

**ՀՀ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ԱԿԱԴԵՄԻԱ
ՓԻԼԻՍՈՓԱՅՈՒԹՅԱՆ, ՍՈՑԻՈԼՈԳԻԱՅԻ ԵՎ ԻՐԱՎՈՒՆՔԻ ԻՆՍՏԻՏՈՒՏ**

ԴԱՎԹՅԱՆ ՍՈՆԱ ԱՐԱՅԻ

**ԿԵՆՍԱԲԱՐՈՅԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ՈՐՊԵՍ ՄԻՋԳԻՏԱԿԱՐԳԱՅԻՆ
ԳԻՏԵԼԻՔԻ ԵՎ ԱՐԺԵԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ՆՈՐ ԶԵՎ**

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅՈՒՆ

**Թ.00.01 - փիլիսոփայական գիտությունների թեկնածուի գիտական
աստիճանի հայցման համար**

Գիտական ղեկավար՝ փիլիսոփայական գիտությունների դոկտոր,

պրոֆեսոր **Մ. Ա. Հարությունյան**

ԵՐԵՎԱՆ – 2022

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ	3
ԳԼՈՒԽ ԱՌԱՋԻՆ. ԿԵՆՍԱԲԱՐՈՅԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ	19
ՈՐՊԵՍ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ, ԿՅԱՆՔԻ ԵՎ ՄԱՀՎԱՆ ՊՐԱԿՏԻԿ ՓԻԼԻՍՈՓԱՅՈՒԹՅՈՒՆ	
1.1. Կենսաբարոյագիտության խնդրակարգի ուսումնասիրության միջառարկայական եզրերը	19
1.2. Կենսաբարոյագիտության հումանիստական առաքելությունը	36
1.3. Կենսաբարոյագիտություն. պահպանողական և ազատական մոտեցումների գործակցության դիալեկտիկան	48
ԳԼՈՒԽ ԵՐԿՐՈՐԴ. ԿԵՆՍԱԲԱՐՈՅԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱՀԱՐՑԵՐԻ ՓԻԼԻՍՈՓԱՅԱԿԱՆ	61
ՄԵԿՆԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ	
2.1. Կյանքի և առողջության նորմատիվ կարգավորման փիլիսոփայական տեսանկյունները	61
2.2. Կյանքի և առողջության հումանիստական նոր մոդելի մշակման հիմնախնդիրը	89
2.3. Մահվան փիլիսոփայությունը. Էությունն ու հակասությունները	102
ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ	131
Օգտագործված գրականության ցանկ	138

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Հեղափոխող թեմայի արդիականությունը: Բնական գիտությունները մարդակենտրոն դարձնելու, բնագիտական և հումանիտար գիտելիքների մերձեցմանն է ուղղված 20-րդ դարի կեսերին ձևավորված նոր գիտակարգը՝ կենսաբարոյագիտությունը: Վերջինս միջառարկայական ուսումնասիրությունների հատուկ բնագավառ է, որը հետազոտում է առողջության, կյանքի և մահվան հիմնախնդիրները, որոնք ծագել են ժամանակակից կենսաբանության, դեղաբանության և բժշկագիտության աննախադեպ նվաճումների, ինչպես նաև կենսաբժշկական նորագույն տեխնոլոգիաների կիրառման ոլորտում:

Նոր գիտակարգի համալիր ուսումնասիրության արդիականությունը պայմանավորված է հետևյալ գործոններով: **Նախ**, 20-րդ դարի երկրորդ կեսին ձևավորված բջջային և մոլեկուլյար կենսաբանության, գենետիկայի, իմունաբանության, անեսթեզիոլոգիայի, փոխապատվաստաբանության ու ռեանիմատոլոգիայի և այլ ոլորտներում իրականացված հետազոտությունների արդյունքների բարոյագիտական իմաստավորման, հումանիտար փորձաքննության հրամայական պահանջներով: **Երկրորդ**, արդի հասարակության մեջ գիտատեխնոլոգիական և բարոյական զարգացման մակարդակների միջև առաջացած խզման, անհամապատասխանության մեղմացման և աստիճանական վերացման հրատապ խնդիրներով:

Երրորդ, կենսաբարոյագիտության խնդրակարգի արդիականացման կարևորագույն գործոններից մեկը կենսաբանների, բժիշկների և դեղագետների մասնագիտական և իրավական պատասխանատվության բարձրացման հարցերն են: Դրանք լուծելու համար կենսաբարոյագիտությունը լայնորեն օգտագործում է իրավապաշտպան շարժման փորձը: Կենսաբարոյագիտությունը նպաստում է բժշկության սոցիալական գործառույթների աճին, ինչպես նաև հասարակական գիտակցության էկոլոգիակենտրոն ձևաչափի զարգացմանը: **Չորրորդ**, նպաստում է

բնական և հումանիտար գիտությունների ինտեգրմանը, բնագիտական գիտելիքների, բժշկության փիլիսոփայության և առողջապահության ողջ համակարգի հումանիզացման գործընթացին:

Հինգերորդ, խնդրո առարկայի ուսումնասիրության արդիականությունը պայմանավորված է կենսաբանության, բժշկության, դեղագիտության և հարակից այլ գիտակարգերում կուտակված էմպիրիկ, փորձարարական նյութերի առատությամբ և դրանց փիլիսոփայական ընդհանրացման, իմաստավորման անհրաժեշտությամբ: Վերջապես, կենսաբարոյագիտության որպես գիտակարգի համակարգային ուսումնասիրությունների կանորությունը նշանակալի չափով պայմանավորված է տեղեկատվական ցանցերի բուռն զարգացմամբ, ինչն իր հերթին կարևորում է առողջապահության համակարգի անվտանգության ապահովման տեղեկատվական խնդիրները:

Հետազոտական թեմայի մշակվածության աստիճանը:

Կենսաբարոյագիտական գաղափարների առաջադրումը և դրանց վրա հիմնված հետազոտական խնդրակարգի ձևակերպումը կապված է 20-րդ դ. արևմտյան մի շարք առաջադեմ գիտնականների գործունեության հետ:

«Կենսաբարոյագիտություն» եզրույթը 1969 թ. առաջին անգամ շրջանառության մեջ դրել է ԱՄՆ Վիսկոնսին համալսարանի պրոֆեսոր, հանրաճանաչ ուռուցքաբան-հետազոտող Վան Ռենսելլեր Փոթերը՝ «Կենսաբարոյագիտություն. կամուրջ դեպի ապագա»¹ աշխատության մեջ: Նրա կարծիքով կենսաբարոյագիտությունն իր մեջ միավորել է կենսաբանական գիտությունը և համամարդկային արժեքների ճանաչողության բազմադարյան փորձը: Արժեքավոր այդ գիրքը ամերիկացի գիտնականի վերջին հետազոտությունը չէր: Հետագայում լույս են տեսել նաև նրա այլ աշխատություններ, օրինակ՝ «Կենսաբարոյագիտության գլոբալ կառույցները. ըստ Լեոպոլդի ժառանգության»², որում ներկայացված է, այսպես կոչված, գլոբալ, կենսոլորտային կենսաբարոյագիտության հայեցակարգը:

¹ **Potter V. R.**, Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs, N. J., “Prentice-Hall”, 1971.

² **Potter V. R.**, Global Bioethics: Building on the Leopold legacu. “Michigan State University Press”, 1988.

Կենսաբարոյագիտությունը Միացյալ Նահանգներում ավելի շատ հայտնի է դարձել՝ ըստ այն սահմանման, որը ձևակերպել է ամերիկացի, մանկաբարձ և սաղմնաբան Անդրե Հելլեգերսը: Նա կենսաբարոյագիտությունը կապել է բժշկության էթիկական խնդրակարգի, առաջին հերթին՝ հիվանդի իրավունքների ու արժանապատվության պաշտպանության հետ: Ա. Հելլեգերսին հաջողվել է ակադեմիական բարձր մակարդակի բարձրացնել կենսաբարոյագիտությունը՝ կառուցակարգել այն գիտության պահանջներին համապատասխան³: Նա նաև «կենսաբարոյագիտություն» եզրույթը արմատավորել է համալսարանական միջավայրում: Այսօր ամերիկացի գիտնականների մեծ մասը կենսաբարոյագիտությունը հասկանում է հենց այնպես, ինչպես Ա. Հելլեգերսը՝ գիտություն, որը համադրում է բժշկությունը, դեղագիտությունն ու բարոյագիտությունը: Հելլեգերսի աշխատություններում նշանակալի տեղ են զբաղեցնում բժշկական և դեղագիտական օգնության մատչելիության, այսինքն սոցիալական արդարության և աջակցության, ինչպես նաև բժշկական և դեղագիտական անձնակազմի մասնագիտական որակավորման և պատասխանատվության մակարդակի բարձրացման հարցերը:

Ներկայումս կան մեծ թվով հիմնարար աշխատություններ, որոնցից հիշատակման արժանի են հետևյալները.

- «Կենսաբարոյագիտության հանրագիտարան» (Encyclopedia of Bioethics)⁴ 5 հատորով. լույս է տեսել ԱՄՆ-ում , 1978թ., Ու. Տ. Ռայխի խմբագրությամբ: «Կենսաբարոյագիտության հանրագիտարանում» զետեղված են 437 հեղինակների 464 հոդվածներ: Այն վերահրատարակվել է Քենեդիի անվան Կենսաբարոյագիտության ինստիտուտի կողմից (1987): Ժամանակակակից գիտության և տեխնոլոգիաների զարգացմանը զուգընթաց փոփոխվում և ավելանում են Կենսաբարոյագիտությանը

³ **Warren R. T.**, The Wider View: Andre Hellegers's Passionate, Integrating Intellect and the Creation of Bioethics, "Kennedy Institute of Ethics Journal", 1999, March., pp. 25-51.

⁴ **Warren R. T.**, Encyclopedia of Bioethics, 5 Volume set, "Macmillan Publishing Company, Incorporated", 1995, January.

առնչվող տերմինները: Ու. Տ. Ռայխի կարծիքով «Կենսաբարոյագիտության հանրագիտարանը» նորից ճշգրտման և վերահրապարակման կարիք ունի»⁵:

- Հ. Յոնաս, «Պատասխանատվության սկզբունքը» (1979 թ.)⁶, որում հեղինակը շարադրել է կենսոլորտային էթիկայի հայեցակարգը: Այն շատ նման է Վ. Ռ. Փոթերի գրքում շարադրված հայեցակարգին:

- Դ. Գրացիա,⁷ «Կենսաբարոյագիտության հիմունքներ», Իսպանիա, 1989 թ.: Աշխատությունում շարադրված է կենսաբարոյագիտության խնդրակարգի ձևավորման պատմությունը՝ սկսած Հիպոկրատից⁸ մինչև մեր օրերը:

- Տ. Լ. Բոշամպ⁹ և Ջ. Ֆ. Չայլդրես, «Կենսաբժշկական էթիկայի սկզբունքները» (Principles of biomedical ethics),¹⁰ ԱՄՆ, որում էլ ավելի հստակեցվել է կենսաբարոյագիտության ամերիկյան հայեցակարգը:

-Մ. Չարլզվորտ, «Կենսաբարոյագիտությունը ազատական հասարակությունում», ԱՄՆ, 1993 թ.:

- Խ. Թ. Էնգելհարտ, «Կենսաբարոյագիտության հիմունքներ»¹¹, ԱՄՆ, 1996 թ.:

Առանձնահատուկ պետք է նշել իտալացի գիտնականներ Է. Սգրեչչայի և Վ. Տամբոնեի անունները, որոնք Եվրոպայում կենսաբարոյագիտության վերաբերյալ առաջին դասագրքի հեղինակներն են, այն ռուսերեն թարգմանվել և հրատարակվել է 2002թ.¹²:

Իտալացի հետազոտողները կենսաբարոյագիտությունը բնութագրել են որպես

⁵ **Warren R. T.**, Encyclopedia of Bioethics, Volume 1, “Macmillan Publishing Company, Incorporated”, 1995, January, p.VII-VIII. <http://course.sdu.edu.cn/G2S/eWebEditor/uploadfile/20120826202224001.pdf> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁶ **Йонас Г.**, Принцип ответственности. Опыт этики для технологической цивилизации. Пер. с нем., предисловие, примечания Маханькова И. И., М., “Айрис-пресс”, 2004.

⁷ **Gracia D.**, Fundamentos De Bioetica, Madrid: Eudema, 1989.

⁸ **Гиппократ**, Этика и общая медицина. “Мир книги”, 2007.

⁹ **Beauchamp T. L.**, Methods and Principles in Biomedical Ethics. “Journal of Medical Ethics”, 2003, V, 29.

¹⁰ **Beauchamp T. L., Childress J. F.**, Principles of Bioomedical Ethics. New York, “Oxford University Press”, Published 2009.

¹¹ **Engelhardt Jr. T. H.**, The Foundaions of Bioethics. Second Edition, “Oxford University Press”, USA, 1996.

¹² **Сгречча Э., Тамбоне В.**, Биоэтика. серия Богословие и наука. М., 2002.

<https://predanie.ru/book/216497-bioetika/> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

«արժանապատվության մարդաբանություն», որն իր մեջ միավորել է կյանքի, առողջության և մահվան վերաբերյալ մարդաբանական-փիլիսոփայական, բարոյագիտական ըմբռնումները, ինչպես նաև կլինիկական /պրակտիկ/ կենսաբարոյագիտության առավել կարևոր խնդիրները: Այդ հայեցակարգի մեջ ձևակերպվել են մարդկային կյանքի արժեքի բացարձակացման և անձի արժանապատվության պաշտպանության էթիկական սկզբունքները:

Արևմտաեվրոպական մասնագետներից հիշատակության արժանի է Էմմա Գարոյի (Կենսաբարոյագիտության եվրոպական ինստիտուտի գլխավոր քարտուղար), Ռոբերտո Ֆարրիյի՝ Համալսարանական համագործակցության ինստիտուտի նախագահ, ինչպես նաև պրոֆեսոր Կլաուդիո Բոննիի՝ Հռոմի կենսաբժշկության համալսարանի դասախոսի գործունեությունը:

ԱՄՆ-ում և Արևմտյան Եվրոպայում ստեղծվել և հաջողությամբ գործում են գիտակրթական և հետազոտական կենտրոններ՝ կենսաբարոյագիտության ոլորտում համակարգային հետազոտություններ իրականացնելու համար: Նրանց գիտակրթական և հետազոտական գործունեության փորձարարական հիմքը բժշկական կլինիկաներն ու համալսարաններն են: Որպես կանոն՝ դրանք որոշակի բժշկական կենտրոններին կից գործող խորհրդակցական-փորձագիտական մարմիններ են, որոնց շրջանակներում բժիշկները, աստվածաբանները, փիլիսոփաները, իրավաբանները, հոգեբանները, հասարակայնության ներկայացուցիչների հետ միասին, փորձում են մշակել առավել ընդունելի մոտեցումներ՝ ամենատարբեր բժշկական սուր իրավիճակների կենսաբարոյագիտական խնդիրների լուծման համար:

Կենսաբարոյագիտությունը ժամանակակից աշխարհում իր կարևորագույն տեղն է սկսել զբաղեցնել ոչ միայն գիտական ուսումնասիրությունների կամ հասարակական հնչեղության հարթություններում, այլև պետական կառավարման և միջազգային կառույցների աշխատանքներում՝ նպատակ ունենալով կենսաբարոյագիտության հարցերի շուրջ ձևավորել այնպիսի ընդհանուր մոտեցումներ և կանոններ, որոնք կարտացոլվեն տարբեր ոլորտներին վերաբերող ազգային քաղաքականություններում,

օրենսդրական նախաձեռնություններում կամ պարզապես մարդկանց վարքականոններում:

Թե ինչ մեծ հասարակական հնչեղություն է ձեռք բերել կենսաբարոյագիտությունը ժամանակակից աշխարհում, վկայում է նաև այն կարևոր փաստը, որ Ֆրանսիայի նախագահին առընթեր գործում է կենսաբարոյագիտության կոմիտե¹³ իսկ ԱՄՆ-ում գործել է նախագահին առընթեր կենսաբարոյագիտության հարցերի ուսումնասիրման հանձնաժողով, որը գործել է մինչև 2017թ.-ը¹⁴: Դրանց աշխատանքներում ներգրավված են փիլիսոփաներ, իրավաբաններ, սոցիոլոգներ, բժիշկներ: ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ում գործում է Կենսաբարոյագիտության երկու կոմիտե՝ միջկառավարական¹⁵ և միջազգային¹⁶: Կենսաբարոյագիտության փորձագիտական խումբ գոյություն ունի նաև Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունում:

ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ն դեռևս 1993թ. մշակել է Կենսաբարոյագիտության զարգացման ծրագիր, որի շրջանակներում ամեն տարի պարբերաբար կազմակերպվում են միջազգային սեմինարներ և համաժողովներ: Դրանցում մշակվում են կենսաբարոյագիտական խնդրակարգի լուծման իրավական գործիքներ ու չափանիշներ: ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ին առընթեր Կենսաբարոյագիտության միջազգային կոմիտեի կազմում ընդգրկված են աշխարհի 36 անկախ փորձագետներ, որոնք հետևում են, թե ինչպես են պաշտպանվում յուրաքանչյուր մարդու արժանապատվությունը և իրավունքները՝ գիտափորձագիտական հետազոտություններ կատարելիս: Կոմիտեն չի առաջարկում պատրաստի որոշումներ և հրահանգներ այս կամ այն խնդրի լուծման վերաբերյալ՝ կենսաբարոյագիտության ոլորտում ազգային քաղաքականությունն ինքնուրույն իրականացնելու իրավունքը վերապահելով

¹³ European Network of Research Ethics Committees. National Information: France.

<http://www.eurecnet.org/information/france.html> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹⁴ Presidential Commission for the study of Bioethical issues.

<https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcsbi/news.html> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹⁵ UNESCO. Intergovernmental Bioethics Committee (IGBC).

<https://en.unesco.org/themes/ethics-science-and-technology/igbc> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹⁶ UNESCO. International Bioethics Committee (IBC).

<https://en.unesco.org/themes/ethics-science-and-technology/ibc> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

յուրաքանչյուր կոնկրետ երկրի բարձրագույն օրենսդիր մարմնին: ԿՄԿ-ն յուրատեսակ բանավիճային հարթակ է, որում բարձրացվում և քննարկվում են առողջապահության ոլորտում յուրաքանչյուր մարդու արժանապատվությունը և իրավունքները պաշտպանելու բժշկական, բարոյական և իրավական, սոցիալական խնդիրները: Դրանց լուծմանը նպաստում են արդեն ընդունված միջազգային նորմատիվ փաստաթղթերը: Դրանցից կարևորագույններն են՝ Մարդու գենոմի և մարդու իրավունքների մասին համընդհանուր հռչակագիրը¹⁷ (ՅՈՒՆԵՍԿՕ, 1997) , Մարդու կենսաբարոյագիտության և մարդու իրավունքների մասին համընդհանուր հռչակագիրը¹⁸ (ՅՈՒՆԵՍԿՕ, 2005), Մարդու կլոնավորման մասին հռչակագիրը¹⁹ (ՄԱԿ, 2005) և այլն:

Կենսաբարոյագիտության որպես նոր գիտակարգի կայացումը բարդ և միջնորդավորված գործընթաց է: Դրա մեջ ներառված են ողջ հասարակությունը, նրա բազմաթիվ ինստիտուտներ, առանձին գիտական ուղղություններ, գիտակարգեր և հիմնախնդիրները: Դրանք առաջացել են կենսաբանության, դեղագիտության և գիտության նվաճումների պրակտիկ օգտագործման բնագավառում:

Կենսաբարոյագիտության ոլորտի զարգացման հրատապ խնդիրները պահանջում են բժշկական կրթության համակարգի լուրջ վերակառուցում: Դեռևս 1999թ. Թեյ-Ավիվում ընդունվել է Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի հռչակագիրը²⁰ , որտեղ առաջնահերթ խնդիրներից մեկը համարվում է կենսաբարոյագիտության ամբիոնների ստեղծումը աշխարհի բոլոր բարձրագույն

¹⁷ Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights, UNESCO's 29th General Conference on 11 November 1997.

<https://en.unesco.org/themes/ethics-science-and-technology/human-genome-and-human-rights> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹⁸ Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, UNESCO's 33rd General Conference, on 19th October 2005. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹⁹ United Nations Declaration on Human Cloning, 23 Mar. 2005.

file:///C:/Users/user/Downloads/A_RES_59_280-EN.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

²⁰ WMA Resolution on the Inclusion of Medical Ethics and Human Rights in the Curriculum of Medical Schools World-Wide, 51st World Medical Association General Assembly, Tel Aviv, Israel, October 1999.

<https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-inclusion-of-medical-ethics-and-human-rights-in-the-curriculum-of-medical-schools-world-wide/> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

բժշկական կրթական հաստատություններում: Ցավոք, այդ կարևոր պահանջը դեռևս լիովին իրականություն չի դարձել Հայաստանում:

Աշխարհի տարբեր երկրներում լույս են տեսնում գիտահանրամատչելի պարբերականներ:

Հետխորհրդային տարածքում կենսաբարոյագիտության կայացմանը ժամանակին նպաստել է հայտնի փիլիսոփա Ի. Տ. Ֆրոլովը: Դեռևս 1970-ականներին «Փիլիսոփայության հարցեր» հանդեսում նա կազմակերպել է «կլոր սեղաններ»՝ ըստ էության, կենսաբարոյագիտական թեմաներով: Առաջին թեմայի խորագիրն էր՝ «Մարդու գենետիկան, նրա փիլիսոփայական և սոցիալ-բարոյագիտական հիմնախնդիրները»²¹:

Ի. Տ. Ֆրոլովի կարծիքով, գիտության ժամանակակից ընկալումը պետք է իր մեջ անպայման ներառի բարոյական, արժեքային հիմնախնդիրներ²²:

Ռուսաստանում կենսաբարոյագիտության վերաբերյալ առաջին հրապարակումների շարքին կարելի է դասել ՌԴ ԳԱ թղթակից անդամ, փիլիսոփայության գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր Բ. Գ. Յուդինի աշխատությունները²³, որոնցում հեղինակը զարգացրել է այն տեսակետն, ըստ որի կենսաբարոյագիտությունը գիտական իմացության միջառարկայական ոլորտ է, որը հետազոտում է բարոյական և սոցիալական հիմնախնդիրները, որոնք կյանքի են կոչվել կենսաբժշկական նորագույն տեխնոլոգիաների ներդրմամբ:

Բժշկության մեջ կենսաբարոյագիտության հիմնախնդիրները և մասնագիտական բժշկական էթիկայի հրատապ հարցերը քննարկվել են հայտնի փիլիսոփաներ Ա. Յա. Իվանյուշկինի, Ի. Վ. Սիլույանովայի, Յու. Մ. Խրուստալյովի և ուրիշների աշխատություններում:

²¹ *Лусеев И. К., Шаров А. Я.*, Генетика человека, ее философские и социально-этические проблемы (круглый стол “Вопросов философии”), Вопросы философии, 1970, № 7, с. 106.

²² Տե՛ս *Фролов И. Т., Юдин Б. Г.*, Этика науки: проблемы и дискуссии. М., “Политиздат”, 1986, էջ 168:

²³ *Юдин Б. Г.*, Социальная институционализация биоэтики. Биоэтика: проблемы и перспективы. М., “ИФ РАН”, 1992. ; *Юдин Б. Г.*, Основные этические принципы европейской биоэтики и биоправа. “Вопросы философии”, 2003, № 5, с. 80-83.

Կենսաբարոյագիտության փիլիսոփայական հիմքերը բացահայտվել են Ի. Ն. Սմիռնովի, Վ. Գ. Բորզենկովի, Ա. Դ. Ուրսուլի, Տ. Վ. Միշատկինայի և ուրիշների աշխատություններում ²⁴:

Գործնական կենսաբարոյագիտության իրավական ասպեկտներն հանգամանալից կերպով լուսաբանված են հատկապես Վ. Ի. Պետրովի, Ն. Ն. Սեդովայի և ուրիշների աշխատանքներում²⁵:

Հայաստանում կենսաբարոյագիտությանը նվիրված գիտական լուրջ հրապարակումների մեջ առանձնանում են փիլիսոփայական գիտությունների դոկտոր, «ՅՈՒՆԵՍԿՕ»-ի բիոէթիկայի ամբիոնի հայաստանյան մասնաճյուղի վարիչ Ս. Հ. Դավթյանի բարձրարժեք աշխատանքները, մասնավորապես, «Բիոէթիկա» աշխատանքը, որը ՀՀ կրթության և գիտության նախարարության հրամանով (27.02.2009թ., թիվ 134-Ա/Ծ) հաստատվել է որպես դասագիրք բժշկական բուհերի ուսանողների համար: Նրա գրչին են պատկանում նաև «Բիոէթիկա» (2009)²⁶ և «Bioethics» (2013) ²⁷ ուսումնական ձեռնարկները, ինչպես նաև «Բիոէթիկայի ներածություն» (2012)²⁸ մենագրությունը: ՍԿենսաբարոյագիտության խնդրաշարն իր վրա է սկսեռել նաև հայ կենսաբանների²⁹ և աստվածաբանների³⁰ ուշադրությունը:

²⁴ **Смирнов И. Н.**, Философские измерения биоэтики. “Вопросы философии”, 1987, №12, с. 83-97; **Борзенков В. Г.**, От философии жизни к биофилософии? В кн. “Биофилософия”. “РАН Институт философии”, М., 1997, с. 27-41; **Урсул А. Д.**, Проблема информации в современной науке. Философские очерки. М., “Наука”, 1975; **Мишаткина Т. В.**, Три круга этики. “Человек”, 2006, №5, с. 89-98; **Мишаткина Т. В.**, Этика, Экспресс-курс, 4-е изд., стер., Минск, “Новое знание”, 2008.

²⁵ **Петров В. И., Седова Н. Н.**, Практическая биоэтика: Этические комитеты в России. М., “Триумф”, 2002.

²⁶ **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկա: Դասագիրք, Երևան, 2009, 208 էջ:

²⁷ **Davtyan S. H.**, Bioethics. Handout. Yerevan, “Yerevan State Medical University”, 2013, 189 p.

²⁸ **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկայի ներածություն: Մենագրություն, հեղ. հրատ., Երևան, 2012, 329 էջ:

²⁹ **Ներսեսովա Լ. Ս., Խաչատրյան Զ. Ա., Մկրտչյան Ս. Ա.**, Կենսաէթիկայի ներածություն: Երևան, «Գիտություն», 2012, 444 էջ:

³⁰ **Հրաչ սրկ. Սարկիսյան, Վարդան սրկ. Ասլանյան**, Կենսաէթիկայի հիմնահարցեր: Ուսումնառական ձեռնարկ, Սբ. Էջմիածին, 2015, 224 էջ:

Թեև հայրենական գիտության մեջ սկսել է ձևավորվել կենսաբարոյագիտության գիտակարգը, սակայն մարդու կյանքի, առողջության և մահվան խնդրակարգի փիլիսոփայական ուսումնասիրությունների մակարդակը շարունակում է մնալ ոչ բավարար: Կենսաբարոյագիտության բազմաթիվ հարցեր մնում են քիչ ուսումնասիրված, մինչև վերջ չպարզաբանված: Դա հատկապես վերաբերում է կենսաբարոյագիտության որպես գիտության նոր տիպի բնութագրմանը: Այն, ինչ հետազոտում են կենսաբարոյագետները, հուզում է ոչ միայն նրանց, այլև հասարակության ամենալայն շրջանակներին: Խիստ գիտակարգային իմաստով կենսաբարոյագիտությունը ոչ այնքան գիտություն է, որքան գիտական ճանաչողության գործընթաց և գիտական գիտելիքի կազմակերպման նոր ձև:

Գործնականում հայ հետազոտողները, որոնք զբաղվում են կենսաբարոյագիտության խնդիրներով, ավել կամ պակաս չափով շոշափում են կենսաբարոյագիտության սոցիալական, իրավական և փիլիսոփայական ասպեկտները, սակայն մեզանում առ այսօր քիչ են համալիր հետազոտությունները, որոնք նվիրված են կենսաբարոյագիտության մեթոդաբանական հիմքերի փիլիսոփայական վերլուծությանը: Ատենախոսական աշխատանքում փորձ է արվել մասամբ լրացնել նշված բացերը:

Այս ամենը պայմանավորել են ատենախոսական հետազոտության օբյեկտը, առարկան, նպատակն ու խնդիրները:

Հետազոտության օբյեկտը կենսաբարոյագիտության միջառարկայական խնդրակարգն է:

Հետազոտության առարկան՝ գիտաճյուղի ձևավորման նախադրյալներն են՝ հասկացության յուրաքանչյուր ու մեթոդների առանձնահատկությունները, գործառույթները, այլ գիտաճյուղերի հետ կապերը, զարգացման միտումներն ու հեռանկարները:

Հետազոտության նպատակն ու խնդիրները: Ատենախոսության նպատակն է՝ ուսումնասիրել կենսաբարոյագիտության՝ որպես միջգիտակարգային գիտելիքի նոր ոլորտի ձևավորման հիմքերն ու նախադրյալները, վերհանել հասկացության

ապարատի և դրա ձևավորման առանձնահատկությունները, ուրվագծել տվյալ գիտաճյուղի զարգացման հեռանկարներն ու միտումները:

Հետազոտության առջև դրված **խնդիրները** բաժանվել են երկու խմբի:

Առաջին խումբը կազմում են՝

- ✓ կենսաբարոյագիտական գիտելիքի աշխարհայացքային, արժեքանական և մեթոդաբանական հիմքերի վերհանումը,
- ✓ կենսաբժշկական նորագույն տեխնոլոգիաների ներդրման սոցիալական հետևանքների իմաստավորման գործում կենսաբարոյագիտության դերի վերլուծությունը, դրա հիման վրա նոր կենսատեխնոլոգիաների հումանիտար փորձաքննության, ստանդարտների ստեղծման ու կիրառման սկզբունքների հետազոտումը,
- ✓ կենսաբարոյագիտության վերաբերյալ ազատական և պահպանողական մոտեցումների հետազոտումն ու համադրական վերլուծությունը, դրանց դիալեկտիկայի բացահայտումը:

Խնդիրների **երկրորդ խումբը** վերաբերում է մարդու առողջության, կյանքի և մահվան, էվթանազիայի, հոսպիսյան շարժման հիմնահարցերի փիլիսոփայական ուսումնասիրության գործում կենսաբարոյագիտության գործառույթների վերհանմանը: Խնդիրների այս խմբում կարևորվել են՝

- ✓ կենսաբարոյագիտության՝ որպես միջգիտակարգային գիտելիքի նոր ձևի, կյանքի, առողջության և մահվան փիլիսոփայության էության բացահայտումը,
- ✓ ժամանակակից գիտական գիտելիքի և առողջապահության՝ որպես սոցիալական ինստիտուտի գործունեության հումանիզացման ցուցանիշների բարելավման գործում կենսաբարոյագիտության դերի վերհանումը,
- ✓ մարդու կյանքի, առողջության և մահվան խնդրակարգի փիլիսոփայական ուսումնասիրության գործում կենսաբարոյագիտության հնարավորությունների հետազոտումը,
- ✓ մարդու արժանապատիվ մահվան արժեհիմքերի և մահվան փիլիսոփայության հետ դրանց կապերի բացահայտումը:

Ատենախոսական հետազոտության տեսական և մեթոդաբանական հիմքերը:

Ատենախոսության համար տեսական հիմք են հանդիսացել հետազոտության առարկայական տիրույթում ներառնված խնդիրների վերաբերյալ Վ. Ռ. Փոթերի, Ա. Հելեգերսի, Դ.Պելեգրինոյի, Հ. Յոնասի, Հ. Յուդիսի, Վ. Գ. Բորզենկովի, Պ. Դ. Տիշչենկոյի, Ի. Ն. Սմիռնովի, Ս. Հ. Դավթյանի աշխատությունները, ինչպես նաև Լ. Ս Ներսեսովայի, Զ. Ա. Խաչատրյանի, Ս. Ա Մկրտչյանի, Հրաչ սրկ. Սարկիսյանի, Վարդան սրկ. Ասլանյանի գիտաբանական ուսումնասիրությունները:

Տեսական վերլուծությունների, ընդհանրացումների, հիմնարար դրույթների առաջադրման ու վերլուծության համար արժեքավոր հենք է հանդիսացել կենսաբարոյագիտության մարդաբանական տեսությունը, որը մարդու առողջության, կյանքի, ու մահվան կենսականորեն կարևոր հիմնախնդիրների ընդհանուր քննությունը միավորում է կլինիկական կենսաբարոյագիտության հիմնախնդիրների (Է. Սգրեչչա և Վ. Տամբոնե ³¹) վերլուծության հետ: Իտալացի հետազոտողները կենսաբարոյագիտությունը բնութագրել են որպես «մարդկային արժանապատվություն», որը թույլ է տվել վեր հանել կենսաբարոյագիտության մեջ մտնող տարրերի միջև կապերն ու հարաբերությունները, դրանց բնույթն ու առանձնահատկությունները:

Հետազոտության մեթոդաբանական հարացույցի կենտրոնական տարրը միջգիտակարգային մոտեցումն է, ինչը թույլ է տվել՝ օգտագործելով բնագիտական և հումանիտար գիտությունների տվյալները, համարժեքորեն արտացոլել կենսաբարոյագիտության էությունը և կայացման բարդ ու հակասական գործընթացը:

Մեթոդաբանական մյուս կարևոր հենքը համակարգային մոտեցումն է, որը թույլ է տվել վեր հանել ինչպես միջգիտակարգային կապերը, այնպես էլ կենսաբարոյագիտության մեջ մտնող տարրերի կապերն ու հարաբերությունները, դրանց բնույթն ու առանձնահատկությունները:

³¹ *Сгребча Э., Тамбоне В.*, Биоэтика. серия Богословие и наука. М., 2002.
<https://predanie.ru/book/216497-bioetika/> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

Հետազոտության նպատակներն ու խնդիրները պայմանավորել են համընդհանուր կապի և զարգացման, պատմականության, վերլուծության ու համադրության, ինդուկցիայի և դեդուկցիայի, , համեմատության, բացատրության և ընդհանուր գիտական այլ մեթոդների կիրառումը:

Գիտական նորույթը

Առաջադրվել են գիտական նորույթ բովանդակող մի շարք դրույթներ ու եզրակացություններ, մասնավորապես.

- Վերլուծվել են կենսաբարոյագիտության փիլիսոփայական-մեթոդաբանական հիմքերը, հիմնավորվել է կենսաբարոյագիտությունը որպես գիտելիքի միջգիտակարգային հետազոտությունների նոր բնագավառ և պրակտիկ փիլիսոփայության նոր ձև դիտարկելու նպատակահարմարությունը:
- Բացահայտվել են կենսաբարոյագիտության՝ որպես միջգիտակարգային գիտելիքի նոր ոլորտի, առարկայական տիրույթի, հիմնական կատեգորիաների, սկզբունքների առանձնահատկությունները:
- Հիմնավորվել է դրույթն այն մասին, որ կենսաբարոյագիտությունը, նպաստելով հասարակական և ազգային գիտակցության մեջ կյանքի, առողջության և հիվանդության, կյանքի և մահվան վերաբերյալ փիլիսոփայական-արժեքաբանական պատկերացումների ձևավորմանը, որոշակիորեն խթանում է բժշկագիտության և առողջապահության համակարգի հումանիզացման գործընթացը:
- Կենսաբարոյագիտության մեջ պահպանողական և ազատական մոտեցումների առանձնահատկությունների և դիալեկտիկայի վերհանման արդյունքում բացահայտվել է այդ արժեքաբանական մոտեցումների դերը մարդու կյանքի, առողջության և մահվան հիմնախնդիրների փիլիսոփայական վերլուծության գործում: Ձևակերպվել և զարգացվել է տեսակետը, որ այդ մոտեցումների միջև հնարավոր է կառուցողական փոխգործակցություն՝ էթիկական ռեյատիվիզմի ու ազատականության ծայրահեղություններից, ինչպես նաև պահպանողական մոտեցման դոգմատիզմից զերծ մնալու պարագայում:
- Ցույց է տրվել, որ ժամանակակից հետխորհրդային հասարակություններում, ներառյալ Հայաստանում, կենսաբարոյագիտության հիմնական նորմերի ու սկզբունքների իրականացման խնդրահարույց լինելը պայմանավորված է հիմնականում բժշկի և հիվանդի փոխհարաբերություններում պատերճալիստական (պահպանողական-ավտորիտար) դիրքորոշումների գերակշռությամբ, ինչպես նաև առողջապահական համակարգում ստեղծված բարդ իրավիճակով (համաճարակ, պատերազմ և այլն):

- Փիլիսոփայական տեսանկյունից վերլուծվել են մարդու կյանքի, առողջության և մահվան խնդրակարգի հիմնական դրույթները, ինչպես նաև մարդկային կյանքի արժեքի ռեյատիվացման գործընթացի հաղթահարման դժվարությունները: Ցույց է տրվել, որ վերջիններս պայմանավորված են դեռևս չձևված մարդու (սաղմի) կյանքի, ինչպես նաև մահվան շեմին հայտնված մարդու կյանքի նկատմամբ հասարակության մեջ հումանիստական վերաբերմունքի, հոսպիսյան շարժման զարգացման ոչ բավարար մակարդակով:

Պաշտպանության ներկայացվող դրույթները

- ✓ Կենսաբարոյագիտության խնդրակարգի ձևավորումը պայմանավորված է գիտության և պրակտիկ փիլիսոփայության մեջ մարդուն վերաբերող ուսումնասիրությունների աճով: Բնագիտական, սոցիալ-հումանիտար և փիլիսոփայական գիտելիքների միավորման հանգուցակետը և կարևոր հիմնախնդիրներից մեկը՝ հասարակական գիտակցության մեջ կյանքի, առողջության և մահվան նոր արժեքանություն, կամ, որ նույնն է՝ կյանքի, առողջության և մահվան պրակտիկ փիլիսոփայության ձևավորումն է:
- ✓ Բժշկագիտության, դեղագիտության և կենսաբանության զարգացման հեռնկարների ուրվագծման առումով կարևոր է ոչ միայն դրանց գործնական հնարավորությունների, կենսատեխնոլոգիաների կիրառման բարոյագիտական հետևանքների, այլև դրանց հումանիստական ներուժի բացահայտումը:
- ✓ Կենսաբարոյագիտության առարկան, հիմնական կատեգորիաները և սկզբունքները ունեն վառ արտահայտված սոցիալ-արժեքանական բնույթ: Կենսաբարոյագիտության խնդրակարգը կապված է մարդու առողջության կյանքի որակի և մահվան փիլիսոփայության հետ:
- ✓ Ժամանակակից գիտության և առողջապահության ոլորտի հումանիզացման գործընթացն ուղղված է հետևյալ խնդիրների լուծմանը՝
 - հասարակության մեջ գիտատեխնոլոգիական, բժշկական և բարոյական զարգացման մակարդակների միջև խզման հաղթահարում,
 - ժամանակակից կենսաբանության, բժշկագիտության և դեղագիտության ոլորտներում որակական տեղաշարժերի բացասական հետևանքների վերացում:
- ✓ 21-րդ դարասկզբի, առողջապահական նոր մարտահրավերների, այդ թվում՝ նոր ի հայտ եկած հիվանդությունների և համաճարակային ռիսկերի պայմաններում առանձնահատուկ արժեք և կարևորություն են ձեռք բերել հիվանդի իրավունքների, արժանապատվության, ինչպես նաև իրազեկված համաձայնության և արդարության սկզբունքների պաշտպանության հարցերը:
- ✓ Ժամանակակից պայմաններում հրատապ են դարձել արժանապատիվ մահվան, էվթանազիայի բարոյափիլիսոփայական իմաստավորման, ինչպես նաև հոսպիսի և

ամոքիչ (պալիատիվ) բժշկության խնդրակարգի միջգիտակարգային, փիլիսոփայական ուսումնասիրությունները:

Աշխատանքի գիտարեսական և գործնական նշանակությունը:

Հետազոտության մեջ ստացված արդյունքները թույլ են տալիս հստակեցնել կենսաբարոյագիտության՝ որպես միջգիտակարգային գիտելիքի առանձնահատուկ բնագավառի նկատմամբ իրավագիտական, հոգեբանական, բարոյագիտական, բժշկագիտական, սոցիոլոգիական մոտեցումները և փիլիսոփայական հենքի վրա համադրել դրանք:

Ատենախոսության նյութերն ու արդյունքները կարող են օգտագործվել կենսաբարոյագիտության խնդրակարգի հետագա ուսումնասիրություններում, նպաստել բժշկագիտության, բարոյագիտության, կենսաբարոյագիտության, փիլիսոփայական մարդաբանության ժամանակակից հիմնահարցերի իմաստավորման և լուծումների մշակման գործընթացներին:

Գործնական նշանակությունը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ ատենախոսության եզրակացությունները՝

- գիտական հասարակայնության ուշադրությունն են հրավիրում նորագույն գիտաբժշկական տեխնոլոգիաների հետ կապված բարոյաիրավական հիմնախնդիրների վրա,
- նպաստում են հասարակական և ազգային գիտակցության մեջ մարդու կյանքի և առողջության նկատմամբ ողջամիտ, հումանիստական վերաբերմունքի զարգացմանը, -խթանում են կենսաբարոյագիտության խնդրակարգի ուսումնասիրության նոր ուղիների որոնումները՝ հաշվի առնելով ժամանակակից խնդիրներն ու մարտահրավերները,
- պարունակում են սոցիալական, բարոյագիտական, հոգեբանական, իրավագիտական և այլ գիտելիքներ, որոնք անհրաժեշտ են կենսաբժշկության և դեղագիտության ոլորտներում չարաշահումներն ու խախտումները նվազեցնելու և վերացնելու համար:

Ատենախոսական հետազոտությունում շարադրված դրույթներն ու եզրահանգումները կարող են օգտակար լինել դասախոսներին, ասպիրանտներին, գիտության փիլիսոփայություն, բժշկության փիլիսոփայություն, բարոյագիտություն և կենսաբարոյագիտություն դասավանդելիս, համապատասխան հատուկ դասընթացներ

վարելիս, այդ թեմայով ուսումնական և ուսումնամեթոդական ձեռնարկներ պատրաստելիս:

Ատենախոսության փորձաքննությունը

Ատենախոսության թեման, հիմնախնդիրները և արդյունքները քննարկվել են ՀՀ ԳԱԱ փիլիսոփայության, սոցիոլոգիայի և իրավունքի ինստիտուտի սոցիալական փիլիսոփայության բաժնում, 2017; 2019; 2021 և 2022 թթ.: Ատենախոսության առանցքային գաղափարները քննարկվել են ՀՀ ԳԱԱ փիլիսոփայության, սոցիոլոգիայի և իրավունքի ինստիտուտի սոցիալական փիլիսոփայության բաժնի և ՀՀ ԳԱԱ գիտակրթական միջազգային կենտրոնի փիլիսոփայության ամբիոնի համատեղ սեմինարում (2019թ.): Ատենախոսության հիմնական դրույթներն արտացոլված են Սոնա Դավթյանի (համահեղինակ) «Կյանքի և առողջության պրակտիկ փիլիսոփայություն» գրքում (Երևան, «Նաիրի», հրատ., 2017, 352 էջ), ինչպես նաև՝ հայաստանյան և արտասահմանյան գիտական պարբերականներում տպագրված վեց հոդվածներում³², միջազգային գիտաժողովների երկու զեկուցումներում և դրանց թեզիսներում³³

³² **Դավթյան Ս. Ա.**, Մարդու առողջության և կյանքի փիլիսոփայության հիմնախնդիրները: «Փիլիսոփայությունը արդի աշխարհում»: ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի հոշակած Փիլիսոփայության համաշխարհային օրվա կապակցությամբ հրավիրված գիտաժողովի նյութեր, Գիրք VII, «Եվրոպրինտ հրատ.», Երևան, 2017, էջ 127-135; **Դավթյան Ս. Ա.**, Կենսաբարոյագիտությունը՝ որպես միջառարկայական և արժեքական ուսումնասիրությունների նոր բնագավառ: «ԿԱՃԱՌ», Գիտական տարեգիրք, «Զանգակ հրատ», Երևան, 2017, էջ 294-301; **Դավթյան Ս. Ա.**, Էվթանազիայի հիմնախնդրի կենսաբարոյագիտական և փիլիսոփայական տեսանկյունները: Պատմություն և քաղաքականություն «գիտական հանդես», Երևան, 2021, էջ 94-100; **Давтян С. А., Давтян С. А.**, Опыт интроспективного осмысления экзистенциальных координат жизни армян. The survival strategy in terms of bioethics, philosophy and medicine. Collection of scientific articles with international participation, Volume 23, “CHISINAU”, Moldova, 2017, CEP, Medicina, pp 98-100; **Davtyan S. A.**, Normative regulation of life and health philosophical aspects, Main issues of pedagogy and psychology, Scientific periodical, Yerevan, 2021, pg 41-46; **Davtyan S. A., Davtyan S. H.**, The new model of value attitude towards life, Hospices and relaxing medicine. “Биоэтика Федеральный научно-практический журнал”, Russian Federation, Volgograd 2021, pg. 22-25.

