երբ հիվանդը չի կարող կամ կորցնում է որոշում կայացնելու կարողությունը, փոխարինման գործող կարգը թույլ է տալիս երաշխավորել կամ այնպիսի որոշումների կայացում, որոնք շատ մոտ կլինեին նրանց, որոնք ինքը կուզեր, եթե հնարավորություն ունենար որոշումների կայացման գործընթացին մասնակցել, կամ որոշումների կայացում ի շահ հիվանդի: Այդ միջոցները սովորաբար նախատեսվում են ազգային օրենսդրություններում: Երբ հիվանդն անկարող է անմիջականորեն մասնակցել որոշումների կայացման գործընթացին, օբյեկտիվության ապահովման համար իմաստ ունի կոլեկտիվ քննարկում անցկացնել, ինչն էական է հիվանդի պաշտպանության համար:

ա. Հիվանդներ

Որոշումների կայացմանը մասնակցելու հնարավորություն ունեցող հիվանդներ

Եթե հիվանդներն ի վիճակի են մասնակցել որոշումների կայացման գործընթացին, նրանք կարող են բժշկի և բժշկական բրիգադի հետ համատեղ խնամքի պլան կազմել բժշկի խրատների և տեղեկությունների հիման վրա՝ իրենց միջև հաստատված վստահելի հարաբերությունների համատեքստում: Անթույլատրելի է ցանկացած բժշկական միջամտություն առանց հիվանդի համաձայնության, ի բացառություն արտակարգ իրավիճակների և այն պայմանով, որ հիվանդն ավելի վաղ չէր հրաժարվել տվյալ միջամտությունից: Համապատասխանաբար, բժիշկները պետք է ընդունեն հիվանդների ակնհայտ արտահայտված հրաժարումները բուժվելուց, սակայն այդ դեպքում կարող են հիվանդին առաջարկել, եթե իրավիճակը թույլ է տալիս, ժամանակ վերցնել մտածելու և այլ մարդկանց հետ խորհրդակցելու համար: Համենայն դեպս, միտք ունի հիվանդին ժամանակ տալ որոշումը կայացնելուց առաջ մեկ անգամ ևս ամեն ինչ կշռադատելու:

Առավել ևս, ինքնուրույն որոշում կայացնելու ընդունակ հիվանդները, այնուամենայնիվ, կարող են ուզենալ խորհրդակցել ուրիշների հետ կամ խրատներ ստանալ «բնական» աջակցող անձից (ընտանիքի անդամից) կամ «նշանակված», օրինակ՝ վստահված անձից: Սեփական նախաձեռնությամբ նրանք կարող են կոլեկտիվ գործողություն խնդրել որոշում կայացնելու օգնության համար:

Որոշ առանձնակի բարդ իրավիճակներում, երբ, օրինակ, հիվանդը պահանջում է շարունակել բուժումը, որը դադարել է օգտակար լինել, կամ, ընդհակառակ

կը, դադարեցնել բուժումը, երբ դա կարող է բացասաբար անդրադառնալ նրա կյանքի որակի վրա, նույնպես իմաստ ունի մինչ որոշում կայացնելը խորհրդակցել մասնագետ այլ բժիշկների հետ:

Հիվանդներ, որոնց ընդունակությունը լիարժեք և գործուն մասնակցություն ունենալ որոշում կայացնելու գործընթացի մեջ կասկած է հարուցում

Կյանքի վերջի իրավիճակներում հաճախ հարցեր են առաջանում հիվանդի հնարավորության մասին լիարժեք և գործուն մասնակցություն ունենալ որոշումների կայացման գործընթացի մեջ (օրինակ, որոշ հիվանդությունների զարգացման դեպքում, որոնք ազդում են հիվանդի մտավոր ընդունակությունների վրա): Նման իրավիճակներում անհրաժեշտ է գնահատել ցանկացած ծագող կասկածները հիվանդի ընդունակությունների նկատմամբ: Գնահատանքը պետք է հանձնարարվի, որքանով դա հնարավոր է, չեզոք գնահատողի, որն անմիջականորեն չի մասնակցում որոշումների կայացման գործընթացին կամ հիվանդի խնամքին: Հիվանդի կողմից իր ինքնավարությունը իրականացնելու ընդունակության գնահատականը պետք է փաստաթղթվի:

■ Ֆոկուսում

Ինքնուրույն բժշկական որոշումներ կայացնելու հիվանդի ընդունակությունների գնահատումը

Բժշկական որոշումներ կայացնելու անհատի կարողությունների կամ աստիճանի գնահատման համար օգտակար է ուշադրություն դարձնել հետևյալ տարրերի վրա.

- ա. *հասկանալու ընդունակությունը*-հիվանդները պետք է կարողանան հասկանալ ախտորոշման և դրա հետ կապված բուժման մասին էական տեղեկատվությունը և ընդունակ լինեն ցուցադրել իրենց հասկացությունը.
- բ. *գնահատելու ընդունակությունը*-հիվանդները պետք է կարողանան գնահատել իրավիճակը, որի մեջ իրենք գտնվում են, հասկանան հիմնահարցը և սեփական իրավիճակից ելնելով գնահատեն բուժման հետևանքները համապատասխան արժեքների իրենց սանդղակի կամ իրենց տեսակետներից ելնելով.
- գ. *խորհելու ընդունակությունը*- հիվանդները պետք է ընդունակ լինեն խորհելու, համեմատելու առաջարկվող այլընտրանքները և կշռադատեն դրանց վտանգներն ու օգուտը: Այդ կարողությունը պայմանավորված է տեղեկատվությունը ռացիոնալ յուրացնելու, վերլուծելու և մշակելու ընդունակությամբ.
- դ. *ընտրությունը ձևակերպելու ընդունակությունը*-հիվանդը պետք է ընդունակ լինի ընտրություն կատարել, ինչպես նաև արտահայտել և հիմնավորել այն:

Ցանկացած իրավիճակներում, բացառությամբ նրանց, երբ հիվանդը բացարձակապես անկարող է արտահայտել իր ցանկությունները (օրինակ, ինքը գտնվում է վեգետատիվ վիճակում), նույնիսկ երբ ինքն անկարող է երևում ազատ և իրազեկված ցանկություններ արտահայտելու համար, անհրաժեշտ է նրան դիտարկել որպես մարդկային արարած այդ խոսքի բուն իմաստով, որը մասամբ ընդունակ է ըմբռնել կամ հասկանալ այն, ինչ իրեն ասում են և որքան հնարավոր է մասնակցել որոշումների կայացման գործընթացին: Ուստի առաջարկվում է պարբերաբար տեղեկացնել նրան և խոսել ավելի մատչելի, համապատասխան նրա ըմբռնմանը այն մասին, թե որոնք են խնդիրները և գործողությունների հնարավոր միջոցները, նույնիսկ եթե հիվանդի նկատմամբ նշանակված են պաշտպանության իրավաբանական միջոցներ: Բոլոր նախապատվություններն ու ցանկությունները, որոնց մասին կարող են հաղորդել հիվանդները և նրանց հնարավոր արձագանքներն այդ պահին պետք է հաշվի առնել և, որքան հնարավոր է, ուղղորդել նրանց վերաբերյալ կայացվող որոշումը:

Հիվանդները, որոնք այլևս չեն կարող մասնակցել որոշումների կայացման գործընթացին

Երբ հիվանդներն անկարող են մասնակցել որոշումների կայացման գործընթացին (օրինակ, կոմայի, ուղեղի վնասվածքի, դեգեներատիվ հիվանդության ծանր փուլի և այլնի հետևանքով) որոշումները պետք է կայացվեն երրորդ անձի կողմից՝ համաձայն այն ընթացակարգերի, որոնք շարադրված են համապատասխան ազգային օրենսդրությունում:

Նույնիսկ այն իրավիճակներում, երբ հիվանդները չեն կարող մասնակցել որոշումների կայացմանը, նրանք մնում են գործընթացի կողմերից մեկը: Չնայած նրանք անկարող են արտահայտել սեփական ցանկությունները իրենց կյանքի վերջի միջոցառումների վերաբերյալ այն պահին, երբ պետք է ընդունվի այդ որոշումը, հիվանդները, այնուամենայնիվ, կարող են մասնակցել որոշումների կայացման գործընթացին **նախօրոք արտահայտված ցանկությունների միջոցով**: Հիվանդի ցանկությունների արտահայտումը կարող է տարբեր ձևեր ընդունել: Օրինակ, հիվանդը կարող է իր մտադրությունների մասին հայտնել ընտանիքի անդամին, մոտ ընկերոջը, կամ նշանակված վստահված անձին, այնպես որ նրանք կարող են վկայել և երբ ժամանակը գա, հաղորդել հիվանդի ցանկությունների մասին: Հիվանդը կարող է թողնել նաև նախնական կարգադրություններ («կյանքի կտակը») կամ երրորդ անձին տրամադրել հավատարմատարի լիազորությունները, որոնք տարածվելու են հենց այն իրավիճակի վրա, որի վերաբերյալ պետք է որոշում կայացվի:

■ Ֆոկուսում

Նախօրոք արտահայտված ցանկությունների համար պաշտոնական սահմանումները

Առկա են իրավական տարբեր սահմանումներ.