³³ **Davtyan S. A., Davtyan S. H., Ghazaryan K. T., Johrian A. H.**, Philosophical analysis of the euthanasia problem: the peculiarities of cultural environment, social opinion and mentality, 12th World Conference Bioethics, Medical Ethics and Health Law, St. Raphael Hotel Resort & Congress Center Limassol, Cyprus March 21-23, 2017 Program and Book of Abstracts SAS International Seminars POB 574, Jerusalem, Israel, pg. 14, www.bioethics-conferences.com (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022) ; **Davtyan S. A., Davtyan S. H., Harutyunyan M. A.**, Euthanasia and medieval armenian thinkers., UNESCO Chair in Bioethics 13th World Conference, Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Ramada Hotel Jerusalem, Israel November 27-29, 2018

ԳԼՈՒԽ ԱՌԱՋԻՆ

ԿԵՆՍԱԲԱՐՈՅԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ՈՐՊԵՍ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ, ԿՅԱՆՔԻ

ԵՎ ՄԱՀՎԱՆ ՊՐԱԿՏԻԿ ՓԻԼԻՍՈՓԱՅՈՒԹՅՈՒՆ

1.1. Կենսաբարոյագիտության խնդրակարգի ուսումնասիրության միջառարկայական եզրերը

Կենսաբարոյագիտության խնդրակարգը ենթադրում է հասարակական անհատի գործունեության միջգիտակարգային, համապարփակ ուսումնասիրություն՝ հենվելով նրա բնույթի և էության մասին ժամանակակից բնագիտական, բժշկագիտական-դեղագիտական և փիլիսոփայական նոր պատկերացումների վրա: Դա նշանակում է, որ կենսաբարոյագիտության հասկացական կառուցվածքը և որոշիչ սկզբունքներն ունեն շեշտված միջգիտակարգային և արժեքանական-աշխարհայացքային բովանդակություն:

Կենսաբարոյագիտության մեջ այդ ամենը համախմբող մեկնակետը մարդն է, որպես բարոյական հարաբերությունների կենտրոնական օբյեկտ:³⁴

Այսպիսով, կենսաբարոյագիտությունը՝ բժշկագիտական, դեղագիտական, բարոյագիտական, սոցիալ-փիլիսոփայական ուսումնասիրությունների միջառարկայական, միջգիտակարգային ոլորտ է, որը հետազոտում է կյանքի, առողջության և մահվան խնդրաշարի բարոյական, իրավական, սոցիալական և փիլիսոփայական ասպեկտները, որոնց առանձնահատուկ սրություն են հաղորդել կենսաբժշկական նորագույն տեխնոլոգիաներ:

Program and Book of Abstracts, ISAS International Seminars POB 574, Jerusalem, Israel, pg. 23.
www.bioethics-conferences.com. (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

³⁴ Դավթյան Ս. Հ., Բիոէթիկան՝ որպես միջգիտակարգային գիտելիքի նոր ոլորտ: «ԿԱՃԱՌ» գիտական հոդվածների ժողովածու, «Հանգակ հրատ.», Երևան, 2016, էջ 47:
<https://arar.sci.am/dlibra/publication/115048/edition/104951/content> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

Սակայն կենսաբարոյագիտությունն ունի ոչ միայն միջգիտակարգային, այլև արժեքանական-աշխարհայացքային, փիլիսոփայական բովանդակություն: Միջգիտակարգային մոտեցումը, հաշվի առնելով բնագիտական, հասարակագիտական, տեխնիկական գիտությունների, բժշկագիտության, դեղագիտության և պրակտիկ փիլիսոփայության փոխգործակցության անհրաժեշտությունը, դրանց սերտ կապը մարդու կյանքի և առողջության պաշտպանության առաջնային շահերի հետ, դարձել է կենսաբարոյագիտության կայացման և զարգացման գլխավոր ազդակներից մեկը:

Հասունացել է մեթոդաբանական և աշխարհայացքային տարբերությունների պատճառով նախկինում անմիավորելի համարվող գիտությունների խիստ սահմանազատումները վերանայելու, դրանց փոխգործակցության նոր ձևեր որոնելու սուր անհրաժեշտությունը ³⁵ : Հստակորեն ուրվագծվել է միջգիտակարգային, ինտեգրատիվ գիտական տարածք ստեղծելու նոր անհրաժեշտությունը: Բնավ պատահական չէ, որ ներկայումս կյանքի, առողջության և մահվան խնդրակարգի ուսումնասիրության բնագավառում առաջանում են բազմաթիվ «համալիր», «համակարգային», «ինտեգրատիվ», «միջգիտակարգային» գիտություններ: Կենսաբարոյագիտությունը դրանցից մեկն է: Կենսաբարոյագիտության խնդրակարգի ուսումնասիրության «միջգիտակարգային» բնույթը մատնանշված է ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի գլխավոր համաժողովի 33-րդ նստաշրջանում 2005թ հոկտեմբերի 19-ին ընդունված Մարդու իրավունքների և կենսաբարոյագիտության մասին համընդհանուր հռչակագրում. «Սույն հռչակագիրը հետապնդում է հետևյալ նպատակները... աջակցել կենսաբարոյագիտական հիմնախնդիրների վերաբերյալ բազմագիտակարգային ու բազմազան երկխոսությանը՝ բոլոր շահագրգիռ կողմերի միջև և առհասարակ ամբողջ հասարակության շրջանում (հոդված 2, կետ V)» ³⁶: Այդ երկխոսությունը հարկ է

³⁵ Այդ մասին տե՛ս, **Марков Б. В.**, Философская антропология. Очерки истории и теории. СПб., 1997, էջ 5-6: http://lib.yasu.am/disciplines_bk/deb643cfbc848285836025d0c9e69bf6.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

³⁶ Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая Генеральной конференции ЮНЕСКО 19.10.2005, В кн. “Биоэтика и СМИ”: рекомендации для журналистов. Редакторы-составители Тищенко П. Д. и Юдин Б. Г. М., “Союз журналистов России”, При поддержке Бюро ЮНЕСКО, 2008, с. 36.

դիտարկել որպես բնագիտության տարբեր ճյուղերի, բժշկության, դեղագիտության և կենսաբարոյագիտության զարգացման շահերի փոխհամաձայնեցման նոր արդյունավետ գիտական տեխնոլոգիա:

Կենսաբարոյագիտության միջգիտակարգային և արժեքանական բնույթը, որով պայմանավորված է դրա աշխարհայացքային և մեթոդաբանական մշակման խնդրայնությունը, ինչպես վերը նշված է, պատճառաբանվում է, իսկն ասած, ժամանակակից գիտության մեջ իրականացվող յուրօրինակ մարդաբանական շրջադարձով: «Մարդը, որպես գիտական գիտելիքի հետազոտության օբյեկտ, այսօր հայտնվել է բազմաթիվ գիտությունների՝ հասարակական, բնագիտական և տեխնիկական, հատման կիզակետում: Ամենալայն հետաքրքրությունների տեր գիտնականների ուշադրությունը կենտրոնացվել է մարդու վրա»³⁷:

Մարդը որպես հասարակական էակ իր մեջ ներառել է կեցության բոլոր մակարդակները՝ մոլեկուլայինից մինչև հասկացողական և գնահատողական: Դրանք իրար հետ կապված չեն մեխանիկորեն, այլ կազմում են մեկ օրգանական ամբողջություն՝ միաձույլ և անբաժանելի: Ինչպե՞ս կառուցել բազմագիտակարգային երկխոսությունը կենսաբարոյագիտական խնդրաշարի շուրջը: Իրենց մեթոդաբանական հնարքներով տարբերվող գիտությունները միավորելու փորձը մեզ հանգեցնում է այն հետևությանը, որ անհրաժեշտ է, նախ և առաջ, համատեղել այլ ընտրանքային մոտեցումները, որոնք կարող են առկա լինել անգամ նույն գիտության մեջ: Յուրաքանչյուր գիտություն հետազոտում է իր հատույթը: Դրա արդյունքը շարունակ նոր գիտությունների առաջացումն է՝ իրենց հետազոտության առարկայով: Սակայն հարցը լոկ գիտությունների քանակի մեջ չէ, այլ դրանց ինտեգրատիվության ու միմյանց նկատմամբ բաց լինելու մեջ: Չի կարելի անտեսել այն փաստը, որ մարդկային կեցության մակարդակները, որոնք բաժանված են գիտությունների միջև, իրականում փոխկապակցված են: Օրինակ՝ հիվանդությունն ու ապաքինումը կախված են ոչ միայն

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000159308> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

³⁷ Այդ մասին ավելի հանգամանորեն տե՛ս, **Фролов И. Т.**, Жизнь и познание. О диалектике в современной биологии. 2-е изд., доп., М., Книжный дом, “ЛИБРОКОМ”, 2009, էջ 299:

ֆիզիոլոգիական, այլև սոցիալական, հոգևոր-բարոյական, անգամ՝ մտավոր պատճառներից:

Գլխավորը, որ այստեղ հարկ է ընդգծել, ոչ թե մարդու վերաբերյալ համապարփակ ինչ-որ տեսություն ստեղծելու, այլ մարդու ուսումնասիրման տարբեր մոտեցումների միջև փոխգործակցության նոր ձևեր գտնելու մեջ է: Հասկանալի է, որ այդպիսի ինտեգրատիվ մոտեցումը հնարավոր չէ ձևավորել գիտելիքների տարբեր բնագավառներից մարդու մասին կցկտուր տեղեկությունների ու գիտելիքների պատառիկների պարզ միավորման շնորհիվ: Միջգիտակարգայնության, տարբեր գիտաճյուղերի միջև փոխգործակցության և ճկուն կապերի զարգացման համար մեթոդաբանական հենքի ձևավորման առումով կարևորվում է փիլիսոփայության կարգավորիչ դերը՝ մարդու կյանքի, առողջության ու մահվան հետ կապված մարդասիրական սկզբունքների հստակեցման ու համակարգման գործում: «Եվ հիմա (արդեն որերորդ անգամ), - ժամանակին նշել է հայտնի փիլիսոփա Ի. Տ. Ֆրոլովը, - թերևս վրա է հասել փիլիսոփայության «աստեղային ժամը»: Փիլիսոփայությունը, որ սեր է առ իմաստությունը, ևս մեկ հնարավորություն է ստացել միավորելու գիտությունն ու մարդասիրական իդեալները, ելնելով այն սկզբունքից, որ մարդը, եթե վերափոխենք Պրոտագորասի հայտնի ասույթը, «բոլոր գիտությունների չափն է»³⁸:

Կենսաբարոյագիտությունը դիտվում է որպես կենսաբժշկական տեխնոլոգիաների կիրառման արդյունքում առաջացած բարոյական, սոցիալական և իրավական հիմնախնդիրների միջգիտակարգային հետազոտության նոր բնագավառ: Բ. Գ. Յուդինի գնահատմամբ՝ մարդու հնարավոր համալիր հետազոտության մեջ հանգում ենք դժվար հաղթահարելի բաժանման առջև³⁹: Այստեղ կարևորվում է արժեքային-արժեքանական մոտեցումը, քանի որ «ճանաչողության բոլոր հնարավոր օբյեկտների համեմատությամբ մարդը արժեքային առումով առանձնանում է, այսինքն՝

³⁸ Նույնը, էջ 275-276:

³⁹ **Юдин Б. Г.**, Человек в научном познании: методология и ценности. “Биоэтика и гуманитарная экспертиза”, Вып. 3, М., “ИФ РАН”, 2009, с. 22.

https://iphras.ru/bioeth_3.htm

https://iphras.ru/uplfile/root/biblio/bioeth/bioeth_3/1.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

հենց դրանով է տարբերվում մյուս բոլոր օբյեկտներից»⁴⁰: Ամենևին չի կարելի հասկանալ, թե ինչ է տեղի ունենում ժամանակակից հասարակության մեջ, թե դեպի ուր է այն շարժվում, ինչպիսի հիմնախնդիրներ են նրա առջև կանգնած, եթե չվերհանենք կենսական արժեքների փոփոխությունների միտումը, այդ փոփոխությունների կապը գիտության, տնտեսության և առողջապահության վիճակի հետ:

Բժշկության մեջ՝ բարոյագիտական տեսանկյունից յուրաքանչյուր բարդ դեպք ինքնատիպ է, ուստի դրա արդյունավետ լուծման համար հարկավոր է հաշվի առնել ստեղծված իրադրության և՛ բժշկական, և՛ հոգեբանական, և՛ իրավական, և՛ բարոյական, և թե ֆինանսական, սոցիալականու մշակութային տեսանկյունները:

Հետևաբար՝ կենսաբարոյագիտության համար կարևոր է իրավաբանների, սոցիոլոգների, բժիշկների, դեղագետների, փիլիսոփաների միջև բազմագիտակարգային երկխոսությունը, որտեղ քննարկման յուրաքանչյուր մասնակից պետք է ներկայացնի քննարկվող խնդրի սեփական ասպեկտը: Որոշումն ընդունվում է կոնսենսուսով, երբ կողմերից յուրաքանչյուրը հավասար պատասխանատվություն է կրում հետևանքների համար, որոնք պետք է կանխատեսվեն մասնագիտորեն: Այդ երկխոսության նպատակն այն չէ, որ կողմերից յուրաքանչյուրն արտահայտվի տվյալ հարցի վերաբերյալ, և նույնիսկ ոչ այն, որ լուծվի ինչ-որ այսրոպեական խնդիր, այլ այն, որ ձևավորվեն դեղագետի, բժշկի և հոգեբանի, իրավագետի և փիլիսոփայի միջև արդյունավետ գործակցության նոր ձևեր:

Միաժամանակ, պետք է հստակ հասկանալ, որ կենսաբարոյագիտությունը ոչ միայն վերցնում է փիլիսոփայությունից, այլև հարստացնում է նրան: Թերևս ժամանակակից փիլիսոփայությունն էլ սովորելու բան ունի կենսաբարոյագիտությունից: Դասական փիլիսոփայությունը ձգտում էր հասու դառնալ կեցության հիմնարար խնդիրներին. տարածություն և ժամանակ, պատմական

⁴⁰ Юдин Б. Г., Научное познание о человека и ценности. “Знание. Понимание. Умение”. 2014, № 1, с. 37. http://www.zpu-journal.ru/zpu/contents/2014/1/Yudin_Scientific-Cognition-Human-Being-Values/3_2014_1.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

զարգացման օրինաչափություններ և այլն: Դասական փիլիսոփայության ուշադրության սահմաններից դուրս էին մնացել մարդկային կեցության շատ կարևոր ասպեկտները՝ ֆիզիոլոգիական առողջությունը, մարմնականությունը, սեքսուալությունը, առօրյա փաստերն ու իրադարձությունները և շատ այլ բաներ: Որպես ժամանակակից գիտելիքի տեսակ սրա հետ է կապված կենսաբարոյագիտության առանձնահատկությունը, որը գոյություն ունի ոչ թե որպես որոշակի ճշմարտությունների համախումբ այլ որպես խնդրահարույց տարասեռ մոտեցումների մշտական դաշտ՝ երկխոսական և վիճաբանական տարածություն , որը մարտահրավեր է նետում փաստարկների ամենահեղինակավոր համակարգերին, միաժամանակ լինելով անկախ ամբողջություն, այն քննարկման մեջ կարևորություն է ձեռք բերում⁴¹: Իսկ կենսաբարոյագիտությունը դիմում է առաջին հերթին հենց այդ իրողություններին, բայց ոչ թե կենցաղային, այլ փիլիսոփայական մակարդակով:

Չտարվելով սպեկուլյատիվ, վերացական դատողություններով, կենսաբարոյագիտությունը փորձում է առողջության, կյանքի և մահվան հարցերի փիլիսոփայական խնդրաշարը դարձնել ավելի տեսանելի ու կենսականորեն հասկանալի:

Կենսաբարոյագիտությունը ստիպում է հասկանալ փիլիսոփայական իմաստության անմիջական կենսական կարևորությունը՝ առօրյա իրական խնդիրների օրինակով: Պահանջում է ավելացնել փիլիսոփայական գիտելիքի բաժինը և արդիականացնել այն հասարակական և ազգային գիտակցության մեջ: Կենսաբարոյագիտությունը կարող է լինել իրավունքի և գիտության, իրավական և գիտական, իրավական համակարգի և փիլիսոփայության փոխազդող դիսկուրսի օրինակ⁴²:

⁴¹ Այդ մասին ավելի հանգամանորեն տե՛ս, **Гребенщикова Е. Г.**, Биоэтика – вариант постэтики. “Философские науки”, 2009, №1, էջ 96 : <https://www.phisci.info/jour/issue/view/119/showToc> ; <https://www.phisci.info/jour/article/view/1426/1358> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁴² **Озурцов А. П.**, Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы. “Вопросы философии”, 1994, № 3, с. 59.

Ներկայումս շատ են գրում և խոսում գիտական ճանաչողության ողջ գործընթացը վերաիմաստավորելու անհրաժեշտության մասին: Հայտնի ռուս փիլիսոփա ակադեմիկոս Վ. Ս. Ստեպինը ժամանակին նշել է, որ այսօր գիտնականները իմաստավորում են ոչ միայն գոյաբանական կանխադրույթների, այլև ճանաչողության իդեալների ու նորմերի պատմական փոփոխականությունը: Դրա արդյունքում արժեքների մեկնության պահանջը ոչ միայն չի հակասում աշխարհի մասին օբյեկտիվ-ճշմարիտ գիտելիքներ ստանալու ավանդական դիրքորոշմանն, այլև դառնում է նախադրյալ այդ դիրքորոշումը կյանքի կոչելու համար: Գիտատեխնիկական զարգացման նոր բարդ ինքնազարգացող համակարգերի հետին պլանում սկսում է զարգանալ նոր արժեքներ և աշխարհացքային կողմնորոշումներ, որոնք նախադրյալներ են առաջացնում նոր կուլտուրայի երկխոսության համար: Իսկ այդ երկխոսությունները ինչպես այսօր կարծում են շատերը անհրաժեշտ է գլոբալացող մարդկությանը գլոբալ ճգնաժամերից դուրս գալու կենսագործունեության նոր ռազմավարության մշակման համար, որն առաջացրել է ժամանակակից տեխնոլոգիական քաղաքականությունը⁴³:

Մարդկության զարգացումը բժշկական, դեղագիտական և տեխնոլոգիական նվաճումների ուղղագիծ շարժում չէ, դա նաև բարոյական, հոգևոր թռիչքների ու անկումների բարդ ու հակասական գործընթաց է: Որպես դասական գիտություն, բարոյագիտությունը մնում է իր սահմաններում, այն ձևակերպում է բարոյական իդեալներ, նորմեր ու սկզբունքներ որևէ փիլիսոփայական հարթության վրա, և մարդը պետք է մի տեսակ հոգեպես «աճի», «հասու դառնա» դրանց ընկալմանը և ցանկությանը՝ ներառելու դրանք իր սոցիալական վարքագծի մեջ: Սրանում է դասական բարոյագիտության ճանաչողական արժեքը: Դրան հակառակ կենսաբարոյագիտությունը բոլոր բարոյական հիմնախնդիրները փոխադրում է «այսրոպեական նշանակալիի», առօրեականի ոլորտ: Կենսաբարոյագիտության

⁴³ **Степин В. С.**, Соморазвивающиеся системы и постнекласическая реальность. “Вопросы философии”, 2003, № 8, с. 17.

խնդիրն է սովորեցնել ու դրդել օգտվել բարոյական նորմերից և սկզբունքներից մեր կյանքին, առողջությանն ու բարեկեցությանն առնչվող իրավիճակներում:

Դասական բարոյագիտության հիմնադիր հայրերը՝ Սոկրատեսը և Արիստոտելը, ցավի և տառապանքի, հաճույքի և երջանկության հասկացությունները կապակցել են բարու (բարօրության) և չարի, մարդկային առաքինության և արատների հետ: Այդ կապը դարձել է մարդու բնույթը, էությունը, նրա կեցության հոգևոր հիմքերը ճանաչելու մեթոդաբանական սկզբունքներից մեկը: Սոկրատեսից և Արիստոտելից հետո՝ այն տարբեր մեկնաբանություններով անցել է ամբողջ փիլիսոփայության միջով՝ սկսած անտիկ շրջանից մինչև մեր օրերը, և ավելի տեսանելի է դարձել արդի կենսաբարոյագիտության մեջ:

Բարոյագիտականի և բժշկականի հարաբերակցության խնդիրը շատ հետաքրքիր է ներկայացվում նոր գիտության՝ վիրտուալիստիկայի⁴⁴ շրջանակներում: Վիրտուալիստիկան նոր աշխարհայացք է, որը համապատասխանում է քաղաքակրթության գալիք դարաշրջանին, ի դեպ ոչ միայն արևմտյան կամ արևելյան, այլև Երկրի վրա գոյություն ունեցողներից ցանկացածին:⁴⁵ Դրանից ելնելով գրվել է «Վիրտուալիստիկայի մանիֆեստը» որն սկսվում է «Աշխարհը վիրտուալ է» հաստատումով: Համապատասխանաբար առաջ է քաշվում համակարգայնության գաղափարը, ըստ որի ցանկացած օբյեկտ, գործընթաց կամ երևույթ կարելի է դիտարկել որպես համակարգ⁴⁶:

Երկարատև օվկիանոսային շրջագայությունների ընթացքում սուզանավերի և վերջրյա նավերի վրա ծառայող նավաստիների առողջության վիճակի հետազոտությունների հիման վրա պարզվել է, որ անձի ներքին բարոյական անհամաձայնությունները, սթրեսները առաջնային դեր են խաղում: Դրանք ընկած են

⁴⁴ Լատ. virtus՝ երևակայական, թվացյալ: Գիտություն, որն ուսումնասիրում է վիրտուալ իրականության խնդիրները: Որպես ինքնուրույն գիտաճյուղ ձևավորվել է 1980—1990-ական թթ.:

⁴⁵ **Носов Н. А.**, Манифест виртуалистики. М., “Путь”, (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 15.), 2001, 17 с. http://www.virtualistika.ru/vip_15.html (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

⁴⁶ **Пронин М. А.**, Виртуалистика и алетей: теория и операторы. “Биоэтика и гуманитарная экспертиза”. Вып. 5. М., “ИФ РАН”, 2011, с. 171. https://iphras.ru/bioeth_5.htm ; https://iphras.ru/uplfile/root/biblio/bioeth/bioeth_5/9.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

հոգեկան, սոմատիկ և վարքագծային խախտումների ձևավորման հիմքում: Այդ տվյալների մի մասը ստացվել է ՌԴ ԳԱ թիվ 1 պոլիկլինիկայում: Տրվել են հոգեբանական ուղղման գործնական մեթոդներ, ինչպես նաև հոգեսոմատիկ խանգարումների կանխարգելման համակարգ, ապագայում սոցիալական և մասնագիտական հաջողությունների հասնելու ալգորիթմներ⁴⁷:

Վիրտուալիստները իրավացիորեն նշում են, որ հասարակության մեջ միշտ էլ եղել են պատկերացումներ այն մասին, որ հիվանդությունները հաճախ առաջանում են անձի բարոյական, հոգևոր անհարմարավետությունից, ճգնաժամերից ու վնասվածքներից /տրավմաներից/, իսկ բուժումն ուղղակիորեն կախված է մարդու ամբողջ կենսակերպը կարգի բերելու և իր ներքին աշխարհը վերափոխելու ունակությունից:

Վիրտուալիստիկայի շրջանակներում մշակվել է էթիկական բաղադրիչի չափումների թեման սեմիոտիկ դիսֆունկցիաների սոմատիկ ախտորոշման համատեքստում

Անտիկ ժամանակներից հայտնի է, որ հաճախ մարմնական հիվանդություններն առաջանում են հոռետեսական մտքերից, սթրեսային վիճակներից: Առողջ մտքերը և ոչ սթրեսային, ոչ տագնապահույզ վիճակները բարերար են ազդում մարդու ողջ օրգանիզմի և հոգեվիճակի վրա: Հոգեբժշկական պրակտիկայում և կենսաբարոյագիտության մեջ լայնորեն արմատավորվել և օգտագործվում է «մենթալ առողջություն» եզրույթը: Այն կապված է ուղեղի գործունեության հետ, թե ինչպես է մտածում առանձին անհատը, ինչ կոնկրետ գիտելիքներ է ձգտում ձեռքբերել, ինչպես է պատրաստվում դրանք օգտագործել իր ամենօրյա կյանքում: Գործնական խելքն առօրյա կյանքում կարող է ունենալ ստեղծարար կամ վնասակար ուղղվածություն: Պրակտիկան, առանձնապես համաճարակի պայմաններում, ապացուցում է, որ ինքնամեկուսացման հետ կապված տագնապների վրա տևական մտասևեռվածությունը, որոշ դեպքերում կյանքի է կոչում զանազան նյարդային

⁴⁷ *Пронин, М. А.*, Виртуалистика в Институте человека РАН. М., “ИФ РАН”, 2015, с. 62.

խանգարումներ: Դրանք երբեմն վերաճում են հոգեընկճվածության /դեպրեսիայի/ վիճակի, երբ մարդկային անհատն իր կյանքին նայում է խիստ հոռետեսորեն՝ ամենօրյա կյանքում չափազանցնում է վատը և նվազագույնի հասցնում լավը: Դա անխուսափելիորեն հանգեցնում է մարդու ֆիզիկական և հոգևոր ուժերի քայքայման:

Ժամանակակից քաղաքակրթությունը շեշտը դնում է ոչ այնքան մարդու հոգեկան աշխարհը կառավարելու, որքան մարդու ցանկությունները վերահսկելու վրա: Պետությունը նախընտրում է մարդկանց դարձնել այնպիսին, ինչպիսին իրեն պետք են, հաճախ անտեսելով բարդ հոգևոր գործոնները և մարդու «անմահ հոգու» մասին մտահոգությունը: Պետությունը դիմում է ավելի հասարակ ձևերի՝ առողջ կենսակերպի գովազդ, աշխատանքի և հանգստի ռացիոնալ ռեժիմ և այլն: Նրան հետաքրքրում է ամենօրյա կենսակարգի ձևավորումը, որն ապահովում է հասարակական անդորրն ու կայունությունը: Նման գործապաշտական, զուտ տեխնոկրատական մոտեցումը բնավ չի ջերմացնում մարդկային հոգին, այն խորթ է կյանքի իմաստի որոնումներին: Այն ուղղված է աշխարհը փոխելուն, բայց անգոր է փոխելու սեփական մարդկային հոգին, հոգեկան աշխարհը: Չնայած արևմտյան քաղաքակրթության բարձր տեխնոլոգիական մակարդակին և նյութական բարեկեցությանը՝ մարդիկ առ այսօր այդպես էլ չեն դարձել ավելի երջանիկ. դժբախտությունները, ողբերգությունները, հիվանդությունները և մահը նախկինի պես մնում են մարդկանց կյանքի անխուսափելի ուղեկիցները: Մարդուց նախկինի պես պահանջվում է կամք, տոկունություն և քաջություն, համբերություն և կարեկցանք: Դրանով է բացատրվում տառապանքի ու կարեկցանքի, ապրումակցման, արդարության ու գթասրտության բարոյական արժեքների նշանակությունն ու դրանց կարևորումը:

Բժշկագիտական գիտելիքի և տեխնոլոգիաների առաջընթացը չի կարող անտեսել մարդկային կյանքի հոգևոր ոլորտը: Այն արժեքները, որոնք մեր կյանքը կենդանական մակարդակից փոխադրում են մարդկային մակարդակ, նախապես ձևավորվում են հոգևոր ոլորտում և չեն կարող գիտակցվել առանց հոգևորի: Կրոնը որպես հիմնադրույթ արձանագրում է, որ կյանքը բարձրագույն բարիք է և Արարչի անգին պարգև, որն աղերսվում է հավերժության հետ: Ուստի աստվածաբանական

գիտելիքին դիմելը հարկ է դիտել իբրև ձգտում դեպի կյանքի իմաստի հորիզոնը և մարդկային կյանքի իրավունքի հիմնավորումը:

Բնագիտություն, բժշկություն, փիլիսոփայություն, աստվածաբանություն, իրավագիտություն, մարդաբանություն, սոցիոլոգիա, սոցիալական էկոլոգիա, գրականություն, արվեստ, պատմություն՝ մարդկային գիտելիքի իրարից չափազանց տարբեր այս ոլորտների միավորման կետն այսօր դարձել է կենսաբարոյագիտությունը ⁴⁸ : Կենսաբարոյագիտության վճռորոշ կատեգորիան «մարդկային կյանքի արժեքն է»: Հենց կյանքն է արժեքների աստիճանակարգի գագաթը: Արժեքն այն է, ինչ նշանակալի և օգտակար է կյանքի ու առողջության համար⁴⁹:

Ըստ Լ. Ի. Կորոչկինի, «Կյանքը մատերիայի կազմակերպման առանձնահատուկ ձև է, որը բաղկացած է երեք կառուցվածքային տարրերից. 1) ժառանգական ծրագրից, որը ամրագրված է գեների մեջ (գենոմ) 2) նյութափոխանակությունից, որի յուրահատկությունը պայմանավորված է ժառանգական ծրագրով, 3) ինքնավերարտադրությունից՝ համաձայն այդ ծրագրի»⁵⁰: Մարդու և հասարակության կյանքը կախված է ոչ միայն ժառանգական, այլև սոցիալ-տնտեսական, էկոլոգիական, բարոյական այլ գործոններից: Սակայն կյանքի պահպանման մեջ առաջնակարգ դերն այնուամենայնիվ պատկանում է մարդու ապրելակերպին, նրա արժեքային դիրքորոշումներին: Միայն սոցիալական կեցության մակարդակում է մարդկային կյանքը լիարժեքորեն դրսևորում իր բոլոր անկրկնելի հնարավորությունները:

Կենսաբարոյագիտության մյուս կարևոր կատեգորիան «մարդու առողջությունն է»: Առողջությունը մարդկային կյանքի արժեքային հիերարխիայում զբաղեցնում է ամենաբարձր աստիճաններից մեկը: Առողջությունը՝ շրջակա միջավայրի և մարդկային

⁴⁸ Այդ մասին տե՛ս, **Հրաչ սրկ. Սարկիսյան, Վարդան սրկ. Ասլանյան**, Կենսաէթիկայի հիմնահարցեր: Ուսումնաօժանդակ ձեռնարկ, Սբ. Էջմիածին, 2015, էջ 28:

⁴⁹ Նույնը, էջ 21:

⁵⁰ Новая философская энциклопедия. Председатель научно-редакционного совета Степин В. С., Ст. “Жизнь”, М., “Мысль”, 2010.

<https://iphlib.ru/library/collection/newphilenc/page/about>

<https://iphlib.ru/library/collection/newphilenc/document/HASH0178ce7245380e677b161178>

(վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

օրգանիզմի և նրա գործառույթների փոխազդեցության հավասարակշռության առանձնահատուկ վիճակ է:

Բժշկության պատմության մեջ հին հունական փիլիսոփա, մաթեմատիկոս և բժիշկ Պյութագորասն առաջինն էր, ով ուշադրություն դարձրեց ոչ միայն հիվանդին, այլ նաև, առողջ մարդուն: Նրա կարծիքով առողջությունը մարդու մարմնի բոլոր տարրերի ներդաշնակությունը, բազմազանությունը և հակասական որակների համադրությունն է՝ կապված հոգևոր և աշխարհիկ կյանքի հետ: Յուրաքանչյուր մարմնական ավելցուկ թողնում է հետքեր և ասես աղտոտում է աստրալ մարմինը՝ հոգու կենդանի մարմինը, և հետևաբար հոգին տառապում է:⁵¹ Ըստ էության Պյութագորասն արաջինն էր աշխարհում, որ զարգացրեց առաքինի կյանքի համակարգի գաղափարը (Ժամանակակից լեզվով՝ առողջ ապրելակերպի գաղափարը):

Պյութագորասն առողջությունը բնութագրել է որպես հավասարակշռության, ներդաշնակության, իսկ հիվանդությունը՝ դրա խախտման վիճակ:

XX դարի կեսերից փոփոխություն է տեղի ունենում առողջության հայեցակարգային ըմբռնման մեջ: Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության սահմանադրությունը, որը ընդունվել է 1946 թ. հուլիսի 22-ին և ՀՀ-ում ուժի մեջ է մտել 1992 թ. մայիսի 4-ին, ըստ որի առողջությունը լիարժեք ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական բարեկեցության վիճակ է, այլ ոչ թե պարզապես հիվանդությունների կամ ֆիզիկական թերությունների բացակայություն⁵²: Այդպիսով, ԱՀԿ-ն «բարօրություն» հասկացությունը դարձրել է «առողջություն» հասկացության անխուսափելի հասկացական ուղեկիցը⁵³:

⁵¹ **Кусилев В. П., Адаменко А. М., Шпанка А. В.**, Пифагор: от здорового образа жизни до основ медицины. “Медицинское образование и профессиональное развитие”, №2 (16), 2014, с. 62.

<https://cyberleninka.ru/article/n/pifagor-ot-zdorovogo-obraza-zhizni-do-osnov-meditsiny/viewer> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

⁵² *Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության սահմանադրություն:* <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=77862> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

⁵³ **Հարությունյան Մ. Ա., Դավթյան Ս. Ա.**, Կյանքի և առողջության պրակտիկ փիլիսոփայություն: Երևան, «Նաիրի», 2017, էջ 64:

ԱՀԿ-ի բնորոշումն ուղենիշ է դարձել ամբողջ արևմտյան աշխարհի, բոլոր անձանց ու կազմակերպությունների համար, որոնց մասնագիտական պարտքն է՝ վերահսկել մարդկանց առողջության վիճակը: Այսպիսով, «առողջությունը» զուտ բժշկական հասկացությունից, որը բնութագրվում է բացառապես ֆիզիոլոգիական կատեգորիաներով, սկսել է փոխակերպվել՝ ձեռք բերելով սոցիոլոգիական, սոցիալ-հոգեբանական, փիլիսոփայական և կենսաբարոյագիտական տեսանկյուններ:

«Առողջություն» հասկացությունը կարելի է սահմանել միայն ֆիզիկական, կենսաբանական, սոցիալական և այլ գործոնները համատեղ դիտարկելու շնորհիվ: Ֆիզիկական գործոնները ներառում են «մոր և հոր տարիքը երեխայի ծննդյան պահին, հղիության ընթացքի և ծննդաբերության առանձնահատկությունները, երեխայի ֆիզիկական բնութագրերը ծննդյան պահին, վնասակար սովորությունները, կերակրման, շնչառության, ֆիզիկական ծանրաբեռնությունների, կոփման համակարգերը, հիգիենիկ միջոցառումները»: Սոցիալ-հոգեբանական գործոնների շարքին դասվում են մարդկային անհատի ինքնագնահատականը քաջալերող գործոնները, օրգանիզմի հարմարվողական ներուժը և էներգետիկ ռեսուրսները, մարդու ինքնաիրացմանը նպաստող գործոնները, սոցիալական շրջապատը, շրջակա միջավայրի վիճակը, նյութական և մշակութային պահանջմունքների բավարարվածության աստիճանը»: Հոգեբանական գործոններն են՝ անձի գիտակցությունը, այն բանի նկատմամբ հավատը, ըմբռնումը, ընկալումը, որ կարող է ինքնուրույն տնօրինել սեփական կյանքը, գիտակցել սոցիալական պատկանելությունը, դրսևորել նախընտրելի վարք և վերաբերմունք, այդ թվում և իր նկատմամբ:

Այսօր արդեն կարելի է ասել, որ գիտնականների կողմից բավականին աշխատանք է կատարվել կյանքի որակի խնդրի տեսական մշակաման գործում:

Կարելի է տարբերել հետազոտության հետևյալ ոլորտները.

- կյանքի որակի մի շարք ցուցանիշների մշակում (ժողովրդագրական, սոցիալ-տրամաբանական, մաթեմատիկական և տնտեսական մեթոդներ),
- սպառողական բյուջեներ կարգավորող համակարգի տեղաբաշխում,

- կյանքի մակարդակի և կյանքի որակի եկամտի համապետական մոնիտորինգի անցկացում, ավելի քան երկու տասնամյակ ժամանակահատվածում,
- կյանքի որակի և մակարդակի մոդելների մշակում, սպառման տիպաբանության խնդիրների ուսումնասիրություն,
- կյանքի որակի հայեցակարգի ստեղծում, որպես հոգևոր, ինտելեկտուալ, նյութական, սոցիալ-մշակութային, բնապահպանական և ժողովրդագրական բաղադրիչների միասնական համակարգ,
- հասարակության քառամաս կառուցվածքի ստեղծում որտեղ հիմնական շերտը կլինեն բնակչության վարձու աշխատող ներկայացուցիչները և այլն⁵⁴:

Պակաս կարևոր չեն նաև բարոյահոգևոր գործոնները՝ բարոյագիտակցությունն ու արժեքները, կրոնական հավատը, ներշնչանքը: Կենսաբարոյագիտության նոր այնպիսի հիմնարար հասկացությունների ինչպիսիք են՝ գթասրտության, երկխոսության, համաձայնության, և այլնի փնտրումը հանդիսանում է կենսաբարոյագիտության վերաիմաստավորման սկիզբը:⁵⁵

Առողջության երևույթի բազմաչափությունը բացահայտվում է հոգու և մարմնի, հոգեկանի և ֆիզիկականի, ներքինի և արտաքինի, անհատի և շրջապատի, անձի և հասարակության շահերի միջև ներդաշնակություն հաստատելու մարդու կարողությամբ:

Ըստ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության բնորոշման՝ առողջությունը «լիակատար ֆիզիկական, հոգեկան և սոցիալական բարօրության վիճակն է»: Իր մեջ այն ներառում է նաև մտավոր առողջությունը: Անձի մտավոր առողջությունը, կամ որ նույնն է, «մենթալ» առողջությունը, ոչ պակաս կարևոր է, քան ֆիզիկական առողջությունը:

⁵⁴ *Луга М. Б., Щеткина И. А., Захарова Е. Б.*, Качество жизни в современной науке и практике: теория и эмпирия. “Философия общества. Гуманитарный вектор”, 2019, Т.14, №4, с. 41.

<https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-v-sovremennoy-nauke-i-praktike-teoriya-i-empiriya/viewer> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

⁵⁵ *Ск'у, Озурцов А. П.*, Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы. “Вопросы философии”, 1994, №3, էջ 61:

Կենսաբարոյագիտության խնդրակարգի բնութագրման համար կարևորվում են սոցիոլոգիայից փոխառված հասկացությունները, մասնավորապես, կյանքի որակը: Կյանքի որակը մարդկանց կենսապայմանների ամբողջությունն է, որը ներառում է նրանց կենսամակարդակը (այլ կերպ՝ նյութական բարիքների մատչելիությունն ու որակը), ինչպես նաև նրանց առողջության, շրջակա բնական և սոցիալական միջավայրի վիճակը⁵⁶:

Սոցիոլոգիայում առանձնացնում են կյանքի որակի բազմաթիվ ցուցիչները, այդ թվում և առողջությունը: Սոցիոլոգիական տեսանկյունից, կյանքի որակն արտացոլում է մարդկային փորձը, իսկ կյանքի որակի չափանիշներն են կյանքի այն ոլորտների չափանիշները, որոնցում մարդիկ զգում են տարբեր մակարդակների բավարարվածություն կամ անբավարարվածություն (բավականություն-ցավ, երջանկություն-դժբախտություն և այլն):

Միևնույն ժամանակ, կյանքի որակը պայմանավորված է կենսամակարդակով, որը էականորեն կախված է այն բանից, թե ինչպես են պետությունն ու հասարակությունը վերաբերվում քաղաքացիների առողջությանը (բարձրակարգ բուժօգնություն, բժշկական ծառայությունների լայն տարրապատկեր՝ սկսած կանխարգելումից մինչև ախտորոշում և բուժում, առողջապահության ոչ միայն բժշկական, այլև սոցիալական հնարավորությունների շարունակական ընդլայնում)։ «կյանքի որակի գնահատականի հետազոտման նշանակությունը հատկապես մեծ է իրավական, սոցիալական պետության ստեղծման պայմաններում»⁵⁷:

Տարբեր հետազոտություններում առաջարկվում են մարդու կենսորակի բնութագրման տարբեր ցուցանիշներ (ինդիկատորներ), մասնավորապես կարևորելով.

➤ Անձնական ֆիզիկական անվտանգություն

⁵⁶ **Մանուկյան Ս.**, Հայաստանի Հանրապետությունում կյանքի որակի հետազոտություն. 2016թ., Սոցիոլոգիական հետազոտություն, վերջնական զեկույց QL-7/16, էջ 5:
https://www.gov.am/u_files/file/documents/IPSC_Q%D6%85LI%207-16_Final%20Report_05_05_2017_Website.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁵⁷ **Лига М. Б., Щеткина И., А.Захарова Е. Б.**, Качество жизни в современной науке и практике: теория и эмпирия. “Философия общества. Гуманитарный вектор”, 2019, Т.14, №4, с. 40.
<https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-v-sovremennoy-nauke-i-praktike-teoriya-i-empiriya> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

- Ազգային անվտանգություն
- Պրոֆեսիոնալ անկախություն
- Որակի հանձնառություն
- Վիճակագրական գաղտնիություն
- Անկողմնակալություն և օբյեկտիվություն
- Ճշգրտություն և արժանահավատություն
- Համաձայնեցվածություն և համադրելիություն
- Մատչելիություն և պարզություն
- Ծնելիություն, մահացություն և ժողովրդագրական այլ բնութագրիչներ
- Կյանքի սանիտարահիգիենիկ պայմաններ
- Պարենային ապրանքների մատչելիություն
- Կրթություն
- Հանգստի կազմակերպում
- Սոցիալական ապահովություն:⁵⁸

Բարօրությունը «առողջություն» հասկացության անխուսափելի ուղեկիցն է: Գոյություն ունի բարօրության հետազոտման մի քանի ուղղություն. հոգեբանական, բժշկական, բնապահպանական: Կենսաբարոյագիտությանն ամենամոտը բժշկականն է, որի շրջանակներում բարօրությունը գործնականում նույնացվում է առողջության հետ: Որոշ հետազոտողների կարծիքով, այդ նույնացումն իրավաչափ չէ: Այն միանգամայն ընդունելի է, միայն եթե նախընտրելի է բարօրությունը սահմանափակել մտավոր և հոգևոր առողջության համատեքստով: Վերհիշելով Դեցիմ Յուվենալի «Առողջ ոգին առողջ մարմնի մեջ» (“Mens sana I corpore sano”) ⁵⁹ հայտնի խոսքերը, առաջարկում ենք տալ դրա վերաձևակերպումը՝ իր նոր տեսքով. «առողջ ոգի, առողջ մտքեր և առողջ մարմին»: Կորոնավիրուսի համաճարակի պրակտիկական ևս ցույց է տալիս, որ տազնապահույզ մտասևեռվածությունը հիվանդագին վիճակների վրա ուղեկցվում է

⁵⁸ Տե՛ս Բնակչության կենսամակարդակը մարդկային զարգացման հայեցակարգի համակարգում ; ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի որակի քաղաքականությունը:

<https://armstat.am/file/doc/99513203.pdf> ; https://armeco.am/_ld/6/691_mardzargacum.doc :

(վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁵⁹ Словарь античности, отв. ред Кузищин В . И., М., “Прогресс”, 1989, с. 88.

հոգեկան զանազան խանգարումներով: Դա թուլացնում է անցանկալի հանգամանքներին դիմադրելու մարդկային կենսունակությունը:

Մերօրյա միջավայրի վատթարացող պայմաններում, ինչպես երբեք, այսօր անհրաժեշտ է պահպանել մեր ազգի կենսունակությունը, առողջությունը պահպանելու, փորձություններին դիմակայելու մեր ազգային ներուժը: Կենսաբարոյագիտության տեսանկյունից, կենսունակ ազգը՝ բարոյապես կամային, սոցիալապես հարմարված, ֆիզիկապես և հոգեբանորեն ակտիվ ժողովուրդն է, որը տիրապետում է կյանքի գիտելիքներին և ունակություններին, որոնք անհրաժեշտ են մեր ժողովրդի առաջ ծառացած դժվարություններն ինքնուրույնաբար հաղթահարելու համար:

Այսօրվա բարոյական հրամայականը մեկն է՝ դաստիարակել կենսունակ ազգ, ամեն հայ պատանու, դեռահասի և երիտասարդի մոտ բազմապատկել եռանդը, կորովը, բնավորության հաստատակամությունը՝ որակներ, որոնք այսօր խիստ պահանջարկված են: Ճգնաժամային պայմաններում ապրելու ունակությունը դժվարին արվեստ է, որին հարկավոր է տիրապետել:

Ազգային բարօրությունն ու կամքը՝ ժողովրդի նկատմամբ հոգատար վերաբերմունքի գլխավոր գործոններն են: Ահա թե ինչ է ժամանակին ասել ռուս մեծ գրող Ա. Ի. Սոլժենիցինը իր հայտնի հոդվածում. «Մեր բոլոր նորամշակ պետական ծրագրերի և նպատակների մեջ առաջնահերթը, անկախ ցուցակում նշված տեղից, պետք է լինի ԺՈՂՈՎՐԴԻՆ ԽՆԱՅԵԼԸ, նրա ֆիզիկական բարօրության և բարոյական առողջության համար անփոփոխ բարենպաստ պայմաններ ապահովելը: Ժողովրդի աղքատությունը թույլատրելի չէ ոչ «երկու երրորդի», ոչ էլ «մեկ հինգերորդի չափով»⁶⁰: Անկարելի է չհամաձայնել ենք ռուս մեծ գրողի հետ: Այսօր, ավելի քան երբևէ, ժողովրդախնայողությունը պետք է դառնա հայ ազգի, Հայաստանի իշխանությունների գերագույն խնդիրն ու առաքելությունը:

Կենսաբարոյագիտության բնագավառի առաջատար մասնագետներից մեկը՝ Պ. Դ. Տիշչենկոն, առաջադրում է ամենօրյա կյանքում առաջնորդվել հետևյալ կենսաբարոյագիտական կանոններով. «մի՛ վնասիր», «բարիք գործիր», «հարգի՛ր

⁶⁰ *Солженицин А. И.*, Что нам по силам., “Аргументы и факты”, № 5, 2008, с. 3.

հիվանդի ինքնությունությունը, արդարությունը, առօրյա կյանքում հետևիր ճշմարտացիության, գաղտնիության, իրազեկված համաձայնության կանոններին»⁶¹:

1.2. Կենսաբարոյագիտության հումանիստական առաքելությունը

Ժամանակակից աշխարհում այսօր տեղի են ունենում ոչ միայն գիտատեխնոլոգիական, այլև լրջագույն սոցիալական փոփոխություններ: Մեր ժամանակաշրջանը ծնել է «նոր» մարդուն, որին հաճախ խորթ ու անհասկանալի են մարդասիրության արժեքներն ու իդեալները: Մարդն աստիճանաբար դառնում է ավելի գոեհիկ, հաշվարկող, անհամեստ: Ծնվում է նոր «բարոյականություն», ձևավորվում է «բարոյագիտական նոր չափանիշների» համախումբ, որին փորձում են մեզ ընտելացնել:

Ինչո՞ւ մարդկությունն այսքան մեծ հաջողության հասնելով գիտական և տեխնոլոգիական առաջընթացում՝ անկարող եղավ հասնելու նույնքան հաջողությունների բարոյականության բնագավառում: Այս հարցի պատասխանը ժամանակին յուրովի փորձել է տալ ռուս մեծ կենսաբան Ի. Ի. Մեչնիկովը. «Վաղուց արդեն ավելորդ է դարձել Աբրահամի հերոսությունը, որը հանուն հավատի ձեռք բարձրացրեց միակ որդու վրա և պատրաստ էր նրան զոհաբերել: Մարդկային անձնագոհությունները, որոնք պահանջում էին մեծագույն բարոյական կորով, հետզհետե անհետանում են մեր կյանքից»⁶²:

Անգլիացի ֆիզիկոս և աստվածաբան Արթուր Ռոբերտ Պիկոկը, մատնանշելով ժամանակակից մարդու անկարողությունը պատասխանատվություն կրելու գիտական նվաճումների արդյունքների համար, տալիս է դրա հետևյալ բացատրությունը՝ XX դարի հասարակությունը ձևավորող մարդիկ ցույց տվեցին իրենց անընդունակությունը

⁶¹ Ст'ю Введение в биоэтику. Отв. ред. Юдин Б. Г., Тищенко П. Д., М., "Прогресс-Традиция", 1998, էջ 159.

https://www.phantastike.com/philosophy/introduction_bioethics_study/djvu/view/

(վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁶² Мечников И. И., Этюды оптимизма. М., "Наука", 1988, с. 269.

ապրելու հույսերով, որ ծնել էին գիտական տեխնոլոգիաները: XX դարը հոգևորազերծեց մարդուն: Ուստի կենսաբարոյագիտության առաքելությունն է՝ բժշկությանը վերադարձնել ոչ միայն աշխարհիկ, այլև կրոնաբարոյական ուղենիշները, այսինքն՝ քրիստոնեական հումանիզմի արժեքները:

Նեկայումս առողջապահության ոլորտում առաջացել են լրջագույն խնդիրներ, որոնք դասական բժշկական էթիկային անձանոթ էին: Ստեղծվել է բարոյական, հոգևոր արժեքների հիմնախախտվածության ազգավտանգ իրավիճակ, երբ և՛ բժիշկները, և՛ ամբողջ հասարակությունը հայտնվել են յուրօրինակ «անբնակ տարածքում»՝ չունենալով ոչ քարտեզ, ոչ կողմնացույց⁶³: Կենսաբարոյականությունը պահանջում է լրացնել գոյություն ունեցող բարոյական չափանիշների էական անբավարարությունը՝ կենսաբժշկական տեխնոլոգիաների բերած նոր իրողությունները վերագնահատելու և վերլուծելու համար:

«Կենսաբժշկական տեխնոլոգիաները, - նշում է ճանաչված փիլիսոփա Բ. Գ. Յուդինը, - իրենց մեջ պարունակում են ամենաանմիջական, եթե կարելի է այդպես արտահայտվել, անհատական դիսկ մարդու կյանքի և առողջության համար, քանի որ դրանցով որոշվում են նրա մարմնական և հոգեկան գոյության ամենաարմատական ձևափոխման հնարավորությունները»⁶⁴: Դրանց մասին են վկայում օրգանների և հյուսվածքների փոխպատվաստման նոր տեխնոլոգիաները, նախաձննդյան ախտորոշումն ու թերապիան, արհեստական բեղմնավորումը, փոխնակ մայրությունը, ժամանակակից վերակենդանացման հրաշքները, հայտնագործությունները միկրոկենսաբանության մեջ: Բժշկական նորագույն տեխնոլոգիաները բազմակի մեծացնում են բժշկական սխալի հավանականությունը: Վնասը, որը կարող են հասցնել ժամանակակից գիտելիքների, հզոր դեղամիջոցների և նորագույն բժշկական

⁶³ Введение в биоэтику. Отв. ред. Юдин Б. Г., Тищенко П. Д., М., “Прогресс-Традиция”, 1998, с 12.
https://www.phantastike.com/philosophy/introduction_bioethics_study/djvu/view/ (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁶⁴ **Юдин Б. Г.**, Чтоб сказку сделать былью? (Конструирование человека). В кн. “Биоэтика и гуманитарная экспертиза: Проблемы геномики, психологии и виртуалистики”. М., “ИФ РАН”, 2007, с. 10.
<https://iphras.ru/bioeth.htm> ; https://iphras.ru/uplfile/root/biblio/bioeth/Bioethica_1.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

տեխնոլոգիաների տիրապետող բժիշկները, այդ ամենը չի կարելի նույնիսկ փոքր-ինչ համեմատել այն վնասի հետ, որը կարող էր պատճառել 18-19-րդ դարերի բժիշկը՝ օգտագործելով տգրուկներ և արյունառություն:

Կենսաբարոյագիտությունը կոչված է իմաստավորելու բժշկության և դեղագիտության մեջ նոր գիտելիքների և տեխնոլոգիաների առաջացրած իրողությունները, ընդհանուր նշանակության արժեքների՝ սոցիալական, իրավական, բարոյական, կրոնական դիտանկյունից: Բայց մյուս կողմից՝ արմատական փոփոխությունները կենսաբժշկական գիտություններում անթույլատրելի են դարձնում այն իրավիճակը, երբ մարդու կյանքին, առողջությանն ու բարօրությանը վերաբերող խնդրակարգի բարոյագիտական վերլուծությունը դառնում է միայն մասնագիտական որոշակի խմբերի՝ բժիշկների, գիտնականների, ծագումնաբանների (գենետիկա) յուրօրինակ առանձնաշնորհը:

Բարոյական որոշում ընդունելու հույսը կապված է մասնագետների և լայն հասարակայնության երկխոսության հետ՝ հնարավորինս վաղ շրջանում, ցանկալի է՝ նախքան այն, երբ քննարկվող տեխնոլոգիան արդեն ստեղծված է և պատրաստ է օգտագործման: Արդի հասարակությունը հատուկ հարթակների կարիք ունի, որտեղ նման երկխոսությունները կարող են ծավալվել, այն էլ զգուշորեն և իրատեսորեն: Այսպիսի «հարթակ» է, նախ և առաջ, հենց կենսաբարոյագիտությունը, ինչպես նաև ողջ քաղաքացիական հասարակությունը:

Այդ հարթակները կոչված են հանրաճանաչ դարձնելու բժշկական գիտելիքները, որպեսզի դրանք հասանելի դառնան յուրաքանչյուր մտածող մարդու համար: Սակայն այդ գործընթացը պետք է կազմակերպվի պատշաճ ձևով: Քանզի «հաշվի առնելով, որ սրընթաց գիտատեխնիկական առաջընթացն ավելի մեծ ազդեցություն ունի կյանքի մեր հասկացողության և բուն կյանքի վրա և հրամայաբար պահանջում է նման փոփոխությունների բարոյական հետևանքների կապակցությամբ ընդունել գլոբալ միջոցներ»⁶⁵: Այս խոսքերը վերցված են ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի 2005 թ. հոկտեմբերի 19-ի

⁶⁵ Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая Генеральной конференции ЮНЕСКО 19.10.2005, В кн. “Биоэтика и СМИ”: рекомендации для журналистов. Редакторы-составители Тищенко

գլխավոր համաժողովի ընդունած Մարդու կենսաբարոյագիտության և մարդու իրավունքների մասին համընդհանուր հռչակագրից:

Մինչև XX դարը գիտական հայտնագործությունները երբեք այդքան հզոր ազդեցություն չեն գործել հասարակության կյանքի և առողջության բարոյական պատկերացումների և արժեքների վրա: Ներկայումս անհամեմատ մեծ է և գնալով ավելանում է բժշկական տեխնոլոգիաների ազդեցությունը մարդկանց վրա, ինչը հաճախ կարող է արմատապես փոփոխել ոչ միայն նրանց ֆիզիոլոգիական բնույթն, այլև առհասարակ կյանքի որակը, տևողությունը և այլն: Պատահում է, որ տևական ժամանակ ներազդելով մարդու վրա, մանավանդ ծննդյան պահից, կարելի է ստանալ արդյունքներ, որոնք կարող են վերածվել անձը ձևավորող նշանակալի գործոնների: Խոսքը գենետիկական որակական հատկանիշներով երեխաների զանգվածային «սարքելու» հնարավորությունների մասին է, որոնք կարող են ծնվել պաշտոնապես կամավոր ընտրված ծնողների կողմից: Սակայն նրանց ընտրությունը իրականում կարող է լինել որոշակի անձնական բնույթի նախասիրություններից այլ նաև տնտեսական և սոցիալական ճնշումներից, որի հիմքում կարող են լինել կորպորատիվ կամ խմբային շահերը⁶⁶:

Զանազան բժշկական, դեղագիտական բնույթի փորձարարական ներգործությունները հաճախ կարող են ունենալ անկանխատեսելի, դժվար վերահսկելի հետևանքներ՝ անձի առողջության և ազգային կերպարի համար:

Վերլուծելով 1970-ական թթ. հայտնի ապագայագետների հետազոտությունները՝ դրանցից կարելի է առանձնացնել հետևյալ կանխատեսումները.

-դոնորներից հիվանդ մարդկանց կփոխապատվաստվեն բոլոր ամենակարևոր օրգանները, բացառությամբ երևի թե գլխուղեղի, ինչպես նաև արհեստական օրգաններ, ինչը թույլ կտա մշտապես «թարմացնել» մարդու օրգանիզմը,

П. Д. и Юдин Б. Г. М., “Союз журналистов России”, При поддержке Бюро ЮНЕСКО, 2008, с. 31.

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000159308>

(վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁶⁶ **Тищенко П. Д.**, Био-власть в эпоху биотехнологий. М., “ИФ РАН”, 2001, с. 53.

https://iphrras.ru/uplfile/root/biblio/2001/Tishchenko_1.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

-հնարավոր կդառնա աճեցնել գերբնական ֆիզիկական և զգայական հնարավորություններով երեխաների,

-ամբողջատիրական պետությունների կառավարությունները, արհամարհելով հասարակական կարծիքը, կսկսեն լայնորեն կիրառել գենային ինժեներիան՝ տաղանդավոր ու հանճարեղ անհատներ ստեղծելու համար: Դրանք, բնականաբար, կարող են օգտագործվել նաև քաղաքական նպատակներով, ժողովրդավարական երկրները հարկադրված կլինեն պատասխանել նույնով, ինչը կհանգեցնի նոր, արհեստականորեն առաջացած «գենետիկ ռասայի» ստեղծմանը,

-տեղի կունենա յուրօրինակ «հոգենյարդաբանական հեղափոխություն»՝ ուղեղը կդառնա լրիվ թափանցիկ, մարդիկ կսովորեն ձևավորել իրենց մեջ այս կամ այն հոգեբանական վիճակը՝ դրա համապատասխան գոտիները էլեկտրախթանման ենթարկելով, կատարելապես կտիրապետեն հեռազգացությանը և էլեկտրազգայական ընկալմանը, կսկսեն կիրառել «ուղեղների լվացման» զանգվածային պրակտիկան և այլն,

-որպես սպիտակուցների գլխավոր աղբյուրներից մեկը, սննդի մեջ կսկսեն օգտագործել միկրոօրգանիզմներ,

-կսկսեն պլանավորել երեխայի սեռը,

-կույրերին կապահովեն «արհեստական տեսողությամբ»՝ էլեկտրոնային սենսորների օգնությամբ⁶⁷:

Ճանաչված փիլիսոփա Պ. Ս. Գուրևիչը գրում է, որ մարդուն կարելի է նմանեցնել և միացնել մեքենաներին: Մարդուն հնարավոր է չիպավորել, նրա հիշողության հետ կատարել անպատկերացելի փորձեր: Առաջանում է կյանքի նոր տեսակ, որը բարձր տեխնոլոգիական ռեսուրսների հետևանք է: Մեր ուղեղի իմացության համակարգը դարձել է ավելի մեծ այն պահից, երբ համակարգչային գիտնականները որոշեցին ստեղծել արհեստական ինտելեկտ⁶⁸:

⁶⁷ **Հարությունյան Մ. Ա., Դավթյան Ս. Ա.**, Կյանքի և առողջության պրակտիկ փիլիսոփայություն: Երևան, «Նաիրի», 2017, էջ 101:

⁶⁸ **Гуревич П. С.**, Феномен деонтологии человека. “Вопросы философии”, 2009, № 3, с. 25.

Հնարավոր է Երկիր մոլորակը իր վրա զգա նորագույն տեխնոլոգիաների ազդեցությունը՝ փշրելով մեր պատկերացումները սեքսուալության, մայրության, սիրո, մանկածնության և կրթության վերաբերյալ: Բարոյական և հուզական ընտրությունը, որը մենք պետք է կատարենք առաջիկա տասնամյակներում, իրապես կարող է մարդուն խելագարության հասցնել:

Եթե զգուշություն չցուցաբերենք ու շարունակենք այսպես, գործ ենք ունենալու դեգրադացված մարդ արարածների հետ, որոնք ոչնչացնելու են թե՛ իրենք իրենց, թե՛ շրջակա աշխարհը:⁶⁹

Վերջապես մենք պետք է կարողանանք գիտակցել և հասկանալ, որ չարիքը թաքնված է ոչ այնքան գիտական և տեխնոլոգիական հայտնագործությունների, որքան հենց մարդու մեջ, ով այնքան հակասական է, որ հաճախ դժվար է որոշել, թե ով է մարդը՝ արարչության պսա՛կ, թե՛ աշխարհաստեղծման առեղծված: Անվանի փիլիսոփայի այս հարցադրումները կյանքի են կոչում համընդհանուր անվստահության մոայլ տրամադրություններ: Այսօր անվստահությունը գիտատեխնիկական առաջընթացի նկատմամբ ծնում է նաև անվստահություն ավանդական բժշկության և դեղագիտության հանդեպ:

Շատ կարևոր է մարդկանց վերադարձնել վստահությունը պաշտոնական բժշկության նկատմամբ, քանի որ ոմանք, կորցնելով հավատը դասական բժշկության նկատմամբ, օգնություն են փնտրում այլընտրանքային բժշկության, «հրաշագործ» հեքիմների, խաբեբաների շրջանում, ինչը հաճախ հանգեցնում է առողջության համար ծանր հետևանքների:

Դասական բժշկության մեջ ցանկացած դեղամիջոց և բուժման մեթոդ նախապես ստանում է պաշտոնական թույլտվություն: Գիտաբժշկական և դեղագիտական հանրույթը բարոյական և իրավաբանական պատասխանատվություն է կրում բուժման նպատակով օգտագործվող դեղերի որակի և արդյունավետության համար: Երկար դարերի ընթացքում մշակվել են բուժաշխատողների մասնագիտական գործունեության

⁶⁹ **Հարարի 3. Լ.**, XXI դարի 21 դասերը: Երևան, “Newmeg”, 2020, էջ 102:

չափանիշները: Դրանցով առաջնորդվելը հնարավորություն է տալիս գնահատելու առանձին բժշկի գործողությունները և որոշելու նրա պատասխանատվության չափը՝ անբարենպաստ հետևանքների համար:

Կենսաբարոյագիտությունը, առաջին հերթին, պետք է արդիականացնի մարդու կյանքի և առողջության հանդեպ արժեքային վերաբերմունքը, որը ձևավորվել է դեռ վաղնջական շրջանում, երկրորդ՝ կյանքի և առողջության խնդիրները լուծելու համար լայնորեն օգտագործի իրավապաշտպան շարժման փորձը, երրորդ՝ նպաստի բժշկության և դեղագիտության սոցիալական գործառույթների աճին, չորրորդ՝ նպաստի հասարակական և ազգային գիտակցության յուրօրինակ էկոլոգայնացմանը, հինգերորդ՝ նպաստի գիտական և փիլիսոփայական ճանաչողության մարդաբանականացմանը, վեցերորդ՝ ինտեգրի բնական և սոցիալ-հումանիտար այն գիտելիքները, որոնք կարող են օգտակար լինել մարդու կյանքը, առողջությունը և բարեկեցությունը վտանգներից պաշտպանելու համար:

Ցավոք, երկրորդ համաշխարհային պատերազմի փորձը դաս չեղավ մարդկության համար: Այսպես, օրինակ, ԱՄՆ-ում 1950-ական և 1970-ական թթ. հայտնի դարձան մարդու վրա գիտափորձերի չարաշահման արտառոց դեպքեր: 1950-ականներին ամերիկյան ռազմական բժիշկները ԱՄՆ-ի փոքր քաղաքների վրա ցրում էին ռադիոակտիվ աէրոզոլներ՝ հետազոտելու համար շրջակա միջավայրում, հողի մեջ, մարդկանց և ընտանի կենդանիների օրգանիզմներում ռադիոնուկլիդների կուտակման շարժընթացը: Հայտնի դարձան նաև դեպքեր, երբ ԱՄՆ-ում ստեղծվում էին «վերստուգիչ» խմբեր հետազոտելու՝ սիֆիլիսի բուժումը բացառող բնական ընթացքը: 1963 թ. բրուքլինյան հիվանդանոցներից մեկում տարեց հիվանդներին՝ փորձարարական նպատակով ներարկել էին քաղցկեղային բջիջներ: 1965-1971 թթ. Նյու Յորքի Ուոլթրոփի պետական հիվանդանոցում իրականացվել էին վիրուսային հեպատիտի փորձարարական հետազոտություններ՝ հիվանդության վիրուսը ներարկվելով այդ հիվանդանոցում գտնվող ֆիզիկական արատներով երեխաներին: Այս դեպքերի կապակցությամբ ԱՄՆ-ում տեղի ունեցան աղմկալի դատավարություններ: Այդ ամենը տեղի ունեցավ մի երկրում, որը կարևոր դեր է

խաղացել նացիստական հանցագործների չարագործությունները մերկացնելու գործում, երկրում, որը մշտապես հպարտացել է իր մարդու իրավունքների պաշտպանության ջատագովությամբ:

Անմարդկային փորձերի նմանօրինակ դեպքեր սոցիալապես անպաշտապան մարդկանց նկատմամբ գրանցվել են նաև այլ երկրներում: Օրինակ՝ Ֆրանսիայում, Գերմանիայում հետազոտական նպատակներով մարմնավաճառներին դիտմամբ վարակում էին սեռական (սիֆիլիս) հիվանդություններով ⁷⁰:

Անդրադառնալով այդ հարցերին Ի. Տ. Ֆրոլովը և Բ. Գ. Յուդինը ընդգծել են «ավելի խիստ սոցիալական և բարոյական վերահսկողության անհրաժեշտությունը՝ այդ սկզբունքների պաշտպանության հարցում»: Նրանք ցանկացած փորձարարություն համարում են «ներխուժում մարդու անօտարելի իրավունքների ու ազատությունների մեջ», բայց ինչպես առանձին մարդու, այնպես էլ ամբողջ մարդկության համար առավել վտանգավոր են համարում «ռազմական նպատակներով կենսաբանական ներգործության միջոցների կիրառումը, հոգեդեղագործական միջոցների կիրառման հետևանքները, օրգանների փոխպատվաստման պրակտիկան, որը, ի շարս այլ հարցերի, առաջադրում է «անհատի բնույթի» մասին բարդ հարցը ⁷¹: Վերոշարադրյալ իրադարձությունները Արևմուտքում, իսկ այնուհետև մեծ ուշացումով՝ նաև հետխորհրդային հասարակություններում (ներառյալ Հայաստանում) ստիպեցին քաղաքացիական հասարակության առավել գործունե հատվածին՝ գիտնականներ, փիլիսոփաներ, իրավաբաններ, բժիշկներ կենտրոնանալ մարդկային կյանքի և առողջության իրավական պաշտպանության կենսահույզ հարցերի վրա: 1960-ական թթ. իրավապաշտպան շարժումը բառացիորեն իր հորձանքի մեջ առավ Արևմտյան Եվրոպան և Ամերիկայի Միացյալ Նահանգները: Դրա շրջանակներում ձևակերպվեցին

⁷⁰ ACTAS Dermo-Sifiliográficas, Academia Espanola de dermatologia y venerologia.

https://l.facebook.com/l.php?u=https%3A%2F%2Ffactasdermo.org%2Fes-ethics-in-medical-research-in-articulo-S1578219011000187%3Ffbclid%3DIwAR1W09ZWZVsqkyt7o7nv86ul67UIIvjcrJDnHG4WtT2choO4LtxOIVovJaU&h=AT1KkGyxN316I9phdQ6y0FVY3fGa3b2ywf0r-H1HBbDHRKq1IF2_JbvC7Askxi9mLu7-qRYm4Mg8D0fQbMt90qXhva76N-V_UOUkUioUs92SDWMr3JGrOYVkr-Y_vZ35CrqTbQ

(վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁷¹ **Հարությունյան Մ. Ա., Դավթյան Ս. Ա.**, Կյանքի և առողջության պրակտիկ փիլիսոփայություն: Երևան, «Նաիրի», 2017, էջ 118:

մի շարք լրջագույն խնդիրներ, այդ թվում և այնպիսիք, որոնք ունեն հստակ կենսաբարոյագիտական ուղղվածություն: Իրավապաշտպանները հստակորեն սահմանեցին, որ մարդն ինքն է իր մարմնի և կյանքի տերը: Ոչ մի դեպքում նա չի կարող լինել որևէ թերապևտիկ գործողության, առավել ևս գիտափորձերի իրավագուրկ օբյեկտը: Հենց իրավապաշտպան շարժման շրջանակներում ձևակերպվել են կենսաբարոյագիտության համար կարևորագույն՝ «իրազեկված կամավոր համաձայնության» և «անձի ինքնավարության» սկզբունքները:

Իրավապաշտպան շարժման գործունեության արդյունքը Համաշխարհային բժշկական վեհաժողովի ընդունած Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի Հելսինկյան հռչակագիրն էր (1964 հունիս, Ֆինլանդիա)⁷²: Հելսինկյան հռչակագիրը դարձավ առաջին միջազգային վարքականոնը, որը կոչված է կանոնակարգել մարդկանց վրա կատարվող գիտափորձերը: Այսօր Հելսինկյան հռչակագիրը, որը ենթարկվել է մի շարք լրամշակումների, ամբողջ աշխարհում իրականացվող կենսաբժշկական հետազոտությունների մշտադիտարկման և վերահսկման հիմք է կազմում: Հելսինկյան հռչակագրի հիմա վրա Եվրագիայի երկրները, Ավստրալիան, Ճապոնիան ընդունել են համապատասխան օրենքներ⁷³:

Տեղին է առանձնացնել այն նորմատիվ վարքականոնները, որոնք ձևավորվել են ժամանակակից կենսաբարոյագիտության բնագավառում: Առաջին՝ սահմանվել են մարդու իրավունքները և իրավագիտակցություն որոշակի նորմաները: Երկրորդ՝ ստեղծվել են բժշկության և դեղագիտության այնպիսի վարքականոններ, որոնք ընդունելի են դարձել այնպիսի միջազգային կազմակերպությունների համար, ինչպիսիք են Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիան և Բժշկական գիտությունների միջազգային կազմակերպությունների խորհուրդը:

⁷² Բժիշկների Համաշխարհային Ասոցիացիայի (ԲՀԱ), Հելսինկյան հռչակագիր: ԲՀԱ-ի 18-րդ գլխավոր ասամբլեա, Հելսինկի, Ֆինլանդիա, 1964 թ. Հունիս:

https://rostgmu.ru/wp-content/uploads/2014/12/WMA_Helsinki.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁷³ **Ներսեսովա Լ. Ս., Խաչատրյան Զ. Ա., Մկրտչյան Ս. Ա.**, Կենսաէթիկայի ներածություն: Երևան, «Գիտություն» 2012, էջ 70-71:

1950-ական թվականներից արդեն պարզ է դարձել, որ առողջությունը զուտ բժշկական- դեղագիտական երևույթ չէ, այլ հոգեկազմախոսական բաղկացուցիչներից բացի, իր մեջ ներառում է նաև սոցիալական և բարոյաիրավական բաղադրիչներ: Շրջանառվել են «սոցիալական առողջություն» և «ֆիզիկական առողջության սոցիալական նախադրյալներ» հասկացությունները: Դրանց հարաբերակցության խնդիրը դարձել է բժշկության սոցիոլոգիայի առավել հետաքրքիր հարցերից մեկը:

ԱՄՆ-ում, հետո նաև եվրոպական երկրներում գրում են այն մասին, որ հիվանդներին չպետք է վերաբերվել ինչպես բժշկական պրակտիկայի պատահական օբյեկտի կամ բժշկական պրակտիկայի մի դրվագի: Հիվանդը անհատականություն է, և, շփվելով նրա հետ, բժիշկը պետք է հաշվի առնի նրա սոցիալական բնութագրերը, մասնավորապես՝ ընտանեկան կարգավիճակը, երեխաների առկայությունը կամ բացակայությունը, մասնագիտական, ազգային կամ կրոնական պատկանելությունը և այլն:

Սոցիալական ուղղվածությամբ բժշկության ստեղծման և արդյունավետ գործառության խնդիրն այսօր խիստ հրատապ է ոչ միայն այնպիսի գիտության համար, ինչպիսին սոցիալական բժշկությունն է, այլև կենսաբարոյագիտության համար:

Կենսաբարոյագիտությունն իր միջոցներով փորձում է ազդել սոցիալական բժշկության խնդիրների լուծման վրա: Կենսաբարոյագիտությունը կարող է ներգործել.

- առողջության թուլացմանը նպաստող արատները հասարակական պարսավանքի ենթարկելու համար անհրաժեշտ սոցիալական մթնոլորտի ստեղծման վրա,
- հասարակական գիտակցությունը փոփոխելու և սոցիումի մեջ առողջ կենսակերպը գովազդելու և արմատավորելու վրա,
- անբարոյական կենսակերպ վարող և շրջապատի համար սպառնալիք ներկայացնող անձանց նկատմամբ հասարակական վերահսկողությունը ուժեղացնելու գործընթացների վրա,

- վարչական խախտումների համար պատասխանատվության մեխանիզմների ուժեղացման վրա, որոնք կապված են, օրինակ, հարբեցողության և թմրամոլության հետ,

- երեխաների առողջության նկատմամբ անպատասխանատու վերաբերմունք դրսևորող ծնողների նկատմամբ ձեռնարկվող միջոցները խստացնելու վրա (հարբեցողության հակումները, գիշերները փողոցներում թափառելը),

- հիվանդությունը կանխելուն ուղղված միջոցները ամրապնդելու վրա,

- բուժման և կանխարգելման, բժշկասոցիալական վերականգնման ողջ համակարգի արդիականացման և զարգացման վրա և այլն:

Կենսաբարոյագիտությունը հիշեցնում է, որ բժշկությունը պետք է իրականացնի ոչ միայն բուժական, այլև սոցիալական և բարոյական գործառույթներ, որ նրա խնդիրներից է ոչ միայն հիվանդությունից մարդուն բուժելը, այլև առավելագույնս հարմարավետ բուժման պայմաններ ստեղծելը: Մարդու կյանքի և առողջության նկատմամբ համալիր մոտեցում ձևավորելու անհրաժեշտությունը կապված է ոչ միայն բժշկության և առողջության խնդիրների հետ: Ուժեղացնելով ուշադրությունը մարդկանց կյանքի և առողջության համար վտանգավոր հարցերի՝ ջրի, օդի և հողի աղտոտվածության, բնապահպանական հավասարակշռությունը խախտող մի շարք հարցերի վրա, կենսաբարոյագիտությունը նպաստում է հասարակական և ազգային գիտակցության էկոլոգայնացմանը և հումանիզացմանը:

Գիտության և փիլիսոփայության շրջադարձը դեպի մարդն անհնար է առանց բնագիտության հումանիտարացման: Այդ մասին հոյակապ է գրել նշանավոր անգլիացի աստվածաբան, ֆիզիկոս, տեսաբան Զոն Պոլկինկհորնը. «Գիտությունը գործ ունի լոկ մարդկային ընդգրկուն փորձի ոչ մեծ հատվածի հետ, քանի որ այն նախընտրում է սահմանափակվել աշխարհի՝ որպես օբյեկտի մասին անանձնական գիտելիքով: Այն խոսում է որոշակի երկարության լուսային ալիքի, այլ ոչ թե գույնի, օդի տատանման, այլ ոչ թե երաժշտության մասին, պատճառական անհրաժեշտության, այլ ոչ թե բարոյական պահանջների մասին: Սակայն մարդկային փորձի ամենահիմնարար բաղկացուցիչներից մեկը իրականության հետ սուբյեկտիվ շփումն է (ինչպես «քեզ»

հետ): Եվ այն ներառում է ոչ միայն շփումը մարդկանց միջև և շփումը աստվածայինի հետ, ինչպես նաև աշխարհը որպես ընդհանուր առմամբ տիրապետող արժեք ընկալելը: Հիմքեր չկան ենթադրելու, որ իրականության այդպիսի սուբյեկտիվ արժեքանական ասպեկտներն ավելի քիչ են կարևոր, քան գիտության կողմից ուսումնասիրվող իրականության օբյեկտիվ ասպեկտները»⁷⁴:

Կենսաբարոյագիտությունը ինտեգրում է բնական և սոցիալ-հումանիտար գիտությունների այն գիտելիքները, որոնք կարող են լինել օգտակար մարդու կյանքը, առողջությունը և բարեկեցությունը՝ գիտական հայտնագործություններով պայմանավորված զանազան վտանգներից պաշտպանելու համար: Դրանք պահանջում են՝

1. մարդու կյանքի և առողջության նկատմամբ պատմականորեն ձևավորված արժեքային վերաբերմունքի վերարդիականացում.
2. իրավապաշտպան շարժման փորձի օգտագործում.
3. ժամանակակից բժշկության սոցիոմշակութային գործառույթների ընդլայնում.
4. հասարակական գիտակցության էկոլոգիականացումը.
5. գիտության և փիլիսոփայության մարդաբանականացում.
6. բնագիտական և սոցիալ-հումանիտար իմացության զուգամերձեցում ⁷⁵:

Այստեղ հարկավոր են փիլիսոփայական, սոցիոլոգիական, հոգեբանական, իրավական, և այլ ոլորտների մասնագետների լրացուցիչ գիտելիքներն ու ջանքերը: Կենսաբարոյագիտությունը կարելի է համարել տարբեր մասնագիտությունների ներկայացուցիչների՝ փիլիսոփաների, սոցիոլոգների, իրավաբանների, քաղաքագետների, տնտեսագետների, բժիշկների, մանկավարժների և լայն հասարակայնության ներկայացուցիչների միջև համագործակցության առանձնահատուկ ձև:

⁷⁴ **Полкинхорн Д.**, Вера глазами физика. Богословские заметки мыслителя. “СНИЗУ-ВВЕРХ”, серия “Богословие и наука”, М., 1998, с. 6. [file:///C:/Users/user/Downloads/viera-ghlazami-fizika-dzhon-polkinkhorn%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/viera-ghlazami-fizika-dzhon-polkinkhorn%20(3).pdf) (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁷⁵ **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկան՝ որպես միջգիտակարգային գիտելիքի նոր ոլորտ: «ԿԱՃԱՌ» գիտական հոդվածների ժողովածու, «Հանգակ հրատ.», Երևան, 2016, էջ 39-40: <https://arar.sci.am/dlibra/publication/115048/edition/104951/content> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

Կենսաբարոյագիտության կողմից ձևակերպված խնդիրներն ու կառուցակարգերը պայմանավորված են մարդու կյանքին ու առողջությանը սպառնացող վտանգների դեմ պայքարն ավելի արդյունավետ դարձնելու անհրաժեշտությամբ:

1.3. Կենսաբարոյագիտություն. պահպանողական և ազատական մոտեցումների գործակցության դիալեկտիկան

Կենսաբարոյագիտության փիլիսոփայական-տեսական հիմքերից մեկը բարոյական դեոնտոլոգիան է՝ «բարոյագիտության այն տիպը, որն քննում է, նախ և առաջ, պարտքի և պարտավորության խնդիրը, իսկ բարօրությունը հասկացվում է որպես որոշակի բարոյագիտական սկզբունքի հետևելու անառարկելի պարտք»⁷⁶: Դեոնտոլոգիական են համարվում բարոյական փիլիսոփայության այն տեսությունները, որոնցում առաջնային նշանակություն է տրվում պարտքին: Այդ հասկացությունը փիլիսոփայության մեջ ներմուծել է անգլիացի փիլիսոփա Ի. Բենտամը՝ օգտագործելով այն որպես առհասարակ բարոյագիտության տեսության անվանում («Դեոնտոլոգիա կամ գիտություն բարոյականության մասին», 1834)⁷⁷:

Սակայն դեոնտոլոգիական մոտեցման իսկական հիմնադիր կարելի է համարել նաև Ի. Կանտին, որը ընդունում էր պարտքի գերակայությունը բարիքի նկատմամբ և բարիքը դիտում էր որպես պարտքից ածանցյալ երևույթ: Ըստ նրա «Արարքները կատարվում են ոչ միայն զգացմունքայնությամբ և արժանապատվությամբ այլ նաև պարտքի զգացումով»⁷⁸:

⁷⁶ Введение в биоэтику, Отв. ред. Юдин Б. Г., Тищенко П. Д., М., “Прогресс-Традиция”, 1998, с. 48. https://www.phantastike.com/philosophy/introduction_bioethics_study/djvu/view/ (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁷⁷ Новая философская энциклопедия, Председатель научно-редакционного совета Степин В. С., Ст. “Деонтология”. М., «Мысль», 2010. <https://iphlib.ru/library/library/collection/newphilenc/page/about>; <https://iphlib.ru/library/collection/newphilenc/document/HASH015cc25c36368caea0a5d95c> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁷⁸ Кант И., Сочинение в шести томах. Том 4, часть 1, М., “Мысль”, 1965, с. 237.

«Բարոյաէթիկական բառարանը» դեոնտոլոգիան մեկնաբանում է որպէս բժշկական «պարտքի, առաջին հերթին հիվանդների նկատմամբ բժիշկների, բոլոր բուժաշխատողների մասնագիտական պարտքի մասին ուսմունք»⁷⁹, և՛ բժշկական էթիկայի, և՛ քույրական էթիկայի հոմանիշ: Առողջապահության ոլորտում պարտքի հասկացությունը բժշկական բարոյականության անվերապահ գերակայության արտահայտություն է, հիվանդի հանդեպ սեփական մասնագիտական պարտականությունների գիտակցումը: Բժշկի պարտքն է՝ կատարել իր աշխատանքի հետ կապված բոլոր պահանջները՝ հասնելով բարեհաջող բուժական փնտրողմանն ու հիվանդի ապաքինմանը:

Ժամանակակից հասարակության պայմաններում պարտքի հասկացության արդիականությունը պայմանավորված է նաև այն հանգամանքով, որ բարոյականության հրամայական ձևը ներկայումս քննադատվում է, իսկ պարտքը կորցնում է իր արժեքանական կարգավիճակը և տեղափոխվում «բարոյական կյանքի ծայրամաս»:

Սակայն պարտքին հավատարիմ մնալու բարդությունները ծնվել են ոչ այսօր: Բարդությունը ոչ թե պարտքի և անձնական շահերի, այլև պարտքի և պարտքի միջև ընտրության մեջ է: Սրա վրա են կառուցվում բազմաթիվ բարդ բարոյական երկընտրանքները, այդ թվում և կենսաբժշկության մեջ:

Այն պահից երբ կենսաբարոյագիտությունը դարձավ ինքնուրույն գիտություն, նրանում ակնհայտ դարձան երկու, կարելի է ասել՝ միմյանց հակադիր ուղղություններ՝ ազատական և պահպանողական: Դրանք որոշ հարցերում կտրուկ հակադրվում են

⁷⁹ **Киселев В. А.**, Биоэтический словарь. Учебное пособие, 2-е изд. исп. и доп. Екатеринбург, “УГМА”, 2006, с. 37. <http://dialektika-eniology.narod.ru/dictionary.0606.htm> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

միմյանց: Այդ հակադրությունը հատկապես ակնհայտ է դառնում մարդու կյանքի առողջության և բարեկեցության հետ կապված հարցերի քննարկման ժամանակ⁸⁰:

Պահպանողականության գլխավոր սկզբունքը մարդու կյանքի՝ որպես բացարձակ արժեքի մասին դրույթն է: Մարդու կյանքը դիտվում է որպես անառարկելի և անհարաբերելի արժեք: Ցանկացած իրավիճակում ընտրությունը պետք է արվի հոգուտ կյանքի: Մարդու կենսաբարոյագիտության գլխավոր նպատակը մարդու կյանքն է՝ իբրև բացարձակ արժեք: Սակայն պահպանողականությանը ներհատուկ բարոյական դոգմատիզմը չպետք է փոխակերպվի դատարկահնչուն բարոյախոսության, շաղակրատանքի, որը սպանում է իսկական բարոյականությունը, վերածում ցանկացած արժեք, անգամ կյանքը և առողջությունը, ձևական հոչակագրի: Բարոյագիտական դոգմատիզմի չափից ավելի մեծացումը կամ դրա գաղափարախոսական չարաշահումը սպանում է բարոյականությունը: Ձևական բարոյական արգելանքը, առանց հիմնավորման և բացատրության, արդյունավետ չէ հասարակական կյանքում: Ընդհակառակը՝ այն կարող է առաջացնել սուր ժխտողական արձագանք և ցանկություն՝ անելու հակառակը: Բարոյախոսական «չի կարելին», առանց պատասխանելու «ինչո՞ւ» հարցին, ցանկացած բարոյական հարցադրումը դարձնում է անբովանդակ և անհեթեթ: Մարդիկ բարոյագիտական դատողությունների անիմաստության, իրական կյանքից կտրվածության տպավորություն են ստանում, երբ հաշվի չեն առնվում կյանքի, առողջության և մահվան կոնկրետ իրադրության առանձնահատկությունները, երբ ինչ-որ մեկը կյանքի, առողջության և մահվան կոնկրետ հարցերում հավակնում է «իրավասու» բարոյաուսուցման՝ առանց բավարար մասնագիտական գիտելիքների: Երբ մարդը հենվում է դարն ապրած փաստարկների վրա, ապա ցանկացած բարոյական պահանջը, արժեքը վերածվում են ձևական-հոչակագրային կոչերի: Եվ անգամ այնպիսի արժեքներ, ինչպիսին կյանքն ու առողջությունն են, դառնալով

⁸⁰ **Засухина В. Н.**, Философия. Соотношение либерализма и консерватизма в биоэтике и их противостояние этическому нигилизму ницшеанского типа. “Гуманитарный вектор”, Чита, 2010, №1, с. 133.

ինքնանպատակ, ապահովմանիզացվում են, քանի որ մարդասիրության միակ նպատակը պետք է լինեն մարդու կյանքի, արժանապատվության, առողջության, ազատության և արդարության, անվտանգության իրավունքները և դրանց իրական ու գործուն պաշտպանությունը:

Պահպանողական համոզմունքներ հռչակելը երբեմն զարգանալու անկարողության կամ դրա ցանկության բացակայության արտահայտությունն է: Այդ դեպքում պահպանողականությունը դառնում է գիտական, տեխնոլոգիական և բարոյական առաջընթացի արգելակը: Այլ կերպ ասած, դա նորի առավելությունն է հնի նկատմամբ, որն ի դեպ ժամանակակից նախապաշարմունք է⁸¹: Ներկայումս հասարակական և ազգային գիտակցության մեջ հաստատվող պահպանողականության հրամայականը XX-րդ դարի իննսունական թվականների հեղափոխական ցնցումների արձագանքն է: Ժամանակակից Հայաստանում պահպանողականության աճին նպաստում են մի շարք գործոններ: Այդ գործոններն են այն փոխակերպումները, որոնք ծնում են պահպանողականություն. այն իմաստով, որ բազմաթիվ մարդկանց մեջ առաջացնում են ձգտում «միանալու» պահպանողական մտածելաոճին:

Ներկայումս Հայաստանում ազգային գիտակցության մեջ պահպանողականության աճն այն նորամուծությունների արձագանքն է, որոնք մտավախություններ են սերմանում մարդկանց մեջ, դրանց թվում են և՛ առողջապահության ոլորտի առևտրայնացումը, և՛ այն փոփոխությունները, որոնք այսօր տեղի են ունենում մեր կյանքում: Այդ արձագանքը հասկանալի է և լիովին արդարացված, քանի որ նորին ուղղված քննական հայացքն ուղեկցվում է ինքնապաշտպանության ձգտման ուժեղացմամբ: Այդ իմաստով շարքային մարդու կենսաբարոյագիտական արձագանքը, որը հակված է պահպանողական դիրքորոշմանը, շատ ժամանակակից է և ճիշտ ժամանակին, քանի որ հետխորհրդային հասարակություններում՝ առողջապահության ոլորտում ստեղծված ճգնաժամային իրավիճակի ծնունդն են:

⁸¹ Այդ մասին ավելի հանգամանորեն տե՛ս, **Ионин Л. Г.**, Консерватизм. «Логос», 2005, № 3 (48) , էջ 72:

Կենսաբարոյագիտության մեջ պահպանողական արժեքների շրջանառման գլխավոր դրական եզրն այն է, որ պահպանողականությունը նախ՝ չի ընդունում մարդկային կյանքի արժեքի հարաբերականացման ցանկացած ձև, երկրորդ՝ մարդու կյանքի և առողջության նկատմամբ վերաբերմունքը կարգավորող բարոյական նորմերի համար սահմանում է պատվիրանների անառարկելիության կարգավիճակ: Այստեղ պետք է խուսափել բարոյագիտական դոգմատիզմի որոշ ծայրահեղություններից: Անհրաժեշտ է հաստատել պահպանողական և ազատական արժեքների միջև ողջամիտ հարաբերակցության, յուրօրինակ հավասարակշռության վիճակ:

Բժշկա-իրավական և բարոյական կողմերի նկատմամբ ուժեղացված հետաքրքրությունն իր դրսևորումն է գտել նաև ազատական մոտեցման մեջ: Ազատական արժեքներն այսօր կենսաբարոյագիտության հիմքերից մեկն են: Ազատականությանը բնորոշ են այնպիսի արժեքներ, ինչպիսիք են սեփական անձի ինքնավարությունը, այդ թվում կյանքն ու առողջությունը ազատ տնօրինելու իրավունքը, բարոյական հանդուրժողականությունն ու համբերատարությունը: Կարևորն այն է, որ այդ ձևերը չպետք է հակասեն գործող իրավական նորմերին և բոլորի կողմից ընդունված բարոյական սկզբունքներին:

Ազատական արժեքները (մարդու իրավունքներ, սոցիալական ազատություններ, մարդու ինքնավարություն և այլն) բավականաչափ արմատավորված են հետխորհրդային հասարակություններում: Թեև հետխորհրդային երկրներում, նաև Հայաստանում շարունակում են պահպանվել կեղծ ազատական արժեքները՝ ազատության փոխարեն սանձարձակությունը, ինքնավարության փոխարեն ծայրահեղ եսապաշտությունը, կարգուկանոնի փոխարեն իրավական ամենաթողությունը և այլն: Դրանք վարկաբեկում են ազատական արժեքները, խորացնում բարոյահոգևոր ճգնաժամը, որի մեջ հայտնվել է Հայաստանը:

Ազատական արժեքները, որոնք սահմանում են մարդու կյանքի և առողջության բարոյաիրավական կարգավիճակի բարձր որակ, առողջապահության ոլորտում զգալիորեն կախված են հիվանդի անձի արժանապատվության, նրա իրավունքների ու

ազատությունների նկատմամբ հարգալից վերաբերմունք պահպանելու հասարակական պրակտիկայից: Կենսաբարոյագիտության մեջ ազատականության գաղափարը ներառում է ոչ միայն կյանքի, առողջության վերաբերյալ գիտելիքներ, այլև արժեքներ և արժեքային կողմնորոշումներ, կամային որակներ: Դրանք արտացոլում են մարդկանց ինչպես պրակտիկ, ռեալ կենսագործունեությունը, այնպես էլ դրա իդեալական, նորմատիվ մոդելը, որի հիմքը կազմում է կյանքի, առողջության պահպանման և ամրապնդման ազատական հայեցակարգը: Դրա հետ մեկտեղ բազմաթիվ հիմնախնդիրներ, որոնք կապված են մեր հետազոտության թեմայի հետ, մնում են նվազ ուսումնասիրված կամ մինչև վերջ չպարզաբանված: Չկա միասնություն առողջություն հասկացության մեկնաբանության հարցում: Մեկնաբանության ամենատարբեր մոտեցումների մեջ հաճախ ըստ ամենայնի հաշվի չեն առնվում կենսաբանական և բժշկական գիտություններում կատարված հետազոտությունների արդյունքները, դրանց վերլուծական գնահատականները: Հետազոտման կարիք ունեն զանազան հիվանդությունների ախտորոշման և բուժման մեթոդներին վերաբերող վիճելի հարցերը: Կոնկրետ կենսաբանական և բժշկական տեսությունների համեմատական վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ կյանքի և առողջության վերաբերյալ արժեքանական հիմնախնդիրներն էականորեն կախված են այդ տեսությունների կենսասոցիալական կողմնորոշումներից: Իսկ բժշկության մեջ հետազոտությունների կենսասոցիալական կողմնորոշումներն էապես կախված են հասարակության արժեքային դիրքորոշումներից և կողմնորոշումներից:

Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներում կենսաբարոյագիտության փիլիսոփայական-տեսական հիմքը, որը միտված է ազատական արժեքներին, նատուրալիստական բարոյագիտությունն է (հեդոնիզմ, էվդեմոնիզմ, ուտիլիտարիզմ) և գործնապաշտությունը (պրագմատիզմ): Դրանց հավելվում է նաև բարոյագիտական ռեյալատիվիզմը, որը նրանց դիրքորոշումն է, ովքեր պնդում են, թե կենսաբժշկական ճանաչողությանը հասու չէ բացարձակ ճշմարտությունը՝ ցանկացած բժշկական ճշմարտություն լոկ «տեսակետ է», մասնավոր և սուբյեկտիվ, քանզի լիովին կախված է զանազան հանգամանքներից: Հետևաբար, ռեյալատիվիզմը ժխտում է բացարձակ

կենսաթեքների, ներառյալ բարոյական, գոյությունը և ճանաչում է միայն արժեքների գոյությունը, որոնք պայմանավորված են հասարակության պատմական զարգացման կոնկրետ փուլով:

Կենսաբարոյագիտության հիմնական հասկացությունները մարդու իրավունքներն ու ազատություններն են, որոնք կարևորագույն ազատական արժեքներ են: Անձն ինքը և միայն ինքն է իր կյանքին ու առողջության վերաբերող որոշումներ կայացնում: Ինչպիսին էլ լինեն այդ որոշումները, դրանք արժանի են հարգանքի: Հասարակության պարտքն է՝ նպաստել դրանց իրականացմանը: Միակ սահմանափակումն այն է, որ տվյալ որոշումը չպետք է վնասի որևէ մեկին կամ ակնհայտորեն հակասի գործող օրենքներին և ընդունված բարոյական նորմերին:

Ազատական տեսանկյունից մարդու իրավունքների թեման կարելի է պարզաբանել դրական և բացասական իրավունքների եզրութաբանությամբ:

Գոյություն ունեն տարբերություններ մարդու դրական և բացասական իրավունքների միջև, որոնք հիմնվում են ուրիշների կողմից որոշակի ապրանք (բարիք) կամ ծառայություն ներկայացնելու իրավունքի և ուրիշների կողմից ընդունված որոշ միջոցներից ազատ լինելու իրավունքի տարբերության վրա: Մարդու դրական իրավունքը հանգեցնում է մյուսների պարտավորությանը՝ ձեռնպահ մնալու այդ մարդու նկատմամբ որևէ անցանկալի բան կատարելուց, բացասական իրավունքը ծնում է պարտավորություն, որ անհատն ինքը ձեռնպահ մնաս ուրիշների իրավունքների նկատմամբ անցանկալի քայլերից: Իրավունքի ցանկացած տեսակ կարող է ուղղված լինել այլ անձանց դեմ կամ առհասարակ հասարակության դեմ: Իրավունքի այդ տեսակների նկարագրությունը տեսնում ենք ամերիկացի հետազոտողներ Տ. Լ. Բոշամպի և Զ. Ֆ. Չայլդրեսի «Կենսաբարոյագիտական էթիկայի սկզբունքները» գրքում: Նրանք գրում են, որ իրենց գրքում բերված օրինակները կարելի է հայտնաբերել կենսաբժշկական պրակտիկայում, գիտական հետազոտություններում, պետության իրավական համակարգի այն մասում, որը վերաբերում է առողջության իրավական պաշտպանությանը: Վերջինս դեղամիջոցների և բժշկական ծառայությունների նկատմամբ դրական իրավունքն է, որը հիմնված է արդարության

սկզբունքի վրա, առանց համաձայնության չվիրահատվելու իրավունքը բացասական իրավունք է, որը հիմնված է հիվանդի անձի ինքնավարությունը հարգելու սկզբունքի վրա⁸²:

Խոսելով բժշկության ոլորտում մարդու իրավունքների մասին՝ ամերիկյան հետազոտողները ուշադրությունը կենտրոնացնում են հիմնականում հիվանդի իրավունքների վրա, մոռանալով, որ գոյություն ունի բարոյագիտական և իրավաբանական փոխգործակցության երկրորդ կողմը՝ բժիշկը: Պետք է հաշվի առնել նաև բժշկի մարդկային իրավունքները՝ ելնելով «խղճի կոնֆլիկտի» հիմնախնդրի վերլուծությունից: Այդ կոնֆլիկտը ծագում է բժշկության մեջ այն ժամանակ, երբ բուժաշխատողները բարոյապես անընդունելի են համարում իրենց վրա դրված պարտավորությունների կամ խնդրանքների կատարումը, օրինակ՝ երբ բուժքույրը հրաժարվում է անջատել շնչադիմակը, որի շնորհիվ է միայն պահպանվում հիվանդի կյանքը:

Եթե բժիշկը ուզում է հրաժարվել գործողություններից, որոնք հակասում են իր բարոյական համոզմունքներին, ապա բժշկի բարեխիղճ համոզմունքները պետք է հարգել, և նա պետք ազատորեն հրաժարվելու իրավունք ունենա: Դա նշանակում է, որ հիվանդի ինքնավարությունը չպետք է ձեռք բերվի ի հաշիվ բժշկի իրավունքների խախտման:

Կենսաբարոյագիտությունն արդիական է դարձրել այն խնդիրների իրավաբանական ասպեկտները, որոնք ծագել են ժամանակակից գիտության և առողջապահության ոլորտներում: Պայմաններ են ստեղծվել դեղագետների և բժիշկների գործունեությունը վերահսկելու համար՝ թույլ չտալով «ի շահ գիտության» վնաս հասցնել մարդու կյանքին, առողջությանն ու բարեկեցությանը:

Մյուս պատճառը, որով մեզանում հրատապ է դառնում կենսաբարոյագիտության զարգացումը, կյանքի և առողջության բարձր որակի ապահովման խնդիրն է: Դրա

⁸² Введение в биоэтику. Отв. ред. Юдин Б. Г., Тищенко П. Д., М., “Прогресс-Традиция”, 1998, с 53.
https://www.phantastike.com/philosophy/introduction_bioethics_study/djvu/view/
(վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

երաշխավորը ինքը պետությունն է, որը առողջապահության ոլորտում փորձում է հաստատել սոցիալական արդարության սկզբունքը: Քաղաքացիներն իրենց կառավարություններից ակնկալում են իրենց շահերի գործունե սոցիալական պաշտպանություն: Ժամանակակից հասարակությունում կյանքի և առողջության բարձր մակարդակ ապահովելու գլխավոր պայմաններից մեկը որակյալ (պարտադիր չէ անվճար) բուժսպասարկում ստանալու սոցիալական հասանելիությունն է:

Հայտնի է, որ կյանքի որակի գնահատման բոլոր մեթոդիկաները առողջությունը, առողջապահական համակարգի զարգացման բարձր մակարդակը դիտում են որպես կյանքի որակի կարևորագույն ցուցանիշներ: «Կյանքի որակ» տերմինը սկզբում կիրառվել է արևմտյան փիլիսոփայության, ապա արագ ներդրվել սոցիոլոգիայի և բժշկության մեջ: Կյանքի որակը առողջ կամ հիվանդ մարդու ֆիզիկական, հոգեբանական, զգացմունքային և սոցիալական գործունեության հատկանիշն է, որը հիմնված է նրա սուբյեկտիվ ընկալման վրա: Պետք է նշել, որ մինչև օրս «Կյանքի որակ» հասկացության մասին ընդունելի միասնական կարծիք ձևավորված չէ⁸³:

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության փորձագետների կարծիքով՝ կյանքի որակը դա կյանքում անհատական դիրքի հարաբերակցությունն է տվյալ հասարակության մշակույթի և արժեքային հմակարգերի համատեքստում: Տվյալ անհատի նպատակների և ընդհանուր անհամատեղելիության աստիճանի հետ:

ԱՀԿ-ն մշակել է «Կյանքի որակի» հիմնական չափանիշները և դրանց բաղադրիչները՝ ֆիզիկական, հոգեբանական, անկախություն, սոցիալական, շրջակա միջավայր⁸⁴:

Գերմանիայի Քիլի համալսարանի գիտնականների հետազոտություններում, «առողջության համաթիվը» (ինդեքսը)՝ որպես կյանքի որակի չափման ցուցանիշներից մեկը, իր մեջ ներառում է «որակյալ բուժօգնության հասանելիությունը՝ բնակչության

⁸³ **Евсина О. В.**, Качество жизни в медицине-важный показатель состояния здоровья пациента.

“Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие”, М., 2013, с. 121.

<file:///C:/Users/user/Downloads/kachestvo-zhizni-v-meditsine-vazhnyy-pokazatel-sostoyaniya-zdorovya-patsienta-obzor-literatury.pdf> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁸⁴ Նույնը, էջ 122:

բոլոր շերտերի համար, հիվանդությունների ախտորոշման մակարդակը, կյանքի տևողությունը, հիվանդության հիմնական տեսակների առկայության համաթվերը» և այլն⁸⁵:

Կենսաբարոյագիտության մեջ ազատական արժեքների շրջանառման գլխավոր դրական կողմն այն է, որ արդյունքում՝

- արդիականանում են կենսաբարոյագիտական հիմնախնդիրների իրավական կարգավորման ասպեկտները, դրանով իսկ խթանվում է բժշկագիտության և առողջապահության մեջ չարաշահումների և հակամարդասիրական միտումների իրավական հակազդման արդյունավետ մեթոդների ու միջոցների մշակումը,

- ուշադրությունը բևեռվում է կյանքի, այդ թվում բուժսպասարկման որակի վրա, որն ուղղակիորեն դրական ազդեցություն է ունենում մարդու առողջության և բարեկեցության որակի վրա:

Սակայն թե՛ ազատական, թե՛ պահպանողական մոտեցումների կիրառման պրակտիկայում հնարավոր են նաև շեղումներ և ծայրահեղություններ: Եթե պահպանողական կենսաբարոյագիտության մեջ ծայրահեղությունը՝ էթիկական դոգմատիզմն է, ապա ազատական կենսաբարոյագիտության մեջ՝ էթիկական ռելյատիվիզմը:

Ինչպես արդեն վերը նշեցինք, կենսաբարոյագիտության մեջ՝ ազատական տեսանկյունից բարձրագույն արժեք են հռչակվում մարդու իրավունքներն ու ազատությունները, իսկ միակ բարոյական սահմանափակումը՝ այլ մարդկանց իրավունքներն ու ազատություններն են: Այստեղ բարոյականությունը հիմնավորվում է «սուբյեկտի ինքնավար ընտրությամբ»: Երբ խոսվում է նրանց մասին, ովքեր օժտված չեն բարոյական ինքնավարությամբ և չեն կարող ինքնուրույն ընտրություն կատարել (ձևավորված սաղմը, նորածինը, մահացողը և այլն), ազատական կենսաբարոյագիտությունը կարող է վերածվել բռնության, ավելի ուժեղի ու կայացածի իրավացիության օրինականացմանը: Արդյունքում ստանում ենք ազատություն՝ դրա աղճատված, մասնատված ըմբռնմամբ. ազատություն միայն նրանց համար, ովքեր ի

վիճակի են դրանից օգտվելու, ովքեր բավականին ուժեղ են իրենց իրավունքները պաշտպանելու համար: Դեռ չծնված երեխան, մանուկները կամ ծերունիները, որոնք չունեն հովանավորներ, սոցիալապես թշվառ կամ հոգեկան հիվանդ մարդը չեն կարող պայքարել իրենց իրավունքների ու ազատությունների համար:

Անընդունելի է, եթե կենսաբարոյագիտության մեջ ազատությունը վերածվում է անպատասխանատու ազատության, զերծ պարտականություններից՝ մերձավորների, մեր օգնության կարիքն ունեցողների հանդեպ պարտավորություններից: Այստեղ տեղին է նշել, որ ազատական կենսաբարոյագիտության մարդասիրական ներուժի բացահայտումը հնարավոր է միայն խուսափելով էթիկական ծայրահեղությունից և միակողմանի նատուրալիզմից, ինչպես նաև պահելով ողջամիտ կապը պահպանողական կենսաբարոյագիտության հետ⁸⁶:

Սպառողական հնարավորությունների աճը հաճախ փոխակերպվում է առողջության և կյանքի սպառման մշակույթի, երբ իրի սպառողական արժեքը որոշվում է բացառապես օգուտ բերելու և հաճույք պատճառելու ունակությամբ: «Կյանքի որակ» հասկացության բացարձակացումը, դրա ըմբռնումը մինչև նյութական բարեկեցության աստիճանի նեղացնելը հանգեցնում է կյանքի անիմաստության վերաբերյալ հետևության: Այդ դեպքում բարդ բարոյահոգեբանական իրավիճակներում բժիշկների կամ դեղագետների համար որոշումներ կայացնելու չափանիշը դառնում է ընդամենը ցավը և բուժման ծախսերը նվազեցնելը. այսինքն՝ բուժման գնի և արդյունավետության, գնի և օգուտի, գնի և մարդու աշխատունակության վերականգնման հավանականության համադրությունը: Այսպիսի մոտեցման տեսանկյունից օգտապաշտության, պրագմատիզմի հորիզոնը սահմանափակվում է բացառապես «շահով» և «օգուտով»:

Համանման կենսաբարոյագիտական տեսությունների թվին կարելի է դասել, օրինակ, այսպես կոչված, կոնտրակտուալիզմը: Այս ուղղությանը բնորոշ է այն անձանց

⁸⁶ **Засухина В. Н.**, Философия. Соотношение либерализма и консерватизма в биоэтике и их противостояние этическому нигилизму ницшеанского типа. “Гуманитарный вектор”, Чита, 2010, №1, с. 135.

տրվող ցածր գնահատականը, որոնք դեռ կամ արդեն հասարակության լիարժեք անդամ չեն (երեխաները, որոնց իրավունքները կախված են մեծերից, կամ երեխաները, որոնք դեռ մոր արգանդում են, կամ անկյալները, հիվանդները, մտավոր և հոգեկան անլիարժեքություն ունեցողները, ապաստոցիալական անձինք և այլք):

Ինչպես վերը արդեն ցույց է տրվել, ազատական տիպի կենսաբարոյագիտությունը կողմնորոշված է դեպի բարոյագիտական ռեյատիվիզմի դրույթները, որի տեսանկյունից արժեքներն անճանաչելի են, ոչ մի արժեք չի դիտվում որպես բացարձակ, անգամ եթե այդ արժեքը մարդկային կյանքն է և առողջությունը: Ռեյատիվիզմը հրաժարվում է կյանքի առողջ և ողջամիտ փիլիսոփայությունից, հետևաբար և չի հավատում համընդհանրական ճշմարտությունը, հանրանշանակ նորմը գտնելու հնարավորությանը: Բարոյագիտությունն առանց ճշմարտության, պատկերավոր ասած, դատարկ բաժակ է, որը դրված է ծարավից մեռնողի առջև: Այդօրինակ ռեյատիվիզմը անօգնական և ապաստոցիալական է դարձնում կենսաբարոյագիտությունը, հիվանդ մարդուն վերածում է դեղագիտական առաջընթացի կցորդի, բժշկական տեխնոլոգիաների պասիվ օբյեկտի:

Միանգամայն ակներև է, որ կենսաբարոյագիտության մեջ ազատական արժեքների մարդասիրական ներուժի բացահայտումը հնարավոր է միայն բարոյագիտական ռեյատիվիզմի և միակողմանի նատուրալիզմի ծայրահեղություններից խուսափելու, ինչպես նաև պահպանողական և ազատական արժեքների միջև ողջամիտ հարաբերակցության հաստատման դեպքում:

Ազատական և պահպանողական արժեքների զուգադրական վերլուծությունից պարզվել է, որ դրանց դիալեկտիկական զարգացումը ենթադրում է ոչ թե պահպանողական և ազատական մոտեցումների փոխժխտում, այլ համադրում:

Կենսաբարոյագիտության մեջ ազատական և պահպանողական արժեքների հատման և արդյունավետ փոխգործակցության ոլորտում հայտնվում են մարդու առողջության և բարեկեցության հասկացությունները, որոնք պետք է պահպանվեն բարոյական և իրավաբանական օրենքների ուժով:

Կենսաբարոյագիտության խնդիրներով զբաղվող հետխորհրդային գիտնականների մեծ մասին բնորոշ է կենսաբարոյագիտության մեջ ազատական և պահպանողական արժեքների արգասավոր համագործակցություն որոնելու գաղափարը: Ե՛վ ազատականությունը, և՛ պահպանողականությունը էական դեր են խաղում մարդու կյանքի և առողջության կենսականորեն նշանակալի խնդիրների արժեքանական հիմնավորման գործում, չեզոքացնում են գիտության և առողջապահության ապահովման իզագման բացասական միտումները: Միայն այդպիսի ինտեգրատիվ և հումանիստական մոտեցման դեպքում կարելի է իրոք հստակ ձևակերպել մարդկանց կյանքի և առողջության պահպանման խնդրակարգը:

Ասպիսով, կենսաբարոյագիտության մեջ ազատական և պահպանողական մոտեցումների միջև կառուցողական փոխգործակցությունը հնարավոր է, եթե զերծ մնանք ազատական մոտեցման էթիկական ռեյատիվիզմի ծայրահեղություններից և պահպանողական կենսաբարոյագիտության էթիկական դոգմատիզմից: Հարկ է նշել, որ տեղի է ունենում տարբեր արժեհամակարգերի՝ կենսաբանական (ֆիզիկական , գոյության, առողջության և այլն), սոցիալական (առողջապահական ծառայությունների մատչելիություն և հավասարություն և այլն), բնապահպանական (բնության արժեքների գիտակցում), աճնական (անվտանգություն, ինքնահարգանք և այլն) համադրում ⁸⁷:

Բժշկության, փիլիսոփայության և սոցիոլոգիայի շրջանակներում պահպանողական և ազատական մոտեցումների կառուցվածքային տարրերի հետագա տարբերակումը կարևոր նշանակություն ունի նաև այն նկատառումով, որ մեթոդաբանական որոշակի դժվարություններ են առաջանում, երբ հիմնախնդրի փիլիսոփայական և սոցիոլոգիական ըմբռնումից անցում է կատարվում կյանքի և առողջության կարգավորման նորմատիվ սկզբունքների իմաստավորմանը՝ կոնկրետ իրավական և բարոյական նորմերի վերլուծության հիման վրա:

⁸⁷ **Яскевич Я. С.**, Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Проблемы геномики, психологии и виртуалистики. М., “ИФ РАН”, 2007, с. 55. https://iphpras.ru/uplfile/root/biblio/bioeth/Bioethica_1.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

ԳԼՈՒԽ ԵՐԿՐՈՐԴ

ԿԵՆՍԱԲԱՐՈՅԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱՀԱՐՑԵՐԻ ՓԻԼԻՍՈՓԱՅԱԿԱՆ

ՄԵԿՆԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

2.1. Կյանքի և առողջության նորմատիվ կարգավորման

փիլիսոփայական ասպեկտները

Կենսաբարոյագիտությունը նորովի է մոտենում կյանքի և առողջության իրավական կարգավորման նորմերի և սկզբունքների հետազոտմանն ու իմաստավորմանը, որոնք բժշկության փիլիսոփայության մեջ ունեն սկզբունքային նշանակություն: Բժշկության փիլիսոփայությունը կոչված է տեսականորեն հիմնավորելու հիվանդի արժանապատվության, ազատության և պատասխանատվության հարաբերակցության, արդարության և գթասրտության բարոյագիտական սկզբունքները, ինչպես նաև դրանց կատարելագործման ուղիները: Այդ ամենը ուղղակիորեն բխում է բժշկության գլխավոր վարքականոնի՝ «Հիվանդի բարօրությունը բարձրագույն օրենք է»⁸⁸, էությունից:

Երբեմն կենսաբարոյագիտական խնդրակարգի իմաստավորումը սեղմվում է բժշկական էթիկայի նեղ մասնագիտական շրջանակի մեջ: Իրականում կենսաբարոյագիտական տեսանկյունը հնարավորություն է ընձեռում մեզ բացահայտելու մարդու կյանքի և առողջության խնդրակարգի փիլիսոփայական, սոցիոլոգիական և իրավագիտական ասպեկտները, քանի որ մեզանից յուրաքանչյուրը վաղ թե ուշ դառնում է հիվանդ կամ հիվանդի ազգական:

Առողջությունը և հիվանդությունը բժշկության սոցիոլոգիայի և իրավագիտության օբյեկտներ են, ընդ որում և՛ բժշկական սոցիոլոգիան, և՛ իրավագիտությունը շոշափում են կյանքի և առողջության կարգավորման արժենորմատիվ ասպեկտները: Սոցիոլոգիական գիտելիքը կենսաբարոյագիտության մեջ օգտագործելը հարստացնում է դրա հասկացական ապարատը, ընդլայնում ուսումնասիրության սոցիալական համատեքստը: Իսկ իրավագիտությունն ապահովում է մարդու կյանքի, առողջության,

⁸⁸ **Гуннопрат**, Классики Биологии и Медицины. М., “Гоц. изд-во биол. и м ед. лит-ры”, 1936, с. 87.
https://viewer.rusneb.ru/ru/000199_000009_005274224?page=44&rotate=0&theme=white (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

մարդկային արժանապատվության և ընտրության ազատության իրավաբանական տեսանկյուններն ու հիմնավորումը: Այս ոլորտում կենսաբարոյագիտությունը գիտելիքներ է քաղում հասարակական կյանքից, որտեղ այս կամ այն բարոյական դիրքորոշումները կարող են ամրապնդվել օրենքի ուժով:

Կենսաբարոյագիտության մեջ ամենակարևոր խնդիրներից է մարդու իրավունքների պաշտպանությունն ու անձի արժանապատվությունը հարգելը:

Դեռևս 1975 թ. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը ընդունել է «Մարդու անձի և նրա ֆիզիկական ու մտավոր ամբողջականության պաշտպանությունը՝ հաշվի առնելով կենսաբանության, բժշկության և կենսաքիմիայի նվաճումները» որոշումը: Իսկ արդեն 1997թ. ապրիլի 4-ին Եվրոպական խորհուրդն ընդունել է «Կենսաբանության և բժշկության նվաճումների կիրառման առնչությամբ մարդու իրավունքների և արժանապատվության պաշտպանության մասին կոնվենցիա (հռչակագիրը). Մարդու իրավունքների և կենսաբժշկության մասին կոնվենցիան (հռչակագիրը)», որն ավելի հայտնի է, որպես Օվիեդոյի կոնվենցիա : Մարդու կենսաբարոյագիտության և մարդու իրավունքների մասին համընդհանուր հռչակագիրն 1-ին հոդվածով իր առջև նպատակ է դրել «Պաշտպանել մարդու արժանապատվությունը և ինքնությունը, առանց խտրականության երաշխավորում յուրաքանչյուրի անձնական անձեռնմխելիության և այլ իրավունքների ու հիմնարար ազատությունների պաշտպանությունը կենսաբանության և բժշկության նվաճումների կիրառման ոլորտում»⁸⁹:

Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի Հելսինկյան հռչակագիրը, անձի ինքնավարության ու իրազեկված համաձայնության սկզբունքներից զատ, գաղտնիության սկզբունքը դասում է կենսաբարոյագիտության հիմնական նորմատիվ սկզբունքների շարքին: Մասնավոր կյանքի անձեռնմխելիությունն ու գաղտնիությունը ամրագրված են «Կենսաբարոյագիտության և մարդու իրավունքների համընդհանուր

⁸⁹ Մարդու իրավունքներն ու Կենսաբժշկությունը, Օվիեդոյի կոնվենցիա (CETS No. 164), 4 ապրիլի 1997թ. , Եվրոպայի խորհուրդ, Օգոստոս 2020, էջ 8:
<https://rm.coe.int/human-rights-and-biomedicine-convention-arm/1680a206db> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

հոչակագրի» 9 հոդվածում ըստ որի «Պետք է պահպանել համապատասխան անձանց մասնավոր կյանքի անձեռնմխելիությունը և նրանց վերաբերող տեղեկատվության գաղտնիությունը:

Առավելագույն հնարավոր պայմաններում նման տեղեկատվությունը չի կարելի օգտագործել կամ հրապարակել, բացի այն նպատակներից, ինչի համար այն հավաքված էր և որոնց վերաբերյալ համաձայնություն էր տրվել՝ միջազգային իրավունքին, մասնավորապես մարդու իրավունքների միջազգային նորմերին համապատասխան»⁹⁰:

Գաղտնիությունը սերտորեն կապված է այնպիսի հասկացությունների հետ, ինչպիսիք են մասնավոր կյանքի անձեռնմխելիությունը, հիվանդի սոցիալական կարգավիճակի, տնտեսական շահերի պաշտպանությունը, սեփական կյանքն ինքնուրույն վերահսկելու իրավունքը, անձնական ազատության երաշխիքները: Մեզանից յուրաքանչյուրի իրավունքը՝ որոշելու անձնական գաղտնիության սահմանները, մասնավորապես բոլոր անձնական բժշկական տվյալների գաղտնիությունը, մարդու կյանքի հիմնարար իրավունքներից է: Մինչև XX դարի կեսերը բժշկական գաղտնիքը պահպանելու համար բժիշկները կրում էին միայն բարոյական պատասխանատվություն. հասարակությունը վստահում էր բժշկական հանրությանը: Ներկայումս ժամանակակից հասարակությունը հակված չէ բժշկական գաղտնիքի պաշտպանությունը թողնելու միայն մասնագիտական կամ սոցիալական էթիկայի հույսին, գոյություն ունի նաև իրավական պատասխանատվություն: Քաղաքացիների առողջության պահպանմանն ուղղված բժշկական գաղտնիքին վերաբերող օրինագծերում շեշտադրվում է, որ քաղաքացու առողջական վիճակի, նրա հիվանդության ախտորոշման և այլ տվյալների մասին տեղեկատվությունը, որն ստացվել է նրա հետազոտության և բուժման ընթացքում, բժշկական գաղտնիք է: Քաղաքացին պետք է բժիշկներից հավաստի երաշխիք ստանա իրեն փոխանցած բժշկական տվյալների գաղտնիության պաշտպանության վերաբերյալ:

⁹⁰ Համընդհանուր հոչակագիր բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների մասին: Երևան «Լույս», 2006, էջ 18:

Բժշկական գաղտնիքը հրապարակելը, անտարակույս, կարող է հանգեցնել առանձին անհատի համար՝ ինչպես բժշկական, այնպես էլ սոցիալական, անբարենպաստ հետևանքների: Դրա հայտնի դառնալու վախից դրդված հիվանդը կարող է հրաժարվել բուժումից, ինչն անխուսափելիորեն կնպաստի հիվանդի վիճակի վատթարացմանը կամ նույնիսկ հիվանդության տարածմանը շրջապատում, եթե այն վարակիչ է: Մարդուն կարող են չընդունել աշխատանքի, կարող է փոխվել կոլեկտիվի վերաբերմունքը նրա նկատմամբ, կարող են որոշ միջոցներ ձեռնարկվել ապահովագրական ընկերությունների և բանկերի կողմից, կարող է քայքայել ընտանիքը և այլն:

Բժշկական գաղտնիք համարվող տեղեկություններն՝ առանց քաղաքացու (հիվանդի) կամ նրա օրինական ներկայացուցչի համաձայնության տրամադրումը թույլատրելի է միայն հետևյալ դեպքերում.

- երբ առկա է հիվանդի գրավոր արտահայտված հստակ համաձայնությունը,
- երբ առկա է հետաքննչական, քննչական մարմինների, դատախազության, դատարանների օրինական պահանջը,
- երբ գաղտնիության պահպանումը էականորեն կարող է վնասել հիվանդի կամ այլ անձանց կյանքը (վարակիչ հիվանդությունների դեպքում),
- երբ հետաքննչական, քննչական մարմինների, դատախազության, դատարանների օրինական պահանջով այդ տեղեկությունները տրամադրված են այլ մասնագետների, որոնց համար դա մասնագիտորեն խիստ անհրաժեշտ է⁹¹ :

ՀՀ-ում բժշկական գաղտնիք համարվող տվյալները, առանց հիվանդի կամ նրա օրինական ներկայացուցչի համաձայնության փոխանցելը մանրամասն սահմանված է

⁹¹ См. у **Хрусталева К. М.**, Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья. Учебник, М., “ГЭОТАР- Медиа”, 2017, էջ 381-382:

<http://library.pharmi.uz/books/darslik/darslik/%D0%A5%D1%80%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B2%20%D0%AE.%D0%9C.%20%D0%91%D0%B8%D0%BE%D1%8D%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%202017-%D1%83%D1%87%D0%B5%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf>

(վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

«Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օրենքի՝ 2020թ. մայիսի 6-ի փոփոխությունների 11 հոդվածով:⁹²

« Բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների մասին» համընդհանուր հռչակագրի 11-րդ հոդվածում ասված է. «Ոչ մի առանձին անհատ կամ խումբ չպետք է ենթարկվի ցանկացած հիմնավորումով խտրականության կամ հասարակական պարսավանքի՝ խախտելով մարդկային արժանապատվության, մարդու իրավունքների և հիմնարար ազատությունների հարգանքի սկզբունքը ⁹³ ,որը կխախտեր մարդու արժանապատվությունը, իրավունքներն ու հիմնարար ազատությունները հարգելու սկզբունքը»: Թվում է, թե իրավական առումով ամեն ինչ հստակ նախատեսված է, առողջապահության ոլորտում գործում են ուղեցույցներ, բայց և այնպես բժշկական պրակտիկայում հաճախ ստեղծվում են իրավիճակներ, երբ որևէ ուղեցույց օգնել չի կարող: Ավարտելով բժշկական գաղտնիքի հետ կապված խնդիրների շարադրանքը՝ հարկ է ընդգծել, որ բժշկական գաղտնիքը պահպանել՝ նշանակում է թերևս ցանցի հիվանդի տառապանքերը, հնարավորության սահմաններում երկարացնել նրա կյանքը:⁹⁴ Գաղտնիության սկզբունքին առնչվող խնդիրներից զատ, որոնց մասին վերը խոսվեց, գոյություն ունեն բազում այլ խնդիրներ, որոնց լուծումը գտնվում է սահմանված իրավական փաստաթղթերի շրջանակից դուրս և կախված է միայն բժշկի բարոյական և մասնագիտական կուլտուրայից, մասնավորապես այն բանից, թե որքանով է նա ունակ և ինչ հնարավորություն ունի կազմակերպելու իր փոխհարաբերությունները հիվանդի հետ: Այսօր իրավունքների ու արժանապատվության պաշտպանության բարոյաիրավական և փիլիսոփայական իմաստավորումը պարտադիր ենթադրում է բժշկի և հիվանդի փոխհարաբերությունների սոցիալ-բարոյագիտական վերլուծություն, որն առավելագույնս համապատասխանում է ժամանակակից բժշկության պահանջներին:

⁹² ՀՀ օրենքը «Բնակչության բժշկական օգնության եվ սպասարկման մասին»:

<https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=142602> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁹³ Համընդհանուր հռչակագիր բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների մասին: Երևան, «Լույս» , 2006, 19 էջ:

⁹⁴ Տե՛ս **Ասրվաձապրյան Վ. Ա., Հարությունյան Ա. Մ.**, Բժշկական էթիկա: Երևան, «Հայաստան հրատարակչություն », 1984, էջ 173 :

Բժշկի և հիվանդի փոխհարաբերությունները բժշկության տարբեր մոդելներում ունեն որոշակի առանձնահատկություններ: Ժամանակակից բժշկության մեջ առկա են բժշկի և հիվանդի փոխհարաբերությունների բազմաթիվ ձևեր (մոդելներ): Ամերիկացի փիլիսոփա Ռոբերտ Վիտչը առանձնացրել է չորս հիմնական մոդել՝ ինժեներական, պատերնալիստական, գործընկերական և պայմանագրային⁹⁵:

Ինժեներական մոդելի շրջանակներում բժիշկը հիվանդին վերաբերվում է որպես բարդ մեխանիզմի: Բժշկության խնդիրը մեկնաբանվում է որպես արտաքին կամ ներքին վնասվածքի շտկում, իսկ բժշկական գործունեությունը՝ գիտելիքի կիրառման ոլորտ, որն, ինչպես և գիտությունը, պետք է լինի « չարի ու բարու» մոդել: Վիտչը նշում է, որ ինժեներական մոդելը հենվում է գիտելիքների հնացած պատկերացումների վրա: Այս մոդելում առկա տեխնոկրատիզմը բարոյապես թերաթեք է, քանի որ այն հիվանդին հավասարեցնում է անկենդան առարկայի⁹⁶:

Պատերնալիստական մոդելի դեպքում հիվանդի և բժշկի հարաբերությունները հիշեցնում են ծնողի հայրական վերաբերմունքը զավակի կամ հոգևորականի վերաբերմունքը ծխականի նկատմամ ⁹⁷: Պատերնալիստական վերաբերմունքը լեցուն է անձնական բովանդակությամբ, շարժառիթը՝ տառապյալին օգնելու և նրան չվնասելու ցանկությունն է: Բարոյական սկզբունքներն են՝ սերն առ մերձավորը, բարեգործությունը, գթասրտությունը և արդարությունը ⁹⁸ : Պատերնալիզմը սահմանափակում է հիվանդի, որպես ինքնուրույն անհատի իրավունքները, որն ինքնուրույն և ազատ կարող է կենսականորեն կարևոր որոշումներ ընդունել և հսկել իր վիճակը: Այստեղ հարաբերությունները կառուցվում են ոչ թե « հորիզոնական», հավասարազոր, այլ « ուղղահայաց» , որպես վերադասի և ենթակայի հարաբերություններ: Հիվանդը, պատկերավոր ասած, բժշկին ստիպված է նայել

⁹⁵ St' u **Bumy P.**, Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений. “Вопросы философии”, 1994, №3, էջ. 69-71:

⁹⁶ **Bumy P.**, Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений. “Вопросы философии”, 1994, №3, с. 68.

⁹⁷ Биоэтика. Вопросы и ответы. Под. ред Юдин Б. Г., Тищенко П . Д., М., 1995, с. 8.

http://www.bioethics.ru/_Images/Catalog/135-1-33.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

⁹⁸ Բիոէթիկա, հարցեր և պատասխաններ: Կազմ. Յուդին Բ., Տիշչենկո Պ., «Լոյս», Երևան, 2011, էջ 11:

ներքևից վերև⁹⁹: Այդ խնդիրը բժշկության սոցիոլոգիայի առավել հետաքրքիր ու բարդ գործնական հարցերից է: Այս առումով բժշկական պրակտիկայում սկզբունքորեն կարևոր նշանակություն է ստացել «պատերնալիզմի» երևույթի քննադատական վերլուծությունը: Պատերնալիզմի մոդելը բնութագրում է բժիշկի և հիվանդի միջև այնպիսի փոխհարաբերությունը, երբ բժիշկը խաղում է դաստիարակի, իսկ հիվանդը՝ անխելահաս «պատանյակի» դեր:

«Բժշկական պատերնալիզմը, - ինչպես արդարացիորեն նշում է փիլիսոփայական գիտությունների դոկտոր Ս. Հ. Դավթյանը, - ենթադրում է, որ բժիշկը հիվանդի բուժման, տեղեկացման, խորհրդատվական և բուժման միջոցների ընտրության հարցում կարող է հենվել միայն սեփական դատողությունների և գործընկերների խորհրդի վրա»¹⁰⁰: Կենսաբարոյագիտության մեջ «պատերնալիզմ» հասկացությամբ բնորոշվում է բժշկի և հիվանդի միջև հարաբերությունների որոշակի մոդելը, երբ բժիշկը ամենազոր ու ամենագետ հովանավոր է, որին հիվանդը պետք է ենթարկվի անվերապահորեն և վստահի ինչպես հարազատ հորը: Բժիշկը որոշում է կայացնում առանց նախապես հիվանդի հետ երկխոսության մեջ մտնելու, հիվանդին չբացատրելով բուժման կոնկրետ մեթոդի կամ դեղամիջոցի ընտրության պատճառը, չպարզաբանելով բժշկական միջամտության հնարավոր կողմնակի հետևանքները և դիսկի աստիճանի ու հիվանդի վիճակի հնարավոր բարելավման միջև հարաբերակցությունը: Բժշկական պատերնալիզմը բարոյապես պարտավորեցնում է բուժանձնակազմին կարեկցել հիվանդին, բայց բացատրություն չտալ և չխորհրդակցել նրա հետ: Ասել կուզի, որ հիվանդը դառնում է բժշկական միջամտության պասիվ օբյեկտ, որը զրկված է ընտրության ազատությունից և ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու հնարավորությունից:

Գործընկերային մոդելի դեպքում բժիշկը և հիվանդը հադես են գալիս որպես գործընկերներ: Հիվանդը պետք է բժշկից ստանա իր առողջական վիճակի, բուժման

⁹⁹ St'u **Bumч P.**, Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений. "Вопросы философии", 1994, №3, էջ. 68-69:

¹⁰⁰ **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկայի հիմնախնդիրների փիլիսոփայական վերլուծություն: Փիլ. գիտ. դոկտորի գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսություն, Երևան, 2016, էջ 87:

տարբերակների, հնարավոր բարդությունների մասին տեղեկատվության բավարար ծավալ: Տեղեկացվածության մակարդակով հավասարեցված լինելով բժիշկների հետ, հիվանդը կարող է մասնակցել բուժմանը վերաբերող լուծումների մշակմանը: Նա ըստ էության հանդես է գալիս որպես բուժող բժշկի գործընկեր: Շահերի նման ներդաշնակությունը եզակի երևույթ է ¹⁰¹:

Պայմանագրային մոդելի մասին խոսելիս Վիտչը նկատի է ունեցել ոչ միայն պայմանագիր հասկացության իրավաբանական այլև «խորհրդանշական», իմաստը¹⁰²: Այս մոդելների առանձնացում-դասկարգումն ունի առավելապես ճանաչողական նշանակություն: Իրական կյանքում ավելի հաճախ հանդիպում են խառը մոդելներ, որոնց մեջ կան տարբեր մոդելներին բնորոշ գծեր: Այնպես, որ բժշկական պրակտիկայում ավելի հաճախ հանդիպում ենք խառը (էլեկտիվ) մոդելների¹⁰³:

Ներկայումս լրջորեն առաջ է քաշվում այն հարցը, որ բժշկական որոշում կայացնելիս հարկավոր է ապահովել հիվանդի մասնակցությունը: Ձևավորվում են բժշկի և հիվանդի փոխահարաբերության նոր մոդելներ՝ տեղեկատվական, խորհրդակցային, կոլեգիալ, մեկնողական, որոնք կառուցված են սուբյեկտ-սուբյեկտային հարաբերությունների վրա: Այս դեպքում բժիշկն ու հիվանդը հանդես են գալիս որպես իրավահավասար գործընկերներ, որոնց հարաբերությունները հիմնված են գաղտնիության, վստահության և անկեղծության սկզբունքների վրա: Բժշկական որոշումներն ընդունվում են համատեղ, բայց և որոշակի պատասխանատվությունը դրանց համար մասամբ ստանձնում է նաև հիվանդը: Կարևոր հարց է առաջանում. Ինչպե՞ս հաշվարկել բժշկական որոշում կայացնելու համար հիվանդի պատասխանատվության աստիճանի և նրա բժշկական բանիմացության մակարդակի միջև ճիշտ հարաբերակցությունը: Նույնիսկ բժշկական կրթություն ունեցողը հազիվ թե ունակ լինի համարժեքորեն գնահատելու իր վերաբերյալ կայացված որոշման բոլոր

¹⁰¹ Биоэтика. Вопросы и ответы. Под. ред Юдин Б. Г., Тищенко П. Д., М., 1995, с. 9.

http://www.bioethics.ru/_Images/Catalog/135-1-33.pdf

¹⁰² Տե՛ս **Bumч P.**, Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений. “Вопросы философии”, 1994, №3, էջ. 71:

¹⁰³ Տե՛ս **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկան՝ որպես փիլիսոփայության գործնական դրսևորման ապարեզ (բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների համատեքստում): « Օրենք և իրականություն», Երևան, 2012, №6, էջ 28:

հետևանքները, եթե գտնվի հոգեբանական հավասարակշռությունը կորցրած վիճակում (օրինակ՝ անհապաղ վիրահատության նախաշեմին):

Հետխորհրդային տարիներին նկատելիորեն թուլացել է պետության ուշադրությունը սոցիալական ոլորտի և առաջին հերթին առողջապահության ոլորտի նկատմամբ՝ ֆինանսավորման և նյութա-տեխնիկական համալրման մասշտաբները կտրուկ նվազել են: Թերևս անհիմն չեն նաև բժշկական կրթության որակի նվազման մասին գնահատականները: Այդ ամենի համար սոցիալական ֆոն է ծառայում բժշկության առևտրայնացումը, բժշկական անձնակազմի մտածողության մեջ շուկայական կողմնորոշման տարրերի ձևավորումը և այլն: Այս դեպքում մարդու առողջությունն ու կյանքը հաճախ որպես հիմնարար արժեք ընկալվում են միայն այն ժամանակ, երբ դրանք պատկանում են «օգտակար հիվանդի» (վճարունակ, սոցիալապես նշանակալի և այլն):

Հետխորհրդային երկրներում բարոյականության նորմերի ընդհանուր անկումը, ներխմբային վերահսկողության մեխանիզմների թուլացումը, բուժանձնակազմի ներսում հովանավորչության դեպքերը, բժշկական գաղտնիքը հրապարակելը, մարդասիրության սկզբունքների կոպիտ խախտումները, բժշկական էթիկայի հոչակված սկզբունքների և բժշկական պրակտիկայի միջև խորացող անհամապատասխանության դեպքերն՝ այս ամենը ժամանակակից բժշկության ոլորտում հանդիպող իրողություններ են, որոնք ոչ մի կերպ չեն նպաստում բժշկական պրակտիկայում հիվանդի իրավունքների ու անձնական արժանապատվության սկզբունքի հաստատմանը:

Ինչպես վերն արդեն նշվել է, հնուց բժիշկներն առաջնորդվել են բարոյագիտական մի կանոնով՝ «Հիվանդի բարօրությունը բարձրագույն օրենք է»: Այն արդիական է այսօր: Հարկ է ընդգծել, որ «բարօրություն» հասկացությունը չպետք է հանգեցնել միայն ֆիզիոլոգիական առողջությանը և հարմարավետությանը, այն նշանակում է ընդհանուր առմամբ հիվանդի բարօրություն: Բժշկությունը գործ ունի ոչ թե նյութի, կմախքի և ֆիզիոլոգիական գործառույթների, այլ մարդու անձի հետ, որը մարմնի, հոգու և ոգու անբաժանելի միասնությունն է. անհատականություն, որի

բարօրությունն ունի կենսաբանական, ֆիզիոլոգիական, սոցիալական, բարոյական ու հոգևոր եզրեր: Կենսաբարոյագիտությունը հանդիսանում է կենսաբանների, դեղագետների և բժիշկների մասնագիտական գործունեության հիմնախնդիրների ուսումնասիրության բնագավառ:

Գործապաշտ բժշկության ներկայացուցիչները կարծում են, որ կլինիկական պրակտիկայի խնդիրներից շատերը, մասնավորապես մարդու առողջ կամ հիվանդ լինելը որոշելը գերազանցապես կախված է կենսաբանական և ֆիզիոլոգիական գործոններից: Դժվար է սրա հետ չհամաձայնվել: Սակայն բժշկական գործունեության առարկան ոչ միայն մարդու ֆիզիոլոգիան է, այլև նրա սոցիալական կենսագրությունը:

«Բուժել ոչ թե հիվանդությունը, այլ հիվանդին». սա կենսաբարոյագիտության հիմնարար սկզբունքն է: Բուժել դեռ չի նշանակում մարդկային անհատին ազատել հիվանդության ախտանիշներից, կարևոր է նաև մարդու կենսաբարոյական ուժերը պահպանել, այսինքն՝ պահպանել արժանապատիվ ապրելու, հասարակության և ազգի լիիրավ անդամը լինելու նրա ունակությունը, ինչը շատ կարևոր է հասարակության և անհատի սոցիալական բարօրության համար:

Բժշկությունը բարոյական իրավունք չունի խոսել բացառապես ֆիզիոլոգիայի լեզվով: Բժիշկը պետք է հիվանդի մեջ տեսնի ավելին, քան միայն մարմինն է: Փիլիսոփայական-արժեքաբանական իմաստով, հիվանդը ոչ միայն բժշկական միջամտությունների կամ գիտական հետազոտությունների օբյեկտ է, ոչ միայն ինչ-որ «կլինիկական դեպք է», այլև տառապող մարդ, որն ունի օգնության, հոգեբանական և բարոյական աջակցության խիստ կարիք: Բուժման ընթացքում կարևոր է նկատի ունենալ, որ ցանկացած հիվանդություն ունի ոչ միայն ֆիզիոլոգիական կամ հոգեֆիզիոլոգիական պատճառներ, այլև զուտ սոցիալական, անգամ բարոյական: Մարդկային մարմինը բուժելիս բժիշկը պետք է միշտ հիշի, որ այն անձի նույնպիսի բաղադրիչն է, ինչպիսին հոգին է, անհատի ներաշխարհը, ուստի պահանջում է հատուկ վերաբերմունք իր նկատմամբ: Մարդկային էակի արժեքի այդպիսի կենսաբարոյագիտական ընկալման հետ է կապված որոշ օրգանների փոխպատվաստման անթույլատրելիության վերաբերյալ պատկերացումը:

Անթույլատրելի են համարվում մի շարք փոխադաստոմաներ՝ հիպոֆիզի, որը պատասխանատու է անհատի կենսահոգեբանական հավասարակշռության համար, ուղեղաբնի, քանի որ դրանում է պահպանվում անհատական հիշողությունը և դրա կորուստը կարող է հանգեցնել սերնդի կենսաբանական նույնականության խախտմանը:

Բժշկական և դեղագիտական գիտությունների աներևակայելի հաջողությունները ոչ միշտ են աշխատում հոգուտ մարդու: Որքան էլ տարօրինակ է, բայց դրանք մի շարք դեպքերում վնասակար ներգործություն են ունենում մարդու առողջության ու բարօրության վրա:

Ներկայումս գործածվում են մարդու վարքագծի սոցիալական վերահսկողության դեղորայքային միջոցներ: Դրանք, այսպես կոչված, «պրոզակ» դեղամիջոցներն են, որոնք ներգործում են ուղեղի սերոտանինի մակարդակի վրա (նյութ, որը նպաստում է բարօրության զգացման և դրական ինքնագնահատականի աճին), կամ ռիտալինը, որն այլ կերպ կոչվում է մանկական կոկաին, որն օգտագործվում է երեխաների գերակտիվությունը բուժելու համար: Դժբախտությունն այն է, որ վերջնարդյունքում այդ դեղամիջոցների օգտագործումից օգուտ ստանում են միայն դեղագործական ընկերությունները: Դրանք ոչ այնքան լուծում են կարևոր սոցիալական խնդիրները՝ կապված երեխաների դեպրեսիվ վիճակների և հոգեբանական շեղումների հետ, որքան պարզապես սառեցնում են դրանք: Բացի այդ, նշյալ դեղամիջոցների օգտագործումից տուժում է մարդկանց առողջությունը: Անտարակույս այս կամ այն դեղամիջոցի, բուժման մեթոդիկայի վնասակար ազդեցությունը կանխելը ևս առնչվում է մարդու իրավունքների և անձնական արժանապատվության պաշտպանությանը: Բժշկության և դեղագիտության ակտիվ ազդեցությունը մարդկանց կենսակերպի, սոցիալական վարքագծի, աշխարհագրագրության վրա պետք է լինի վերահսկելի՝ ինչպես հասարակական բարոյականության, այնպես էլ օրենսդրական ոլորտի կողմից:

Դեռևս ՀՍՍՀ Քրեական օրենսգիրքը (1961թ.)¹⁰⁴ հանցագործությունների շարքն էր դասում հիվանդին անհարժեշտ օգնություն ցույց չտալը (հ. 129), փաստաթղթեր կեղծելն ու կեղծ փաստաթղթեր տրամադրելը (հ. 2013), իսկ ՀՀ 2022թ. ուժը կորցրած Քրեական օրենսգիրքը¹⁰⁵ հանցագործությունների շարքն էր դասում բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնողների կողմից մասնագիտական պարտականությունները չկատարելը կամ ոչ պատշաճ կատարելը (հ. 130), բժշկական գաղտնիքը հրապարակելը (հ. 145): ՀՀ Քրեական նոր օրենսգրքում (2022)¹⁰⁶, ինչպես նաև «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օենքում (1996)¹⁰⁷ նման հոդվածները, ցավոք, բացակայում են: Մինչդեռ արդարացված է քրեորեն հետապնդելի օրինախախտումների շարքը դասել «հիվանդին օգնություն չցուցաբերելը», «ապօրինաբար հղիությունն արհեստականորեն ընդհատելը», «կեղծ փաստաթղթեր տրամադրելը», «համաճարակի դեմ պայքարի կանոնները խախտելը», «առանց բժշկական ցուցումների տղամարդկանց և կանանց ստերիլացնելը (ամլացնելը)», «մարդկանց վրա անթույլատրելի փորձեր կատարելը», «անփութությունը», «անզգուշորեն սպանելը»:

Առողջապահության բնագավառում մարդու իրավունքների ու անձնական արժանապատվությանը վերաբերող նոր օրենքների ընդունումը դեռ հեռու է լիակատար լինելուց: Անհրաժեշտ է ստեղծել պայմաններ, որպեսզի այդ օրենքներն արդյունավետորեն գործեն: Անհրաժեշտ է կատարելագործել դրանց կիրարկման իրավական մեխանիզմները: Պակաս կարևոր չէ նաև մարդկանց բարոյական և իրավական կուլտուրան բարձրացնելը, առանց որի անհնար է կենսաբարոյագիտության զարգացումը: Իրավունքի փիլիսոփայության տեսանկյունից օրենքը բարոյականության նվազագույնն է, և եթե քաղաքացու բարոյական և

¹⁰⁴ ՀՍՍՀ Քրեական օրենսգիրքը (1961թ.):

<https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=4> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹⁰⁵ ՀՀ 2022թ. ուժը կորցրած Քրեական օրենսգիրք: <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=69646> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹⁰⁶ ՀՀ 2021թ. Քրեական նոր օրենսգիրք: https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=153080_ (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹⁰⁷ «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օենքում (1996): <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=104958> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

իրավական գիտակցությունը պատրաստ չէ նոր օրենքների համարժեք ընկալմանը, անխուսափելի են հակասությունները, և անհնար է նոր հարաբերությունների ու կենսաբարոյագիտության սկզբունքների հաստատումը ժամանակակից հասարակության մեջ:

Ազատությունը մեծ պարզև է, որի համար մարդը մեծ գին է վճարում: Այդ գինը աշխարհում չարի գոյությունն է՝ նկատի ունենք բարոյական և ֆիզիկական չարիքի գոյությունը: Ֆիզիկական չարիք ասելով ամերիկացի ֆիզիկոս և աստվածաբան Զ.Պոլկինհորնը նկատի ունի հիվանդությունները, շեղումները (մուտացիաները), «զարգացման փակուղիները» և այլն: Ըստ ամերիկացի հեղինակի՝ մարդկային ազատությունը պետք է ընկալվի բացարձակ, որպես ազատություն՝ անել ինչ-որ բան, և ազատություն չանել դա (այսպես կոչված անտարբերության գործողություն)¹⁰⁸: Եթե մենք պատրաստ ենք ընդունելու ազատությունը, ապա պետք է ընդունենք նաև հետևանքները, որոնք բխում են դրանից և պատասխանատվություն կրենք դրանց համար, որոնց թվում են հիվանդությունները, բնական աղետները, պատմական համաճարակները: Փիլիսոփայական հայեցակետից աշխարհը մենք դիտում ենք որպես ինքնակազմակերպվող համակարգերի համալիր, որին բնորոշ է ոչ գծայնությունը, անկանխատեսելիությունը (տարերայնությունը), բացությունը, անդառնալիությունը, հսկայական թվով ենթահամակարգերի առկայությունը Այս ամենը զարգացման անսահման հնարավորություններ է ընձեռնում: Իհարկե, նաև ստեղծում է որոշակի խոչընդոտներ և դժվարություններ:

Կենսաբարոյագիտությունը, դիտարկելով ազատության խնդիրը լայն համատեքստում, դրա իմաստավորման նոր դիտանկյուններ է բացում և ստիպում այդ խնդիրը քննել նոր իրողությունների լույսի ներքո, առաջնորդվելով ոչ թե ընդհանուր, մանվածապատ, վերացական փիլիսոփայական դատողություններով, այլ կոնկրետ բժշկական կյանքի այն առօրեականությամբ, որին բախվում է մեզանից յուրաքանչյուրը՝ դառնալով հիվանդ կամ հիվանդի ազգական:

¹⁰⁸ **Полкинхорн Д.**, Вера глазами физика. Богословские заметки мыслителя. “СНИЗУ-ВВЕРХ”, М., 1998, с. 21.