Ա-պաշտոնական դիմումներ /կամ «նախնական կարգադրություններ» որոնք երբեմն կոչում են «կյանքի կտակներ» (տես հաջորդ կցոնը) դա գրավոր փաստաթղթեր են, կազմված իրավաբանորեն իրազեկ անձի կողմից (չափաիաս և ընդունակ արտահայտել ազատ և իրազեկված ցանկություն) և ներառնող այնպիսի ցանկություններ, որոնք վերաբերում են բուժմանը այն դեպքում, երբ ինքն այլևս չի կարողանա մասնակցել որոշումների կայացման գործընթացին: Այդ դիմումի տերը հանդես չի գալիս դրա կազմողի անունից:

Բ-առողջության հարցերով *հավատարմատարի լիազորությունները* իրավունք են տալիս այն անձին, որը կոչվում է լիազորող, նշանակել որևէ մեկին, որը կոչվում է հավատարմատար (որը պետք է համաձայնվի այդ դերի հետ), իր անունից արտահայտել բուժմանը վերաբերող ցանկություններ, ինչը պետք է նրանց տրամադրվի, եթե նրանք այլևս անկարող են մասնակցել համապատասխան որոշման կայացմանը: Ֆրանսերենով այդ լիազորությունները երբեմն կոչում են ապագայի պաշտպանության լիազորություններ: Կարող է նշանակվել ցանկացած հարմար իրավագոր անձ, ներառյալ ընտանեկան բժիշկը, ընտանիքի անդամը, մոտ ընկերը կամ վստահված անձը և այլն: Հավատարմատարները կարող են նաև պաշտոնական դիմումներում բացատրել երկիմաստ դրույթները, կամ ճշտումներ մտցնել այլ իրավիճակների համար, որոնք հիշատակված չեն փաստաթղթում կամ հիվանդության զարգացման հընթացս առաջանում են: Սակայն հավատարմատարը կարող է գործել միայն համապատասխան իր լիազորությունների և լիազորողի շահերից ելնելով:

Անկախ նրանց իրավաբանական ուժից, առողջապահության համակարգի կազմակերպման մեջ առանձնակի ուշադրություն պետք է դարձնել վաղօրոք արտահայտված ցանկությունների վերաբերյալ սահմանումներին, հաշվի առնելով որոշումների կայացման գործընթացում դրանց կարևորությունը որպես միջոցների, որոնք ապահովում են հիվանդի ցանկությունների պաշտպանությունը: Դա հիվանդի իրավունքների իրականացման միջոցներն են: Առողջապահության համակարգի բոլոր օգտատերերը և այդ ոլորտի մասնագետները պետք է տեղեկացված լինեն հիվանդի իրավունքների պաշտպանության մասն հնարավորությունների գոյության մասին, նաև նրա մասին, թե ինչպես են դրանք կազմակերպված և ինչպիսին է դրա կիրառման իրավաբանական բնագավառը:

Պաշտոնական, գրավոր փաստաթուղթը իրենից ներկայացնում է անհատի վաղօրոք արտահայտված ցանկությունները հայտնի դարձնելու ամենաամվտանգ

և հուսալի միջոցը: Համապատասխանաբար, գրավոր նախնական կարգադրությունները հիվանդների ցանկությունները ուղղակի արտահայտող միջոցներ են: Դրանց առկայության պայմաններում նրանք համարվում են ամենանշանակալիները մյուս, ոչ բժշկական կարծիքների համեմատ, որն արտահայտված է որոշման կայացման գործընթացի ժամանակ (վստահված անձի, ընտանիքի անդամի, մոտ ընկերոջ կողմից), իհարկե, որոշակի քանակի պահանջների կատարման պայմանով, որոնք երաշխավորում են դրանց արժանահավատությունը: Այդ պահանջների թվում են՝ հեղինակի նույնականությունը, նրա իրավունակությունը, համապատասխան բովանդակությունը, գործողության ժամկետը, դրանց վերանայման վերաբերյալ կարգադրություններն առ այն, որ դրանք հնարավորինս մոտ մնան հեղինակի ընթացիկ վիճակին, դրանց չեղյալ հայտարարելու հնարավորությունը և այլն: Դրա հետ մեկտեղ պետք է նախատեսված լինի դրանց մատչելիությունը (պահպանման այնպիսի պայմաններ, որոնք թույլ կտան ապահովել դրանց բժշկին ժամանակին հասցնելը):

■ Ֆոկուսում

Նախնական կարգադրությունների կազմումն ու բովանդակությունը

► Երբ պետք է դրանք կազմել

Սկզբունքորեն մարդ կարող է կազմել նախնական կարգադրությունները, եթե նա չափահաս է, իրավունակ է և կարող է արտահայտել իր ցանկությունները յուր կյանքի վերջի կազմակերպման վերաբերյալ: Դրանք կարող են կազմված լինել, օրինակ, անկանխատեսելի հետևանքներով հնարավոր միջադեպի կանխման, կամ քրոնիկ խանգարումների դեպքերում, երբ հիվանդությունները կարելի է սպասել յուրաքանչյուր փուլում» մտավոր ընդունակությունները շոշափող ներառեցներատիվ հիվանդությունների ժամանակ, որոնք ընթանում են անկայուն վիճակում, կամ հոգեկան խանգարումների ժամանակ, ինչպիսին է հիվանդի կամքի վրա ազդող ծանր դեպրեսիան և այլն: Այնուամենայնիվ, առողջ մարդու համար դժվար է կանխատեսել հիվանդությունը, կախյալ վիճակը և կյանքի վերջի գալուստը: Ապագայի կանխատեսման դժվարությունը կարող է ազդել արտահայտվող ցանկությունների ստույգության վրա: Անկախ ցանկացած իրավական համակարգում նախնական կարգադրությունների կիրառման իրավաբանական ոլորտից, դրանք միշտ մեծ դեր կունենան որոշումների կայացման գործընթացում, եթե համապատասխանում են իրավիճակին և այդպիսով կազմված են յուրահատուկ բժշկական համատեքստի լույսի ներքո: Դա առանձնապես արդարացի է, եթե հիվանդը ի վիճակի է խորապես հասկանալ իր հիվանդության հետևանքները:

► Գործունության պայմաններն ու պարբերական նորոգումը

Այս հարցի պատասխանները կարող են զանազանվել ելնելով պաթոլոգիայից:

Կարգադրությունների պարբերական նորոգումը և նրանց գործունեության սահմանները թույլ են տալիս դրանք պահել համընթաց ընթացիկ իրավիճակին: Սակայն հիվանդության ժամանակ, որի ընթացքում հիվանդի մտավոր ունակությունները երկար ժամանակի ընթացքում վատանում են, պետք է հնարավորություն լինի անդրադառնալ ավելի վաղ արտահայտված ցանկություններին, նախքան հիվանդության ազդեցությունը հիվանդի մտավոր ունակությունների վրա կհասնի այն կետին, երբ նրա ցանկությունների գործնական վերանայումը կդառնա անհնար: Երբ գործողության ժամկետը հաստատված է, կանոններում պետք է ցուցումներ լինեն, թե ինչ պետք է անել, եթե նախնական կարգադրությունների ժամկետն անցնում է, իսկ հիվանդը չի կարող վերածնակերպել իր ցանկությունները: Կարելի⁶ է դրանք լիովին անտեսել: Երբ արդեն ամեն ինչ ասված ու արված է, նրանք շարունակում են խոսել հիվանդի ցանկությունների մասին: Համեմայն դեպքս, ընդունված է, որ պետք է հնարավորություն ընձեռվի նախնական կարգադրություններն անվավեր հայտարարել:

► Պաշտոնականության անհրաժեշտությունը

Փաստաթղթի վավերականությունը ստուգելու համար որևէ գրավոր բան ունենալու անհրաժեշտությունը չքննարկվող պահանջ է: Ավելին, որքան շատ է իրավաբանորեն պարտադրող ուժը, որին իրավական նորմերը կարգադրագրում են նախնական կարգադրություններին, այնքան ավելի խիստ պետք է արտահայտվեն այդ կարգադրությունները. բժշկի կողմից հաստատումը (որը հավաստում է հիվանդի հոգեկան վիճակը և հրահանգների հուսալիությունը) և երկու վկաների ստորագրությունների ամրագրումը և այլն: Մի այլ հարց վերաբերում է նրան, թե ինչպես պահել փաստաթղթի իրավաբանական ուժը որպես նախնական կարգադրություն. պետք է նա մնա հիվանդի մոտ, թե վստահվի բժշկին, հիվանդանոցի ղեկավարությանը, պրոֆեսիոնալ իրավաբանին, օրինակ՝ փաստաբանին կամ հիվանդի վստահված անձին և պետք է նա արդյո՞ք գրանցվի ազգային գրանցամատյանում:

Ցանկացած պարագայում, պաշտոնական տեսակետից նախնական կարգադրությունները դիտարկվում են կամ որպես կլինիկ միջոց, որը հիմնված է բժշկի և հիվանդի միջև փոխհարաբերությունների վրա և նպաստում է որոշումների կայացման այնպիսի գործընթացին, որը ցուցադրում է հարգանքը հիվանդների նկատմամբ, կամ որպես վարչական փաստաթուղթ, որը, եթե գործունեության չափանիշերը բավարարվում են, պարտադիր է բժշկի համար: Այդ երկու սխեմատիկ կետերի միջև գոյություն ունեն միջանկյալ մի շարք իրավիճակներ: Վերջին հաշվով, նախնական կարգադրությունները կարող են դիտարկվել որպես միջոց, որը նպաստում է հիվանդի և բժշկի կամ բժշկական բրիգադի միջև երկխոսությանը. դա թույլ է տալիս կոլեկտիվ բանավեճային գործընթացի համատեքստում էական ներդրում կատարել որոշումների ձևավորման մեջ:

Նախնական կարգադրությունների իրավական կարգավիճակն ու պարտադրող ուժը երկրից երկիր տարբերվում են և մինչև հիմա սուր բանավեճերի առարկա են: Սակայն նախնական կարգադրությունների նման գործիքակազմի կարևորության մասին պետք է իրազեկված լինեն առողջապահության մասնագետները և, մասնավորապես, բժիշկները: Երբ նախնական կարգադրությունների կազմմանը մասնակցում է բժիշկը, դա թույլատրում է կանխատեսել որոշումներ, որոնք պետք է կատարել, հաշվի առնելով հիվանդության զարգացումը և հնարավոր ծագող իրավիճակների ընտրությունը: Որոշ խրոնիկ և դեգեներատիվ հիվանդությունների ժամանակ առանձնապես ակնհայտ է նախնական կարգադրությունների կարևորությունը և բժիշկների, և հիվանդների համար: Այս ամենը պետք է ներառել բժիշկների և առողջապահության մասնագետների վերապատրաստման ծրագրերի մեջ:

■ **Բանավեճային խնդիրներ**

▶ **Նախնական կարգադրությունների շրջանակներն ու բովանդակությունը**

Կարող են արդյո՞ք նախնական կարգադրությունները ներառել բուժման սահմանափակման կամ դադարեցման պահանջները որոշ վաղօրոք որոշված իրավիճակներում կամ դրանք պետք է կապված լինեն միայն բուժում անցնելու ենթադրյալ տիպերի ընտրության հետ: Բացի բուժումից, պետք է արդյո՞ք դրանք շոշափեն այլ հարցեր, որոնք վերաբերում են հիվանդի խնամքի կազմակերպման և կյանքի պայմանների հետ: Ավելի ընդհանրացված ասած, պետք է արդյո՞ք դրանք լինեն յուրահատուկ և ստույգ, կամ ավելի ընդհանուր իր ընդգրկմամբ: Երկու տարբերակներն էլ ունեն իրենց զայթաքարերը՝ եթե դրանք արտահայտված են շատ մանրակրկիտ, ապա ցանկացած բժշկական մեկնության համար հնարավորություն չի լինում, ինչը թույլ կտար հարմարեցնել դրանք իրավիճակին, իսկ եթե դրանք շատ ընդհանուր են, ապա հնարավորություն չեն տալիս հավաստվել, որ արտահայտված ցանկությունը որևէ կապ ունի կլինիկ իրավիճակին: Ցանկացած դեպքում, նախնական կարգադրությունները կարող են ներառել միայն օրենքով թուլատրված հնարավորությունները:

▶ **Նախնական կարգադրությունների իրավական կարգավիճակը և՛ կանորեն տարբերվում է յուրաքանչյուր երկրին ներհատուկ օրենսդրությանը համապատասխան**

Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին կոնվենցիան պահանջում է, որ բժիշկները «հաշվի առնեն» նախապես արտահայտված ցանկությունները (հոդված 9): Պետությունն ընտրության իրավունք ունի՝ արժի արդյո՞ք վաղօրոք արտահայտված ցանկություններին պարտադրող ուժ շնորհել: Եվրոպայի խորհրդի նախարարների Կոմիտեն նման ցանկություններին մեծ կարևորություն

է տալիս և իր իրավունակությունը կորցրած անձանց համար հավատարմատարի լիազորությունների երկարաձգման և նախնական կարգադրությունների սկզբունքների մասին Յանձնարարականներում CM/Rec/2009/11, նա խորհուրդ է տալիս անդամ երկրներին «Օժանդակել չափահաս իրավունակների ինքնորոշմանը ապագայում նրանց անիրավունակ լինելու դեպքում՝ հավատարմատարի լիազորությունների երկարաձգման և նախնական կարգադրությունների միջոցով»: Այնտեղ նաև վերապահություն է արված, որ «Պետությունները պետք է որոշեն, մինչ ինչ աստիճան նախնական կարգադրությունները պետք է պարտադրող ուժ ունենան» և ընդգծվում է, որ «պարտադիր ուժ չունեցող նախնական կարգադրությունները պետք է դիտարկել որպես ցանկությունների արտահայտում, որոնց պետք է պատշաճ ուշադրությամբ վերաբերվել»:

Վեճերի մեջ, թե նախնական կարգադրությունները ինչ չափով պետք է պարտադիր լինեն, ոմանք պնդում են, որ պարտադիր ուժով նրանց օժտումը որոշման համար ամբողջ պատասխանատվությունը փոխանցում է հիվանդի վրա, այն դեպքում, երբ դրանք պարտադիր չեն, որոշման համար պատասխանատվությունը բժիշկները վերցնում են իրենց վրա: Այլոք պնդում են, որ նախնական կարգադրություններն արտացոլում են անհատի կամքը կազմելու ժամանակ և չեն կարող կանխատեսել, թե ինչպես կամքը կարող է փոփոխվել հիվանդությանը համընթաց-տրամադրությունների նման փոփոխություններ հանդիպում են մարդկանց մոտ մինչ այն ժամանակը, երբ նրանք պահպանում են իրենց հայացքները արտահայտելու հնարավորությունները:

Պետք է նշել որ նույնիսկ այն երկրներում, որոնք ակնհայտորեն ճանաչում են նախնական կարգադրությունների պարտադիր ուժը, լայնորեն տարածված է այն կարծիքը, որ բժիշկների մոտ կարող են լինել հիմքեր, որոնք թույլ կտան իրենց չհետևել հիվանդի ցանկություններին: Օրինակ, եթե դրանք ձևակերպվել էին անգործունակության վրա հասնելուց մի քանի տարի առաջ, կամ այն ժամանակներից, երբ դրանք կազմվել էին, բժշկության մեջ տեղի են ունեցել զգալի տեղաշարժեր, որոնք ազդել են դրա բովանդակության վրա:

Բ. Օրինական ներկայացուցիչ

Երբ հիվանդն անկարող է տալ լիարժեք և գործնական համաձայնություն բժշկական միջամտության համար իր տարիքի (անչափահաս), հոգեկան անգործունակության, հիվանդության կամ նման պատճառներով, օրենքը երաշխավորում է նրա պաշտպանությունը՝ նշանակելով ներկայացուցիչ: Անհրաժեշտ է տարբերակել օրինական ներկայացուցչին, որի բնույթը (ֆիզիկական անձ, ինստիտուտ, իշխանագոր մարմին) և դերը որոշվում են ազգային օրենսդրությամբ և այլ անձինք (օրինակ՝ վստահված անձինք), որոնք նշանակվում են հիվանդի կողմից, որ որոշումների կայացման ընթացքում գործեն իր անունից: Անհրաժեշտ է տարբերակել օրինական ներկայացուցչին և հավատարմատարին, որը

գործում է հիվանդի խնդրանքով նրա անունից, խստորեն հետևելով իրեն հրահանգված լիազորություններին (տես ստորև «Հավատարմատար» բաժինը):

Որոշ իրավական համակարգերում օրինական ներկայացուցիչները որոշումների կայացման ընթացքում դեր ունեն: Նրանք կարող են թույլատրություն տալ օրենքով պաշտպանված անձի նկատմամբ բժշկական միջամտության անցկացման համար կամ իր դերի շրջանակներում, կամ դատավորի սահմանած որոշման սահմաններում: Բոլոր դեպքերում օրինական ներկայացուցիչը կարող է գործել միայն պաշտպանվող անձի շահերից ելնելով:

Անհատի արժանիքների հարգման սկզբունքին համապատասխան, ցանկացած իրավական համակարգում օրինական ներկայացուցչի առկայությունը բժշկին չի ազատում որոշումների կայացման ընթացքում հիվանդի ներգրավմանը որոշումների կայացման գործընթացին, եթե վերջինս, չնայած որոշակի անիրավունակությանը, կարող է մասնակցել այդ գործընթացին:

Ընդունված է, որ բժշկական ներգործության ազատ և տեղեկացված համաձայնություն տալու իրավունակությունից զուրկ մարդկանց առարկությունները միշտ պետք է հաշվի առնվեն:

Անչափահասների պարագայում նրանց կարծիքը պետք է դիտարկել որպես ավելի կարևոր գործոն նրանց տարիքի ավելացման և տարբերակման հնարավորության բարելավմանը զուգընթաց:

Գ. Հավատարմատար

Հիվանդը կարող է կյանքի վերջին վերաբերող իր ցանկությունները երրորդ կողմին արտահայտել հավատարմատարի լիազորությունների հիման վրա, որի մեջ կարող են մտնել ոչ միայն որոշումները բուժման վերաբերյալ (որոնք վերաբերում են նաև սեփականությանը, բնակավայրին կամ կեցավայրին): Հավատարմատարները գործում են հոգուտ հիվանդի իրենց համար նախատեսած լիազորությունների սահմաններում: Նրանք փոխանցում են տվյալ անձի ցանկությունները բժշկական բրիգադին և երաշխավորում են, որ այդ ցանկությունները հաշվի կառնվեն:

Դ. Վստահված անձ

Վստահված անձի (երբեմն կոչվում է «անհատական փաստաբան» կամ «փոխնակ») սահմանումն ու դերը կարող են տարափոխվել ազգային օրենսդրությանը համապատասխան: Սակայն «վստահված անձ» հասկացությունը վերաբերում է այն անձանց, որոնք ընտրված են և որպես այդպիսիք կոչված են հիվանդի կողմից: Ընդհանուր առմամբ նրանց պետք է տարբերակել օրինական ներկայացուցիչներից և հավատարմատարներից: Նրանց դերը կայանում է նրանում, որ օգնեն հիվանդին և աջակցեն հիվանդության ընթացքում: Երբ հիվանդն այլևս չի կարող արտահայտել իր ցանկությունները, վստահված անձը կարող է վկայել այն մասին, թե ինչպիսին են այդ ցանկությունները: Վստահված անձին կարող

են փոխանցվել նախնական կարգադրությունները և հարմար ժամանակ դրանք բժշկին ասելու իրավունքը:

Ե. Ընտանիքի անդամներն ու մոտ ընկերները

Բացի օրինական ներկայացուցչի պարտավորություններից, որի իրավասությունները կարող են վերագրվել ընտանիքի որոշ անդամներին (օրինակ, ծնողները կարող են լինել իրենց անչափահաս երեխաների օրինական ներկայացուցիչները կամ ինչ որ մեկը կարող է լինել իր գործակցի օրինական ներկայացուցիչը), ընտանիքի դերը կարող է փոխվել երկրից երկիր, ինչպես նաև սոցիալական և մշակութային համատեքստից: Նույնը վերաբերում է նաև այն անձանց, որոնք «մոտ» են հիվանդին և նրա հետ ունեն բարեկամական կամ հուզական կապեր, որոնք հիվանդի համար կարող են ավելի ուժեղ լինել, քան իր ընտանիքի հետ կապերը: Ավելին, երբեմն հիվանդները որպես վստահված անձ ընտրում են որևէ մեկին մերձավոր ընկերների այդ շրջանակից, քանի որ ընտանեկան կապերը թուլացել են, կամ ցանկանալով ընտանիքի անդամներին ազատել այդ ծանր բեռից:

Ինչպես ընտանիքի, այնպես էլ մոտ ընկերների դերը կարող է փոխվել պայմանավորված այն վայրից, որտեղ իրականացվում է հիվանդի խնամքը (օրինակ, գտնվելով տանը, հիվանդն ավելի մոտ է նրանց, ովքեր իրեն շրջապատում են):

Համենայնդեպս, ընտանիքի անդամների և մոտ ընկերների հետ խորհրդատվությունները, նույնիսկ եթե դրանք իրավական որոշակի դեր չեն խաղում որոշումների կայացման ընթացքում, չնայած սկզբունքորեն անցնում են հիվանդի համաձայնությամբ, առանձնապես կարևոր են այդ մարդկանց և հիվանդի միջև հուզական կապերի և ինտիմ հարաբերությունների պատճառով:

Սակայն փորձը ցույց է տալիս, որ նույն ընտանիքի շրջանակներում կյանքի վերջին նվիրված հարցերը կարող են խիստ տարբերակվել և խնամք իրականացնող բրիգադը դժվարությամբ է գլուխ հանում ընտանեկան կոնֆլիկտներից: Նման իրավիճակներում օգտակար է լինում կանխապես արտահայտված, գրավոր ներկայացված ցանկությունների, առանձնապես նախնական կարգադրությունների առկայությունը կամ վստահված անձի թե լիազոր հավատարմատարի նշանակումը:

Զ. Աջակցող այլ անձինք

Ինչ վերաբերում է աջակցող այլ անձանց (այնպիսիք, ինչպիսիք են ընկերակցությունների անդամները, կամավորները և այլն), սկզբունքորեն բացի հիվանդին ապահովվող աջակցությունից, այդ կողմերը, եթե նրանք մտնում են խնամք ապահովող խմբի մեջ, նույնիսկ ամենալայն առումով, չեն խառնվում որոշումների կայացման կոլեկտիվ գործընթացին: Սակայն աջակցություն ցուցաբերող այդ անձինք կարող են տեղեկատվության տիրապետել (նախնական կարգադրությունների առկայության, հիվանդի ցանկությունների, նրա շրջապատի և

այլնի մասին): Ուստի նրանք կարող են համարվել հիվանդի ցանկությունների վկաներ կամ տեղեկատվության աղբյուրներ, այնպես որ նրանց հետ խորհրդակցությունները որոշակիորեն օգտակար են, իսկ երբեմն նաև էական: Չնայած նրանք չեն մասնակցում որոշումների կայացման գործընթացին, նրանց ներկայությունը հաճախ թույլ է տալիս ապահովել հիվանդին մարդկային կամ հոգևոր աջակցությամբ, ինչը նրանց կյանքի այդպիսի պահին ամենևին չպետք է արհամարհել:

2. Խնամք ապահովող անձինք

Ա. Բժիշկ

Բժշկական տեսակետից հիվանդի վիճակը գնահատելու նրանց հնարավորության և մասնագիտական պարտավորությունների հետևանքով բժիշկները կարևոր, եթե չասել հիմնական, դեր են խաղում որոշումների կայացման գործընթացում: Նրանք հիվանդներին և որոշումների կայացման ընթացքին մասնակցող այլ անձանց ապահովում են անհրաժեշտ բժշկական տեղեկատվությամբ:

Չիվանդի հետ համատեղ նրանք կազմում են խնամքի և բուժման պլանները: Եթե հիվանդն ի վիճակի է արտահայտել ազատ և տեղեկացված ցանկություններ, նրանք կարող են օգնել վերջինիս որոշումների կայացման մեջ: Եթե հիվանդն այլևս չի կարող արտահայտել իր ցանկությունները, ապա վերջին հաշվով հենց բժիշկը, եզրափակելով ներգրավված բոլոր մասնագետների մասնակցությամբ որոշման կայացման կոլեկտիվ գործընթացը, պետք է ընդունի կլինիկական որոշում՝ ղեկավարվելով հիվանդի լավագույն շահերով: Այդ նպատակով նա կհաշվառի գործին վերաբերող բոլոր տարրերը (խորհրդակցություն ընտանիքի անդամների, մոտ ընկերների, վստահված անձի և այլոց հետ) և ի նկատի կունենա նախօրոք արտահայտված բոլոր ցանկությունները: Սակայն, պետք է նշել, որ որոշ երկրներում, այդ անձի դերը, որը վերջնական որոշումն է կայացնում այն պարագայում, երբ հիվանդը չի կարող մասնակցել գործընթացին, համեմարարվում է ոչ թե բժշկին, այլ նախատեսվում է երրորդ կողմի համար (օրինակ՝ օրինական ներկայացուցչին): Այնուամենայնիվ, բոլոր դեպքերում, բժիշկները նրանք են, ովքեր կոչված են ապահովել որոշումների կայացման պատշաճ ընթացքը և, մասնավորապես, հաշվառել հիվանդի կողմից նախօրոք արտահայտված բոլոր ցանկությունները և բացառել ցանկացած անօգուտ կամ անհամապատասխան բուժում:

Բ. Խնամք ապահովող բրիգադ

Չիվանդի խնամքն իրականացնող բրիգադը ներառում է բուժքույրերի, բժշկի ասիստենտների և, ուր անհրաժեշտ է՝ հոգեբանների, առաջին օգնության մասնագետների, ֆիզիոթերապևտների և այլոց: Որոշումների կայացման ընթաց-

քում բրիգադի յուրաքանչյուր անդամի դերը կարող է տարբերակվել զանազան երկրներում: Համեմայն դեպս, որոշումների կայացման ընթացքի շրջանակներում յուրաքանչյուրի դերը պետք է հստակ որոշվի: Հիվանդին օրեցօր խնամող այդ մասնագետները հաճախ մոտ են լինում նրան, մասնակցում են որոշումների կայացման ընթացքին, հաղորդելով ոչ միայն բժշկական տեղեկատվություն, այլև հիվանդներին վերաբերող մանրամասներ, օրինակ՝ շրջապատի, կենսագրության և հավատի մասին:

Խնամող բրիգադը կարելի է հասկանալ նաև ավելի լայն առումով, ներառելով նրա մեջ բոլոր նրանց, ովքեր ընդհանրապես մասնակցում են հիվանդի խնամքին: Օրինակ, սոցիալական աշխատողները, իմանալով մարդկանց նյութական, ընտանեկան և հուզական վիճակների մասին, կարող են տիրապետել տեղեկատվության, որն օգտակար է հիվանդի դրության գնահատականի համար (որի հիման վրա կարելի է որոշել, արժի արդյո՞ք նրան տուն վերադառնալ), սակայն ինչն անպայման չէ մատչելի լինի բժիշկներին:

Գ. Որոշումների կայացման գործընթացին հնարավոր ներգրավված այլ մարմիններ

Անորոշ իրավիճակում օգնության նպատակով կարող է միանալ կլինիկական էթիկական կոմիտեն՝ նա կարող է բարոյական կարծիք արտահայտել որոշումների կայացման գործընթացի բաղկացուցիչ մաս կազմող բանավեճերի ընթացքում: Պայմանավորված կարգից ելնելով նման կոմիտեները կարող են միանալ գործընթացին կամ կանոնավոր կերպով կամ ըստ պահանջի (բժշկական բրիգադի, հիվանդի կամ նրա շրջապատի կողմից):

Հաշվի առնելով կյանքի վերջի իրավիճակի բարդությունը, տարբեր կողմերի (խնամքի բրիգադի անդամների, ընտանիքի ներսում և այլն) միջև ընդունելի որոշումների վերաբերյալ բախումների վտանգ կա: Ընդ որում կարող է պահանջվի դիմել երրորդ կողմին, այնպիսին, ինչպես մասնագիտացված մարմինն է, որը մեդիատորի դեր է կատարում: Ավելին, որոշ իրավական համակարգերում նախատեսվում է դատարանի միջամտությունը:

Բ. Խորհրդակցական գործընթացը և որոշումների կայացումը

Տվյալ գլխում, բանավեճային նպատակներով ընդունված է ծայր աստիճան սխեմատիկ մոտեցում, երբ առանձնացվում են մի քանի փուլեր, հաշվի առնելով իրականացվող գործունեության էությունն ու նպատակները, դրա մեջ ներառված կողմերը և միջավայրը, ուր մարում է կյանքը (տանը, հիվանդանոցում կամ որևէ այլ տեղ):

Փուլերի այս հաջորդականությունը պարտադիր ժամանակագրական սկզբունքով չի ներկայացվում, որին հետևելը բացարձակ անհրաժեշտ է: Կարևորը դա հնարավորությունն է նույնականացնել որոշումների կայացման գործընթացի արմատական բաղադրիչները, դրա հետ մեկտեղ հաշվի առնելով ժամանակավոր սահմանափակումները, որոնք կարող են պատահել յուրահատուկ կլինիկ պայմաններում:

NB. Տվյալ գլխի եռթյունն ինքնին որոշումների կայացման գործընթացն է: Ինչպես ընդգծվում էր ուղեցույցի սկզբում, նրա նպատակների մեջ չէր մտնում որոշումների բովանդակության, նպատակահարմարության կամ օրինականության քննարկումը, որոնք ի վերջո պետք է ընդունվեն տվյալ կլինիկական վիճակում:

1. Նախնական դիտողություններ

Մինչ որոշումների կայացման ընթացքի տարբեր փուլերի մանրամասներին անդրադառնալը, անհրաժեշտ է կրկնել հետևյալ դրույթները.

- ▶ **Հիվանդը պետք է միշտ գտնվի որոշումների կայացման ցանկացած գործընթացի կենտրոնում:** Դա արդարացի է, անկախ նրանից, թե ինչպիսին է հիվանդի իրավական կարգավիճակը, կամ որոշումներ կայացնելու կամ դրանց կայացմանը մասնակցելու նրա փաստացի հնարավորությունը: Սկզբունքորեն, հիվանդները դա այն կողմն է, որը պետք է որոշի և ընտրություն կատարի սեփական կյանքի ավարտի վերաբերյալ: Սակայն նրանց անմիջական մասնակցությունը կարող է փոփոխվել պայմանավորված իրենց անհատական իրավիճակով, որի վրա այս կամ այն աստիճան ազդում է իրենց առողջության վիճակը, ինչին պետք է հարմարեցնել որոշումների կայացման ընթացքը:
- ▶ **Որոշումների կայացման գործընթացը ձեռք է բերում կոլեկտիվ աշխատանք, երբ հիվանդը չի ուզում կամ ի վիճակի չէ անմիջականորեն դրանում մասնակցել:** Եթե հիվանդները չեն ուզում, չեն կարող կամ այլևս ի վիճակի չեն մասնակցել որոշումների կայացման գործընթացին կամ իրենք են ցանկություն հայտնում օգնություն ստանալ այդ գործընթացում, որոշումների կայացման կոլեկտիվ գործընթացը պետք է
 - ապահովի պաշտպանական միջոցառումներ, եթե որոշումն ընդունում է երրորդ կողմը.
 - բացի դրանից, հարմարվի կյանքի վերջի իրավիճակներում ծագող հանգամանքներին և բարդ այլընտրանքներին:
- ▶ **Կյանքի վերջի իրավիճակներում որոշումների կոլեկտիվ կայացման ընթացքը սկզբունքորեն բաղկացած է երեք գլխավոր փուլերից**
 - **անհատական** փուլ-որոշումների կայացման ընթացքում յուրաքանչյուր կողմը մշակում է իր փաստարկները հիվանդի և հիվանդության

մասին հավաքված տեղեկատվության հիման վրա.