Ազատությունը՝ փիլիսոփայական տեսանկյունից, ինքնուրույն ընտրություն կատարելու իրավունքն է: Որքան ավելի բարդ ու խճճված է իրավիճակը, որը պահանջում է մարդուց ընտրություն կատարել, այնքան ավելի նշանակելի դեր է խաղում անձի ազատությունն արժանապատվությունը հաստատելու գործում: Մի կողմից՝ մարդն իր սոցիալական և անհատական կյանքում երբեք չպետք է լինի սոսկ միջոց, այլ պետք է լինի նպատակ: Մյուս կողմից՝ մարդասիրակա՞ն է արդյոք թույլ տալ մարդուն ընտրություն կատարել հոգուտ այն բանի, ինչն իրեն օգուտ չէ՝ ինքնասպանություն, հակաիրավական արարք, թմրանյութերի օգտագործում, ծխախոտի գործածում: Ունի՞ հիվանդը իրավունք ընտրելու՝ բուժվե՞լ, թե՞ չբուժվել: Կարո՞ղ է նա հրաժարվել բուժման որոշ մեթոդներից կամ դեղամիջոցներից: Չէ՞ որ ի վերջո ընտրությունը բժշկության մեջ՝ ընտրություն է առողջության և հիվանդության միջև, կյանքի և մահվան միջև:

Բժշկական նորագույն տեխնոլոգիաները ավելի ու ավելի հաճախ մարդուն դնում են ինքնուրույն ընտրություն կատարելու և դրա համար լիակատար պատասխանատվություն կրելու անհրաժեշտության առջև: Կենսաբարոյագիտությունը պահանջում է ճանաչել անձի ինքնավարությունը, անձի անկախությունն ու ինքնորոշման նրա իրավունքները: Ինքնավարությունը մարդկային անհատի առողջությունն ու կյանքը տնօրինելու հնարավորություն է, հիվանդի կամքն ու ցանկությունը հաշվի առնելու անհրաժեշտությունը՝ ընդհուպ բուժումից գիտակցաբար հրաժարումը, եթե դա սպառնում է անհատի կյանքին և առողջությանը: Անձի ինքնավարությունը հարգելը կենսաբարոյագիտության հիմնական սկզբունքներից է, որի իրացումը ենթադրում է երկու պարտադիր պայմանի առկայություն. նախ՝ հիվանդի որոշումը չպետք է դառնա հնարավոր սպառնալիք հասարակության համար, երկրորդ՝ մարդը պետք է լինի մեղսունակ, իսկ նրա որոշումները՝ իրավիճակին համարժեք¹⁰⁹:

Հիվանդի ազատության հիմնախնդիրն արտահայտվում է «իրազեկված համաձայնություն» հասկացության միջոցով: ԱՄՆ-ում իրազեկված համաձայնության

¹⁰⁹ Հարությունյան Մ. Ա., Դավթյան Ս. Ա., Կյանքի և առողջության պրակտիկ փիլիսոփայություն: Երևան, «Նաիրի», 2017, էջ 229:

սկզբունքի խախտումը դիտվում է որպես գործողությամբ հիվանդին վիրավորանք և ֆիզիկական վնաս հասցնել: Խոսքը այն իրավիճակների մասին է, որոնք կապված են հիվանդի լուրջ վիրահատության անհրաժեշտության, ինչպես նաև բուժման և բուժամիջոցների մասին հիվանդին պարտադիր կերպով հայտնելու հետ: Ինչպես արդարացիորեն նշում է փիլիսոփայության գիտությունների դոկտոր Ս. Հ. Դավթյանը՝ «Բժիշկը պարտավոր է հիվանդին տեղեկացնել նրա առողջական վիճակի, բժշկական ստուգման նպատակների և արդյունքների, ինչպես նաև հնարավոր ռիսկերի մասին: Դրա համար կարևորվում է հետևյալը. ա) ինչպե՞ս հիվանդին դարձնել իր համախոհը, գործընկերը, նրանից չթաքցնելով բժշկական ստուգման կամ վիրահատության հնարավոր բարդություններն ու հետևանքները, բ) ինչպե՞ս ձեռք բերել հիվանդի կամավոր համաձայնությունը, գ) իրավաբանորեն ձևակերպել համաձայնությունը: Ցավոք, մեզանում այս պահանջները միշտ չէ, որ պահպանվում են»¹¹⁰: Իրազեկված համաձայնությունը այնպիսի փաստաթղթերի իմաստային առանցքն է, ինչպիսին են

(Հիվանդանոցների ամերիկյան ասոցիացիա, 1973)¹¹¹, որն այսօր զարգանալով վերածվել է բուժվող հիվանդին խնամքի ընթացքում իր իրավունքների և պարտականությունների մասին իրազեկող «Բուժվողի խնամքի համագործակցություն» փաստաթղթի ¹¹², Հիվանդի իրավունքների մասին Լիսաբոնի հռչակագիրը (Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիա, 1981 (Լիսաբոն, Պորտուգալիա, լրամշակվել է Բալի, Ինդոնեզիա 1995)¹¹³, Եվրոպայում հիվանդի իրավունքների ապահովման ոլորտի քաղաքականության մասին հռչակագիրը (ԱՀԿ Եվրոպայի

¹¹⁰ **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկայի հիմնախնդիրների փիլիսոփայական վերլուծություն: Փիլ. գիտ. դոկտորի գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության սեղմագիր: Երևան, 2016, 38 էջ:

¹¹¹ American Hospital Association, 1973, Patient's Bill of Rights.

<https://www.aha.org/node/5305> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹¹² American Hospital Association, The Patient Care Partnership.

<https://www.aha.org/other-resources/patient-care-partnership> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹¹³ Лиссабонская декларация о правах пациента.

https://e-stomatology.ru/star/info/2010/lissabon_declaration.htm (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

տարածաշրջանային գրասենյակ, 1994)¹¹⁴: Նշյալ փաստաթղթերը հանդիսանում են հիվանդի իրավունքների կենսաբարոյագիտական վարքականոնների հիմքը:

Կարելի է առանձնացնել իրազեկված համաձայնության երկու բաղադրիչ՝ հիվանդին տեղեկատվություն տրամադրելը և նրա կամավոր համաձայնությունը ստանալը:

Հիվանդի իրազեկված լինելը ենթադրում է, որ նա գիտի՝ իր հիվանդության բնույթի, բուժման ձևերի և մեթոդների մասին, որ նրան առաջարկվում է:

Նաև քաջատեղյակ է բուժման հետ կապված ռիսկերի և բուժման հնարավոր այլընտրանքների, ինչպես նաև առողջանալու հեռանկարների մասին:

Իրազեկված համաձայնությունը պարտավորեցնում է բժշկին, նախ՝ հաշվի առնել հիվանդի հուզական-հոգեբանական վիճակը, կրթվածության աստիճանը, նրա ազգային հոգեկերտվածքի յուրահատկությունները և կրոնական համոզմունքները, երկրորդ՝ նրբանկատություն դրսևորել հիվանդի նկատմամբ: Բժշկական տեղեկատվությունը հիվանդին հաղորդել այնպես, որ նրա համար հասկանալի լինի:

Հիվանդությունը ոչ միայն կենսաբանական, այլև կենսագրական փաստ է, ուստի հիվանդի կարծիքը չի կարող հաշվի չառնվել: Ընդհանրացնելով ասվածը՝ կարող ենք պնդել, որ իրազեկված համաձայնությունը նպաստում է սեփական ճակատագիրն ինքնուրույն տնօրինելու հիվանդի իրավունքի ամբողջական իրացմանը: Անհարժեշտ է հստակ սահմանագիծ անցկացնել իրազեկված համաձայնության և պատերնալիզմի սկզբունքների միջև: Հակացուցված են մեկը մյուսով փոխարինելու փորձերը: Պատերնալիզմը իրազեկված համաձայնությամբ փոխարինելը պայմանավորված է ժամանակակից բժշկության նպատակների փոփոխությամբ: Ավանդական բժշկության նպատակը հիվանդի կյանքն ու առողջությունն են: Այդ նպատակին հասնելու ճանապարհին թույլատրվում է նույնիսկ նրա ազատությունների ու իրավունքների սահմանափակում: Ժամանակակից բժշկությունը մերժում է նման մոտեցումը՝ կարևորելով հիվանդի իրավունքների և ազատությունների պաշտպանությունը:

¹¹⁴ A declaration on the promotion of patients' rights in Europe; European consultation on the rights of patients, Amsterdam, 28 - 30 march, 1994.

http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/Nomothesia_Nosilefton/Evropaika_keimena/eu_declarati on1994_1_.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

Ժամանակակից բժշկության գլխավոր նպատակը հիվանդի բարօրությունն է, իսկ առողջության վերականգնումը ենթարկեցված է այդ նպատակին և համարվում է դրա կարևորագույն տարրերից մեկը:

Մարդկանց վրա կլինիկական և բժշկա-կենսաբանական փորձերի հետ կապված հարցերի քննարկման ժամանակ առաջադրվել է բժշկական հետազոտությունների թուլատրելիության-անթույլատրելիության հիմնախնդիրը:

Այդ հարցն առաջինը բարձրացրել է փորձարարական բժշկության հիմնադիրներից մեկը՝ Կլոդ Բեռնարը, ով կարծում էր որ ֆիզիոլոգիայում ինչպես և բոլոր փորձարարական գիտություններում, փորձը ամենաբարձր չափանիշն է¹¹⁵: Նա «բոլոր կենդանիներին սկզբունքորեն հարմար էր համարում փորձերի համար, գտնելով , որ դրանց մեջ բացի արժեքից ոչ մի տարբերություն չկա: Ուղղակի պեղք է ձեռք բերել շատ կենդանիներ և փորձի համար ընտրել անատոմիական կառուցվածքով առավել հարմարին»¹¹⁶: Նրա կարծիքով, մարդկային կյանքը անձեռնմխելի է, և անթույլատրելի է վնաս հասցնել մարդուն, եթե անգամ դա տալիս է գիտությանը նոր և կարևոր գիտելիքներ: Մարդկանց վրա փորձերը, ըստ ճանաչված ֆրանսիացի գիտնականի, հակասում են և՛ բարոյական օրենքներին, և՛ բժշկության սոցիալական նշանակությանը: Բայց մյուս կողմից, առանց փորձերի հնարավոր չէ զարգացնել բժշկությունը. Կ. Բեռնարը հասկանում էր այդ և դրանով արդարացնում էր գիտափորձերը կենդանիների վրա:

Մարդու օրգանիզմի, դեղապատվաստանյութերի փորձարարական հետազոտությունները նպաստում են կենսաբանության, դեղագիտության և բժշկության զարգացմանը: Օրինակ՝ որևէ դեղամիջոց չի թույլատրվում օգտագործել բուժման նպատակով՝ առանց ներկայացուցչական փորձարկումների: Երբեմն փորձը

¹¹⁵ **Бернар К.**, Лекции по экспериментальной патологии. Гос. изд-во биологической и медицинской литературы. “Наркомздрав СССР”, Москва-Ленинград, 1937, с. XLV.
https://www.phantastike.com/biology/lekcii_po_eksperimentalnoj_patologii/djvu/view/ (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹¹⁶ **Бернар К.**, Лекции по экспериментальной патологии. Гос. изд-во биологической и медицинской литературы. “Наркомздрав СССР”, Москва-Ленинград, 1937, с. 468.
https://www.phantastike.com/biology/lekcii_po_eksperimentalnoj_patologii/djvu/view/ (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

համընկնում է բուժման ընթացքի հետ և վերջին հնարավորությունն է դառնում մարդու կյանքը փրկելու համար (դա, այսպես կոչված, «թերապևտիկ փորձարարությունն է»): Օրինակ՝ ֆրանսիացի գիտնական, ժամանակակից միկրոկենսաբանության և իմունաբանության հիմնադիր Լուի Պաստերը (1822-1895) 1881թ. առաջարկեց պատվաստման մեթոդը¹¹⁷: Պաստերը մշակել է հավի խոլերայի, սիբիրյան խոցի, կատաղության դեմ գործնական պատվաստման մեթոդը: 1885թ. նա կատաղության դեմ փորձնական պատվաստանյութ է ներարկել մի տղայի, որին այլ կերպ փրկել հնարավոր չէր: Տղան փրկվեց: Հետագայում կատաղության դեմ պատվաստանյութը ստուգվեց շների վրա և ոչ մեկի մոտ չդրսևորվեց կատաղության նոպաներ իսկ տղայի մոտ հետագայում չհայտնաբերվեց այդ հիվանդության նշանները¹¹⁸:

Մյուս կողմից՝ միշտ հարց է ծագում՝ մարդասիրակա՞ն է արդյոք վտանգել մարդու առողջությունն ու նույնիսկ կյանքը, թույլատրելի՞ է արդյոք արդարացնել միջոցները նպատակով, եթե միջոց է դառնում ինքը կենդանի մարդը:

Ամեն դեպքում մարդկանց վրա փորձեր կատարելը միշտ հակասություններ է պարունակում, բժշկությունն ու գիտությունը առավել բարձր պետք է դասեն մարդու բարօրությունը, նրա կենսական շահերը, իսկ փորձերը հաճախ ստորադասում են մարդու բարօրությունը նոր գիտելիքներ ստանալուն: Բժշկագիտության առաջընթացի շահերը գերադասվում են առանձին անհատի շահերից: Միաժամանակ, մարդը, որը պատրաստ է ինքնզոհողությամբ կամավոր օժանդակելու գիտական առաջընթացին, արժանի է հասարակության հարգանքին, իսկ պետությունը պետք է մշակի փորձի հետևանքով պատճառված բարոյական և նյութական վնասի փոխհատուցման արդյունավետ մեխանիզմներ: Անշուշտ, մարդու վրա կատարվող փորձերն արդարացված են միայն այն դեպքում, երբ, նախ, փորձարկվողի կյանքին և սոցիալական բարեկեցությանը սպառնացող վտանգի աստիճանը չի գերազանցում

¹¹⁷ **Минько О., Исмагуллин Д.**, Пастер Луи (1822 - 1895) Франция. Самарский государственный медицинский университет, 2016, с. 4. <https://samsmu.ru/files/news/2016/261016/paster.pdf> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹¹⁸ **Пастер Л.**, Избранные труды в двух томах. Том 2 “Академии наук СССР”. Серия “Классики науки”. М., 1960, с. 736. https://www.phantastike.com/biology/trudy_2/djvu/view/ (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

նախատեսված արդյունքների գիտական նշանակալիությունը: Երկրորդ, նոր գիտելիքների ստացումը հնարավոր չէ այլ եղանակով, այսինքն կենդանիների վրա բժշկա-կենսաբանական փորձերի կամ արհեստական մոդելների /համակարգչային մոդելավորման/ միջոցով:

Քննարկելով փորձարարության խնդիրը, միշտ պետք է հիշել, որ իրազեկված համաձայնության սկզբունքը գործում է փորձի ամբողջ ընթացքում, այսինքն՝ բոլոր փուլերում հիվանդին մատչելի է մնում ամբողջ տեղեկատվությունը, ինչը վերաբերում է նրա վիճակին և կատարվող հետազոտության արդյունքներին: Ցանկացած փուլում հիվանդը կարող է հրաժարվել փորձարկման օբյեկտ լինելուց՝ միաժամանակ պահպանելով որակյալ բուժօգնություն ստանալու բոլոր իրավունքները: Հետևաբար, իրազեկված համաձայնությունը ոչ միայն չի վերացնում մարդուն որպես գիտական փորձարարության օբյեկտ օգտագործելու հնարավորությունը, այլև երաշխավորում է, որպեսզի փորձի ընթացքում վերջնական որոշումը չպարտադրվի, այլ լինի նրա ազատ անձնական ընտրության արդյունքը: Այս ամենի ապահովումը փորձարար կենսաբանների, դեղագետների և բժիշկների մասնագիտական և քաղաքացիական պարտքն է, որն անբաժան է արդարությունից և գթասրտությունից: Բժշկական պրակտիկայում արդարությունը մեկնաբանվում է արժանին մատուցելու և գթության իրավունքի հավասարության ձևով:

Ողջամիտ յուրաքանչյուրը հեշտությամբ կհամաձայնի այն գաղափարին, որ հասարակության մեջ պետք է տիրապետի սոցիալական արդարությունը: Բայց արդյո՞ք բոլոր մարդիկ հստակ պատկերացնում են, թե ինչ է սոցիալական արդարությունը: Բժշկական էթիկայում արդարության՝ որպես գթասրտության իրավունքի հավասարության սկզբունքը ենթադրում է բոլոր քաղաքացիների հավասարությունը՝ առողջությունը պահպանելու և սոցիալական պաշտպանության բարձր մակարդակ ունենալու հարցերում: Առողջությունը բնավ չպետք է դառնա ինչ-որ սոցիալական շռայլություն կամ ընտրյալների արտոնություն: Բուժաշխատողն իրավունք չունի վերաձվելու դատավորի, որը որոշում է, թե ով ինչի է արժանի: Բուժօգնությունը, որն այն ցուցաբերելը պայմանավորում է դրա կարիքն ունեցողի տարիքով, սեռային կամ

կրոնական պատկանելությամբ, հասարակական դիրքով կամ նյութական ապահովվածությամբ, արդարությունը վերածում է յուրօրինակ վրիժառուական երևույթի՝ «յուրաքանչյուրը կարող է ակնկալել միայն այն, ինչին արժանի է»։ Լինել ճշմարիտ և արդար բժիշկ՝ նշանակում է ձգտել օգնել մարդուն միայն այն բանի համար, որ նա դրա կարիքն ունի։ Այսպիսին է բժշկական հումանիզմի բանաձևը։

«Առողջություն՝ բոլորի համար»՝ սա է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության գլխավոր սկզբունքը, որն ամրագրված է ԱՀԿ-ի 1991 թ. հայեցակարգում։ 1994 թ. այդ հայեցակարգի հիման վրա Բժշկական գիտությունների միջազգային կազմակերպության խորհրդի (Council for International Organizations of Medical Sciences) XXVIII համաժողովը ձևակերպել է «Կենսաբարոյագիտության գլոբալ օրակարգը»։ Այդ փաստաթղթում հատուկ ուշադրություն է հատկացվել որակյալ, արդյունավետ բուժօգնություն ստանալու մարդկանց հավասար իրավունքին։ Այդտեղ ընդգծվել է, որ համարժեք մակարդակի բուժօգնություն ստանալը պետք է ճանաչվի որպես մարդու հիմնարար և համընդհանուր իրավունք¹¹⁹։ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը ընդգծել է, որ այդ իրավունքի ապահովումը պետք է դառնա XXI դարի բժշկության ռազմավարությունը։ Այդ ռազմավարությունը պետք է կյանքի կոչվի նաև Հայաստանում։ Դրա համար կարևորագույն ուղեցույց է դարձել Կենսաբարոյագիտության և մարդու իրավունքների մասին համընդհանուր հռչակագրի 14 հոդվածը, որտեղ ասված է՝ «... հնարավոր ամենաբարձր մակարդակի առողջություն ունենալը յուրաքանչյուր մարդու հիմնական իրավունքներից մեկն է՝ անկախ ռասայական պատկանելությունից, կրոնից, քաղաքական համոզմունքներից, տնտեսական կամ սոցիալական դիրքից, գիտության և տեխնիկայի առաջընթացը պետք է նպաստի՝ որակյալ բժշկական ծառայությունների և կարևորագույն դեղորայքի հասանելիությանը՝ հատկապես երեխաների և կանանց առողջությանը վերաբերող

¹¹⁹ Council for International Organizations of Medical Sciences, XXVIIIth Conférence, Switzerland, pg 16-17. <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/05/CIOMS-History-Organization-Activities-Members-1.pdf> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

հարցերում, սննդամթերքի և ջրի պատշաճ մատակարարման հասանելիությանը, կենսապայմանների և շրջակա միջավայրի վիճակի բարելավմանը...»¹²⁰:

Կենսաբարոյագիտությունը պետք է գտնի նոր մեթոդներ, որպեսզի գթասրտության և իրազեկված համաձայնության պատվիրաններն իրապես գործեն բժշկական պրակտիկայում, գիտական, հասարակական, անհատական կյանքի բոլոր ոլորտներում: Ոչ մի հոչակագիր, ոչ մի հայեցակարգ չի կարող մարդու մեջ գթասրտության արհեստական ներարկում կատարել: Բժշկական օգնություն կարող են ցույց տալ միայն մարդասեր և ազգանվեր բժիշկները, դեղագետները, իսկ ցուցաբերել գթասրտություն -կարող է մեզանից յուրաքանչյուրը, բայց շատ քչերն են դրա համար ուժ և ժամանակ գտնում:

Գթասրտությունը (սերն ու կարեկցանքը) հիպոկրատյան՝ «առաջին հերթին մի վնասիր» սկզբունքի բարոյական հիմքն է, որն արտահայտում է բժշկի և հիվանդի փոխհարաբերությունների առանձնահատուկ մարդասիրական բնույթը: Կենսաբարոյագիտության և մարդու իրավունքների մասին համընդհանուր հոչակագրի՝ «Վնաս և օգուտ» խորագրով 4-րդ հոդվածում ասված է. «Գիտական գիտելիքների, բժշկական գործունեության և դրա հետ կապված տեխնոլոգիաների կիրառման և զարգացման գործընթացում հարկավոր է ստանալ առավելագույն ուղղակի և անուղղակի օգուտ հիվանդների, հետազոտության մասնակիցների և առնչակից այլ անձանց համար ու նվազագույնի հասցնել հնարավոր ցանկացած վնաս»¹²¹:

Բժշկության համար ավանդական «առաջին հերթին մի վնասիր» սկզբունքին կենսաբարոյագիտությունը հավելում է նախազգուշության և «լավ հաշվարկված ռիսկի» սկզբունքները: Դրանց էությունն այն է, որ օրգանիզմին հասցված բժշկական միջամտության «ազդեցիկությունը» կարող է արդարացվել միայն այն դեպքում, երբ բուժման արդյունքները կգերազանցեն պատճառված վնասի հետևանքներին: Պ. Դ.

¹²⁰ Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая Генеральной конференции ЮНЕСКО 19.10.2005, В кн. “Биоэтика и СМИ”: рекомендации для журналистов. Редакторы-составители Тищенко П. Д. и Юдин Б. Г. М., “Союз журналистов России”, При поддержке Бюро ЮНЕСКО, 2008, с. 40. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000159308> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹²¹ Նույնը, էջ 37:

Տիշենկոյի խոսքերով, այդ սկզբունքը «կիրառվում է այն ժամանակ, երբ գոյություն ունի զգալի գիտական անորոշություն՝ հնարավոր բացասական հետևանքների պատճառների, մեծության, հավանականության և բնույթի վերաբերյալ: Ընդամին անորոշության աստիճանը և բացասական հետևանքների բացահայտումը պետք է պարտադիր կերպով կառուցվեն համարժեք գիտական տվյալների, այլ ոչ թե զուտ հուզական բացասական արձագանքների և երևակայության վրա. խոսքն այնպիսի հետևանքների մասին է, որոնք լրջագույն վտանգ են պարունակում մարդու բարօրության ու առողջության համար: Անբարենպաստ հետևանքները, որոնք կարող են առաջանալ հենց արգելիչ միջոցների հետևանքով, պետք է համամասնական լինեն ենթադրյալ ռիսկերի մեծությանը»: Ցանկացած դեպքում կարելի է ասել, որ ռիսկերը և սպառնալիքները (բացասական երևույթները) կազմում են ժամանակակից մարդու կյանքի մշտապես առկա փաստը ¹²² : Նախազգուշության սկզբունքը, որն ամենաքննարկվողներից է ժամանակակից բժշկության և կենսաբարոյագիտության մեջ, անմիջականորեն կապված է արդարությունը պահպանելու պահանջի հետ:

Գթասրտությունը (սերն ու կարեկցանքը) բժշկության մեջ բախվում է նաև «սրբազան ստի» հիմնախնդիրին:

Ո՞րն է ավելի մարդասիրական մարդու հանդեպ՝ ասե՛լ ճշմարտությունը իր ծանր հիվանդության մասին, թե՞ նրանից թաքցնել այդ տեղեկատվությունը: Կարելի է դիտարկել պատասխանի երկու տարբերակ՝ «սրբազան (փրկարար) ստի» հայեցադրույթը և ճշմարտացիության կանոնը. ո՞րն է ավելի նախընտրելի ժամանակակից առողջապահության համար:

«Սրբազան ստի» թույլատրելիությունը, սովորաբար, բխեցնում են հիվանդին, նրա մերձավորին չվնասելու բարոյագիտական սկզբունքից: Դա տրամաբանորեն հիմնավորված է բոլոր այն դեպքերում, երբ մարդուն հայտնվող տեղեկությունը կարող է լրջորեն սպառնալ նրա հուզական-հոգեբանական վիճակին, և, որպես դրա

¹²² **Тищенко П. Д.**, Этические проблемы развития биотехнологий. Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2. М., “ИФ РАН”, 2008, с.67. https://iphras.ru/bioeth_2.htm ; https://iphras.ru/uplfile/root/biblio/bioeth/bioeth_2/3.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

հետևանք՝ կյանքին ու առողջությանը: Դժվար է չհամաձայնել նաև բարոյական այն փաստարկի հետ, որ մարդուց վերջին հույսը խլելը դաժանություն է: Չէ՞ որ նույնիսկ չնայած մահվան անխուսափելիությանը, մարդն այնուամենայնիվ այնպիսի զգացողություն ունի, որ դա դեռ վերջը չէ: «Սրբազան սուտը» արդարացվում է նաև այն իրավիճակներում, երբ հիվանդն ինքն էլ չի ցանկանում իմանալ ճշմարտությունը, դրանով անձի ազատության սկզբունքը չի խախտվում:

Այն տեսակետը, թե գթասրտության համար լավ են բոլոր միջոցները, անգամ խաբեությունը, ոչ միայն «սրբազան ստի» բարոյական արդարացվածության, այլև, այսպես կոչված, «պլացերո» ընդունելու հիմքն է: Պլացերոն ակնհայտ բուժական հատկություններ չունեցող մի նյութ է, որն օգտագործվում է որպես կարծեցյալ դեղ: Պլացերո պատրաստելու համար սովորաբար օգտագործվում է լակտոզա: Դրա բուժական արդյունքը պայմանավորված է հիվանդի՝ այդ դեղորայքի օգտավետության նկատմամբ խոր ներքին հավատով: Պլացերոյի արդյունքը համարում են մարդու առողջական վիճակի հարաբերական բարելավումը՝ շնորհիվ այն բանի, որ հիվանդը հավատում է իր օրգանիզմի վրա ինչ-որ ներգործության արդյունավետությանը, որն իրականում չեզոք է: Պլացերո-արդյունքի հասնելը պայմանավորված է նրանով, որ թերապևտիկ ներշնչման շնորհիվ հիվանդի ուղեղն սկսում է արտադրել որոշ նյութեր, մասնավորապես, այսպես կոչված, էնդորֆիններ, որոնք բարելավում են մարդու ընդհանուր ինքնազգացողությունը, ամրապնդում օրգանիզմի «հոգեպաշտպանական ուժերը»:

Բարոյափիլիսոփայական տեսանկյունից ճիշտ ախտորոշման հիմնախնդիրը հաճախ սրվում է ոչ թե դա ընդունելու և վերապրելու հիվանդի հոգեբանական անկարողության, այլ նման հիվանդին ընդունելու սոցիալական միջավայրի անընդունակության շնորհիվ: Ճիշտ ախտորոշումը, որոշ դեպքերում, կարող է դարձնել, մարդուն վտարյալ, այսինքն նրան դուրս թողնել բոլոր սոցիալական գործընթացներից: Քիչ չեն դեպքերը, երբ ախտորոշումը դառնում է դրոշմ՝ խարանելով հիվանդ մարդուն և հեռու վանելով նրանից մարդկանց: Սոցիալական միջավայրը հաճախ վախենում է ախտորոշումներից ավելի շատ, քան հիվանդից: Արդյունքում տարաբախտ հիվանդը

հայտնվում է սոցիալական վակուում, յուրօրինակ սոցիալական աքսորի պայմաններում:

Հասարակության, ազգի բարոյական հասունության մակարդակը կարելի է գնահատել ըստ այն բանի, թե որքանով է հասարակությունը արդար-գթասիրտ ամենաթույլ պաշտպանվածների նկատմամբ, նրանց, ում իրավունքները ոչ ոք չի պաշտպանում՝ վարձահատույց լինել չկարողանալու պատճառով: Սակայայն այդ արժեքների ներդրումը հասարակական գիտակցության մեջ անհատական կենսաբանական գոյության՝ նշանակության զարգացման գիտակցության գործընթաց է ¹²³.

Հասարակության բարոյական հասունությունը ստուգվում է նաև նրանով, թե ինչպես է հասարակությունը վերաբերվում հոգեկան հիվանդներին:

Հոգեկան հիվանդություն ունեցողների նկատմամբ բացասական և հակամարդասիրական վերաբերմունքի մի ձև է նրանց՝ որպես ավելորդ բեռ համարելը, հասարակությունից մեկուսացնելը: Հոգեբուժության առաջացումը կապված է մարդկանց որոշ խմբերը վերահսկելու և մեկուսացնելու հետ, որոնց գոյությունն «անհարմարություն» է պատճառում հասարակությանը: «Անլիարժեքներից» ազատվելը ենթադրում է, լավագույն դեպքում, միջոցներ ձեռնարկել գժերին» «նորմալների» տեսադաշտից դուրս թողնելու համար՝ «աչքից հեռու, սրտից հեռու » սկզբունքով:

Նման երևույթները կապված են հանգիստ, այսպես ասած՝ «առանց ավելորդ հոգսերի» ապրելու ձգտման հետ: Սակայն չտեսնելու տալով խնդիրը՝ մենք ստեղծում ենք միայն դրա բացակայության պատրանք:

Հոգեբուժության բնագավառում առավել քան այլ ոլորտում խիստ արդիական է դարձել «մի վնասիր»¹²⁴ սկզբունքը: Դա պայմանավորված է հոգեկան հիվանդների առանձնակի «խոցելիությամբ»: Հայրենական հոգեբուժության վնասը կարող է լինել երկարատև մեկուսացումը հասարակությունից, ստիպողաբար կերակրելը, ոչ

¹²³ Տե՛ս **Трунёв С. И.**, Жизнь как ценность: проблемы и противоречия. М., “Философия и общество”, №4, 2008, էջ 118:

https://www.socionauki.ru/journal/files/fio/2008_4/jizn_kak_cennost.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹²⁴ Բիոէթիկա, հարցեր և պատասխաններ: Կազմ. Յուդին Բ., Տիշչենկո Պ., «Լույս», Երևան, 2011, էջ 35:

ինքնակամ վկայություն տալը, վիրավորելը, գաղտնիությունը խախտելը և ֆիզիկական շեղումներ առաջացնող բուժման մեթոդների ու միջոցների կիրառումը: Օրինակ՝ որոշ դեպքերում ներյոլեպտիկների սխտեմատիկ կիրառումը զարգացնում է «ներյոլեպտիկական համախտանիշ», որը կարող է հանգեցնել հիվանդի անժամանակ մահվան:

Ի սկզբանե հասարակության և պետության վերաբերմունքը հոգեկան հիվանդների նկատմամբ առավելապես «ոստիկանական» էր, այսինքն՝ հանգում էր նման մարդկանց որպես վտանգավոր տարրերի չեզոքացմանը, զսպմանը ու բռնի մեկուսացմանը: Միայն XVIII դարի վերջերից սկսած Անգլիայում ու Ֆրանսիայում հոգեկան հիվանդների նկատմամբ վերաբերմունքը սկսեց աստիճանաբար փոխվել: Այս գործընթացի առաջամարտիկը հանրաճանաչ բժիշկ, Փարիզի գիտությունների ակադեմիայի անդամ, Ֆրանսիայում գիտական հոգեբուժության հիմնադիր Ֆիլիպ Պինելն է: Հոգեբուժության մեջ նրա հայացքները կառուցված էին պատերնալիստական սկզբունքների վրա՝ հիվանդներին դիտարկում էր որպես «երեխաներ», իր ստեղծած հոգեբուժարանի տեսակը մեծ «ընտանիք», ուր հոգեբուժը խաղում էր հոգատար «հոր» դերը, որոշելով երեխաների համար, թե որն է չարիքը և որը՝ բարիքը¹²⁵:

Բուժման գլխավոր միջոցները նա համարում էր կարեկցանքը, հոգատարությունը և մշտական խնամքը: Հոգեբուժությունը զարգացման հաջորդ քայլը դարձավ XX-րդ դարի 50-ականներին առաջացած հակահոսպիտալային շարժումը, որը կոչ էր անում բուժել հոգեկան հիվանդներին՝ առանց հասարակությունից մեկուսացնելու: Այդ շարժման կողմնակիցները համոզված էին, որ պետք չէ խնամել ու վերահսկել հոգեկան հիվանդներին փակ կլինիկաներում, որոնք հեռու են գտնվում մարդաշատ վայրերից, այլ վերականգնել և նպաստել այդպիսի հիվանդների սոցիալականացմանն ու ինտեգրմանը առողջ հասարակությանը: Մշտական հոսպիտալացման փոխարեն առաջարկվում էր հոգեպրոֆիլակտիկա, ամբուլատոր օգնություն և կարճաժամկետ հոսպիտալացում: Հիվանդը կարող է հրաժարվել առաջարկվող հոսպիտալացումից: Այն ամրագրված է օրենսդրության մեջ¹²⁶:

¹²⁵ Բիոէթիկա, հարցեր և պատասխաններ: Կազմ. Յուդին Բ., Տիշչենկո Պ., «Լույս», Երևան, 2011, էջ 34:

¹²⁶ Նույնը, էջ 34:

Հոգեբուժական օգնության, այսպես կոչված, ապահիստիստոցիոնալացումը ունեցավ բացասական սոցիալական հետևանքներ՝ անօթևանների թվի աճ, բազմակի հոսպիտալացում (երբ նույն հիվանդները շարունակ հայտնվում էին կլինիկայում): Սակայն այդ շարժումը հենց այնպես չձագեց, հոգեբուժությունն իրոք ուներ վատ համբավ: Բացի այդ, շարժումը զգալի դեր խաղաց հոգեբուժության ոլորտի հումանիզացմանը: Արևմտյան հասարակությունը սկսեց ուշադրություն դարձնել այդ ոլորտում առաջացած բարոյական, հոգեբանական, սոցիալական, իրավաբանական լրջագույն խնդիրներին:

1960-ականներին Եվրոպայում, ապա նաև ԱՄՆ-ում առաջացավ մեկ այլ, հակահոսպիտալիզմին բավականին նման՝ հակահոգեբուժական շարժումը: Այդ շարժումը լուրջ հարված հասցրեց բժշկական ընտրանու ամենաանպաշտպան հատվածին՝ հոգեբուժությանը... միջոցները, որոնք ծախսվեցին հոգեկան հիվանդությունների, այսպես կոչված, կենսաբանական հիմնանյութը հայտնաբերելու, հետևաբար՝ դրանց նույնականացման օբյեկտիվ գիտական միջոց ստեղծելու վրա, շոշափելի արդյունքներ չտվեցին :

1970-ական թվականներին հոգեկան հիվանդների նկատմամբ վերաբերմունքի սոցիալական համատեքստն ընդլայնվեց: ԱՄՆ-ում հակահոսպիտալիզմին շարժումը միաձուլվեց իրավապաշտպան շարժմանը: Դատարանները բառացիորեն հեղեղվեցին հոգեկան խանգարումներով մարդկանց քաղաքացիական իրավունքների պաշտպանության վերաբերյալ գործերով¹²⁷:

Հասարակության մեջ հոգեկան հիվանդների նկատմամբ վերաբերմունքի փոփոխության վրա մեծ ազդեցություն ունեցավ Ջոել Ռիչմանի գիրքը, որում բերված են Պարկ Լեյնի (Էշվորտի հիվանդանոց) հոգեբուժական հիվանդանոցի բաժանմունքում 1988թ. կատարված հետազոտության տվյալները: Աշխատության բնաբանը դարձան հետևյալ խոսքերը. «Այստեղ մեզ մոտ կան իսկական մոլագարներ, շատ վտանգավոր:

¹²⁷ Հարությունյան Մ. Ա., Դավթյան Ս. Ա., Կյանքի և առողջության պրակտիկ փիլիսոփայություն: Երևան, «Նաիրի», 2017, էջ 251 :

Երբեք չես կռահի, թե ինչ կա նրանց գլխում... այնպես որ չարժե թիկունքով շրջվել նրանց: Դա բուժանձնակազմն է»:

Հետազոտելով հոգեբուժությունը որպես հատուկ «ազգամշակութային շերտ»՝ ամերիկացիներ Իրվին Հոֆմանը և Ջոել Ռիչմանը մեծ ազդեցություն ունեցան բժշկական մարդաբանության և սոցիալական բժշկության զարգացման վրա: Դրանք նշանակալի են նաև այստեղ առաջ քաշված թեմայի կենսաբարոյագիտական վերլուծության համար՝ հոգեկան հիվանդների նկատմամբ վերաբերմունքը որպես առավել «խոցելիների» հանդեպ հասարակության գթասրտության ունակության ցուցանիշ: Սոցիոլոգիական հետազոտությունները հանգեցրին հոգեկան ախտորոշմամբ մարդկանց նկատմամբ հասարակական և մասնագիտական վերաբերմունքի որոշակի փոփոխությանը¹²⁸:

Հետխորհրդային երկրներում հոգեբուժության զարգացման որակապես նոր փուլի սկիզբը հանդիսացան ժողովրդավարական երկու նորամուծությունները՝ առանց պարտադիր դատական ընթացակարգի մարդու նկատմամբ ոչ կամավոր միջոցներ կիրառելու անհնարինությունը (վկայություն տալը, հոսպիտալացումը, բուժումը), և հոգեկան հիվանդություններով անձանց ու բոլոր մյուս քաղաքացիների սոցիալական հավասարությունը տեսականորեն հռչակելը, ինչպես նաև զուտ հոգեբուժական ախտորոշման հիման վրա, հոգեբուժական ստացիոնարում կամ դիսպանսեր հսկողության ներքո գտնվելու փաստի հիման վրա իրավունքներն ու ազատությունները սահմանափակելու անթույլատրելիությունը:

Ցավոք, արդեն 1998 թ. Միացյալ Նահանգներում փորձ արվեց սահմանափակել այդ օրենսդրական նախաձեռնությունները: Դրանում, ի շարս այլ փոփոխությունների, նախատեսվում էր հանել «անմիջական» սահմանումը այն ձևակերպումից, որն առնչվում էր հոգեկան հիվանդներին, որոնք «անմիջական վտանգ» էին ներկայացնում և շրջապատի համար: Բարեբախտաբար, այդ վնասակար փոփոխությունը տեղի չունեցավ՝ շնորհիվ ԱՄՆ-ի Անկախ հոգեբուժական ասոցիացիայի ակտիվ միջամտության:

¹²⁸ Նույնը, էջ 253 :

Մյուս փոփոխություններն ուղղված էին ոչ կամավոր միջոցներ օգտագործելիս դատական ընթացակարգը զգալիորեն սահմանափակելուն, ծանր հոգեկան հիվանդների վրա բուժման բժշկական մեթոդների և բուժամիջոցների փորձերն արգելելուն, ֆիզիկական զսպամիջոցներ կիրառելիս բժշկի թույլտվությունը հանելուն և այլն: Այս օրինագծի խորհրդարանական լուսմներին լրջորեն խանգարեցին իրավապաշտպան կազմակերպությունների բողոքները: Հոգեբուժական օգնության մասին օրենքում փոփոխություններ և լրացումներ կատարելու փորձերը, որոնք փոշիացնում էին 1990-ականների ժողովրդավարական ձեռքբերումները, հետագայում ևս կրկնվեցին: Դրանք վերստին կանխվեցին հոգեբուժության բնագավառում մարդու իրավունքների ակտիվ պաշտպանների ջանքերով:

Հայաստանում հոգեկան հիվանդների նկատմամբ խտրական վերաբերմունքը ուներ իր ոչ միայն իրավական, այլև ֆինանսական դրդապատճառներ: Օրինակ՝ առողջապահության այդ բնագավառի ֆինանսավորումը շարունակվում է կատարվել մնացորդային սկզբունքով: Դա հանգեցնում է այն բանին, որ հոգեբուժարանների հիվանդները պահվում են վատ պայմաններում, և դա սրում է ոչ կամավոր հոսպիտալացման առանց այդ էլ ցավոտ ու բարդ խնդիրը. ո՞վ կցանկանա «բուժվել» նման պայմաններում: Միջոցները չեն բավարարում ո՛չ որակյալ բուժման, ո՛չ, առավել ևս, վերականգնման համար: Հայաստանում, փաստորեն, չեն գործում այդպիսի հիվանդների սոցիալականացման մեխանիզմները, ինչն իր հերթին կապված է հոգեկան հիվանդների նկատմամբ հասարակության խուսափողական վերաբերմունքի հետ: Հետազոտողները նշում են, որ հոգեբուժության կլինիկական պրակտիկայի պատմության մեջ շատ են հոգեկան հիվանդություններով մարդկանց նկատմամբ նվաստացուցիչ վերաբերմունքի, հոգեբուժության մեթոդները սոցիալապես չհարմարված մարդկանց նկատմամբ հաշվեհարդար տեսնելու նպատակով օգտագործելու դեպքերը: Այդ ամենը ժամանակին մեծապես հեղինակագրկեց խորհրդային հոգեբուժությունը: Ներկայումս տարբեր երկրներում ստեղծվում են էթիկայի հասարակական հանձնաժողովներ: Նրանց հիմնական նպատակն է

պահպանել, պաշտպանել մարդու կյանքը և մշակել նոր բարոյական գաղափարներ, սկզբունքներ և կանոններ, որոնք վերաբերում են նաև բժշկությանը¹²⁹:

Այսօր, խաթարված «անձի արժանապատվության», «ազատության», «արդարության», «գթասրտության» հասկացությունների կենսաբարոյագիտական վերակառուցումը խիստ համահունչ է բժշկության գլխավոր կարգախոսին՝ «Հիվանդի բարօրությունը բարձրագույն օրենք է»: Կենսաբարոյագիտության մեջ ներկայումս առանձնահատուկ կարևորություն են ձեռք բերել անձի արժանապատվության նկատմամբ հարգանքի և մարդու իրավունքների պաշտպանության հիմնախնդիրները: Հստակեցվել են կենսաբարոյագիտական հետազոտությունների հիմնական ուղղությունները, որոնք կապված են, նախևառաջ, բժշկական բարոյագիտության նորմերի և սկզբունքների իրականացման, երկրորդ՝ մարդու առողջության և բարօրության պահպանման սոցիալական ասպեկտների, երրորդ՝ մարդկային կյանքի արժեքանական վերափմաստավորման-կարևորման հետ:

2.2. Կյանքի և առողջության հումանիստական նոր մոդելի

մշակման հիմնախնդիրը

Մարդկային կյանքի արժեքի հիմնախնդիրը սրվում է այնտեղ, որտեղ այն առավել խոցելի է ու անպաշտպան, հատկապես բնական ծննդից առաջ ընկած ժամանակաշրջանում, քանի որ այդ փուլում երեխան գործնականում չունի որևէ իրավաբանական կարգավիճակ, իսկ շատերի պատկերացմամբ՝ զրկված է նաև բարոյական կարգավիճակից:

Կենսաբարոյագիտության դիտանկյունից չափազանց երկիմաստ է դարձել «հակաբեղմնավորում» հասկացությունը, քանի որ, նախ, հակաբեղմնավորիչների միայն չնչին մասն է կանխում բեղմնավորումը, իսկ դրանց մեծ մասը օժտված է

¹²⁹ **Хрусталеv К. М.**, Биoэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья. Учебник, М., “ГЭОТАР-Медиа”, 2017, с. 243.

<http://library.pharmi.uz/books/darslik/darslik/%D0%A5%D1%80%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B2%20%D0%AE.%D0%9C.%20%D0%91%D0%B8%D0%BE%D1%8D%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%202017-%D1%83%D1%87%D0%B5%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf>

(վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

աբորտիվ գործողությամբ, երկրորդ, դրանք բոլորովին էլ անվտանգ չեն կնոջ առողջության համար:

Այստեղից էլ հասկանալի է դառնում, թե ինչու այսօր ահռելի գումարներ են ծախսվում դեղամիջոցների կատարելագործման վրա, որոնք ի գործու են սպանել պտուղը մոր արգանդում՝ ամենավաղ փուլում: Այդ միջոցները խոչընդոտում են ոչ թե բեղմնավորումը, այլ հղիության շարունակումը, դրանք կա՛մ թույլ չեն տալիս բեղմնավորված բջիջին ամրանալ մոր օրգանիզմում, կա՛մ ոչնչնացնում են սաղմը, երբ այն արդեն ձևավորվել է մոր արգանդում: Հակաբեղմնավորման միջոցների մեծ մասը, որոնք առկա են դեղատներում կիրառվում են որպես աբորտի միջոց¹³⁰: Այդ դեղամիջոցները հաճախ չեն համարձակվում անվանել աբորտիվ (հազվադեպ օգտագործում են «թավշյա աբորտ» մեղմացուցիչ եզրույթը): Ինչո՞ւ: Պատասխանը շատ պարզ է. «աբորտ» բառը դեռ շարունակում է շատերին խրտնեցնել, եթե ոչ վախեցնել, շատերի համար այն դեռ շարունակում է նշանակել ոչ բարոյական, անգամ հանցավոր արարք: Իսկ հասարակական գիտակցությունը պետք է հանդարտեցնել՝ «հակաբեղմնավորման երևույթի ընկալման» սոցիալական կարծրատիպերին ընտելացնելու համար: Պետք է հասնել նրան, որ այն ընկալվի որպես կանխարգելիչ դեղամիջոց որոշ հիվանդությունների թերապևտիկ բուժման համար¹³¹: Նման դեղամիջոցների հաջողությունը կարելի է բացատրել այն բանով, որ, մի կողմից, դրանք շատ հարմար փոխզիջում ու ինքնախաբեություն են նրանց համար, ովքեր այն օգտագործում են: Մյուս կողմից, դրանք ձեռնտու են դեղարտադրողներին ու տարածողներին, քանի որ դրանց օգտագործումը ոչ ոք չի վերահսկում:

Հակաբեղմնավորումն աբորտի այլընտրանքն է: Ընտրություն կատարելով հակաբեղմնավորիչների օգտագործման և հղիության արհեստական ընդհատման միջև՝ մենք ընտրում ենք, ինչպես ասում են՝ «չարյաց փոքրագույնը»: Ընդ որում, պետք է համադրել կնոջ առողջությանը հասցվելիք հնարավոր վնասի վտանգը այս կամ այն

¹³⁰ *Сзречча Э., Тамбоне В.*, Биоэтика. М., 2002, с. 184. <https://predanie.ru/book/216497-bioetika/> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

¹³¹ *Сзречча Э., Тамбоне В.*, Биоэтика. М., 2002, с. 221. <https://predanie.ru/book/216497-bioetika/> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

հակաբեղմնավորիչի օգտագործումից ակնկալվող օգուտի հետ: Լավ հաշվարկված ռիսկի կենսաբարոյական սկզբունքի շեշտադրումը միանգամայն տեղին է: Ցանկացած դեպքում հակաբեղմնավորիչների ազդեցությունը կնոջ օրգանիզմի վրա քայքայիչ է, քան հղիության արհեստական ընդհատումը:

Հակաբեղմնավորման արմատական ձևն ամլացումն է: Եթե խոսքը թերապևտիկ ամլացման մասին է, երբ բուժման միակ միջոցը վիրահատությունն է, որն է բարոյական խնդիր չի առաջանում: Սոցիալական վերահսկողության անհրաժեշտություն ծագում է միայն այն ժամանակ, երբ խոսքը վերաբերում է բռնի կամ կամավոր ամլացմանը :

Պատմությանը հայտնի են կանանց կամքին հակառակ նրանց ամլացնելու ապշեցնող դեպքեր: Դա արվել է տարբեր պատճառներով, վատ ժառանգականության, երկրի գերբնակեցվածության, ռասայական անհամապատասխանության, հիվանդի սոցիական և իրավական պաշտպանության նկատառումներով: Օրինակ, ռասայական անհամապատասխանության անմարդկային դրույթը հիտլերյան Գերմանիայում դարձել է պետական ծրագրի մասը: Ժամանակին այդ չարագործ պրակտիկան Արևմուտքի մի շարք երկրներին ստիպեց հրաժարվելու էվթանազիային օրենսդրորեն հավանություն տալու մտադրությունից:

Հնդկաստանում բռնի ամլացում թույլատրող օրենքն ընդունվել է 1973թ.: Կարելի է այդ օրենքն անվանել ոչ միայն անբարոյական, այլև հանցավոր:

Ժամանակակից ժողովրդավարական օրենսդրությունը որոշ երկրներում թույլատրում է ամլացումը «միայն երեսուն հինգ տարին լրացած քաղաքացու գրավոր դիմումի հիման վրա, իսկ բժշկական ցուցումների և քաղաքացու իրազեկված կամավոր համաձայնության դեպքում՝ անկախ տարիքից և երեխաների թվից»¹³²: ՀՀ-ում ևս ըստ օրենքի թույլատրվում է կամավոր ամլացում միայն չափահաս անձանց (Հոդված 9)¹³³:

¹³² Ст'ю, Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” от 21 ноября 2011, № 323-ФЗ, с. 57 (п.1).

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹³³ ՀՀ օրենքը Մարդու վերարտադրողական առողջության եվ վերարտադրողական իրավունքների մասին: Հդվ. 9, 2002 թ.: <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=75284> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

Եթե մարդը կամավոր որոշում է ընդունել ամլացման մասին, արժե մտածել այդ քայլը բարոյական և սոցիալական տեսանկյունից գնահատելու մասին: Օրգանիզմի կարևոր գործառույթներից մեկը վիրահատական եղանակով փոփոխելը լուրջ վնաս է հասցնում մարդու ֆիզիկական ամբողջականությանը՝ աղճատում է նրա անհատականությունը, քանի որ մարմինը, ֆիզիոլոգիան արտաքին շղարշ չէ, այլ անձի անկապտելի մասը: Հարց է ծագում՝ «Ունի՞ր արվունք կինը լիովին տնօրինելու իր մարմինը, հատկապես բոլոր այն դեպքերում, երբ պարզապես վնաս է հասցնում իր առողջությանը»:

Հասարակության մեջ առավել թեժ վեճերը վերաբերում են ոչ այնքան ամլացմանը կամ հակաբեղմնավորմանը, որքան հղիության արհեստական ընդհատմանը: Հղիության ընդհատման ջատագովների և հակառակորդների հակամարտությունը գալիս է հին ժամանակներից: Հիպոկրատը կտրուկ դեմ էր արբորտին, իսկ Արիստոտելը՝ կողմ: Անտիկ ժամանակներում պտղահեռացումը հանցագործություն չէր համարվում: Հին Հռոմում արբորտը հանցագործություն կամ անբարոյականություն չէր համարվում և լայնորեն տարածվում էր¹³⁴:

Արբորտը սկսեց դիտվել հանցագործություն՝ հռոմեական կայսրության ընդլայման և ամրապնդման ժամանակաշրջանում: Նորանոր երկրներ նվաճելու համար Հռոմին անհրաժեշտ էին մեծ թվով զինվորներ և ստրուկներ: Այսպիսով, արհեստական պտղահեռացման արգելամիջոցները պայմանավորված էին ոչ թե բեղմնավորված երեխայի կյանքի վերաբերյալ պատկերացումներով, այլ երեխայի կյանքը պահպանելու քաղաքական նպատակահարմարությամբ:

Քրիստոնեության հաստատման ժամանակներից սկսած արբորտը հավասարվեց մարդասպանությանը, ընդամին անկախ հղիության ժամկետից՝ լիարժեք մարդկային կյանքի սկիզբ էր համարվում բեղմնավորման պահից:

¹³⁴ Ст'ю Введение в биоэтику. Отв. ред. Юдин Б. Г., Тищенко П. Д., М., "Прогресс-Традиция", 1998, էջ 198: https://www.phantastike.com/philosophy/introduction_bioethics_study/djvu/view/ (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

Միջնադարում և նոր ժամանակաշրջանում աբորտը բոլոր եվրոպական երկրներում պատժվում էր մահապատժով:

Աբորտի հանցավորությունը գիտականորեն հիմնավորելու առաջին փորձերը ձեռնարկվել են 19-րդ դարի երկրորդ կեսին: Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներում սկիզբ առավ հանրային լայն շարժում աբորտներն արգելելու պահանջով, որի կողմնակիցները, հենվելով սաղմնաբանության բնագավառում կատարված հայտնագործությունների վրա, համոզում էին հասարակությանը, որ աբորտը մարդասպանություն է, քանի որ պտուղը կենդանի էակ է ոչ թե այն պահից, երբ մայրը զգում է նրա շարժը, այլ բեղմնավորման պահից¹³⁵:

Դեռևս 1970 թ. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը ընդունել է հռչակագիրը: Նշյալ փաստաթուղթը, որոշ վերապահումներով, թույլատրել է օրինական աբորտները.

1. բժշկի հիմնարար բարոյական սկզբունքներից է հարգանքը մարդկային կյանքի նկատմամբ՝ սկսած նրա բեղմնավորման պահից,
2. հանգամանքները, որոնք հնարավոր մոր շահերը հակադրում են նրա դեռևս չծնված երեխայի շահերին, ստիպում են բժշկին ընտրություն կատարել՝ պահպանել հղիությունը, թե՛ գիտակցաբար ընդհատել այն,
3. այդօրինակ ընտրության ոչ միանշանակությունը պայմանավորված է կրոնական և բարոյական տարբեր դիրքորոշումներով, ընդ որում՝ ցանկացած որոշում պետք է հարգվի,
4. համապատասխան պետության մեջ կամ քաղաքային համայնքում այդ հարցի և դրա լուծման կանոնների նկատմամբ վերաբերմունքը որոշելը բժշկության իրավասությունից դուրս է. բժիշկները պարտավոր են միայն պաշտպանել իրենց հիվանդներին և սեփական իրավունքները հասարակության մեջ,
5. այն երկրներում, որոնցում բժշկական աբորտները թույլատրվում են օրենքով, իրավասու մասնագետները կարող են դրանք իրականացնել միայն օրինական եղանակով,

¹³⁵ Նույնը, 199 էջ:

6. եթե անձնական համոզմունքները թույլ չեն տալիս բժշկին կատարելու բժշկական արքորտ, նա պետք է հիվանդին փոխանցի իրավասու գործընկերոջը,

7. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության գլխավոր վեհաժողովի սույն հռչակագրի դրույթների իրականացումը պարտադիր չէ այն անդամ ասոցիացիաների համար, որոնք չեն միացել հռչակագրին¹³⁶:

Հետագա տարիներին եվրոպական երկրներում օրենսդրական արգելքը մեղմացավ. Շվեդիայում (1938-2008)¹³⁷ Անգլիայում (1967)¹³⁸ Իսպանիայում (1978)¹³⁹ Իտալիայում (1978)¹⁴⁰, Նորվեգիայում (1959-2016)¹⁴¹, Ֆրանսիայում (1975)¹⁴², Նիդերլանդներում (1981)¹⁴³: Այս օրենսդրական փոփոխությունները նույնպես առաջնորդվում էին այն ազատական գաղափարախոսությամբ, ըստ որի կինն օժտված է իր մարմինն ինքնակամ տնօրինելու իրավունքով: Առաջարկվեցին բազմաթիվ փաստարկներ հօգուտ հղիության արհեստական ընդհատման: Մասնավորապես, օրենսդրության մեջ նշվեց, որ կինը կարող է դիմել արքորտի հետևյալ հանգամանքներում: Նախ, երբ հղիության շարունակումը ուղղակի վտանգ է ստեղծում հղի կնոջ կյանքի համար: Երկրորդ՝ երբ երեխայի ծնունդը թեև չի սպառնում մոր կյանքին, սակայն կարող է լուրջ վնաս հասցնել նրա առողջությանը (ֆիզիկական կամ հոգևոր): Երրորդ, երբ մեծ է «թերարժեք» (ֆիզիկական կամ մտավոր զարգացման թերություններով) երեխա ծնվելու հավանականությունը: Չորրորդ, երբ հղիությունն առաջացել է ինցեստի (արյունակիցների միջև սեռական կապի) կամ կնոջ քնաբարձման հետևանքով: Հինգերորդ, երբ հղի կինն օրինական ամուսնության մեջ

¹³⁶ Տե՛ս **Հարությունյան Մ. Ա., Դավթյան Ս. Ա.**, Կյանքի և առողջության պրակտիկ փիլիսոփայություն: Երևան, «Նաիրի», 2017, էջ 270-271:

¹³⁷ About abortion, Fighting for body rights since 1933.

https://www.rfsu.se/contentassets/48adfec3a7254bd590c07c79766000a8/en_om_abort.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹³⁸ Britain's abortion law. <https://www.bpas.org/get-involved/campaigns/briefings/abortion-law/> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹³⁹ Abortion in Democratic Spain: The Parliamentary Political Agenda 1979–2004 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2807%2929295-X> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹⁴⁰ Italy, Abortion legislation. <https://abort-report.eu/italy/> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹⁴¹ Norway, Abortion legislation. <https://abort-report.eu/norway/> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹⁴² France, Abortion legislation <https://abort-report.eu/france/> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹⁴³ The Netherlands. <https://abort-report.eu/netherlands/> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

չէ, և երեխայի ծնունդը կարող է բացասաբար անդրադառնալ կնոջ հասարակական հեղինակության վրա: Վեցերորդ, երբ երեխայի ծնունդը անցանկալի է՝ նյութական ծանր պայմանների և այլ պատճառների հետևանքով:

Նկատենք, որ ԱՄՆ Գերագույն դատարանի «Ռոու Վեյդի որոշումը» դարձավ ուղենշային, որով սահմանվեց, որ կնոջ աբորտի իրավունքը ենթադրվում է ԱՄՆ Սահմանադրության՝ մարդու անձնական կյանքի անձեռնմխելիության իրավունքով: Մինչ այս որոշումը աբորտները անօրինական էին ԱՄՆ նահանգների մեծ մասում: Մինչդեռ հետաքրքիր զարգացում տեղի ունեցավ նաև 2022թվականի հունիսի 24-ին, երբ նույն այդ գերագույն դատարանը որոշեց, որ աբորտի իրավունքը ֆեդերալ սահմանադրական իրավունք չէ¹⁴⁴:

ՀՀ-ում նույնպես առկա է «Հղիության արհեստական ընդհատման կարգ ու պայմանները» ՀՀ կառավարության 23.02.2017թ ,N° 180Ն որոշման մեջ¹⁴⁵:

XX-րդ դարում աբորտների օրինականացման համար մղվող պայքարին միացավ ֆեմինիստների շարժումը: Ֆեմինիստները կնոջ սոցիալական կարգավիճակի էական փոփոխությունը պայմանավորում էին մանկածնության խնդրով: Նրանք պաշտպանում էին կնոջ իրավունքը՝ անձամբ որոշելու, թե երբ և ինչ հանգամանքներում մայրանալ:

Աբորտների վերաբերյալ ժամանակակից հայաստանյան օրենսդրությունը ամենաազատականներից է աշխարհում: Այն թույլատրում է աբորտները ոչ միայն բժշկական, այլև սոցիալական նկատառումներով՝ հղիության ուշ շրջանում: Աբորտների թվով մեր հանրապետությունը գերազանցում է շատերին: Դա վկայում է Հայաստանում կյանքի ցածր արժեքանական կարգավիճակի մասին: Միաժամանակ, ՀՀ քր. օր. 122-րդ հոդվածի համաձայն քրեորեն պատժելի է համարվում համապատասխան բժշկական բարձրագույն կրթություն չունեցող անձի կողմից ապօրինի աբորտ

¹⁴⁴ Roe v. Wade, Abortion. <https://www.history.com/topics/womens-rights/roe-v-wade> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹⁴⁵ ՀՀ կառավարություն, «Հղիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները», 23.02.2017, թիվ 180Ն որոշում: <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=111980> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

կատարելը¹⁴⁶ : Ապօրինի աբորտ եզրույթը հասկանալու համար անհրաժեշտ է վկայակոչել ՀՀ առողջապահության նախարարության 1997 թ. դեկտեմբերի 25-ի թիվ 778 հրամանը, որի համաձայն հղիության արհեստական ընդհատման վիրահատություն թույլատրվում է իրականացնել մինչև 12 շաբաթական /ներառյալ/ հղիության ժամկետը լրացած բոլոր այն կանանց, ովքեր ցանկանում են ընդհատել հղիությունը և չունեն հակացուցումներ (օրինակ՝ ինֆեկցիոն և պարազիտար հիվանդություններ, չարորակ նորագոյացություններ, հոգեկան խանգարումներ, սրտանոթային համակարգի հիվանդություններ և այլն)¹⁴⁷ : Հղիության արհեստական ընդհատման վիրահատություն թույլատրվում է կատարել միայն մանկաբարձական-գինեկոլոգիական ստացիոնար հաստատություններում, որոնց կազմում կան գինեկոլոգիական բաժանմունքներ։ Վերոնշյալ պայմաններից որևէ մեկի խախտումը բավական է հղիության արհեստական ընդհատումն ապօրինի համարելու և արարքը ՀՀ քր. օր. 122-րդ հոդվածով որակելու համար։ Տեղին է նշել, որ այսօր աբորտին նպաստող սոցիալական ցուցանիշների ցանկը փոքր-ինչ ընդլայնվել է։ Դրանց թվում առանձնանում են կնոջ կամ ամուսնու աշխատանք չունենալը, ցածր եկամուտը (ընտանիքի մեկ անդամի հաշվով նվազագույն կենսամակարդակից ցածր լինելը), կնոջ սեփական կացարան չունենալը։ Եթե կինը չի համապատասխանում այս պայմաններից որևէ մեկին, նրան հղիության ուշ շրջանում աբորտ կատարելու թույլտվություն կարող է տալ բժշկական հանձնաժողովը։ Նկատի ունենալով այն, թե մեզանում որքան հեշտ է ձեռք բերել անհրաժեշտ տեղեկանքը, կարելի է եզրակացնել, որ աբորտ կատարելուն խոչընդոտող սահմանափակումներ գործնականում գոյություն չունեն։

Առողջապահության մասին նոր օրենքները փոքր-ինչ «խստացրել են» վերաբերմունքն աբորտին, ներմուծելով, օրինակ, այսպես կոչված «լռության շաբաթը», որը պարտադիր է դարձել այն կանանց համար, ովքեր դիմում են մինչև 11 շաբաթական հղիությունն արհեստականորեն ընդհատելու խնդրանքով։ ՀՀ-ում

¹⁴⁶ ՀՀ Քրեական օրենսգիրք, 2003թ. <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=69646> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹⁴⁷ ՀՀ առողջապահության նախարարության «Հղիության արհեստական ընդհատման մասին» թիվ 778 հրաման: <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=18705> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

հղիության արհեստական ընդհատումը կատարվում է մինչև 12 շաբաթական հղիության ժամկետը, այն կատարվում է կնոջ դիմումի համաձայն¹⁴⁸ իսկ 11-12 շաբաթականի դեպքում ՌԴ-ում կանանց տրվում է «48-ժամյա լուրջություն»՝ իրենց որոշումը հանգամանորեն կշռադատելու համար¹⁴⁹։ Ձևավորվել է, այսպես կոչված, «աբորտի մշակույթ» երևույթը։ Դա ներառում է հատուկ մասնագիտական կադրերի նպատակաուղղված պատրաստումը, հարմարավետության, անցավորության, անվճարունակության, հանրամատչելիության ապահովումը։ Աբորտը դարձել է ծնելիությունը վերահսկելու գլխավոր միջոցը։ Անշուշտ, դա բնավ էլ չի վկայում բնակչության բարձր կուլտուրական ու սոցիալական մակարդակի մասին։ Ավելի շուտ դա խոսում է այն մասին, թե որքան ցածր է գնահատվում մարդկային կյանքը ժամանակակից հասարակությունում։

Վերջին տասնամյակներին աբորտի համար իրավական և բարոյական պատասխանատվության փոփոխությունը՝ բացարձակ արգելումից մինչև բացարձակ օրինականացում, ստիպում է լրջորեն մտածել այն մասին, թե առաջիկայում ուրիշ էլ ինչ փոփոխություններ կկատարվեն Եվրոպայում, Ռուսաստանում, նաև Հայաստանում հանրային գիտակցության, բարոյական և իրավական մշակույթի մեջ։

Աբորտների հետագա օրինականացումը և աճը սկսել է ժամանակակից հասարակություններում խորացնել բարոյական և ժողովրդագրական ծանր վիճակը։ Բարոյական և ժողովրդագրական անկման աճն ուղիղ համեմատական է աբորտի օրինականացման հանդեպ հանդուրժողականության աճին։ Աբորտների ջատագովների հակառակորդները հղիության արհեստական ընդհատումը գնահատում են որպես հանցագործություն ընդդեմ մարդու կյանքի, առողջության, ունեցվածքի հասարակական ու ազգային բարոյական արժեքների դեմ։ Նրանք պաշտպանում են

¹⁴⁸ ՀՀ օրենքը Մարդու վերարտադրողական առողջության եվ վերարտադրողական իրավունքների մասին։ Հդվ. 10, 2002թ։ <https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=75284> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)։

¹⁴⁹ Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”. Российской Федерации от 21 ноября 2011, с. 56, п.3. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)։

մարդկային սաղմի՝ ինքնին արժեք լինելը, գտնում են ժամանակակից հասարակությունը պետք է ճանաչի սաղմը որպես մարդ, որը պետք է ունենա օրենսդրորեն ամրագրված իրավունքներ: Սաղմի ցողունային բջիջների թերապևտիկ կիրառման հնարավորության վերաբերյալ փաստարկը էապես կախված է ամենավաղ էմբրիոնի բարոյական կարգավիճակի գնահատումից: Մի մասը պնդում է, որ բլաստոցիստի փուլում այն միայն պոտենցիալ մարդ է, դեռևս չունի անձի ամբողջական բարոյական կարգավիճակ: Մինչդեռ մյուս խումբը պնդում է, որ էմբրիոնը իր ձևավորումից սկսած ունի անձի բոլոր բարոյական իրավունքները: Տվյալ հարցի վերաբերյալ որոշումը սերտորեն կապված է նրա հետ, թե ինչպես պետք է ընկալվի մարդու բնույթը: Անձի՝ որպես հոգու և մարմնի երկակի կոմբինացիայի գաղափարը կորելացվում է դեռևս բեղմնավորումից բացարձակ անհատականության ձևավորման հետ¹⁵⁰: Թերևս ճիշտ, հումանիստական և բարոյական տեսանկյունից արդարացի մոտեցում է:

Գենետիկայի և սաղմնաբանության բնագավառներում կատարված վերջին հայտնագործությունների շնորհիվ պարզվել է, որ կնոջ և տղամարդու սեռական բջիջների միաձուլման պահից, երբ առաջանում է միասնական միջուկ, որը պարունակում է անկրկնելի գենետիկ նյութ, սկսվում է մարդու՝ որպես կենսաբանական անհատի կյանքը: Ձվաբջիջի բեղմնավորման պահին ապագա օրգանիզմը ծեռք է բերում ամբողջական և անհատական գեների հավաքածու: Միևնույն ժամանակ կանայք, որոնք դիմում են հղիության արհեստական ընդհատման, հաճախ չեն էլ մտածում այն մասին, որ իրենց օրգանիզմից հեռացնում են ոչ թե ինչ-որ ավելորդ նորագոյացություն, այլ մարդկային էակ: Դրանում վստահ են նաև տարբեր երկրների հանրաճանաչ մանկաբարձները, ներառյալ բջջային գենետիկայի հիմնադիրներից՝ Փարիզի համալսարանի պրոֆեսոր Ժերոնիմ Լեժեն¹⁵¹:

¹⁵⁰ **Polkinghorne J. C.**, The person, the soul and genetic engineering. “Journal of Medical Ethics”, 2004. v., p.593. <https://jme.bmj.com/content/medethics/30/6/597.full.pdf> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022). pp. 593–600

¹⁵¹ **Հարությունյան Մ. Ա., Դավթյան Ս. Ա.**, Կյանքի և առողջության պրակտիկ փիլիսոփայություն: Երևան, «Նաիրի», 2017, էջ 281-282:

Վերջինս նշում է, որ նույնիսկ այն դեպքում, երբ սաղմի մարդկային կերպարանքը դժվար զանազանելի է, նա արդեն իսկ մարդ է, ինքնատիպ ու անկրկնելի անհատականություն, որը երբևէ չի եղել և չի լինի համաշխարհային պատմության մեջ: Այն ամենը, ինչ զարգանում է ծնվելուց հետո արդեն ի սկզբանե գոյություն ունի՝ պատճառականորեն ու գենետիկորեն: Սաղմը մարդու զարգացման հիմք հանդիսացող անհատն է: Հետևաբար, իր մարմինն ազատորեն տնօրինելու կնոջ իրավունքը նույնպես չի կարող բավարար արդարացում լինել հղիությունն ընդհատելու համար: Բժշկական տեսանկյունից խնդիրն այն է, որ բեղմնավորման գործընթացը երկու առանձնահատուկ բջիջների միաձուլումն է, որոնք երկուսն էլ ինքնուրույն են, սակայն իրենց համակարգերով նախատեսված են միմյանց համար, որոնք փոխհարաբերվելով ստեղծում են նոր համակարգ՝ զիգոտ, այսինքն միաբջիջ սաղմ, որն էլ մարդու զարգացման սկիզբն է դառնում: Ընդ որում՝ այդ նոր համակարգը որակապես տարբեր է մայրական և հայրական բջիջներից: Զիգոտի 46 քրոմոսոմները (23 զույգ) որակապես նոր համակցություն են, որն անվանում են գենոտիպ¹⁵²: Ուշագրավ է այն փաստը, որ զիգոտում ներդրված ծրագիրը չեզոք չէ, այսինքն՝ նախատեսված է մայրական օրգանիզմի կողմից ի կատար ածվելու համար: Սաղմի զարգացումը ինքնավերարտադրվող, ինքնակառավարվող և հետևողական գործընթաց է, ընդ որում՝ առանց զարգացման փուլերի միջև որևէ որակական խզման: Սաղմի զարգացումը մեծապես կախված է մոր օրգանիզմից: Բեղմնավորված պտուղը առաջին իսկ վայրկյանից «նոր իրողություն է»՝ իր անհատականացված ծրագրով: Իհարկե, սաղմի ինքնուրույնությունը չպետք է ընկալել բացարձակ իմաստով: Եթե ավելի խիստ ասենք, մարդը ծնվելուց հետո էլ չի կարող ինքնուրույն գոյատևել: Սաղմի զարգացումը նշանակալի չափով կախված է մոր օրգանիզմից, սակայն արտաքինապես, մայրը, պատկերավոր ասած, տրամադրում է միայն աշխատանքային տարածք և շինարարության համար անհրաժեշտ կառուցատարրեր:

¹⁵² *Сзречча Э., Тамбоне В.*, Биоэтика. М., 2002, с. 155.

<file:///C:/Users/user/Downloads/bioetika-elio-sghriechcha.pdf> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

Դեռևս տարիներ առաջ ԱՄՆ սենատը քննարկման էր դրել առողջության և կյանքի պահպանման մասին օրենսդրական փոփոխություններ, որտեղ խոսվում էր այն մասին, որ բազմաթիվ գիտնականներ ու բժիշկներ համաձայն են այն գաղափարի հետ, որ բեղմնավորումը մարդկային էակի կյանքի սկիզբն է:

Վերոշարադրյալ փաստարկները՝ ի պաշտպանություն դեռ չծնված երեխայի կյանքի, հանգեցնում են այն մտքին, որ սաղմին անհրաժեշտ է ոչ միայն բարոյական, այլև իրավական պաշտպանություն: Վերջին տարիներին նույնիսկ հնչում են կոչեր՝ միջազգային մակարդակով ընդունելու սաղմի իրավունքի պաշտպանության խարտիաներ՝ երեխայի իրավունքների կոնվենցիայի նմանությամբ:

Միանալով այս տեսակետի կողմնակիցներին՝ նպատակահարմար է խոսել «սաղմի» իրավունքների և այն մասին, որ ժամանակակից հասարակությունը պետք է ճանաչի սաղմը որպես մարդ, որն ունի օրենքով ամրագրված իրավունքներ¹⁵³: Պատկերավոր ասած, մարդկային սաղմը նման չէ մարդուն, այլ հենց մարդն է: Դա նույնն է, եթե ասվի՝ մարդու նման ծերունի կամ նորածին: Ե՛վ նա է մարդ, և՛ մյուսը, միայն թե մեկը երիտասարդ տարիքում, մյուսը՝ տարեց: Իսկ այդ մարդը շատ վաղ՝ սաղմնային տարիքում:

Բժշկական ցուցումներն, անշուշտ, բավարար հիմք են աբորտների բարոյական արդարացման համար: Բժշկական ցուցումների թվին են դասվում լուրջ հիվանդությունները՝ տուբերկուլյոզը, սիրտ-անոթային հիվանդությունները, արյունաստեղծ համակարգի հիվանդությունները, երիկամների հիվանդությունները, հեպատիտը, օտիտները, ուռուցքները և այլն: Սակայն բժշկության վերջին հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ աբորտը, որպես մոր կյանքը փրկելու նպատակով կատարվող թերապևտիկ միջամտություն, կորցրել է իր հրատապությունը, մեծամասամբ այն կնոջն ավելի շատ վնաս է հասցնում, քան օգուտ: Բացի այդ, ժամանակակից բժշկությունն ունի մեծ հնարավորություն օգնելու կնոջը լավ տանելու

¹⁵³ **Кирило Л.**, Биоэтика: принципы, правила, проблемы. Право родиться. “Эдиториал УРСС”, М., 1998.
<https://www.booksite.ru/localtxt/bio/eti/ka/bioetika/index.htm>
<https://www.booksite.ru/localtxt/bio/eti/ka/bioetika/10.htm#11> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

հղիությունը՝ անգամ առողջական լուրջ խնդիրներ ունենալիս: Այստեղ խոսքն, անշուշտ, այսպես կոչված, «անուղղակի արորտի» մասին չէ, այսինքն՝ այն դեպքերի, երբ հղիության արհեստական ընդհատումը թելադրված է արգանդի քաղցկեղի հեռացման կամ, այսպես կոչված, էկտոպիկ հղիության գործոններով: Նկատենք, որ մեծանուն մարդկանցից շատերը լույս աշխարհ չէին գա, եթե նրանց ծննդյան շրջանում հասարակության մեջ գործեր բժշկական ցուցումներով հղիությունն արհեստականորեն ընդհատելու հրահանգը, քանի որ այդ հղի կանանցից շատերը ունեին բնածին հիվանդություններ և նրանց վերաբերյալ կայացվել էր բժշկական դատավճիռ. «Այս երեխան երբեք առողջ չի լինի»:

Հայտնաբերվել է օրինաչափություն, ըստ որի բազմաթիվ հիվանդություններ համակցվում են հոգևոր առումով խիստ արժեքավոր հատկանիշների, նույնիսկ տաղանդի կամ հանճարեղության հետ: Ռուս գիտնական Ի. Մեչնիկովը նշել է. «Թոքախտով տառապող մարդկանց մեջ, որոնք ունեն ձեռքբերովի կամ ժառանգական սիֆիլիս, և ամեն տեսակ անհավասարակշիռ, այսպես կոչված «դեգեներատ» մարդկանց մեջ հանդիպում են այնպիսիք, որոնք ամենագործուն կերպով նպաստել են մարդկային ցեղի առաջընթացին¹⁵⁴: Ի թիվս շատերի բավական է նշել Ֆրենելի, Լեոպարդիի, Վեբերի, Շումանի, Շոպենի անունները»¹⁵⁵: Հայտնի է նաև, որ Լև Տոլստոյն ուներ վատ ժառանգականություն, նրա եղբայրները մահացել էին թոքախտից: XX-րդ դարում կատարված ծագումնաբանական թեստի արդյունքներով նրա մորը խորհուրդ կտային ընդհատել հղիությունը: Հիվանդների ծնունդը կանխելու միջոցով վերացնելով «ոչ լիարժեք» գեները, փաստորեն բժիշկները կարող են մարդկությունը դարձնել միջավայրին նվազ հարմարվող կենսաբանական էակ: Հայտնի չէ, թե ինչ անակնկալներ են մեզ սպասվում ապագայում: Բնությունն ավելի լավ գիտի, թե ինչպես մեզ նախապատրաստի ապագայի մարտահրավերներին՝ վնաս հասցնելով հիմա, նա պատրաստում է մեզ այդ նոր ապագայի համար:

¹⁵⁴ Мечников И. И., Этюды оптимизма. М., “Наука”, 1988, с. 130. 328с.

¹⁵⁵ Мечников И. И., Следует ли пытаться продлить человеческую жизнь. с. 133.

<http://dspace.univer.kharkov.ua/bitstream/123456789/4559/2/Sleduet%20li%20putatsya.pdf>
(վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

Այս ամենից հատուկ ակնառությամբ երևում է, որ աբորտի, այսպես կոչված, «գաղափարախոսության» հիմքում ընկած է, պատկերավոր ասած, կյանքը ճզմելու մտայնությունը, ուստի, ի վերջո, կարող է «շից դուրս գալ» սարսափելի «ջինը», երբ «արժեքների հերթական վերագնահատման» ժամանակ, ենթադրենք, բնապահպանական ճգնաժամի դեպքում, կարող են կտրուկ ընդլայնվել թույլատրելի սահմանները: Աբորտի նման գնահատականը՝ կենսաբարոյագիտության համար խիստ արդիական թեմա է: Արհեստական պտղահեռացման թույլատրելիության բարոյական արդարացումն ինքնին խաթարում է մարդկային կյանքի արժեքի սկզբունքի փիլիսոփայական հիմքերը, քանի որ խոսքը մարդու կյանքի ընդհատման մասին է՝ հենց սկզբնավորման պահին:

Հենց ի սկզբանե կյանքն ընդհատելը և այն մարդու կյանքն ընդհատելը, որը չի կարող պայքարել դրա դեմ (տարիքի, անբուժելի հիվանդության, տանջալից տառապանքների, ապրելու ցանկության բացակայության պատճառներով), ըստ էության, մեկ ամբողջի երկու կողմերն են, այն, ինչը մենք անվանում ենք կյանքի դեմ ուղղված մտայնություն, ավելի պարզ՝ մահվան «պարտադրման փիլիսոփայություն»: Աբորտը կարելի է համարել դրա սկիզբը, էվթանազիան՝ տրամաբանական ավարտը, միայն թե աբորտի խնդիրը վերաբերում է ոմանց, իսկ ծերությունն ու հիվանդությունները վաղ թե ուշ վրա են հասնում բոլորին: Մահը՝ ցանկացած մարդու անխուսափելի ճակատագիրն է, սակայն մարդը մեռնում է ոչ թե մահից, այլ հիվանդություններից, ծերությունից, ինչ-որ մեկի չար կամքից կամ դժբախտ դեպքից: Մարդու կյանքի պրակտիկ փիլիսոփայության՝ կենսաբարոյագիտության նպատակը միշտ մնում է կյանքը, իսկ մահը հարկ է դիտել ենք որպես կյանքի արժանապատիվ ավարտ, եզրափակում:

2.3. Մահվան փիլիսոփայությունը. էությունն ու հակասությունները

Կենսաբարոյագիտությունը, պատկերավոր արտահայտությամբ, մի որոշակի առանցք է, որի շուրջ պտտվում են կյանքի, առողջության և մահվան վերաբերյալ

մարդկանց մտքերն ու զգացմունքները, և որոնց տեսանկյունից լուծվում են բազում հարցեր: Գիտատեխնիկական առաջընթացն այսօր հարստացրել է մարդկությանը կենսաբժշկական նոր գիտելիքներով ու տեխնոլոգիաներով՝ միաժամանակ հարուցելով ամենատարբեր սպառնալիքներ մարդու կյանքին և նրա արժանապատիվ մահվան իրավունքի իրագործմանը: Չի կարելի նաև չնկատել, որ ինտենսիվ բուժման, ռեանիմատոլոգիայի նորագույն տեխնոլոգիաների կիրառման շնորհիվ այսօր կյանքի և մահվան սահմանն աստիճանաբար դառնում է անորոշ, իսկ մահանալու գործընթացն արհեստականորեն երկարաձգվում է (վեգետատիվ վիճակ և այլն): Այդ պայմաններում մարդու կյանքի նկատմամբ երկյուղած հարգանքի բարոյական սկզբունքը փոխակերպվում է հիվանդի արժանապատիվ մահվան իրավունքի և բարոյական սկզբունքի:

Ժամանակակից կենսաբարոյագիտության մեջ մարդու արժանապատիվ մահվան իրավունքի գաղափարն ակտիվորեն քննարկվում է երկու ուղղություններով՝ որպես էվթանազիայի հիմնախնդիր և որպես հոսպիսների (պալիատիվ բժշկության) հիմնախնդիր: Վերջինիս ակունքները ձգվում են մինչև միջնադարյան մշակույթը, իսկ հասուն, կշռադատված տեսքով՝ մահվան և հոսպիսի փիլիսոփայությանը: Այն ածանցվում է ժամանակակից իրավապաշտպան շարժման գաղափարախոսությունից, մահանալու և մահվան վիճակում անձի ինքնավարությունը հարգելու բարոյական սկզբունքից: Այդ սկզբունքը ժամանակին խորապես մշակվել է հանճարեղ Ի. Կանտի կողմից:

Ժամանակակից բժշկական կենսատեխնոլոգիաներն ընձեռել են հնարավորություն կարգավորելու սեփական կյանքի սահմանները, սակայն ինքնին այդ տեխնոլոգիաներն ի վիճակի չեն լուծելու էվթանազիայի, աբորտի կամ մարդու կլոնավորման բարոյական հիմնախնդիրները: Խոսքն այստեղ ոչ թե պարզապես հիվանդի, բժշկի, գիտնականների բարոյական ընտրության, այլ ողջ մարդկության բարոյական ընտրության մասին է: XXI-րդ դարի սկզբին մարդկությունը հայտնվել է յուրօրինակ երկընտրանքի առաջ՝ էվթանազիան, աբորտը կամ մարդու կլոնավորումը բարի՞ք են, թե՞ չարիք:

Հայտնի է, որ «էվթանազիա» հասկացությունը առաջացել է հունարեն երկու բառից՝ eu – բարիք, բարօրություն, thanatos – մահ: Այդ եզրույթն առաջինն օգտագործել է անգլիական փիլիսոփայության դասական Ֆրենսիս Բեկոնը՝ «Արժանապատվության և գիտությունների բազմապատկման մասին» աշխատությունում (1623): «էվթանազիա» հասկացության տակ նա հասկանում էր, թեթև, ոչ ցավագին մահը¹⁵⁶:

Տարբերվում են էվթանազիայի երկու տեսակ. **ակտիվ, դրական, գործուն էվթանազիա**, որի դեպքում բժիշկն իրագործում է անհուսալի հիվանդի մահն արագացնող նպատակաուղղված գործողություններ և **պասիվ, բացասական կրավորական էվթանազիայի**, երբ բժիշկը դադարեցնում է այն գործողությունները, որոնց նպատակը հիվանդի կյանքը երկարացնելն էր, քանի որ դրանք արդեն անօգուտ, անիմաստ է համարում :¹⁵⁷

էվթանազիան դասակարգվում է նաև **կամավոր և ոչ կամավոր** տեսակների՝ կախված, թե որ կողմն է որոշում ընդունողը/ընտրություն կատարողը¹⁵⁸:

Սակայն միայն XIX դարում էվթանազիան դարձավ քննարկման առարկա, որպես հատուկ բժշկական գործողություն: Մինչև երկրորդ համաշխարհային պատերազմի սկիզբ էվթանազիայի գաղափարը լայն տարածում գտավ մի շարք եվրոպական երկրներում, որի իրականացման գործողությունները իրականացվեցին նացիստական Գերմանիայում: Նացիստական ծրագրերից մեկը, որը կոչվում էր «Ակցիա՝ մահ խղճահարությունից» և որում օգտագործվում էր «էվթանազիա» եզրը որպես ավելի բարեհնչուն բառ, սկզբում ուղղված էր մինչև 3 տարեկան անբուժելի հիվանդ երեխաների ոչնչացմանը: Այնուհետև այն կիրառվում էր նաև մինչև 17 տարեկան դեռահասների նկատմամբ, ընդ որում, մահվան դատավճիռը կայացնում էին առանց լուրջ ախտորոշման: Հետագայում այդ ծրագիրը տարածվեց նաև «հոգեպես

¹⁵⁶ **Бэкон Ф.**, О достоинстве и приумножении наук. Собрание сочинений. Т.1, М., “Мысль”, 1977, с. 267.

¹⁵⁷ **Նալչաջյան Ա.**, Մահվան հոգեբանություն կամ ինչպես է հոգին հեռանում մարմնից: Երևան, «Փյունիկ», 1992, էջ 24-24:

¹⁵⁸ **Dimmock M. et Fisher A.**, Ethics for A- Level , Chapter 7. “Euthanasia”, “OpenBook Published”. 2017. <https://books.openedition.org/obp/4427> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

թերարժեք» մեծահասակների վրա: Այդպիսով, էվթանազիայի գաղափարի քողի ներքո նացիստներն իրականում անցկացնում էին այսպես կոչված «ոչ լիարժեք տարրերից» արիական ուսայի «մաքրման» եվգենիկական ծրագիրը:¹⁵⁹

Էվթանազիայի հիմնահարցերը սկսեց լայնորեն քննարկվել 20-րդ դարի 50-ական թթ.: Դրան հատկապես նպաստեց ամերիկացի պաթոլոգանատոմ , Գևորգ (Ջեյ) Գևորգյանի գործունեությունը Միացիալ Նահանգներում՝ ուղղված էվթանազիայի օրինականացմանը: Նրան անվանեցին դոկտոր մահ: Նա ստեղծեց այսպես կոչված «մահվան մեքենա», որը պետք է օգներ մարդուն մեռնել առանց ցավերի, ինքնուրույն սեղմելով համապատասխան կոճակը¹⁶⁰:

Էվթանազիայի՝ որպես փիլիսոփայական հիմնախնդրի խորաքննին ուսումնասիրությունը սկսվել է XX-րդ դարի 60-70-ական թվականներին, երբ կենսաբարոյագիտությունը սկսեց կայանալ որպես ինքնուրույն գիտակարգ¹⁶¹:

Հռոմի Կաթոլիկ եկեղեցու կողմից 1980թ. մայիսի 5-ին ընդունված՝ «Դավանաբանության մասին հռչակագրում» ասված է, որ միանգամայն անհրաժեշտ է ողջ վճռականությամբ հայտարարել, որ ոչ ոք և ոչինչ չի կարող թույլատրել անմեղ մարդու սպանությունը, լինի այն սաղմ կամ պտուղ, երեխա կամ չափահաս, տարեց, անբուժելի կամ մահացու մարդ: Բացի այդ, ոչ ոք չի կարող պահանջել իրականացնել այդպիսի սպանություն թե՛ իր, թե՛ իր պատասխանատվության տակ գտնվող մեկ ուրիշի նկատմամբ, չի կարող նաև համաձայնել դրա հետ ոչ ուղղակի, ոչ էլ անուղղակի կերպով: Այսպիսով , դատապարտման ենթակա է կյանքի իրավունքի ցանկացած ոտնահարում¹⁶²:

¹⁵⁹ Ներսեսովա Լ. Ս., Խաչատրյան Զ. Ա., Մկրտչյան Ս. Ա., Կենսաէթիկայի ներածություն: Երևան, «Գիտություն», 2012, էջ 189:

¹⁶⁰ Ըստ Դավթյան Ս. Հ., Բիոէթիկա: Երևան, «Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան», 2009, էջ 113:

¹⁶¹ Տե՛ս “Декларация об эвтаназии” 5 мая 1980 г., Священная конгрегация доктрины веры. https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_en.html (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹⁶² Դավթյան Ս. Հ., Էվթանազիա: Բժշկություն, գիտություն և կրթություն, գիտատեղեկատվական հանդես, Երևան, «Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան», 2009, №3, էջ 51:

Դրանով եկեղեցին լիովին դատապարտում է էվթանազիան, ընդ որում, դատապարտում է մարդկային կյանքի հանդեպ ցանկացած ոտնձգություն՝ ինչպես արհեստական վիժումը, այնպես էլ էվթանազիան:

Հաշվի առնելով խնդրի կարևորությունը՝ հուդայականության, քրիստոնեության և իսլամի ներկայացուցիչները 2019թ հոկտեմբերի 28-ին Վատիկանում «կյանքի ավարտի մասին» համատեղ հռչակագիր են ստորագրել:

«Բժշկական օժանդակությամբ էվթանազիան և ինքնասպանությունը բարոյականության և կրոնի տեսանկյունից սխալ են և պետք է արգելվեն՝ առանց բացառության: Ոչ մի բժիշկ չպետք է ենթարկվի ճնշման՝ հիվանդի կամավոր և կանխամտածված մահվան մեջ ուղղակի կամ անուղղակի մասնակցություն ունենալու համար», - ասված է փաստաթղթում:

Հռչակագրում նշվում է նաև, որ բժիշկներն ու հասարակությունը պետք է հարգեն «մահամերձ հիվանդի՝ իր կյանքը երկարացնելու ու պահպանելու ցանկությունը, թեկուզ կարճ ժամանակով»՝ օգտագործելով բուժման համապատասխան մեթոդները: Այս առումով, փաստաթուղթը նշում է, որ «մարդկային կյանքի տևողությանն ու իմաստին վերաբերող հարցերը չպետք է մտնեն բժշկական անձնակազմի իրավասության մեջ», որոնք միայն պատասխանատվություն են կրում «հիվանդների լավագույն խնամքի և առավելագույն օգնության համար»¹⁶³:

Հետագայում 1987 թվականի հոկտեմբերին, Մադրիդում (Իսպանիա), 39-րդ Համաշխարհային բժշկական ասամբլեայի կողմից ընդունվեց էվթանազիայի մասին հռչակագիր, որում էվթանազիան սահմանվում է, որպես հիվանդին կյանքից զրկելու կանխամտածված գործողություն, նույնիսկ հիվանդի խնդրանքով կամ նրա հարազատների համանման խնդրանքի հիման վրա, էթիկական չէ: Դա չի բացառում

¹⁶³ Авраамические религии: нет эвтаназии и самоубийствам.
<https://www.vaticannews.va/ru/world/news/2019-10/avraamicheskie-religii-net-evtanazii-i-samoubijstvam.html>
(վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

բժշկի հարգալից վերաբերմունքի անհրաժեշտությունը հիվանդի ցանկությանը՝ չխոչընդոտել մահվան բնական ընթացքին հիվանդության վերջին փուլում¹⁶⁴:

Մահվան նկատմամբ մարդու վերաբերմունքի հիմնախնդիրն ուսումնասիրվել է փիլիսոփայության ողջ պատմության ընթացքում: Ինքնին էվթանազիայի երևույթը նոր չէ՝ չնայած եզրույթի հարաբերականորեն նոր ծագմանը: Դրա արմատները ձգվում են հին ժամանակներ: Այսպես, օրինակ, հեթանոսական շրջանի Դանիայում հին գերմանների շրջանում եթե տարեց մարդը կյանքը չէր ավարտում ինքնասպանությամբ, այլ մահանում էր ծերությունից, հուղարկավորության ժամանակ զրկվում էր համայնական պատիվներից: Սպարտայում տարածված էր թուլակազմ նորածիններին սպանելը՝ ծերակույտի որոշմամբ նրանց նետում էին բարձր ժայռից: Իսկ Ալեքսանդր Մակեդոնացու բանակում ընդունված էր վերջ տալ ծանր վիրավորների կյանքին: Էվթանազիայի ավանդույթը ծագել է Սպարտայի հիմնադիր Լիկուրգի օրոք, ով կարծում էր, որ թուլակազմ երեխաների կյանքը պահպանելը աննպատակահարմար և հոգսաշատ գործ է, քանի որ թուլակազմ տղաները երբեք չեն դառնա լավ ռազմիկներ, իսկ թույլ առողջություն ունեցող աղջիկները՝ չեն կարող ծնել առողջ ռազմիկներ¹⁶⁵:

Հին հունական փիլիսոփաները միակարծիք չէին էվթանազիայի նպատակահարմարության հարցում: Սոկրատեսը, Պլատոնը, ստոիկները, Սենեկան բարոյապես թույլատրելի էին համարում ծանր հիվանդներին կյանքից զրկելն՝ անգամ առանց նրանց համաձայնության: Պլատոնը համոզված էր, որ ինքնասպանությունը յուրաքանչյուրի, ով դարձել է բեռ շրջապատող մարդկանց համար, բարոյական պարտքն է՝ հասարակության և պետության հանդեպ: Իր «Պետություն» աշխատությունում Պլատոնը գրել է այն մասին, որ պետությունը պետք է հոգա միայն նրանց մասին, ովքեր ուժեղ են հոգով ու մարմնով¹⁶⁶: Իսկ ահա պլյաթագորականները,

¹⁶⁴ Ներսեսովա Լ. Ս., Խաչատրյան Զ. Ա., Մկրտչյան Ս. Ա., Կենսաէթիկայի ներածություն: Երևան, «Գիտություն», 2012, էջ 190:

¹⁶⁵ Տե՛ս Հարությունյան Մ. Ա., Դավթյան Ս. Ա., Կյանքի և առողջության պրակտիկ փիլիսոփայություն: Երևան, «Նաիրի», 2017, էջ 296:

¹⁶⁶ Տե՛ս Փլատոն., Сочинения в 3-х томах. Т. 3, ч. 1, М., 1971, էջ 257-259:

Հիպոկրատն ու Արիստոտելը դեմ էին ծանր հիվանդներին և ծերունիներին կյանքից զրկելուն: «Ես ոչ ոքի չեմ տա մահաբեր միջոց ու նման մտահալացումն իրագործելու ճանապարհ չեմ ցույց տա», - ասված է Հիպոկրատի երդման¹⁶⁷ մեջ:

Վերլուծելով քաղաքակրթության առաջընթացի առանձնահատկությունները՝ կարելի է նկատել, որ եթե Հին աշխարհը հերոսացնում էր ինքնասպանությունը, ապա քրիստոնեական միջնադարում այն համարվում էր ծանր մեղք, փոքրոգություն և անվերապահորեն դատապարտվում էր: Միջին դարերում՝ արևմտաեվրոպական փիլիսոփայությունն ամբողջովին տոգորված էր քրիստոնեական աշխարհայացքով, որտեղ վերիմաստավորվում է մահվան, մեղքերի համար պատիժ կրելու աստվածաշնչային ըմբռնումը, իսկ այնուհետև ուրվագծվում է փրկության ուղին: Ըստ քրիստոնեական ուսմունքի, ոչ ոք ոչ մի պարագայում իրավունք չունի ընդհատելու ո՛չ իր, ո՛չ էլ ուրիշի կյանքը, քանի որ այն տրված է Աստծո կամոք, երկրային կյանքի յուրաքանչյուր ակնթարթ ունի հոգևոր իմաստ և նշանակություն, ուստի մարդը պետք է ապրի իր կյանքը՝ անկախ ամեն ինչից:

Դեռևս Վերածննդի դարաշրջանում եվրոպական երկրներում ձևավորվել է մարդկային անհատականության՝ որպես անկրկնելի անձի մասին գաղափարը: Հենց եվրոպայում է սկսել ձևավորվել հումանիստական (մարդասիրական) էթիկան, որի գաղափարների ազդեցությամբ Նոր ժամանակներում պետությունների մեծ մասի օրենսդրության մեջ ներմուծվել է «կյանքի իրավունք» հասկացությունը: Հենց այդ շրջանում առաջին անգամ սկսել են խոսել էվթանազիա կիրառելու իրավունքի մասին: Հետագայում Ֆ. Նիցշեյի «կյանքի փիլիսոփայության» մեջ, ինչպես արդարացիորեն նկատում նաև Կ. Յասպերսը, կարելի է գտնել էվթանազիայի, ինքնասպանության մարդու իրավունքի արդարացմանը համահունչ մտքեր¹⁶⁸: Զարգացնելով «կյանքի փիլիսոփայության» գաղափարները՝ էկզիստենցիալիզմի հիմնադիրներ Մ. Հայդեգերը,

¹⁶⁷ **Гиппократ**, Классики Биологии и Медицины. М., “Гоц. изд-во биол. и м ед. лит-ры”, 1936, с. 87- 90. https://viewer.rusneb.ru/ru/000199_000009_005274224?page=44&rotate=0&theme=white (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹⁶⁸ **Ясперс К.**, Ницше и христианство. М., “Медиум”, 1994, с. 56. file:///C:/Users/user/Downloads/nitsche_i_hristianstvo.pdf (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

Կ. Յասպերսը, Ժ. Պ. Սարտրը, հենվելով ֆենոմենոլոգիայի մեթոդի վրա, զարգացրել են այն գաղափարն, ըստ որի մահվան վախը պայծառացնում է մարդու գիտակցությունը: Մ. Հայդեգերի կարծիքով, մահը որպես ներքին հնարավորություն, այնուամենայնիվ, կյանքի անբաժան տարրն է, որը ցույց է տալիս մարդու արտաքին կեցության ողջ ոչնչությունը: Այդ իսկ պատճառով մահվան հետ շփումը մարդու կողմից ապրվում է որպես ինչ-որ ստեղծագործական ազդակ, յուրօրինակ կատարսիս: Մյուս բոլոր կենդանի էակներից միայն մարդը գիտի իր գոյության վախճանի մասին: Եվ որ մարդու միակ և հիմնական խնդիրն ամփոփված է կանտյան հայտնի հարցի մեջ՝ ինչպե՞ս ապրել¹⁶⁹:

Դեռևս XX դարի 20-40-ական թվականներին Եվրոպայում էվթանազիան մեկնաբանվում էր որպես «կարեկցող սպանություն»: Տարբեր երկրներում ձևավորվել էին էվթանազիայի կողմնակիցների ընկերություններ: 1935 թ. Անգլիայում հիմնադրվել էր Կամավոր էվթանազիայի ընկերությունը (հիմնադիր՝ Կ. Միլարդ)¹⁷⁰: Ավելի ուշ, 1980 թ. այն վերանվանվել էր «Հանուն արժանապատիվ մահվան ընկերակցություն»: 1938 թ. ԱՄՆ-ում Չարլզ Փոթերի կողմից հիմնադրվեց էվթանազիայի օրինականացման համար ազգային համայնքը¹⁷¹:

Էվթանազիայի օրինականացմանն ուղղված բոլոր նախաձեռնությունները հիմնականում պայմանավորված էին ազատական արժեքների ու մարդու իրավունքների ակտիվ քարոզչությամբ:

Ժամանակակից կենսաբարոյագիտության մեջ ձևավորվել է էվթանազիայի գնահատման երկու մոտեցում՝ **ազատական և պահպանողական**:

Ազատական մոտեցումը թույլատրելի է համարում էվթանազիան որոշ դեպքերում՝ ելնելով բժշկական ցուցումներից՝ այդ գործողության նկատմամբ

¹⁶⁹ Տե՛ս *Хаїдеггер М.*, Бытие и время. Пер. с нем. Бибихина В.В., Харьков. “Фолио”, 2003, էջ 134:

¹⁷⁰ Voluntary Euthanasia Legalization Society, 1935.