- **կոլեկտիվ** փուլ-տարբեր կողմերը՝ ընտանիքը, մոտ ընկերները և առողջապահության մասնագետները մասնակցում են կարծիքների փոխանակմանը և քննարկումներին, մշակելով տարբեր հեռանկարներ և փոխլրացնող տեսակետներ.
- **եզրափակիչ** փուլ-որոշման վերջնական կայացում:
- ▶ **Հիվանդները, և, անհրաժեշտության դեպքում, ցանկացած այլ շահագրգիռ անձինք** (օրինական ներկայացուցիչները, հավատարմատարներն ու վստահված անձինք և նույնիսկ ընտանիքի անդամները ու մոտ ընկերները) **միշտ պետք է որոշումների կայացման ընթացքում իրենց դերին համապատասխան տեղեկատվություն ստանալու հնարավորություն ունենան:** Հիվանդներին, եթե նրանք դրանից չեն հրաժարվում, միշտ պետք է անհրաժեշտ տեղեկատվություն տրվի իրենց առողջության (ախտորոշում, կանխատեսում), թերապևտիկ ցուցիչների և կյանքից հեռանալու հնարավոր ձևերի մասին:

2. Կյանքի վերջի իրավիճակներում որոշումների կայացման գործընթացների տարբեր փուլերը. նկարագրություն և վերլուծություն

Ա. Գործընթացի մեկնակետը

Գործընթացի մեկնակետը նույնն է, ինչ նաև թերապիայի կամ խնամքի ընտրության հարցը ցանկացած այլ իրավիճակի համար: Ի սկզբանե պետք է որոշվեն բժշկական ցուցանիշները, այնուհետև գնահատվի բուժման վտանգների և օգուտի միջև հարաբերակցությունը՝ անկախ խնամքի բուժիչ թե անոքիչ ելքայան:

Այսպիսով, որոշումների կայացման գործընթացը նախաձեռնվում է՝

- ▶ Խնամող բրիգադի կողմից, որը կանոնավոր գնահատում է, թե հանդիսանում է արդյո՞ք արդեն նշանակված կամ պլանավորվող ցանկացած բուժում օգտակար հիվանդի համար (օրինակ՝ տառապանքների թուլացում կամ ցավերի վերացում) և նրան վնաս չի պատճառում.
- ▶ Խնամող բրիգադի ցանկացած անդամի կողմից, որը կասկած է հայտնում թերապևտիկ մոտեցման վերաբերյալ, որն ընդունվել կամ պլանավորվել է հիվանդի յուրահատուկ իրավիճակը հաշվի առնելով.
- ▶ հիվանդի, նրա ներկայացուցչի կամ վստահված անձի, նրա մերձավոր շրջապատի անդամի (ընտանիքի, մոտ ընկերների, աջակցություն ապահովող անձերի) ցանկացած մեկնաբանությամբ կամ գանգատով, որոնք կասկածի տակ են առնում բուժման սահմանված պլանը:

Բ. Խնդրի որոշումը

Եթե խնամքին կամ աջակցությանը մասնակցող կողմերից մեկը անհանգստություն է ցուցաբերում, հաճախ կարևոր է պարզել հիմնահարցերը, հստակ որոշել, թե ինչու են խնդիրը և վերհանել դրա պատճառները, հաշվի առնելով հիվանդի կոնկրետ իրավիճակը:

Չարցերը կարող են վերաբերել հետևյալ թեմաներից յուրաքանչյուրին՝

- ▶ բուժման անցկացման կամ շարունակման, կամ, հակառակը, սահմանափակման կամ դադարեցման համապատասխանությունը, որն, ամենայն հավանականության, ազդում է հիվանդի կյանքի որակի վրա նրա վերջին փուլում կամ մահանալու ընթացքում.
- ▶ բողոքի կամ խնդրանքի նշանակությունը (օրինակ, բողոքը ցավից կամ ցավը մեղմելու խնդրանքը): Կարևոր է մեկնաբանել արտահայտված ցանկացած վախերն ու սպասումները և վերծանել այն տարրերը, որոնք կարող են ազդել ապագա բուժման ընտրության վրա կամ արտացոլել դիստրեսի ախտանիշների վատ կառավարումը (այնպիսիք, ինչպես ցավն է):
- ▶ շահագրգիռ կողմերի տարբեր կարծիքները հիվանդի կյանքի որակի, որոշ հայտանիշները վերահսկելու անհրաժեշտության կամ այլ թեմաների մասին:

Գ. Փաստարկման մշակումը

Այս փուլը կարևոր է կոլեկտիվ գործընթացի շրջանակներում, եթե հիվանդը չի կարող մասնակցել որոշումների կայացման գործընթացին կամ դիմում է այդ խնդրանքով: Սկզբունքորեն, որոշումների կայացման գործընթացին, ամենալայն առումով, միջամտում է բժիշկն ու խնամքի բրիգադը, իսկ եթե դա իմաստ ունի, սակայն հիվանդը չի կարող, ապա նրա օրինական ներկայացուցիչը: Իհարկե, փնտրվում և հաշվի են առնվում նախօրոք արտահայտված ցանկությունները, այնպիսիք, ինչպիսիք են նախնական կարգադրությունները և հավատարմատարի լիազորությունները: Խորհրդակցություններ են անցկացվում ընտանիքի անդամների, մոտ ընկերների և աջակցություն ապահովող այլ անձանց հետ, եթե հիվանդն ավելի վաղ առարկություններ չէր արտահայտել դրա դեմ:

Փաստարկների անհատական համակարգի կառուցում

Կոլեկտիվ գործառույթի մասնակից յուրաքանչյուր կողմ պետք է գիտակցի իր դերն ու նշանակությունը, որով նա մասնակցում է գործընթացին: Այդ գործընթացին մասնակցող յուրաքանչյուր մասնագետ պատասխանատու է իր գործողությունների համար՝ անկախ բրիգադում գրաված իր դիրքից: Յուրաքանչյուր կողմ պետք է վերլուծի իր շարժառիթները (օրինակ՝ իր մասնագիտական

պրակտիկայի լուսի ներքո), հաշվառելով այն, որ իր դատողություններում որոշ տարրերը կարող են սուբյեկտիվ լինեն (որոնք բխում են իր անձնական փորձից, գաղափարներից և հայացքներից) կամ իր անձնական համոզմունքների ազդեցության տակ գտնվել (բարոյական, փիլիսոփայական, կրոնական և այլն) և ձգտել հնարավորինս օբյեկտիվ լինել:

Խնդրի վերլուծության ժամանակ յուրաքանչյուր կողմը պետք է իր պատճառաբանությունը կառուցի փաստացի տարրերի վրա: Այդ փաստացի տարրերը պետք է նույնականացվեն առնվազն երեք մակարդակների վրա՝

- ▶ հիվանդություն և բժշկական բնորոշումներ՝ ախտորոշում, կանխատեսում, անհետաձգելի իրավիճակ, բուժման պլան, բարելավման հնարավորություն և այլն.
- ▶ հիվանդի իրավիճակը- որոշման կայացման գործընթացի մեջ նրա մասնակցության զնախատականը, իրավաբանական կարգավիճակը, նրա ցանկությունների, կյանքի որակի և անհատական համոզմունքների մասին տեղեկատվության աղբյուրները, նրա շրջապատի մարդիկ, նրա բնակարանային պայմանները.
- ▶ առողջապահական ծառայությունների վիճակը, հարցը նրանումն է, թե ինչպիսի խնամք կարող է ապահովել առողջապահության համակարգը:

Կոլեկտիվ քննարկում

Թեև հանգամանքների փոփոխականությունից ելնելով, առանձնապես պայմանավորված խնամքի վայրից (հիվանդանոց կամ տուն), չի կարող ստանդարտ մոդել լինել, այնուամենայնիվ կարծիքների փոխանակումից և քննարկումից առաջ խորհուրդ են տրվում հետևյալ քայլերը՝

- ▶ որոշել բանավեճի անցկացման գործնական պայմանները (անցկացման վայրը, մասնակիցների թիվը, պլանավորած հանդիպումների քանակը և այլն).
- ▶ սահմանել ժամկետ սպասարկման համար, եթե պահանջվի անհետաձգելի արձագանք.
- ▶ որոշել, ով պետք է մասնակցի քննարկումներին, ճշտելով նրանց դերերն ու պարտականությունները (որոշում ընդունող անձը, հիմնական զեկուցողը, արձանագրություն վարող անձը, համակարգող-մոդերատորը և այլն).
- ▶ բոլոր մասնակիցների ուշադրությունը սևեռել այն փաստի վրա, որ նրանք պետք է պատրաստ լինեն իրենց հայացքների փոփոխությանը, երբ կլսեն քննարկման մյուս մասնակիցների տեսակետները: Բացի դրանից, յուրաքանչյուրը պետք է գիտակցի, որ վերջնական տեսակետը կամ կարծիքը ոչ անպայման պետք է համաձայնեցվեն իր սեփականի հետ:

Կոլեկտիվ քննարկումների ընթացքում բանավեճի անդամների միջև հնարավոր ցանկացած ստորակարգային հարաբերությունները, կամ որևէ արժեհամակարգային սանդղակ չպետք է ազդեն տարբեր կարծիքների արտահայտման ձևի վրա:

Այդ պահանջները կարող են երևալ շատ խիստ տանն իրականացվող խնամքի պայմաններում: Կոլեկտիվ գործառույթը գործնականորեն կարող է լինել ուղղակի բժշկի, բուժքրոջ և խնամք իրականացնող ընտանիքի անդամի հանդիպումը:

Երբեմն, եթե դիրքորոշումներն էականորեն տարբերվում են կամ հարցը բավականին խրթին է կամ յուրահատուկ, ապա կարող է պահանջվել նախատեսել երրորդ կողմի խորհրդատվությունը կամ նրա մասնակցությունը քննարկումներին առ այն, որ հաղթահարի կամ լուծի խնդիրը: Օրինակ, կարող է օգտակար լինի կլինիկական էթիկական կոմիտեի խորհրդատվությունը, որը կառաջադրի լրացուցիչ տեսակետ: Կոլեկտիվ բանավեճի վերջում պետք է համաձայնություն հաստատվի: Նման համաձայնությունը հաճախ գտնվում է բանավեճի ընթացքում արտահայտված տարբեր կարծիքների հատման կետում: Եզրակացությունը կարող է արվի և հաստատվի կոլեկտիվ կերպով, այնուհետև ամրագրվի գրավոր տեսքով:

NB. Անհրաժեշտ է հաշվառել և որքան դա հնարավոր է նախատեսել ընդունվող որոշման արդյունավետությունը, մասնավորապես դիտարկելով, թե ինչպիսի լրացուցիչ միջոցառումներ կպահանջվեն, եթե ընդունված որոշումը հանգեցնի անսպասելի արդյունքի:

Դ. Որոշման կայացումը

Ցանկացած պարագայում անհրաժեշտ է նախապես որոշել, թե որ անձը պետք է կայացնի որոշումը:

Եթե որոշում ընդունող անձը հիվանդն է, սակայն նա, չնայած որ ընդունակ է ինքնուրույն որոշման, արտահայտում է կոլեկտիվ քննարկման ցանկությունը, ապա՝

- ▶ այդ քննարկման արդյունքները նրան պետք է հաղորդվեն պատշաճ և զուսպ.
- ▶ հիվանդին պետք է բավականին ժամանակ տրամադրվի որոշման մշակման համար:

NB. Այդ գործոնները մշանակալի են նաև այն ժամանակ, երբ որոշումը կայացնում է հիվանդի օրինական ներկայացուցիչը կամ հավատարմատարը:

Եթե որոշումն ընդունում է հիվանդին հետևող բժիշկը, ապա նա հենվում է կոլեկտիվ քննարկման հետևությունների վրա և հայտնում է ընդունված որոշման մասին՝

- ▶ այնտեղ, ուր դա ընդունելի է հիվանդի համար.
- ▶ հիվանդի վստահված անձին կամ մերձավորներին, եթե նա խնդրել է դրա մասին կամ անկարող է արտահայտել իր կամքը.
- ▶ բժշկական բրիգադին, որը մասնակցել է քննարկմանը և իրականացնում է հիվանդի խնամքը.
- ▶ շահագրգիռ երրորդ կողմերին, որոնք գործընթացին մասնակցում են ցանկացած կերպով:

Կայացումից հետո որոշումը պետք է, որքան դա հնարավոր է՝

- ▶ պաշտոնականացվի (համաձայնեցված գրավոր ամփոփում հիմնավորումներով) և որտեղ դա պահանջվում է ներառվեն այն պատճառները, ըստ որոնց չէր կարելի հետևել նախնական կարգադրություններին.
- ▶ պահպանվի այնպիսի վայրում (ինչպիսիք են հիվանդի բժշկական գրառումները), որոնք բավարարում են ինչպես բժշկական տվյալների գաղտնիության պայմաններին, այնպես էլ բժշկական բրիգադի համար մատչելիությանը, որին դա անհրաժեշտ է, որպեսզի դիտարկվի բանավեճի ընթացքը և որոշումների կայացման գործընթացը:

Բոլոր դեպքերում որոշումները պաշտպանվում են բժշկական գաղտնիությամբ:

■ Վիճելի հարցեր

Մահամերձ փուլում ծանր խանգարումների դեպքում սեղատիվ միջոցների կիրառման մասին որոշումը

Սեղատիվ միջոցների կիրառումն ուղղված է նրան, որ թուլացնի գիտակցությունը մինչև նրա լրիվ կորուստը: Դրա նպատակն այն է, որ թուլացնի կամ վերացնի անտանելի իրավիճակի ընկալումը հիվանդի կողմից (այնպիսին, ինչպիսին է անտանելի ցավը կամ տառապանքը): Սեղատիվ միջոցների կիրառումը սկսվում է այն բանից հետո, երբ պարզվում է, որ այդ իրավիճակի համար նախատեսվող կամ նշանակված բուժումը սպասվող թեթևացումը չի բերել: Այսպիսով, սեղատիվ միջոցների կիրառման նպատակը չի հանդիսանում կյանքի տևողության կրճատումը:

Սեղատիվ միջոցների կիրառման վերաբերյալ վեճերը կենտրոնանում են երկու թեմաների վրա.