<https://translate.google.com/website?sl=en&tl=hy&hl=hy&prev=search&u=http://www.jstor.org/stable/25346384?mag%3Dhistory-euthanasia-movement> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹⁷¹ National Society for the Legalization of Euthanasia Founded (1938). https://euthanasia.procon.org/historical-timeline/?fbclid=IwAR0QZUKFv0wykCFQREooLuv7zgZwNrjn_nAszhwADVUaM4OJGV1gFEMt7JI (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

իրավաբանական վերահսկողության պայմանով: Այդ շրջանակներում մշակվել են փաստարկներ, որոնցից երկուսը կարելի է գնահատել որպես բարոյագիտական-իրավաբանական մոտեցում: Ըստ էվթանազիայի կողմնակիցների փաստարկների, բնավ չի կարելի վերացական բարոյական դոգմաները վեր դասել մարդու իրական տառապանքներից, եթե դուք իրոք մարդասեր եք, ապա տառապյալի նկատմամբ սովորական խղճահարությունից կանցնեք անթույլատրելիի սահմանը և վերջ կտաք նրա տանջանքներին: Հենց այս մտածածին փաստարկի հիման վրա էվթանազիան մեկնաբանվել է որպես «գթասրտությունից դրդված սպանություն»: Այնուհետև՝ մարդն իրավունք ունի ինքն ընտրելու իր մահվան ժամանակը. նա իր կենսագրության միանձնյա տերն է, և ոչ ոք չպետք է պարտադրի նրան որոշում ընդունել՝ «շարունակել տառապալից կյանքը, թե՞ դրան վերջ դնել»:

Հաջորդ երկու փիլիսոփայական փաստարկները օգտապաշտական և գործնապաշտական (պրագմատիկ) բնույթի են: Դրանց կողմնակիցները պնդում են, թե բժշկական նորագույն տեխնոլոգիաներով կյանքն ամեն կերպ պահպանելն անխուսափելիորեն հանգեցնում է բնակչության ծերացմանը և անգործունակ հաշմանդամների թվի աճին: Ավելի ճիշտ կլինի հասարակության նյութական միջոցները, թանկարժեք ժամանակը և բարոյական ուժերը խելամտորեն ծախսել այն մարդկանց բուժման վրա, ովքեր կարող են վերադառնալ բնականոն, ակտիվ կյանքի և փոխհատուցել նրանց վրա ծախսված միջոցները: Վերջապես, շրջանառվում է նաև հեղոնիստական բնույթի այն փաստարկն, ըստ որի կյանքը մարդուն տրված է հաճույքի և վայելքների համար, երջանիկ լինելու և շրջապատողներին երջանկացնելու համար, ուստի անիմաստ է շարունակ կառչել կյանքից, եթե առջևում տառապանքներն են և ինչ-որ մեկի համար բեռ լինելու տխուր հեռանկարը: Լավագույն ելքը մահն է՝ որպես անիմաստ չարչարանքների ավարտ:

Պահպանողական մոտեցման տեսանկյունից էվթանազիայի վերաբերյալ գնահատականները վիճելի են: Ուշադրություն դարձնենք, առաջին հերթին, «անբուժելիություն» հասկացության հարաբերական բնույթին, երկրորդ՝ հնարավոր իրավաբանական սխալի կամ չարաշահման վտանգի, երրորդ՝ «ապրելու պարտք և

մեռնելու իրավունք» հասկացությունների վրա: Չարժե սահմանափակել մարդկային գոյության իմաստը օգուտի և հաճույքի հորիզոնով կամ «գթասրտությունից դրդված սպանություն» հասկացության երկիմաստությամբ: Կյանքն արհեստականորեն ընդհատելու բարոյական թույլատրելիության ազատական քարոզը՝ հասարակական և անհատական կյանքում նպաստում է ընկճախտային տրամադրությունների աճին:

Քննարկվող հիմնախնդիրների տեսանկյունից կարևոր է նաև իրավաբանական սխալի և բժշկի իրավունքի հնարավոր չարաշահման գործոնների դիտարկումը:

Էվթանազիայի կողմնակիցները համոզված են, որ դրա ներառումը բժշկական պրակտիկայում մարդու բարոյական և սոցիալական առողջության համար ցավոտ չի լինի, եթե այն իրավաբանորեն գրագետ կանոնակարգվի և ենթարկվի պետական խստագույն վերահսկողության: Առաջանում են այստեղ մի շարք մտահոգիչ հարցեր, որոնք ստիպում են կասկածի տակ դնել նման պնդման արդարացիությանը: Միշտ էլ իրավաբանական մակարդակում առկա է «սայթաքելու» վտանգ, քանի որ անգամ ամենակատարյալ օրենքի տառից զատ, առկա է մարդկային գործոնը: Որչա՞փ պրոֆեսիոնալ ու բարոյական կլինեն այն մարդիկ, որոնց կվստահեն կոնկրետ մարդու վերաբերյալ էվթանազիայի որոշում կայացնելը:

Բոլորովին էլ անհիմն չէ այն ենթադրությունը, որ օրինականացված էվթանազիան՝ ելնելով դրա քրեական անպատժելիությունից, կարող է վերածվել անցանկալի մարդկանց հետ իսկական հաշվեհարդարի: Կեղծ ախտորոշում կատարելու համար, որի արդյունքում կարող է կյանքից զրկվել «ոչ այն» հիվանդը, կարող են լինել տարբեր շահագրգռող խթաններ՝ կաշառում, հաշվեհարդարի սպառնալիք, բուժաշխատողի անձնական անբարյացակամություն և այլն: Քրեական նպատակներով կարող է օգտագործվել նաև կամավոր էվթանազիան, քանի որ «թեթև մահվան» համաձայնություն կարելի է կորզել անգիտակից վիճակում գտնվող կամ նույնիսկ գիտակից վիճակում գտնվող մարդուց՝ մերձավորներին վնասելու սպառնալիքով:

Էվթանազիան իրավաբանորեն հիմնավորելու փորձերը կարող են հանգեցնել բժշկության և ընդհանուր առմամբ հասարակության քրեականացմանը: Քննարկելով

Էվթանազիայի խնդրաշարը՝ հարկ է հարց տանլ. **ո՞րն է առաջնային՝ կյա՞նքը, թե՞ մահը, ո՞րի վրա պետք է շեշտը դնել և ի՞նչը պետք է պաշտպանեն առաջին հերթին:** Արդյոք մարդն ունի՞ կյանքից ինքնական հեռանալու իրավունք: Բարոյական տեսանկյունից թույլատրելի՞ է խոչընդոտել մարդու որոշումը՝ վերջ տալու անտանելի տառապանքներին՝ մահ ընդունելով:

Առողջապահության բնագավառում անցկացված բազմաթիվ սոցիոլոգիական հետազոտությունները հաստատում են, որ հիվանդ մարդը մեծամասամբ պահպանում է ապրելու ցանկությունը՝ նույնիսկ ամենատանջալից իրավիճակներում: Որքան դաժան են փորձությունները, այնքան մարդը համառորեն է կառչում կյանքից: Մյուս կողմից, գիտենք, որ լինում են կամավոր մահվան դեպքեր, որոնք արտառոց չեն: Ինքնասպանությունների քանակը բնավ ոչ միշտ է ուղղակիորեն կապված կյանքի որակի հետ: Բարեկեցության բարձր մակարդակ ունեցող եվրոպական երկրներում բավականին բարձր է ինքնասպանությունների տոկոսը, որի պատճառը դեպրեսիան է՝ մարդկային քաղաքակրթության հիմնական հիվանդությունը: Կյանքից հրաժարվելը հաճախ պատճառաբանվում է ոչ այնքան տառապանքներով, որքան դրանց դիմակայելու անընդունակությամբ, ապրելու ցանկության բացակայությամբ:

Կենսաբարոյագիտության բնագավառի առաջատար մասնագետները հատուկ ուշադրություն են դարձնում էվթանազիայի կիրարկման հետ կապված իրավիճակներին, երբ ընտրությունը կատարվում է ոչ այնքան մարդու բարօրության և տառապանքների, որքան կյանքի և ոչ կյանքի միջև:

Հայտնի փիլիսոփաներ Ա. Հուսեյնովը և Ռ. Ապրեսյանը իրենց «Էթիկա» գրքում վերլուծում են էվթանազիայի մասին «կողմ» և «դեմ» փաստարկները: Դրանք քննարկվում են կամավոր և ակտիվ, կամավոր և պասիվ, ակամա և ակտիվ, ակամա և պասիվ իրավիճակային համադրությունից ելնելով¹⁷²:

Հիշյալ հեղինակների կարծիքով էվթանազիան անտանելի ճնշում է մարդկային խղճի վրա: Այն դժվար է համարել բարի գործ: Այն երկրներում, որտեղ ժամանակակից բժկությունում գործնականում ունի էվթանազիայի օրինական կարգադրված ձևեր,

¹⁷² Гусейнов А. А., Апресян Р. Г., Этика. Учебник. М., “Гардарики”, 2000, с. 341.

որոշում ընդունում են կոլեգիալ ձևով, հատուկ էթիկական հանձնաժողովներում, որոնց կազմում ընդգրկված են բարձր որակավորում ունեցող բժիշկներ¹⁷³:

Ա. Հուսեյնովը ուշադրություն է դարձնում այն բանին, որ էվթանազիայի գործողության հետ կապված իրավիճակներում, ընտրությունը կատարվում է ոչ թե բարօրության և տառապանքների՝ որպես կյանքի տարբեր որակների միջև, այլ կյանքի և ոչ կյանքի միջև: Հարց է առաջանում. «...ազատելով մարդուն անտանելի տառապանքներից, արդյոք նրան չե՞նք դատապարտում ավելի սոսկալի ճակատագրի»:

Այնուհետև շարունակելով իր մտքերի ընթացքը Ա. Ա. Հուսեյնովը նշում է, որ սպանության վերաբերյալ էթիկական փաստարկումը, ինչպիսի արտառոց դեպքերի էլ վերաբերի, հակասական է և վտանգավոր է գործնական առումով, քանզի այնպիսի խոր ճեղք է բացում մարդասիրության սկզբունքի մեջ, որն ինչ-որ իմաստով հավասարազոր է այդ սկզբունքի ժխտմանը¹⁷⁴: Այս պնդումը տարածվում է նաև այն դեպքերի վրա, երբ հիվանդին արհեստականորեն կյանքից զրկելը տեղի է ունենում նրա համաձայնությամբ¹⁷⁵:

Այն փաստարկը, որ հիվանդի բարի կամքը կարող է բավարար լինել էվթանազիայի համար, խոր և լուրջ կասկածների տեղիք է տալիս: Կարո՞ղ ենք արդյոք պնդել, որ ցավից գիտակցությունը մթազնած հիվանդի շուրթերից պոկված մահվան աղերսանքը համահունչ է հիվանդի համոզմունքներին, և նրա աշխարհայացքին: Էվթանազիայի գործողությունը արդյոք փախուստ չե՞ ցավից ու հոգեվարքից: Արդյո՞ք ճիշտ է, որ բժիշկների կամ օրենսդիրների կողմից յուրացվի. «ո՞վ պետք է ապրի և ո՞վ մահանա» որոշելու իրավունքը¹⁷⁶: Դա հիշեցնում է «չկա մարդը, չկա պրոբլեմը» ստալինյան ժամանակների անմարդկային սկզբունքը: Մյուս կողմից, կյանքից

¹⁷³ Նույնը, էջ 345:

¹⁷⁴ Տե՛ս **Հարությունյան Մ. Ա., Դավթյան Ս. Ա.**, Կյանքի և առողջության պրակտիկ փիլիսոփայություն: Երևան, «Նաիրի», 2017, էջ 307-308; տե՛ս նաև **Гусейнов А. А.**, О прикладной этике вообще и эвтаназии в частности. “Философские науки”, 1990, № 6, էջ 84:

¹⁷⁵ Նույն տեղում, էջ 307-308:

¹⁷⁶ **Сгребча Э., Тамбоне В.**, Биоэтика. М., 2002, с. 356. <https://predanie.ru/book/216497-bioetika/> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

կամավոր հեռանալը բարոյապես արդարացնելն, ինչպիսի սարսափելի հանգամանքներով էլ այն պայմանավորված լինի, լրջագույն սոցիալական սպառնալիք է: Նման մտայնությունը կարող է վերածվել ինքնասպանության ջատագովության:

Էվթանազիայի փիլիսոփայական խնդրակարգը քննելիս հրատապ է դառնում այն հարցը, թե մինչև ո՞ր պահը կարելի է շարունակել հիվանդի կյանքի համար պայքարը: Մի՞շտ է, արդյոք, դա բարոյապես արդարացված: Անվանի բժիշկ, պրոֆեսոր Ս. Յա. Դոլեցկին նշում է՝ «Պայքարը հիվանդի կյանքի համար արդարացվում է մինչև այն պահը, երբ փրկության հույս կա: Եթե այն կորսված է, ծագում է գթասիրության խնդիր, որն էլ դրսևորվում է էվթանազիայի մեջ»: Այնուհետև ասվածին հավելում է՝ «Էվթանազիան արդարացված է անբուժելի հիվանդների, անդամալույծ մարդկանց նկատմամբ, որոնք ապրում են միայն կենսաապահովման սարքավորման օգնությամբ¹⁷⁷: Նույնը վերաբերում է ատրոֆիայի ենթարկված ուղեղ և սիրտ-անոթային համակարգի անբուժելի խնդիրներ ունեցող նորածիններին: Հռչակավոր պաթոֆիզիոլոգ և ռեանիմատոլոգ Վ. Նեգովսկու կարծիքով, համարյա երբեք չի կարելի արձանագրել հիվանդների բացարձակ անհուսալի վիճակ: Հայտնի են անհուսալի թվացող հիվանդների ապաքինման բազմաթիվ «հրաշք» հիշեցնող դեպքեր¹⁷⁸:

Թեև բժշկությունն ի վիճակի է արձանագրելու հիվանդության ելքը՝ հավանականության այս կամ այն աստիճանով, բժշկին իրավունք չի տրված դադարեցնելու պայքարը հանուն կյանքի միայն այն պատճառով, որ «հիվանդն անհուսալի է»¹⁷⁹: Վերլուծվել է, որ չպետք է դադարեցնել բուժման մեթոդները, որոնք թեթևացնում են մեռնողի տանջանքները՝ ցավազրկելը, կերակրելը, հիդրատացնելը, հիգիենիկ գործողություններ կատարելը, արտաքին վերքերը, մաշկի վարակված հատվածները մշակելը և այլն: Միաժամանակ, համոզված ենք, որ հիվանդի կյանքի փրկելը չպետք է վերածվի հոգեվարքը արհեստականորեն երկարաձգելուն կամ ցավի

¹⁷⁷ Ըստ **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկայի ներածություն: Մենագրություն, հեղ. հրատ., Երևան, 2012, էջ 203:

¹⁷⁸ Տե՛ս **Неговский В. А.**, От смерти к жизни. М., “Знание”, 1964, էջ 25-39:

¹⁷⁹ **Юдин Б. Г.**, Жить или не жить? “Человек”, 1990, №2, с. 44.

ու տառապանքի դեմ պայքարը չպետք է փոխակերպվի «գթասրտությունից դրդված սպանության»: Այլապես, բժշկությունը, ամոքումը կամ մխիթարանքը կարող են վերածվել չարագործության: Բժիշկները, կենսաբարոյագետները, ինչպես նաև հոգևորականները արդարացիորեն գտնում են, որ ուղեղի գործունեության, բնազդների, շնչառության և սրտի նորմալ աշխատանքի բացակայության պայմաններում «բուսական» (վեգետատիվ) կյանքը արհեստականորեն պահպանելը ոչ այնքան կյանքը երկարաձգելու քայլ է, որքան վիրավորանք մեռնողի ու նրա հարազատների զգացմունքների նկատմամբ: Բացի այդ, հարցն ունի իր մեկ այլ կողմը՝ խիստ դժվար է հստակորեն գծել կյանքը պահպանելու և հոգեվարքը երկարաձգելու, փորձություններին դիմակայել չցանկանալու, հանգիստ ու արժանապատվորեն մահանալու ցանկության միջև սահմանը: Դա տևեց այնքան ժամանակ մինչև ֆրանսիացի գիտնականները սահմանեցին այդ խնդրի լուծումը, այն է « ուղեղի մահը» որի դեպքում ուղեղի բոլոր ֆունկցիաները մարում են¹⁸⁰: Դա հնարավոր է միայն այնպիսի հատկանիշներ միավորելու միջոցով, ինչպիսիք են բժշկի բարձր արհեստավարժությունը, մեծ կենսափորձը, նրբազգաց վերաբերմունքը հիվանդի ծանր վիճակի նկատմամբ: Եվ ինչպես իրավացիորեն նշել էՎ. Նեգովսկին «Մարդկային մտքի ուժի շնորհիվ չհիմնավորված մահը կհաղթահարվի»¹⁸¹:

Միայն առաջին հայացքից է էվթանազիա կիրառելը թվում զուտ բժշկական խնդիր: Իրականում այդ խնդրի բոլոր եզրերը ուղղակիորեն դուրս են բերում դրա հասարակական, արժեքանական և փիլիսոփայական իմաստավորման մակարդակ: Այս թեման չի կարող լինել միայն բժշկության առանձնաշնորհը, այն պետք է բաց լինի տարբեր ոլորտների մասնագետների՝ իրավաբանների, սոցիոլոգների, հոգեբանների և առաջին հերթին կենսաբարոյագետների ու փիլիսոփաների համար, քանի որ կապված է իրական կյանքի բարոյահոգեբանական, արժեքանական և իրավաբանական կողմերի հետ, որոնց հետ վաղ թե ուշ կարող է առնչվել յուրաքանչյուրը: Մահվան

¹⁸⁰ Այդ մասին ավելի հանգամանորեն տե՛ս, На грани жизни и смерти: Краткий очерк современной биоэтики в США., М., “Знание”. Сер. “Этика”, 1989, էջ 34:

¹⁸¹ Տե՛ս **Неговский В. А.**, От смерти к жизни. М., “Знание”, 1964, էջ 40:

խնդրակարգը քննարկելիս հարկավոր է առանձնահատուկ ուշադրություն դարձնել ոչ միայն ինքնին էվթանազիայի փաստին, այլև դրա անուղղակի հետևանքներին: Ոչ մի դեպքում չի կարելի թույլ տալ, որպեսզի մարդասիրության վերաբերյալ մեր պատկերացումները զարգանան «թեթև մահը»՝ իրավաբանորեն օրինականացնելու և բարոյապես արդարացնելու ճանապարհով:

Չի կարելի թեթև ու անցավ մահվան գաղափարն ամբողջովին նույնացնել էվթանազիայի հետ: Քրիստոնեական աշխարհագրագրության տեսանկյունից ճշմարիտ գթասրտությունը ոչ թե կանքից զրկելու միջոցով հիվանդի տառապանքները նվազեցնելն է, այլ տառապալին մինչ ի մահ ուղեկցելը, այսինքն՝ նրա ցավը կիսելը, մեռնողին սատարելը և նրա վիճակը թեթևացնելու համար հնարավոր ամեն ինչ անելը: Դա բնավ հեշտ գործ չէ: Պահանջվում են ոչ միայն ֆիզիկական և բարոյական ուժեր, այլև չափազանց մեծ կենսական ջանքեր: Ավելի դյուրին է սոսկալ հիվանդի վիճակից, խղճալ նրան, քան գտնվել նրա կողքին և գործով ապացուցել գթասրտությունը՝ ուղղել հիվանդի անկողինը, կերակրել, գիշերը չքնել, պարզապես զրուցել նրա հետ:

«Հիվանդի կյանքը մինչ ի մահ ուղեկցելու» քրիստոնեական ավանդույթի վերակենդանացումը կարող է դառնալ ժամանակակից հայ հասարակության բարոյական առողջացման կարևորագույն կռվաններից մեկը:

Ժամանակակից հասարակության մեջ մարդու արժանապատիվ մահվան իրավունքը քննարկվում է երկու ուղղությամբ. որպես **էվթանազիայի հիմնախնդիր** և որպես **հոսպիսների՝ մահացողներին պալիատիվ սոցիալ-բժշկական օգնություն ցույց տալու հիմնախնդիր**: Պալիատիվ բժշկության գաղափարախոսության ակունքները հայտնաբերում ենք միջնադարյան մշակույթի, քրիստոնեական աշխարհայեցողության և գաղափարախոսության մեջ: Դրանց ներկայումս գումարվել է ժամանակակից իրավապաշտպան գաղափարախոսությունը, որը հաստատել է անձի ինքնավարության նկատմամբ հարգանքի բարոյագիտական սկզբունքը (ժամանակին մշակվել է Ի. Կանտի կողմից): Հոսպիսի գաղափարի գործնականացման փիլիսոփայությունը ձևակերպել և հաստատել է նոր բարոյագիտական մոտեցումներ մահացող հիվանդներին օգնության ցույց տալու նկատմամբ: Դրա էությունն այսօր

խտացվել է «արժանապատիվ մահվան իրավունքի» կենսաբարոյագիտական սկզբունքի մեջ: Ներկայումս շատ են խոսում ոչ միայն կյանքի իրավունքի, այլև մարդու արժանապատիվ մահվան իրավունքի մասին:

XX դարում բժշկության շրջանակներում ձևավորվել է հատուկ ուղղություն՝ պալիատիվ բժշկությունը: «Պալիատիվ» եզրույթը ծագել է լատիներեն *pallium* (դիմակ, ծածկոց, թիկնոց) բառից: Այսինքն՝ այն ենթադրում է, որ բժիշկը պետք է կարողանա հոգատարությամբ խնամել հիվանդին, նրան առնել իր հովանու տակ: Պալիատիվ բժշկությունը գործնականորեն հաստատում է մարդկային կյանքի արժեքավորությունը՝ մինչև կյանքի վերջին պահը¹⁸²:

Պալիատիվ բժշկության գլխավոր նպատակը հիվանդների ցավը մեղմելու ձգտումն է, ոչ միայն բժշկական, այլև բարոյական օգնություն ցուցաբերելն է հիվանդներին և նրանց խնամող հարազատներին: Պալիատիվ բժշկության մեջ մշակվել է հատուկ վերաբերմունք մահվան՝ որպես մարդու կյանքի վերջին հանգրվանի նկատմամբ, որը պետք է ապրել արժանապատվորեն: Անտարակույս, պալիատիվ օգնությունն ավանդական բժշկության հումանիզացման արդյունք է՝ այնտեղ, որտեղ հիվանդի տառապանքներն ավարտվում են միայն վախճանով: Այստեղ գլխավոր մարդասիրական գաղափարը կյանքն ուղեկցելն է մինչև մահ, մարդուն հնարավորություն տալը արժանապատվորեն հեռանալու կյանքից, իսկ հարազատներին՝ կատարելու իրենց մարդկային վերջին պարտքը մեռնողի հանդեպ: Հումանիզմը մահացողի նկատմամբ անհրաժեշտություն է: Եվ առաջին հերթի նրանց համար, ովքեր ստանձնում են հիվանդին օգնելու այդ վեհ, բայց աներևակայելի դժվար գործը¹⁸³:

«Լավ (արժանապատիվ) մահը» ոչ միայն պալիատիվ բժշկության, այլև մահվան փիլիսոփայության մարդասիրական գաղափարն է: Հնարավորին չափ ապահովելով

¹⁸² **Киселев В. А.**, Биоэтический словарь. Учебное пособие, 2-е изд. исп. и доп. Екатеринбург, “УГМА”, 2006, с. 75.

<http://dialektika-eniologiy.narod.ru/dictionary.0606.htm> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹⁸³ **Гнездилов А. В.**, Путь на голгофу. “Клинт”, 1995, Санкт-Петербург, с. 6.

https://www.phantastike.com/psychotherapy/road_calvary/html/?page=6 (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

մեռնողի կյանքի բարձր որակը (ցավը մեղմելը, հոգեկան-հուզական վիճակը բարելավելը, առավելագույն հարմարավետություն ապահովելը, մերձավորների հետ շփվելու հնարավորությունը և այլն)՝ պալիատիվ բժշկությունը գործնականորեն հաստատում է մարդու կյանքի արժեքավորությունը՝ մինչև կյանքի վերջին պահը: Մահվան փիլիսոփայության տեսանկյունից պալիատիվ բժշկությունը մարմնավորում է թեթև մահվան գաղափարը, սակայն ոչ թե էվթանազիայի, այլ տառապանքներին ու ցավին դիմակայելու մեռնողի ջանքերին ամեն կերպ սատարելու իմաստով¹⁸⁴:

Պալիատիվ բժշկության սկզբունքներն առավել լիարժեք իրացվել են հոսպիսներ հիմնելիս: Հոսպիսը պալիատիվ խնամքի տեսակ է ցանկացած հիվանդության (քաղցկեղ, ՄԻԱՎ, ՁԻԱՀ և այլն) որոշակի փուլում գտնվող հիվանդի համար, երբ բուժումը այլևս իմաստ չունի: Բայց հիվանդը բժշկական օգնության և հոգեբանական աջակցության մեծ կարիք ունի¹⁸⁵: Եզրույթը ձևավորվել է անգլերեն hospice-ից (տարեցների տուն, աստվածային օթևան, ապաստան): Տարեցների տուն հիմնելու ավանդույթը, որտեղ մեռնող մարդիկ կարող էին օթևանել, գոյություն ուներ միջնադարյան Եվրոպայում: Նման տները գործում էին վանքերին կից: Մեռնողներին բժշկական և հոգեբանական օգնություն ցուցաբերելու համար առաջին ապաստանատունը կազմակերպվել է Լոնդոնում՝ դեռևս 1969 թ.: Այն կոչվել է քրիստոնեական սրբի՝ Քրիստափորի անունով, որի անունը բառացիորեն թարգմանվում է որպես «Քրիստոսակիր»: Դա նշանակում էր, որ այդ հաստատությունները կոչված էին ամենօրյա կյանքում իրացնելու քրիստոնեական գթասիրության պատգամները: 1969 թ. բացված սբ. Քրիստափորի անվան հոսպիսը

¹⁸⁴ **Davtyan S. A., Davtyan S. H.**, The new model of value attitude towards life. Hospices and relaxing medicine. “Биоэтика Федеральный научно-практический журнал”, Russian Federation, Volgograd, 2021, p. 23. <https://bioethicsjournal.ru/2070-1586/article/view/88896/pdf> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹⁸⁵ **Лях К. Ф.**, Хоспис: социальный институт постиндустриального общества. “Вестник МГТУ”, том 9, №4, 2006, с. 567. <https://cyberleninka.ru/article/n/hospis-sotsialnyy-institut-postindustrialnogo-obschestva/viewer> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

միաժամանակ առաջին կրթահետազոտական և բարեգործական հաստատությունն էր¹⁸⁶:

Հոսպիսն իր էությամբ չի նշանակում միայն հիվանդանոց: Հոսպիսի հիմքում ընկած է հակահոսպիտալիզմի գաղափարը. հիվանդ մարդը գտնվելով հոսպիսում, չպետք է իրեն զգա աշխարհից մեկուսացած, հասարակական իրականությունից կտրված: Պալիատիվ բժշկության մեջ կենսաբարոյագիտական և փիլիսոփայական հիմքերը ոչ պակաս կարևոր են, քան բժշկականը: Դրա հիմնական գաղափարն այն է, որ պետք է մարդուն օգնել հեռանալու կյանքից արժանապատվորեն: Ի դեպ, «արժանապատիվ մահվան մարդու իրավունքը» առաջադրվել և հիմնավորվել է բրիտանական փիլիսոփայության դասականներ Ֆրենսիս Բեկոնի և Ջոն Լոկի աշխատություններում¹⁸⁷: Նրանք առաջադրել են «կյանքը մինչ ի մահ ուղեկցելու» սկզբունքը: Հոսպիսային շարժումն ներկայումս լուծում է ոչ միայն բժշկական և սոցիալ-վերականգնողական խնդիրներ, այլև բարոյական և հոգևոր լուրջ ներգործություն է ունենում հասարակական կյանքի վրա: Մահվան փիլիսոփայության կարևորագույն եզրերից է մարդասիրության գաղափարը. «Մեռնող հիվանդների նկատմամբ ցուցաբերվող գթասրտությունը արտացոլվում է հասարակության տարբեր ոլորտներում մարդասիրության աճով»¹⁸⁸:

Սանկտ-Պետերբուրգում առաջին հոսպիլը բացվել է 1990 թ.¹⁸⁹: Դրա նախաձեռնողներն էին անգլիացի լրագրող Վ. Զորզան և բժիշկ-հոգեթերապևտ Ա. Վ. Գնեզդիլովը, վերջինս դարձել է այդ հոսպիսի գլխավոր բժիշկը: Այս նախաձեռնությանն ակտիվորեն աջակցել են մեծ հումանիստներ ակադեմիկոս Դ. Ս. Լիխաչևը և հայտնի գրող Դ. Ա. Գրանինը:

¹⁸⁶ **Բախշինյան Մ. Կ.**, Հոսպիսը՝ ոչ թե մահվան տուն, այլ՝ կյանքի արժանավայել ավարտ: Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես: Երևան, 2004, N 3, էջ 43:

¹⁸⁷ **Հարությունյան Մ. Ա., Դավթյան Ս. Ա.**, Կյանքի և առողջության պրակտիկ փիլիսոփայություն: Երևան, «Նաիրի», 2017, էջ 318-319:

¹⁸⁸ **Куселев В. А.**, Биоэтический словарь. Учебное пособие, 2-е изд. исп. и доп. Екатеринбург, “УГМА”, 2006, с. 119. <http://dialektika-eniologiy.narod.ru/dictionary.0606.htm> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹⁸⁹ Տե՛ս **Гнездилов А. В., Иванюшкин А. Я., Миллионщикова В. В.**, Дом для жизни. “Человек”, 1994, №5, էջ 116 :

Հոսպիսների գործունեությունը լի է բազմաթիվ դժվարություններով, որոնք բնորոշ են ամբողջ հետխորհրդային առողջապահությանը: Գլխավորներից մեկը կադրերի արտահոսքն է, խիստ անբավարար ֆինանսավորումը և այլն: Ու թեև այդ ոլորտում շատ են մարդիկ, որոնք աշխատում են ավելի շատ հոգու թելադրանքով, այլ ոչ թե հանուն աշխատավարձի, այնուամենայնիվ այդպես էլ չի հաջողվել լուծել կադրերի պակասի հարցը: Թեև պետական բյուջեի հատկացումներին ավելանում են բարեգործական հիմնադրամների նվիրատվությունները, սակայն, բացի կադրերի պակասից, ոչ բավարար չափով ֆինանսավորումը ստեղծել է բազմաթիվ նոր խնդիրներ: Պալիատիվ օգնության այս կամ այն ձևի ընտրությունը մեծապես կախված է հանրապետության, քաղաքի կամ մարզի հնարավորություններից: Հիվանդանոցներին կից պալիատիվ օգնության բաժանմունք ստեղծելը այնքան ծախսատար գործ չէ, որքան ինքնուրույն հոսպիս ստեղծելը: Ամոքիչ բժշկության հեռանկարային այս ճյուղի հետագա զարգացումն ուղղակիորեն կախված է տնտեսական բնույթի մի շարք խնդիրների լուծումից: Այն պահանջում է մեծ ծախսեր բժշկական անձակազմի համար: Չնայած դրան, հնարավոր է նաև բարեգործական օգնությունը, ինչը ընդունված է բազմաթիվ երկրներում¹⁹⁰: Տեղին է նշել, որ 2019թ. գարնանը Ռուսաստանի Դաշնության Պետական Դոման ընդունել է հատուկ օրենք պալիատիվ բժշկության օգնության մասին¹⁹¹: Ընդլայնվել է «պալիատիվ բժշկության օգնություն» հասկացության ծավալը, ինչպես նաև ամրագրվել է հիվանդի՝ ցավերը թեթևացնելու (այդ թվում թմրադեղերով) իրավունքը: Օրենքն, անշուշտ, ուղղված է գոյություն ունեցող առողջապահական համակարգի կատարելագործմանը: Ռուսաստանում անբուժելի հիվանդները ստանում են որակյալ բժշկական օգնություն, ցավազրկման անհրաժեշտ միջոցներ, ինչպես նաև սոցիալական և հոգեբանական

¹⁹⁰ Նոյնը, 121 էջ:

¹⁹¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н"Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья".
<http://ivo.garant.ru/#/document/72280964/paragraph/1/doclist/127/showentries/0/highlight/%D0%A4%D0%97%20N%20%20345%D0%BD|372%D0%BD:1> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

աջակցություն, իսկ որ գլխավորն է՝ հիվանդներն իրենց կյանքի ծանր կենսական շրջանում կարող են գտնվել իրենց տանը՝ հարազատների կողքին:

ՀՀ-ում Պալիատիվ բժշկության նորմատիվ կարգավորման հիմքում ընկած է առողջապահության նախարարի հրամանը¹⁹²: Պալիատիվ բժշկությունը ներառում է ոչ միայն բժշկական միջամտություն, այլև հոգեբանական աջակցություն, ինչպես նաև հիվանդին անհրաժեշտ խնամքի տրամադրում:

Արևմուտքում պալիատիվ օգնությունը ցուցաբերելը հաճախ իրականացվում է հենց հիվանդի տանը: Դրա հնարավորությունը պայմանավորված է բնակչության բարձր կենսամակարդակով՝ կենցաղային լավ պայմաններ, դայակ վարձելու հնարավորություն և այլն: Հայաստանում և հետխորհրդային երկրներում իրավիճակը միանգամայն այլ է: Հիվանդների երկու երրորդը մահանում է ոչ թե տանը, այլ հիվանդանոցում: Դա վկայում է բնակչության ցածր սոցիալական կենսամակարդակի մասին: Անմխիթար կենցաղային պայմանները, ազգականների հետ բարդ հարաբերությունները նման դժբախտներին ստիպում են իրենց վերջին ապաստանը գտնել հիվանդանոցներում և հոսպիսներում:

Ժամանակակից Հայաստանում պալիատիվ օգնության կազմակերպմանն առնչվող խնդիրները առանց պետական և ոչ բյուջետային ֆինանսական միջոցների ներգրավման չեն կարող լուծվել: Միայն այդպես կարելի է բարձրացնել բուժօգնության որակը և սոցիալական աջակցություն ցույց տալ մահացողներին: Հիվանդների այդ խմբին ցուցաբերվելիք նյութական ու սոցիալական աջակցության համար հիմք կարող են ծառայել առևտրային և հասարակական կառույցների, հիմնադրամների և այլ կազմակերպությունների հովանավորչական միջոցները: Մեզանում այդ ոլորտը տակավին զարգացման փուլում է¹⁹³:

¹⁹² ՀՀ Առողջապահության նախարարի հրամանը Պալիատիվ բժշկական օգնության եվ սպասարկման տրամադրման չափորոշիչը հաստատելու մասին, 18 հոկտեմբերի 2017թ., N 45-Ն: <https://www.arlis.am/documentView.aspx?docID=132500> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹⁹³ Տե՛ս **Կարապետյան Հ., Վ.Տեր-Մինասյան, Խ. Գասապարյան**, Պալիատիվ խնամք, Բժշկահոգեբանական մեթոդական ուղեցույց, 2011, 106 էջ :

Հայաստանի բժշկական կրթական հաստատություններում մշակվել և ներդրվել են կրթա-ուսուցողական ծրագրեր՝ նվիրված պալիատիվ բժշկությանը:

Հոսպիսային շարժումը մշակել է մի շարք սկզբունքներ, որոնց իմաստը անհուսալի հիվանդ մարդկանց համար արժանապատվորեն մեռնելու պայմաններ ստեղծելն է: «Մեռնելու համար պետք չէ վճարել», «Հոսպիսը կյանքի տունն է, ոչ թե մահվան»¹⁹⁴, «Հոսպիսը էվթանազիայի այլ ընտրանքն է»¹⁹⁵, «Հոսպիսը պատեր չեն այլ կարեկցող, սիրող և հոգատար մարդիկ»¹⁹⁶:

Հիվանդի իրավունքների նվազագույն ստանդարտում միջազգային մակարդակով այդ իրավունքը ամրագրվել է դեռ 1981 թ. (Համաշխարհային բժշկական ասոցիացիայի՝ Հիվանդի իրավունքների մասին Լիսաբոնի հռչակագիր): Այդ փաստաթղթի «ե» կետում ասված է. «Հիվանդը իրավունք ունի մահանալու արժանապատվորեն»¹⁹⁷:

Հայաստանում ամոքիչ օգնությունը համեմատաբար նոր երևույթ է: 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 միացել է Ամոքիչ օգնության Եվրոպական ասոցիացիային: ՀՊՕԱ-ն անդամակցում 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

¹⁹⁴ **Волкова Т. И.**, Хоспис и эвтаназия: социологический аспект. Южно-уральский государственный медицинский университет. <https://www.chelsma.ru/nodes/6224/>

¹⁹⁵ Տե՛ս **Козина Г. Ю., Борисов Н.**, Биоэтические проблемы общественного здравоохранения. “XIII социологические чтения преподавателей, аспирантов и студентов”. Всероссийская научная конференция. Межвузовский сборник научных трудов. Часть 1. Пенза, 2011, էջ 71:

¹⁹⁶ **Киселев В. А.**, Биоэтический словарь. Учебное пособие, 2-е изд. исп. и доп., Екатеринбург, “УГМА”, 2006, с. 119. <http://dialektika-eniologiy.narod.ru/dictionary.0606.htm> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

¹⁹⁷ Բժշկական բարոյագիտության, բժշկական կրթության և բժշկագիտության արդի տեսակետներ. Միջազգային փաստաթղթերի և հոդվածների ժողովածու: Երևան, 2006, էջ 11:

պատասխանատու հիմնական գործընկերը¹⁹⁸: ՀՀ-ում առաջին պալիատիվ ամոքիչ օգնություն ծառայությունը բացվել է 2013թ մարտի 18-ին ՀՀ առողջապահության նախարարության ուռուցքաբանության ազգային կենտրոնում: Արդեն 2017թ ՀՀ առողջապահության նախարարի հոկտեմբերի 18-ի №45Ն որոշմամբ հաստատվել է «Պալիատիվ բժշկության սպասարկման տրամադրման չափորոշիչներ»¹⁹⁹:

2018-22թթ պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկման գծով լիցենզավորվել է 30 բժշկական կազմակերպություն: Իրականացվել են բժիշկների և բուժքույրերի վերապատրաստման դասընթացներ²⁰⁰: Կյանքի և մահվան դարավոր խնդրում հոսպիսների նշանակությունը մեծ է և հնարավոր է , որ ՀՀ-ում այն ևս կընդունվի հասարակությանլայն շերտեր կողմից:

Պալիատիվ օգնություն կարող է ցուցաբերվել հիվանդներին՝ ինչպես ստացիոնար, այնպես էլ ամբուլատոր պայմաններում, բուժաշխատողները նման օգնություն ցուցաբերելու վերաբերյալ դասընթացներ են ավարտում»:

Հնուց ի վեր մահվանը քաղաքակիրթ մարդկությունը վերաբերել է որպես մարդկային անհատի կյանքի կարևորագույն խնդրի: Մահվան փաստը միշտ հատուկ տեղ է զբաղեցրել ազգային մշակույթի և փիլիսոփայության մեջ: Մահվան մասին մտահոգությունը միշտ եղել է նաև հայերի հոգեկերտվածքն ամրապնդող արժեքադրերից մեկը: Մահվան և դրա անխուսափելիության մասին խորհրդածություններն անբաժանելի են կենսիմաստի վերաբերյալ հայկական փիլիսոփայական դիսկուրսից:

Ժամանակակից հասարակությունում փոխվել է վերաբերմունքը մահվան նկատմամբ: Թվում է, թե ժամանակակից մշակույթը փորձում է մահը թաքցնել մարդուց, տարընտելացնելով դրա մասին մտածելուց:

¹⁹⁸ **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկայի ներածություն: Մենագրություն, հեղ. հրատ., Երևան, 2012 , էջ 228:

¹⁹⁹ ՀՀ Առողջապահության նախարարի հրամանը Պալիատիվ բժշկական օգնության եվ սպասարկման տրամադրման չափորոշիչը հաստատելու մասին, 18 հոկտեմբերի 2017թ., N 45-Ն: <https://www.arlis.am/documentView.aspx?docID=132500> (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

²⁰⁰ Պալիատիվ օգնության համաշխարհային օր :

https://ysmu.am/hy/content/hoktemberi_8y_paliativ_ognutyany_hamashkharhayin_or/#sthash.Z4U97879.dpbs (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

XIX-XX-դդ. մեծացել է մահվան նկատմամբ փիլիսոփայության հետաքրքրությունը: Իսկ արդեն XXI-րդ դարում կենսաբարոյագիտությունը դեմքով շրջվել է դեպի մահվան հիմնախնդիրը, որը նախկինում արգելափակված էր խորը ուսումնասիրությունների համար: Ներկայումս մահը մարդկային կեցության ինչ-որ խորթ և արտաքին երևույթ չէ, այլ բուն կյանքի բաղկացուցիչ մասը: Մահը նշանակում է կյանքի ավարտ, բնական կամ բռնի վախճան ²⁰¹ : Արևմուտքում ակտիվորեն մեկնաբանվում են կյանքի փիլիսոփայության էկզիստենցիալ հիմքերը՝ ազատությունն ու պատասխանատվությունը: Իսկ դա սկզբունքորեն կարևոր է այնպիսի հրատապ հիմնախնդրի քննարկման համար, ինչպիսին է էվթանազիան: Մեր կարծիքով, էվթանազիան՝ դա ընտրություն չէ մահվան և կյանքի միջև: Խնդիրն այն է, որ, ըստ էության, էվթանազիան ընտրություն է մահվան և մահվան միջև, այսինքն՝ տանջալի մահվան և առանց ավելորդ տառապանքների մահվան միջև: Դրանում է էվթանազիայի սկզբունքային տարբերությունն ինքնասպանությունից: Սակայն քանի որ խոսքը անբնական ճանապարհով կյանքը դադարեցնելու մասին է, ապա էվթանազիայի հիմնախնդիրը շարունակում է մնալ թեժ բանավեճերի առարկա: Բոլոր դեպքերում, երբ խոսում ենք էվթանազիայի մասին, խոսքը միշտ ինքնուրույն կամավոր ընտրության մարդու իրավունքի մասին է:

Ժամանակակից հասարակության մեջ ստեղծվել են մահացող հիվանդին օգնություն ցույց տվող հատուկ սոցիալ-բժշկական ծառայություններ: Միաժամանակ ժամանակակից հասարակության մի շարք արժեքներ սկսել են վերիմաստավորվել՝ ներկայումս ավելի հաճախ են խոսում ոչ միայն կյանքի իրավունքի, այլև արժանապատիվ մահվան մարդու իրավունքի մասին: Հոսպիսներում արժանապատիվ մահվան իրավունքի նշանակությունը դուրս է գալիս բժշկական իրականության շրջանակներից և արտացոլում է արդի քաղաքակրթության հոգևոր կյանքի բնորոշ գծերը:

²⁰¹ Основы биоэтики. Под ред. Яскевич Я. С., Минск, 2009, с. 75.

https://vk.com/doc704697_437060883?hash=ENx1wuguhfh5723PyhycfdqNWSx9dFSTpApuKjaBEJs (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022).