- ▶ **սեղատիվ միջոցների կիրառումը ոչ թե ֆիզիկական ախտանիշների (օրինակ՝ հևոցի) մեղմացման, այլ հոգեբանական կամ էքզիստենցիալ տառապանքների թեթևացման համար**

Եթե հիվանդների ախտանիշները հսկողության տակ են, սակայն նա շարունա-

կում է պնդել, որ տառապանքներն անտանելի են և որ ինքը կուզեր սեղատիվ միջոց ստանալ, ինչպես՝ պետք է բրիգադն արձագանքի այդ խնդրանքին: Ուժեղ սեղատիվ միջոցների անդադար կիրառումը կարող է հանգեցնել գիտակցության միջև իսկ անդառնալի կորստին, այնպես որ հիվանդը կկորցնի ազգականների և ընկերների հետ հաղորդակցվելու հնարավորությունը: Նման հեռանկարը կարող է էթիկ բանավեճեր հարուցել խնամող բրիգադի և ընտանիքի անդամների միջև:

► սեղատիվ միջոցների կիրառումը և կյանքի մնացած ժամանակի կրճատման կրկնվող վտանգը

Սեղատիվ միջոցների կիրառումը, եթե այն նույնիսկ նման նպատակ չունի, որոշ դեպքերում առաջացնում է այնպիսի հետևանք, ինչպիսին է մահացման ընթացքի արագացումը: Բավականին վիճելի է ուժեղ ներգործող սեղատիվ միջոցների անդադար կիրառումը մահամերձ փուլում միջև հիվանդի մահը, երբ այն ուղեկցվում է ցանկացած բուժման դադարեցմամբ:

Ոմանց համար նման արդյունքը ինքնին խնդրահարույց է, առանձնապես եթե հիվանդը (օրինակ՝ ուղեղի վնասման պատճառով) չի կարող մասնակցել որոշումների կայացման գործընթացին: Այլոք համարում են նման որոշումը ընդունելի միայն այն պայմանով, որ հիմնական մտադրությունը կայանում է ոչ թե կյանքի վախճանի գալուստի արագացման, այլ տառապանքների մեղմման մեջ:

Ե. Որոշումների կայացման ընթացքի գնահատականը դրա իրականացումից հետո

Որակյալ պրակտիկայի ընդհանուր սկզբունքներից մեկը հանդիսանում է որոշման իրականացման արդյունքի գնահատումը: Որոշման կայացման ընթացքի և դրա կատարման միջոցի գնահատականը առանձնապես կարևոր է, քանի որ թույլ է տալիս բժշկական բրիգադին, հիմնվելով ձեռք բերված փորձի վրա, առաջանալ և ավելի արդյունավետ գործել նման իրավիճակներում:

Այդ կապակցությամբ կարճ, բայց խնամքով արված որոշումների կայացման ընթացքի իրականացման միջոցի գրառումները կարող են օգտակար լինել բրիգադի համար: Իհարկե, դրա նպատակը չի հանդիսանում որոշումների կայացման հետահայաց դիտարկման համար միջոցի ստեղծումը: Որոշումների կայացման գործընթացի անցկացման նման վերլուծությունը թույլ կտա մասնակցող բոլոր կողմերին և ամբողջությամբ բրիգադին հասկանալ, թե ինչի հիման վրա է ընդունվել բժշկական որոշումը և ինչպիսի վիճելի հարցեր են ծագել, իսկ դա կբարելավի նման իրավիճակների նրանց ըմբռնումը:

Գլուխ 4

Եզրահանգումներ

Կյանքի վերջում բուժման մասին որոշումների կայացման գործընթացին հատկացվող հատուկ ուշադրությունը վկայում է բժշկական օգնության որակյալ տրամադրման մասին: Այդ գործընթացի զլխավոր նպատակն է երաշխավորել հիվանդների արժանապատվությունը, որոնք առանձնակի խոցելի են լինում կյանքի վերջի իրավիճակներում:

Այդ ենթատեքստում էական է պաշտպանել ցանկացած միջոց, որը հնարավորություն կտա որքան հնարավոր է ստույգ կատարել հիվանդի ցանկությունները՝ անկախ նրանից, թե դրանք արտահայտված են անմիջապես իր կողմից կամ նախնական կարգադրությունների տեսքով:

Կոլեկտիվ քննարկման ընթացքը կապված է կլինիկական բարդ իրավիճակների հետ, երբ հիվանդները գիտակցում են, որ իրենց կյանքը մոտենում է ավարտին: Նման իրավիճակներում առաջանում են բազմաթիվ բարոյական խնդիրներ, ուստի անհրաժեշտ է քննարկումներ և փաստարկների համադրումներ անցկացնել առ այն, որ համապատասխան արձագանքվի և մշակվի այնպիսի որոշում, որը և կհամապատասխանեցվի իրավիճակին, միաժամանակ արտահայտելով պատշաճ հարգանք հիվանդի նկատմամբ:

Նախարարների կոմիտեի վերը նշված հանձնարարականները Rec/2003/24 ամոքիչ օգնության կազմակերպման մասին, պետություններին նախագուշացնում են կյանքի վերջին վերաբերող տարբեր խնդիրներին առնչվող տեղեկատվության ապահովման, ինչպես նաև հետազոտությունների նախապատրաստման և անցկացման վերաբերյալ:

Ինքնին կայացման գործընթացը պետք է լինի՝

- ▶ առողջապահության համակարգից օգտվողների՝ ներառյալ միություններից նրանց ներկայացուցիչների և նրանց ընտանիքների համար **տեղեկատվության միջոց**: Այդ տեղեկատվությունը պետք է վերաբերի այն գործիքակազմին, որը խթանելու է կամ պարզեցնելու է երկխոսությունը հիվանդների և բժիշկների միջև, այնպիսին, ինչպիսին նախնական կարգադրություններն են, վստահված անձի նշանակումը և կյանքի վերջի իրավիճակներում որոշումների կայացման գործընթացում յուրաքանչյուրի դերն ու պատասխանատվությունը:

- ▶ **վերապատրաստում** բժիշկների և մասնագետների համար: Բացի կյանքի վերջին վերաբերող մասնագիտական հարցերից, վերապատրաստում է անհրաժեշտ նաև անհատական մտավոր գործընթացի և կոլեկտիվ բանավեճի կառուցման համար առ այն, որ առողջապահության յուրաքանչյուր մասնագետ կարողանա ըմբռնել կլինիկ պրակտիկայում ավելի հաճախ հանդիպող բարդ իրավիճակները, որոնք ներառում են բազմաթիվ բարոյական խնդիրներ: Ինչպես սկզբնական նախապատրաստությունը, այնպես էլ որակավորման բարձրացումը պետք է կենտրոնանան նման կոլեկտիվ գործընթացների ուսուցման կարևորության վրա: Վերապատրաստումներ կարող են անցկացվել նաև այլ մասնագիտությունների աշխատողների համար, որոնք իրականացնում են կյանքի վերջի իրավիճակներում գտնվող անձանց խնամքը (օրինակ՝ հոգեբանների, սոցիալական աշխատողների, հոգևորականների համար):
- ▶ **հատուկ հետազոտությունների առարկա**, որոնք հաշվի առնելով հանդիպող իրավիճակների բարդությունն ու յուրահատկությունը, հաճախ հանդիսանում են բժշկության և բժշկական մեթոդների նվաճումների հետևանք: Որոշումների կայացման գործընթացների այդ հետազոտությունները պետք է հենվեն հունանիտար գիտությունների և բժշկությունը միավորող միջառարկայական մոտեցումների վրա:

Տվյալ ուղեցույցի նպատակն է հասարակության տեղեկացվածության և մասնագետների նախապատրաստման համար օգուտ բերող միջոց լինել: Այն հասցեագրված է առողջապահության մասնագետներին, հիվանդներին, նրանց ընտանիքներին և բոլոր նրանց, ովքեր բախվում են կյանքի վերջի իրավիճակներում բուժման խնդրահարույց որոշումների հետ և օգնում է դրա հետ կապված գործնականի զարգացմանը: Ուղեցույցը աղբյուր է հանդիսանում նաև մեր հասարակությունում տեղի ունեցող կյանքի վերջի իրավիճակներում բուժման որոշման կայացմանը նվիրված բանավեճերի համար, քանի որ առաջարկում է մի ստանդարտ, որը փոխկապակցում է ինչպես գործնականը, այնպես էլ այդ ենթատեքստում կիրառվող սկզբունքները:

Եվրոպայի խորհուրդը մայրցամաքի առաջատար կազմակերպությունն է: Նրա անդամ 47 երկրներից 28-ը մտնում են Եվրոպայի միության մեջ: Եվրոպայի խորհրդի բոլոր անդամ-պետությունները ստորագրել են Մարդու իրավունքների Եվրոպական կոնվենցիան՝ պայմանագիր, որը կոչված է պաշտպանել մարդու իրավունքները, դեմոկրատիան և օրենքի գերակայությունը: Մարդու իրավունքների Եվրոպական դատարանը հսկում է անդամ-երկրներում Կոնվենցիայի կատարումը:

Թարգմանիչ՝ **Իգոր Մադոյան**

Խմբագիր՝ **Գուրգեն Յովհաննիսյան**