Մարդու անհատական գոյության սահմանները բնութագրվում են կյանքի և մահվան էկզիստենցիալ արժեքներով: Կյանքի ակտիվ մուտքը միշտ էլ մնում է հասարակության հատուկ հոգատարության առարկան, իսկ կյանքից անհիվանդագին, թեթև հեռանալը՝ շարունակում է մնալ լուրջ հիմնախնդիր:

Մահը կարծես թե այսօր վտարվել է ժամանակակից հասարակության կենսական տարածքից: Հիմնախախտվել է մեռնողների հետ շփվելու փորձը: Մասնավորապես, արդի սոցիումի, ներառյալ՝ հայկական, դժբախտությունն այն է, որ հայ մարդիկ հաճախ մահանում են հիվանդասենյակում, հեռու իրական աշխարհից, հարազատներից ու մերձավորներից: Լավագույն դեպքում ծանր հիվանդի կողքին գտնվում է բուժաշխատողը, որի համար այդ մահն ընդամենը նրա մասնագիտական գործունեության բազմաթիվ դեպքերից մեկն է: Հաճախ, մարդը մահանում է առանց հարազատների կողմից լաված լինելու, և դա սարսափելի է: Մեռնողի համար չկա ավելի սարսափելի բան, քան միայնությունը, որը դեռ կյանքի օրոք դատապարտում է նրան չգոյության: Մենք ավելի ու ավելի հեշտ ենք համաձայնում այն մտքին, որ մեռնողի համար լավագույն ելքը կյանքն արհեստականորեն ընդհատելն է՝ նախքան իր ցավի գավաթը մինչև վերջ պարպելը: Ժամանակակից հասարակությունը սկսել է կորցնել «կյանքը մինչ ի մահ ուղեկցելու» քրիստոնեական ավանդույթն, ինչն առաջին հերթին բնութագրում է կյանքից հեռացողի հետ կենդանի շփման ինքնատիպ փորձը: Դա հոգեպես և բարոյապես խիստ աղքատացնում է հասարակությունը, քանզի մահանալու գործընթացի համամասնակիցը լինելը թույլ է տալիս շատ բան հասկանալ, մերձենալ մարդկային գոյության փիլիսոփայական իմաստին:

Անհրաժեշտ է ժամանակակից հայ մշակույթին վերադարձնել արժանապատիվ մահվան մասին պատկերացումը: Խոսքը արժանապատիվ կյանքի մասին է, բայց ներկայումս պակաս հրատապ չէ արժանապատիվ մահվան թեման:

Մահը և դրա անխուսափելիությունը փիլիսոփայորեն գիտակցելը վկայում է այն մասին, որ մարդը գտնվում է բնության հիեարխիայի գագաթին: Մարդկային անհատականության կյանքի առաջնահերթությունների մեջ առանձնացվում են նպատակաուղղվածության զգացողությունը, այսինքն նպատակաուղղված

գործողություններ կատարելու ունակությունը, որը հիմք է ծառայում մարդու կենսաբանական և սոցիալական հարմարման համար: Եվ նպատակաուղղվածության այդ թելը, որն անցնում է գիտակցությամբ օժտված մարդու ողջ կյանքի միջով, լրացվում է մահվան՝ որպես այդ կյանքի անխուսափելի ավարտի մասին գիտելիքով: Մարդը (թերևս կենդանի օրգանիզմներից միակը) ստիպված է գիտակցաբար հաշտվել իր անխուսափելի վախճանի հետ: Homo sapiens-ի ներկայացուցիչները, դատելով մեր նախնիների թողած հետքերից, մեռյալներին հուղարկավորում էին հատուկ ծիսակարգերով, ինչը վկայում էր այն մասին, որ նրանք էլ մտորում էին մահվան մասին:

Ժամանակակից «սպառողական քաղաքակրթության» զանգվածային մշակույթը մահը գրեթե աննկատելի է դարձրել՝ պարզունակացնելով և «տեխնոլոգիականացնելով» հուղարկավորության ազգային ծեսերը, որոնք մշակվել են դարեր առաջ և ունեն պատմամշակութային և կրոնահոգևոր մեծ նշանակություն: Այդ ծեսերի գլխավոր սոցիոհոգեբանական գործառույթը ողջերի հոգեթերապևտիկ օգնության ապահովումն է: Հուղարկավորության ավանդական ծիսակարգին հետևելը թույլ չի տալիս հարազատ կորցրած մարդուն լիովին տրվել վշտին և հուսահատությանը, պահպանել ինքնատիրապետումը և հոգու կորովը: Շրջապատողները հոգ էին տանում, որ վշտալուկ մարդն այնուամենայնիվ շարունակի շփվել իր մտերմիկ միջավայրի հետ և միայնակ չմնա սարսափազդու իր մտքերի հետ: Հուղարկավորության ծիսակարգը ուղղորդում է մեր տառապանքները, դրանք մղելով դեպի այն աշխարհը, որից հեռացել է հանգուցյալը և մեծացնում է այդ աշխարհի արժեքը, կյանքի հոգևոր-բարոյական արժեքը:

Սակայն որքան էլ այսօր փիլիսոփայենք մահվան մասին, այն միշտապես մնում է նաև որոշակի անհատական հիմնախնդիր, քանի որ այն մշտապես ինչ-որ կոնկրետ մեկի խնդիրն է: Վերացական տեսական դատողություններում մահը միշտ ինչ-որ տեղ առջևում է, ապագայում, այնտեղ, որտեղ մենք չկանք: Իսկ այն վայրկյանին, երբ արդեն այն կլինի, մենք չենք լինի: Իրավացի են բոլոր այն մարդիկ, որոնք խոսում են մահը մեզնից վերացարկելու մասին, սակայն իրավացի չեն, երբ խոսում են մարդուն

մահվանից վերացարկելու անհրաժեշտության մասին: Ընդհակառակը՝ մարդը պետք է իմաստավորի մահվան հիմնախնդիրը, այլ ոչ թե սարսափի դրանից և խուսափի դրա մասին մտածելուց: Մահվան մասին, փիլիսոփայության եզրութաբանությամբ, պետք է դատել ոչ թե գոյաբանական կատեգորիաներով (գոյություն, չգոյություն, կեցություն և այլն), որոնք խիստ վերացական են (ապառնի ժամանակ, բացակայություն), այլ բարոյագիտության և սոցիալական փոխհարաբերությունների կոնկրետ կատեգորիաներով՝ ինչպիսի մոտեցում առաջարկում և պաշտպանում է կենսաբարոյագիտությունը որպես կյանքի, առողջության և մահվան պրակտիկ փիլիսոփայություն: Մահը ոչ միայն բժշկական, այլև սոցիոմշակութային երևույթ է, որը պահանջում է փիլիսոփայական մոտեցում: «Մարդու մահը, այսինքն՝ մարդկային կյանքի ավարտը, գրում է անվանի փիլիսոփա Բ. Գ. Յուդինը, սոցիալական իրադարձություն է ոչ միայն այն իմաստով, որ սովորաբար վերաբերում է տարբեր մարդկանց, այլև այն իմաստով, որ այն հստակվում է (և որոշարկվում է) սոցիալական փոխգործակցության և կոնսենսուսի մշակման գործընթացում»²⁰²:

Կանգ առնենք մահվան փիլիսոփայական այն կողմերի վրա, որոնք կապված են տվյալ երևույթի յուրահատկության հետ: Մահվան արժեքը միայն այն չէ, որ կարող է դառնալ տառապանքներին վերջ տալու միջոցը, այլ այն, որ մեզ խոր ինքնաճանաչողության հնարավորություն է տալիս. մահվան միջոցով ճանաչելի է դառնում կյանքը, նրա արժեքը և իմաստը: Ոչ միայն մահը, այլև մահացու հիվանդությունը, տառապանքը, մեղքը ցանկացած մարդու համար անխուսափելի է դարձնում սեփական վախճանականության գիտակցումը: Եվ միայն իրապես գիտակցելով իր գոյության փխրուն ու վերջավոր լինելը՝ մարդն իր համար բացահայտում է Աստծո աշխարհը:

Էկզիստենցիալիստ փիլիսոփաները ժամանակին խորիմաստորեն գտնում էին, որ մարդկային գոյությունն իրական և առարկայական տեսք է ընդունում, երբ կոնկրետ

²⁰² **Юдин Б. Г.**, Чтоб сказку сделать былью? (Конструирование человека). В кн. “Биоэтика и гуманитарная экспертиза: Проблемы геномики, психологии и виртуалистики”. М., “ИФ РАН”, 2007, с. 22.

մարդը հայտնվում է մահվան հետ առճակատման մեջ: Գերմանացի մեծ փիլիսոփա Մարտին Հայդեգերն այդ վիճակը պարզաբանել է մահվան կերպարի միջոցով: « Մահը լայն իմաստով կյանքի ֆենոմենն է », «Հազիվ մարդը կյանք է մտնում և պետք է մահանա»²⁰³: Սովորաբար մարդիկ խուսափում են սեփական մահվան վերաբերյալ մտքերից, ասում են, դեռ հայտնի չէ, թե դա երբ կլինի: Միգուցե, այդ ժամանակ կհայտնագործեն ինչ-որ դեղահաբեր: Միգուցե, ես բնավ չեմ մեռնի: Դրան Հայդեգերը հակադարձում է սթափեցնող խոսքերով՝ կմեռնես հենց ինքդ, ոչ մեկը քո փոխարեն չի մեռնի: Եվ դու այժմ պետք է համակվես ապագայում սեփական անխուսափելի մահվան մտքով: Սակայն Հայդեգերի մոտ խոսքը ոչ այնքան մահվան, որքան կյանքի մասին է: Ոչ մեկը քո փոխարեն քո կյանքը չի ապրելու: Դու ինքդ պետք է ապրես սեփական կյանքդ: Ըստ Հայդեգերի, ամբողջ կյանքը, ինչպես որ մեզ տրված է, որոշվում է մարդկային կեցության եղանակով, այսինքն՝ գիտակցությամբ: Ընդամին, գիտակցությունը նա վերլուծում է որպես ոչ թե ճանաչվող գիտակցության, այլ որպես տառապող, ապրումներով և ցավերով հագեցված, մտահոգված մարդու գիտակցություն: Մարդը գիտակցում է իր կյանքը միայն որպես կեցություն՝ անհատական գիտակցության մեջ, բայց ոչ թե գիտության ճանաչող, անանձնական գիտակցության մեջ: Սեփական կյանքը և մահը խիստ անձնական և մտերմիկ երևույթ է: Ներկա լինելու կարողությունը չի կարող շրջանցել մահվան հնարավորությունը: Այդպիսով մահը բացահայտվում է որպես ուղղակի ներկայության անհնարինության հնարավորություն²⁰⁴: Տվյալ էկզիստենցիալիստական մոտեցման հիմնական գաղափարն այն փիլիսոփայական պնդումն է, որ մարդը սեփական կյանքի իմաստը խորությամբ չի հասկանում, մինչև որ ողջ հստակությամբ չի վերապրում մահվան սարսափը: Էկզիստենցիալիստական փիլիսոփայության տեսանկյունից, մարդը մեռնում է միայն իր գիտակցության և մարդկանց հետ անմիջական շփումների չափումների մեջ: Սկզբից նա մեռնում է նախևառաջ արտաքին աշխարհում, այնուհետև՝ դրանց «միջև» աշխարհում: Կարելի է պնդել, որ մահը՝ փիլիսոփայական տեսանկյունից, մարդու

²⁰³ Նույն տեղում, էջ 22:

²⁰⁴ Տե՛ս **Хаїдеггер М.**, Бытие и время. Пер. с нем Бибикина В. В., Харьков, “Фолио”, 2003, էջ 125-127:

անհետացումն է՝ նրա բոլոր երեք չափումներում, այսինքն՝ արտաքին և ներքին աշխարհներում, ինչպես նաև դրանց «միջև» աշխարհում: Ամենօրյա կյանքի բնութագծերից մեկը՝ վերահաս գալիքից, այսինքն՝ մահից, խուսափելու ձգտումն է²⁰⁵: Այստեղ մարդու գիտակցությունն ամեն կերպ իրենից վանում է մահվան հեռանկարը:

Մահվան փիլիսոփայության տեսանկյունից խոշոր սխալ կլիներ իրար հետ նույնացնել մահը և մահանալը: Մահանալն ունի իր ֆիզիոլոգիական, հոգեկան և սոցիալական արժեքները: Մահանալը սկսվում է ավելի վաղ, երբ մարդը սկսում է աստիճանաբար հրաժարվել ստեղծարար գործունեությունից, ակտիվ գործելակերպից, սկսում է ենթարկվել հոգնության, բարոյահոգևոր ընկճվածության տրամադրություններին: Մարդկային հոգու տևական ընկճվածության և անվստահության վիճակը՝ մի քայլ է դեպի մահը: Մարդը՝ էկզիստենցիալ փիլիսոփայության տեսանկյունից, մահանում է աստիճանաբար և երկար, անձնական նպատակների, սիրո և ատելության տենչանքների մահվան հետ միասին: Մահը ներհյուսված է մեր անհատական և հասարակական կյանքին բազմաթիվ թելերով²⁰⁶: Մահը հանդիսանում է մարդկային գործերի և ապրած ժամանակի հզոր կարգավորիչը: Մահվան հանդեպ իսկական փիլիսոփայական, արժեքային վերաբերմունքը զգաստացնում է ողջերին, շոշափելի է դարձնում նրանց համար կյանքի իմաստը: Ըստ էության, կենսաբարոյագիտությունը մեզ ուսանում է, որ մարդու հարաբերությունն իր կյանքի, առողջության և մահվան, առհասարակ ողջ կենսաաշխարհի հետ, միայն հայեցողական, տեսական և անհույզ չէ, այլ լինելով առաջին հերթին պրակտիկ հարաբերություն, միշտ ունի հուզական երանգավորում, միշտ ներառում է նաև որոշակի բարոյագիտական գնահատական: Ինչպես արդարացիորեն նշում է փիլիսոփա Ի. Ն. Սմիրնովը՝ «Կենսաբարոյագիտությունը որպես բժշկական գիտության և պրակտիկայի ոլորտ, կենսաբժշկության և մարդկանց բուժման բժշկական նոր տեխնոլոգիաների դերի և

²⁰⁵ Այդ մասին ավելի հանգամանորեն տե՛ս, **Հարությունյան Մ. Ա.**, Արդի հայ հասարակությունը և օտարված գիտակցության փիլիսոփայությունը: Երևան, «Նաիրի», 2014, էջ 66 :

²⁰⁶ **Հարությունյան Մ. Ա., Դավթյան Ս. Ա.**, Կյանքի և առողջության պրակտիկ փիլիսոփայություն: Երևան, «Նաիրի», 2017, էջ 329-330.

նշանակության փիլիսոփայական-աշխարհայացքային իմաստավորման և արժեքանական գնահատումների խիստ կարիք ունի»²⁰⁷:

Կենսաբարոյագիտությունը կյանքի, առողջության և մահվան պրակտիկ փիլիսոփայության նոր եղանակ է, բժշկական նորագույն տեխնոլոգիաների ակտիվ ներխուժման պայմաններում՝ կյանքի և մարդու արժանապատվության պրակտիկ փիլիսոփայություն:

²⁰⁷ **Смирнов И. Н.**, Философские измерения биоэтики. “Вопросы философии”, 1987, № 12, с. 83.

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

XX-րդ դարի կեսից անվանի գիտնականները, բժիշկները, փիլիսոփաները և հասարակական գործիչները սկսեցին ակտիվորեն բարձրացնել բնագիտության մեջ արժեքային առաջնահերթությունները փոխելու անհրաժեշտության հարցը: Խնդիրը մարդու բարօրությունը, այլ ոչ թե գիտելիքի սոսկ աճը որպես գերնպատակ և որպես բնագիտության շարժիչ ուժ սահմանելն էր:

Բնագիտական գիտելիքը մարդակենտրոն դարձնելու, բնագիտական և հումանիտար գիտելիքների միջև ներդաշնակության, դրանց միջև կապերի սերտացմանն է ուղված կենսաբարոյագիտությունը: Այն կոչված է կանոնակարգելու և կազմակերպելու բնագիտական, բժշկական և հումանիտար գիտելիքների փոխգործակցության ձևերը, որոնք կապված են կյանքի, առողջության և մահվան խնդրաշարի համալիր ուսումնասիրության հետ:

Ատենախոսության ընթացքում հետազոտվեցին, վերհանվեցին ու հստակեցվեցին բնագիտական և հումանիտար գիտելիքների, գիտության և փիլիսոփայության զուգամերձեցման (կոնվերգենցիայի) գործընթացները: Դրանք պայմանավորված են նախ՝ բջջային և մոլեկուլյար կենսաբանության, գենետիկայի, գենային դեղագիտության, ինչպես նաև իմունաբանության, փոխպատվաստաբանության, անեսթեզիոլոգիայի, ռեանիմատոլոգիայի և գիտության այլ ոլորտներում տարվող գիտական հետազոտությունների արդյունքների կենսաբարոյագիտական իմաստավորման հրամայական պահանջներով: Գործոնների երկրորդ խումբը պայմանավորված է բժշկական պրակտիկայում տեխնոլոգիական և սոցիալ-բարոյական նոր խնդիրների համալիր հետազոտման, աշխարհայացքային և մեթոդաբանական արժեքվորման պահանջներով:

Անդրադարձը հանճարեղ Ի. Կանտի փիլիսոփայական ժառանգությանը թույլ է տալիս ավելի խոր ու ճշգրիտ կերպով բնութագրել կենսաբարոյագիտության էությունը: Ի. Կանտի ձևակերպմամբ՝ բանականության առջև դրված փիլիսոփայական գլխավոր հարցադրումները՝ «ի՞նչ կարող եմ իմանալ», «ի՞նչ պետք է անեմ», «ի՞նչ կարող եմ

հուսալ»²⁰⁸, ի վերջո կոչված են պատասխանելու «ինչպե՞ս ապրել» հարցին: Թերևս՝ «ապրել երկար՝ չհիվանդանալով»: «Ինչպե՞ս ապրել» հարցադրումը ներկայումս ձեռք է բերել փիլիսոփայական և կենսաբարոյագիտական նոր հնչողություն և իմաստ՝ ինչպե՞ս պաշտպանել կյանքը հարաճուն վտանգներից և սպառնալիքներից: «Կյանքի որակ» հասկացությունը հնարավոր չէ պատկերացնել առանց կյանքի պաշտպանվածության եզրույթը դրա հիմքում դնելու: Կենսաբարոյագիտության առանցքը կազմում է մարդու կյանքի և առողջության պահպանման արժեքանությունը՝ իր խնդրակարգով: Կենսաբարոյագիտությունը ոչ այնքան կյանքի նոր էթիկա է, որքան կյանքի և առողջության պրակտիկ փիլիսոփայության առանձնահատուկ եղանակ:

Ատենախոսության մեջ անդրադարձ է կատարվել նաև կենսաբարոյագիտությունը որպես գիտություն սահմանելու պայմանականության հարցին: Կենսաբարոյագիտությունը կարելի է համարել գիտություն, սակայն դա ոչ թե դասական, այլ ժամանակակից գիտություն է, որում հետազոտությունը՝ որպես նոր գիտելիքների ձեռքբերման գործընթաց, հնարավոր չէ սահմանազատել այդ գիտելիքների կիրառումից: Այն, ինչ հետազոտում են կենսաբարոյագետները, հուզում է ոչ միայն նրանց, այլև հասարակության ամենալայն շրջանակներին: Այսինքն, խիստ գիտակարգային իմաստով կենսաբարոյագիտությունը գիտություն չէ, ավելի շուտ գիտական, փիլիսոփայական ճանաչողության-աշխարհայեցողության գործընթաց է, գիտական գիտելիքի կազմակերպման նոր ձև:

Ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ ժամանակակից գիտության զարգացումն էապես խթանում է փիլիսոփայական, բարոյագիտական մտքի շարժը՝ նոր մեթոդներ ու ձևեր որոնելու ուղղությամբ, որոնք կարող են օգտակար լինել կենսաբարոյագիտական խնդիրների լուծման համար: Բնավ պատահական չէ, որ ներկայումս առաջացել են բազմաթիվ «համալիր», «համակարգային», «ինտեգրատիվ», «միջգիտակարգային» գիտություններ: Այդպիսի «ինտեգրատիվ», «միջգիտակարգային»

²⁰⁸ Տե՛ս **Кант И.** Критика чистого разума. Сочинения в шести томах, т. 3. М., «Мысль», 1964, էջ 661-662: https://iphras.ru/elib/Kant_Chist_raz.html (վերջին դիտումը՝ 17.09.2022)

գիտություններից է կենսաբարոյագիտությունը, որի տեսանկյունից կյանքին և առողջությանն առնչվող յուրաքանչյուր դեպք ինքնատիպ է, ուստի դրա արդյունավետ լուծման համար հարկավոր է հաշվի առնել առողջապահության ոլորտում ստեղծված իրադրության և՛ բժշկական, և՛ հոգեբանական, և՛ իրավական, և՛ բարոյական, և՛ սոցիալական, և՛ էկոլոգիական, և՛ ֆինանսական ասպեկտները: Հետևաբար, կենսաբարոյագիտության խնդրակարգի համալիր հետազոտման համար մեծապես կարևորվում է բժիշկների, դեղագետների, իրավագետների, սոցիոլոգների և փիլիսոփաների միջև լայն երկխոսությունը, որի յուրաքանչյուր մասնակից պետք է ներկայացնի քննարկվող խնդրի սեփական տեսանկյունը: Որոշումն ընդունվում է «կոնսենսուսով», երբ կողմերից յուրաքանչյուրը հավասար պատասխանատվություն է կրում հետևանքների համար, որոնք պետք է կանխատեսվեն մասնագիտորեն:

Ինչպե՞ս կառուցել երկխոսությունը մարդու կյանքի և առողջության պահպանման խնդրաշարի շուրջը: Դրա համար անհրաժեշտ են ինտեգրատիվ գիտելիքներ՝ քաղված տարբեր գիտություններից, որոնք որոշակի տեսանկյուններից ուսումնասիրում են մարդուն, նրա կյանքի, առողջության և մահվան խնդրաշարը:

Ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, միջգիտակարգայնությունը, ներառյալ բազմակարգայնությունը, ինտեգրատիվությունը ինքնին գիտության միասնական հիմք չեն ստեղծում, այլ տարբեր գիտությունների միջև փոխգործակցության ճկուն կապեր հաստատելը, ինչը իրականություն կդառնա բարդ համակարգային մտածողությամբ գիտնականների և փիլիսոփաների նոր սերնդի ի հայտ գալով: Փիլիսոփայությունը, որ սեր է առ իմաստությունը, ևս մեկ հնարավորություն է ստացել միավորելու գիտությունն ու մարդասիրական իդեալները, ելնելով այն սկզբունքից, որ մարդը, եթե վերափոխենք Պրոտագորասի հայտնի ասույթը, «բոլոր գիտությունների չափն է»:

Ատենախոսության շրջանակներում վերհանվել, սահմանվել և լուծումների մշակման տեսանկյունից հետազոտվել են մարդու արժանապատվության և իրավունքների պաշտպանության բժշկական գաղտնիքի պահպանման հիմնախնդիրները: Ներկայումս ժամանակակից հասարակությունը հակված չէ այս խնդիրները թողնելու բժիշկների մասնագիտական էթիկայի հույսին, գոյություն ունի նաև իրավական

պատասխանատվություն: Հիվանդը ոչ միայն բժշկական միջամտությունների կամ գիտական հետազոտության օբյեկտ է, ոչ միայն «կլինիկական դեպք», այլև՝ տառապող մարդ, որն օգնության և հոգեբանական աջակցության խիստ կարիք ունի: Բուժել չի նշանակում հիվանդին ազատել հիվանդության ախտերից, կարևոր է նաև մարդու կենսաբարոյական ուժերի պահպանումը, այսինքն՝ արժանապատիվ ապրելու, հասարակության լիիրավ անդամը լինելու նրա սոցիալական ունակությունը: Անհաջող բուժումը հիվանդին դարձնում է ոչ միայն ֆիզիոլոգիական, այլև սոցիալական առումով հաշմանդամ:

Կենսաբարոյագիտության մեջ ազատության հիմնախնդիրն արտահայտվում է առաջին հերթին «իրազեկված համաձայնություն» հասկացությամբ: Իրազեկված համաձայնությունը հիվանդի շահերի իրավական պաշտպանության ձև է, որը վերականգնում է բժշկի և հիվանդի միջև գոյություն ունեցող սկզբնական անհավասարությունը, ինչը հետևանք է այն բանի, որ հիվանդը, ի տարբերություն բժշկի, չի տիրապետում հատուկ մասնագիտական գիտելիքների, ուստի կախված է նրանից:

Հետազոտությունները թույլ են տալիս պնդելու, որ բժշկության մեջ բուժման մեթոդի ճիշտ ընտրություն կարելի է կատարել միայն իրավիճակից ելնելով՝ հաշվի առնելով հիվանդի անհատականությունը, հիվանդության ընթացքի առանձնահատկությունները և այլն: Տվյալ դեպքում բժշկից պահանջվում է ինչպես բժշկական փորձառություն և մասնագիտական գիտելիքներ, այնպես էլ հոգեբանական նրբազգացողություն: Ամենագլխավորը՝ բժիշկը հիվանդին պետք է վերաբերվի իբրև անձնավորության, որն անկասկած արժանի է կարեկցանքի և հարգանքի: Դա բժշկի մասնագիտական և քաղաքացիական պարտքն է, որին հետևելը նրան դարձնում է ոչ միայն բարձրակարգ մասնագետ, այլև բարձր կուլտուրայի տեր մարդ, ով հասարակությանը ներկայացնում է իր հրաշալի բարոյական արժանիքները, առաջին հերթին՝ արդարությունն ու մարդասիրությունը: Այս տեսակետից բժշկական էթիկայում արդարության՝ որպես գթասրտության իրավունքի հավասարության սկզբունքը ենթադրում է բոլոր քաղաքացիների հավասարություն՝ առողջությունը պահպանելու հարցերում: Բուժաշխատողը իրավունք չունի վերաձվելու դատավորի, որն ինքն է

որոշում, թե ով ինչի է արժանի: Աշխատանքում ցույց է տրվում, որ գթասրտությունը (սերն ու կարեկցանքը) հիպոկրատյան «առաջին հերթին մի վնասիր» սկզբունքի բարոյական հիմքն է, որն արտահայտում է բժշկի և հիվանդի միջանձնային հարաբերությունների առանձնահատուկ մարդասիրական ձևը: Այդ սկզբունքին ավելանում են «նախազգուշության» և «լավ հաշվարկված ռիսկի» սկզբունքները: Նախազգուշության սկզբունքը կարգավորում է բժշկական վճիռների ընդունումն այնպիսի վիճակներում, երբ կլինիկական գործողությունները կարող են հանգեցնել անկանխատեսելի և անբարենպաստ հետևանքների: Այդ համատեքստում ավանդական «մի վնասիր»-ին ավելանում է «լավ հաշվարկված ռիսկի» սկզբունքը, որի էությունն այն է, որ ռիսկը պետք է լինի սպասվելիք օգուտին համաչափ: Դա նշանակում է, որ բժշկական միջամտության «ագրեսիվությունը» մարդու օրգանիզմի նկատմամբ արդարացվում է միայն նրանով, որ բուժման արդյունքները կգերազանցեն վնասի հետևանքները:

Ատենախոսության էվթանազիայի խնդրակարգին անդրադարձը ներկայացվել է հետևյալ հարցերի տեսքով: Ո՞րն է առաջնային՝ կյանքը, թե՛ մահը, որի վրա պետք է շեշտը դնենք և ի՞նչը պետք է պաշտպանենք առաջին հերթին: Մարդն ո՞ւնի կյանքից ինքնակամ հեռանալու իրավունք: Բարոյական տեսանկյունից թույլատրելի՞ է խոչընդոտել մարդու որոշմանը՝ մահ ընդունելով վերջ տալ անտանելի տառապանքներին: Սրանք այն հարցերն են, որոնք գլխավոր տեղերն են զբաղեցնում էվթանազիայի թեմային նվիրված բանավեճերում:

Քննարկելով էվթանազիայի կողմնակիցների և հակառակորդների միջև բանավեճի առանձնահատկությունները, դժվար չէ տեսնել, որ դրանք ընդգրկում են էվթանազիայի ոչ միայն բժշկական, այլև սոցիալական, հոգեբանական, բարոյական, իրավական և փիլիսոփայական ասպեկտները:

Կենսաբարոյագիտության, կամ, որ նույնն է՝ մահվան փիլիսոփայության տեսանկյունից, էվթանազիայի դեպքում ընտրությունը կատարվում է ոչ թե մարդու բարօրության և տառապանքների, այլ կյանքի և ոչ կյանքի միջև: Էվթանազիայի ցանկացած ձև, ինչպիսի դիմակի տակ էլ այն թաքնվի, ըստ էության պետք է որակվի որպես

սպանություն կամ ինքնասպանություն: Սպանության բարոյագիտական փաստարկումն, ինչպիսի արտառոց դեպքերի էլ վերաբերվի, հակասական է տրամաբանական առումով (սպանությունը չի կարելի արդարացնել՝ ըստ սահմանման): Վտանգավոր է նաև գործնական առումով, քանի որ այնպիսի ճեղք է բացում մարդասիրության սկզբունքի մեջ, որն, ինչ-որ իմաստով, հավասարազոր է մարդասիրության ժխտմանը:

Այն փաստարկը, որ հիվանդի բարի կամքը կարող է բավարար հիմք լինել էվթանազիայի համար լուրջ կասկածների տեղիք է տալիս: Կարո՞ղ ենք արդյոք լիակատար վստահությամբ համարել, որ ցավից մթագնաց հիվանդի շուրթերից պոկված մահվան մասին աղերսանքը միանգամայն համահունչ է նրա իրական համոզմունքներին և նրա վիճակին, և որի համար նա խորապես չէր զոջա, եթե ապաքինվեր: Այս դեպքում արդյո՞ք էվթանազիայի գործողությունը փախուստ չէ հոգևարքից:

Կարևոր է նաև ուշադրություն դարձնել երկու ծայրահեղություններից խուսափելու անհրաժեշտությանը. կյանքը փրկելը չպետք է վերածվի հոգևարքը երկարաձգելուն, իսկ ցավի ու տառապանքի դեմ պայքարը չպետք է փոխակերպվի «գթասրտությունից դրդված սպանության»:

Երբ մահը մոտալուտ ու անխուսափելի է, իսկ բժշկության բոլոր հնարավորությունները սպառված, ապա անիմաստ է շարունակել ինչ-որ միջոցներ օգտագործելը, որոնք միայն երկարաձգում են հոգևարքը՝ առանց որևէ հույսի: Թեև նույնիսկ նման դեպքերում պետք չէ դադարեցնել բուժման այն մեթոդները, որոնք թեթևացնում են մեռնողի տանջանքները՝ ցավազրկելը, կերակրելը, հիդրատացնելը, հիգիենիկ գործողություններ կատարելը, արտաքին վերքերը, մաշկի վարակված հատվածները մշակելը:

Արդի բժշկությունն ունակ է դառնում ոչ միայն բուժելու մարդուն, այլև կառավարելու նրա ողջ կյանքը: Էապես փոխվում է բժշկության հնարավորությունների դաշտը, այն ձեռք է բերում կյանք «տալու-շնորհելու», մահը «վերահսկելու» սկզբունքորեն նոր հնարավորություններ: Դա պահանջում է կյանքի առողջության և մահվան խնդրաշարի նկատմամբ փիլիսոփայական իմաստավորման նոր մակարդակ:

Հենց դրան է կոչված կենսաբարոյագիտությունը՝ որպես կյանքի, առողջության և մահվան պրակտիկ փիլիսոփայության ուրույն ձև, որի զարգացումը էական շտկումներ ու առաջընթաց կապահովի բժշկագիտության, դեղագիտության, իրավագիտության և ընդհանրապես՝ գիտության ու փիլիսոփայության տրանսհումանիստական որակների հզորացման գործում:

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. **Աստվածաբանության Վ. Ա., Հարությունյան Ա. Մ.** , Բժշկական էթիկա: «Հայաստանի հրատարակչություն » , Երևան , 1984 , 214 էջ:
2. **Բախշինյան Մ. Կ.**, Հոսպիսը՝ ոչ թե մահվան տուն, այլ՝ կյանքի արժանավայել ավարտ: Բժշկական սեղմագրերի հայկական հանդես: Երևան, 2004, N 3, 43-46 էջ:
3. Բիոէթիկա, հարցեր և պատասխաններ: Կազմ. Յուդին Բ., Տիշչենկո Պ., «Լույս», Երևան, 2011, 76 էջ :
4. Բժշկական բարոյագիտության, բժշկական կրթության և բժշկագիտության արդի տեսակետներ. Միջազգային փաստաթղթերի և հոդվածների ժողովածու, Երևան, 2006, 195 էջ:
5. **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկա: Դասագիրք, Երևան , 2009 , 208 էջ:
6. **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկայի ներածություն: Մենագրություն, հեղ. հրատ., Երևան, 2012, 329 էջ:
7. **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկա: Երևան, 2013, 257 էջ:
<https://ysmubooks.am/uploads/BioethicRus@%D0%9C1.pdf>
8. **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկայի հիմնախնդիրների փիլիսոփայական վերլուծություն: Փիլ. գիտ. դոկտորի գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսություն, Երևան, 2016, 236 էջ:
9. **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկայի հիմնախնդիրների փիլիսոփայական վերլուծություն: Փիլ. գիտ. դոկտորի գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության սեղմագիր, Երևան, 2016, 38 էջ:
10. **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկան՝ որպես միջգիտակարգային գիտելիքի նոր ոլորտ: «ԿԱՃԱՌ» գիտական հոդվածների ժողովածու, «Զանգակ հրատ.», Երևան, 2016, 39-48 էջ: <https://arar.sci.am/dlibra/publication/115048/edition/104951/content>
11. **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկան՝ որպես փիլիսոփայության գործնական դրսևորման ապարեզ (բժիշկ-հիվանդ հարաբերությունների համատեքստում): « Օրենք և իրականություն», Երևան, 2012, №6, 27-28 էջ:
12. **Դավթյան Ս. Հ.**, Բիոէթիկա: Երևան, «Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան», 2009, 208 էջ:

13. **Դավթյան Ս. Հ.**, Էվթանագիա: Բժշկություն, գիտություն և կրթություն, գիտատեղեկատվական հանդես, Երևան, «Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարան», 2009, №3, 45-56 էջ:
14. **Դավթյան Ս. Ա.**, Մարդու առողջության և կյանքի փիլիսոփայության հիմնախնդիրները: «Փիլիսոփայությունը արդի աշխարհում»: ՅՈՒՆԵՍԿՕ-ի հոշակած Փիլիսոփայության համաշխարհային օրվա կապակցությամբ հրավիրված գիտաժողովի նյութեր, Գիրք VII, «Եվրոպրինտ հրատ.», Երևան, 2017, 127-135 էջ:
15. **Դավթյան Ս. Ա.**, Կենսաբարոյագիտությունը՝ որպես միջառարկայական և արժեքանական ուսումնասիրությունների նոր բնագավառ: «ԿԱՃԱՌ», Գիտական տարեգիրք, «Զանգակ հրատ», Երևան, 2017, 294-301 էջ:
16. **Դավթյան Ս. Ա.**, Էվթանագիայի հիմնախնդրի կենսաբարոյագիտական և փիլիսոփայական տեսանկյունները, Պատմություն և քաղաքականություն «գիտական հանդես», Երևան, 2021, 94-100 էջ:
17. Լատ. virtus՝ երևակայական, թվացյալ: Գիտություն, որն ուսումնասիրում է վիրտուալ իրականության խնդիրները: Որպես ինքնուրույն գիտաճյուղ ձևավորվել է 1980-1990-ական թթ.:
18. **Կարապետյան Հ., Վ. Տեր-Մինասյան, Խ. Գասապարյան**, Պալիատիվ խնամք: Բժշկահոգեբանական մեթոդական ուղեցույց, 2011, 128 էջ :
19. **Հրաչ սրկ. Սարկիսյան, Վարդան սրկ. Ասլանյան**, Կենսաէթիկայի հիմնահարցեր: Ուսումնաօժանդակ ձեռնարկ, Սբ. Էջմիածին, 2015, 224 էջ:
20. **Հարությունյան Մ. Ա.**, Արդի հայ հասարակությունը և օտարված գիտակցության փիլիսոփայությունը: Երևան, «Նաիրի», 2014, 648 էջ:
21. **Հարությունյան Մ. Ա., Դավթյան Ս. Ա.**, Կյանքի և առողջության պրակտիկ փիլիսոփայություն: Երևան, «Նաիրի», 2017, 352 էջ:
22. **Հարարի Յ. Ն.**, XXI դարի 21 դասերը, Երևան, “Newmeg”, 2020, 416 էջ:
23. **Մանուկյան Ս.**, Հայաստանի Հանրապետությունում «Կյանքի որակի հետազոտություն» 2016թ. Սոցիոլոգիական հետազոտություն, վերջնական զեկույց QL-7/16, 173 էջ:
https://www.gov.am/u_files/file/documents/IPSC_Q%D6%85LI%207-16_Final%20Report_05_05_2017_Website.pdf

24. **Ներսեսյան Լ. Ս., Խաչատրյան Զ. Ա., Մկրտչյան Ս. Ա.,** Կենսաէթիկայի ներածություն: Երևան, «Գիտություն», 2012, 444 էջ:
25. **Նալչաջյան Ա.,** Մահվան հոգեբանություն կամ ինչպես է հոգին հեռանում մարմնից: Երևան, «Փյունիկ», 1992, 224 էջ:
26. **Бернар К.,** Лекции по экспериментальной патологии. Гос. изд-во биологической и медицинской литературы, “Наркомздрав СССР”, Москва-Ленинград, 1937, LXXII 512с.
https://www.phantastike.com/biology/lekcii_po_ehksperimentalnoj_patologii/djvu/view/
27. **Борзенков В. Г.,** От философии жизни к биофилософии? В кн. “Биофилософия”. “РАН Институт философии”. М., 1997. 27-41 с.
<https://iphras.ru/uplfile/root/biblio/1997/Biophilos.pdf>
28. **Бэкон Ф.,** О достоинстве и приумножении наук. Собрание сочинений. Т.1, М., “Мысль”, 1977, 255-256 с.
29. **Киселев В. А.,** Биоэтический словарь. Учебное пособие. Сост. 2-е изд. исп. и доп. Екатеринбург, “УГМА”, 2006, 152с.
<http://dialektika-eniology.narod.ru/dictionary.0606.htm>
30. **Курило Л.,** Биоэтика: принципы, правила, проблемы. Право родиться, “Эдиториал УРСС”, М., 1998.
<https://www.booksite.ru/localtxt/bio/eti/ka/bioetika/index.htm>
<https://www.booksite.ru/localtxt/bio/eti/ka/bioetika/10.htm#11>
31. **Биоэтика. Вопросы и ответы.** Под. ред Юдин Б. Г., Тищенко П. Д., М., 1995, 63 с.
http://www.bioethics.ru/_Images/Catalog/135-1-33.pdf
32. **Витч Р.,** Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений. “Вопросы философии”, 1994, №3, 67-72 с.
33. **Волкова Т. И.,** Хоспис и эвтаназия: социологический аспект. Южно-уральский государственный медицинский университет. <https://www.chelsma.ru/nodes/6224/>
34. **Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая Генеральной конференцией ЮНЕСКО 19.10.2005,** В кн. “Биоэтика и СМИ”: рекомендации для журналистов. Редакторы-составители Тищенко П. Д. и Юдин Б. Г. М., “Союз

- журналистов России”, При поддержке Бюро ЮНЕСКО, 2008, 31-46 с.
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000159308>
35. Введение в биоэтику. Отв. ред. Юдин Б. Г., Тищенко П. Д., М., “Прогресс-Традиция”, 1998, 384 с.
https://www.phantastike.com/philosophy/introduction_bioethics_study/djvu/view/
36. **Гуревич П. С.**, Феномен деонтологии человека. “Вопросы философии”, 2009, № 3, 19- 31с.
37. **Гусейнов А. А.**, О прикладной этике вообще и эвтаназии в частности. “Философские науки”, 1990, № 6, 80-84.
38. **Гусейнов А. А., Апресян Р. Г.**, Этика. Учебник, М., “Гардарика”, 2000, 472 с.
http://www.intelros.ru/pdf/Reyting/Ethics_Gusseinov_Apressyan.pdf
39. **Гнездилов А.**, Путь на голгофу. “Клинт”, 1995, Санкт-Петербург, 92с.
https://www.phantastike.com/psychotherapy/road_calvary/html/?page=6
40. **Гнездилов А. В., Иванюшкин А. Я., Миллионщикова В. В.**, Дом для жизни. “Человек”, 1994, №5, 116-121 с.
41. **Гребенщикова Е. Г.**, Биоэтика–вариант постэтики. “Философские науки”, 2009, №1, 90- 96 с. <https://www.phisci.info/jour/issue/view/119/showToc>
<https://www.phisci.info/jour/article/view/1426/1358>
42. **Гуппократ**, Этика и общая медицина. “Мир книги”, 2007, 336 с.
43. **Гуппократ**, Классики Биологии и Медицины. М., “Гоц. изд-во биол. и м ед. лит-ры”, 1936, 736 с.
https://viewer.rusneb.ru/ru/000199_000009_005274224?page=44&rotate=0&theme=white
44. **Давтян С. А., Давтян С. А.**, Опыт интроспективного осмысления экзистенциальных координат жизни армян. The survival strategy in terms of bioethics, philosophy and medicine, Collection of scientific articles with international participation, Volume 23, “CHISINAU”, Moldova, 2017, CEP, Medicina, pp 98-100.
45. “Декларация об эвтаназии” 5 мая 1980 г. Священная конгрегация доктрины веры.
https://wiki5.ru/wiki/Declaration_on_Euthanasia

- 46. Евсина О. В.,** Качество жизни в медицине-важный показатель состояния здоровья пациента. “Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие”, М., 2013, 119-131 с.
<file:///C:/Users/user/Downloads/kachestvo-zhizni-v-medicine-vazhnyy-pokazatel-sostoyaniya-zdorovya-patsienta-obzor-literatury.pdf>
- 47. Засухина В. Н.,** Философия. Соотношение либерализма и консерватизма в биоэтике и их противостояние этическому нигилизму ницшеанского типа. “Гуманитарный вектор”, Чита, 2010, №1, 133-138 с.
- 48. Йонас Г.,** Принцип ответственности. Опыт этики для технологической цивилизации. Пер. с нем., предисловие, примечания Маханькова И. И., М., “Айрис-пресс”, 2004, 480 с.
- 49. Ионин Л. Г.,** Консерватизм. “Логос”, 2005, № 3 (48), 3-73с.
- 50. Кант И.,** Сочинения в шести томах, т. 3. М., «Мысль», 1964, 765 с.
https://iphras.ru/elib/Kant_Chist_raz.html
- 51. Кант И.,** Сочинение в шести томах. Том 4, часть 1, М., “Мысль”, 1965, 544 с.
- 52. Кисилев В. П., Адаменко А. М., Шпанка А. В.,** Пифагор: от здорового образа жизни до основ медицины. “Медицинское образование и профессиональное развитие”, №2 (16), 2014, 61-67 с.
<https://cyberleninka.ru/article/n/pifagor-ot-zdorovogo-obraza-zhizni-do-osnov-medicine/viewer>
- 53. Козина Г. Ю., Борисов Н.,** Биоэтические проблемы общественного здравоохранения. “XIII социологические чтения преподавателей, аспирантов и студентов”. Всероссийская научная конференция. Межвузовский сборник научных трудов. Часть 1. Пенза, 2011, 58-77 с.
- 54. Лига М. Б., Щеткина И. А., Захарова Е. Б.,** Качество жизни в современной науке и практике: теория и эмпирия. “Философия общества. Гуманитарный вектор”, 2019, Т.14, №4, 41 с. <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-v-sovremennoy-nauke-i-praktike-teoriya-i-empiriya/viewer>

- 55. Лусеев И. К., Шаров А. Я.,** Генетика человека, ее философские и социально-этические проблемы (круглый стол “Вопросов философии”), Вопросы философии, 1970, № 7, 106-115 с.
- 56. Лях К. Ф.,** Хоспис: социальный институт постиндустриального общества., “Вестник МГТУ”, том 9, №4, 2006, 562-568 с.
<https://cyberleninka.ru/article/n/hospis-sotsialnyy-institut-postindustrialnogo-obschestva/viewer>
- 57. Марков Б. В.,** Философская антропология. Очерки истории и теории. СПб., 1997,
http://lib.ysu.am/disciplines_bk/deb643cfbc848285836025d0c9e69bf6.pdf
- 58. Мишаткина Т. В.,** Этика, Экспресс-курс, 4-е изд., стер. Минск, “Новое знание”, 2008, 186 с.
- 59. Мишаткина Т. В.,** Три круга этики, “Человек”, 2006, №5, 89-98 с.
- 60. Минько О., Исмагуллин Д.,** Пастер Луи (1822 - 1895) Франция, Самарский государственный медицинский университет, 2016, 6 с.
<https://samsmu.ru/files/news/2016/261016/paster.pdf>
- 61. Мечников И. И.,** Этюды оптимизма, М., “Наука”, 1988, 328с.
- 62. Мечников И. И.,** Следует ли пытаться продлить человеческую жизнь, 131-170 с.
<http://dspace.univer.kharkov.ua/bitstream/123456789/4559/2/Sleduet%20li%20putatsya.pdf>
- 63. Неговский В. А.,** От смерти к жизни. М., “Знание”, 1964, 40 с.
- 64.** На грани жизни и смерти: Краткий очерк современной биоэтики в США. М., “Знание”, Сер. “Этика”, 1989, 64 с.
- 65. Носов Н. А.,** Манифест виртуалистики. М., “Путь”, (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 15.) 2001, 17 с. http://www.virtualistika.ru/vip_15.html
- 66.** Новая философская энциклопедия, Председатель научно-редакционного совета Степин В. С., Ст. “Жизнь”, М., “Мысль”, 2010.
<https://iphlib.ru/library/library/collection/newphilenc/page/about>
<https://iphlib.ru/library/collection/newphilenc/document/HASH0178ce7245380e677b161178>
- 67. Огурцов А. П.,** Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы. “Вопросы философии”, 1994, № 3, 49-61 с.

68. Основы биоэтики. Под ред. Яскевич Я. С., Минск, 2009, 351 с.
https://vk.com/doc704697_437060883?hash=ENx1wuguhfh5723PyhycfdqNWSx9dFSTpApuKjaBEJs
69. **Пастер Л.**, Избранные труды в двух томах. Том 2 “Академии наук СССР”, Серия “Классики науки”, М., 1960, 823 с.
https://www.phantastike.com/biology/trudy_2/djvu/view/
70. **Петров В. И., Седова Н. Н.**, Практическая биоэтика: Этические комитеты в России. М., “Триумф”, 2002, 192 с.
71. **Платон.**, Сочинения в 3-х томах. Т. 3, ч. 1, М., 1971, 752 с.
72. **Полкинхорн Д.**, Вера глазами физика, Богословские заметки мыслителя. “СНИЗУ-ВВЕРХ”, серия “Боголовие и наука”, М., 1998, 232 с.
[file:///C:/Users/user/Downloads/viera-ghlazami-fizika-dzhon-polkinkhorn%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/viera-ghlazami-fizika-dzhon-polkinkhorn%20(3).pdf)
73. **Пронин, М. А.**, Виртуалистика в Институте человека РАН. М., “ИФ РАН”, 2015, 179 с.
74. **Пронин М. А.**, Виртуалистика и алетей: теория и операторы. “Биоэтика и гуманитарная экспертиза”. Вып. 5. М., “ИФ РАН”, 2011, 170-182 с.
https://iphras.ru/bioeth_5.htm ;
https://iphras.ru/uplfile/root/biblio/bioeth/bioeth_5/9.pdf
75. **Сзречча Э., Тамбоне В.**, Биоэтика. Москва, 2002, 434 с.
<file:///C:/Users/user/Downloads/bioetika-elio-sghriechcha.pdf>
76. **Сзречча Э., Тамбоне В.**, Биоэтика, серия Богословие и наука. Москва, 2002, 434 с. <https://predanie.ru/book/216497-bioetika/>
77. **Степин В. С.**, Соморазвивающиеся системы и постнекласическая реальность, “Вопросы философии”, 2003, № 8, 5-17 с.
78. Словарь античности, отв.ред Кузищин В. И., М., “Прогресс”, 1989, 704 с.
79. **Смирнов И. Н.**, Философские измерения биоэтики. “Вопросы философии”, 1987, №12, 83-97 с.
80. **Солженицин А. И.**, Что нам по силам., “Аргументы и факты”, № 5, 2008, 3 с.
81. **Тищенко П. Д.**, Био-власть в эпоху биотехнологий. М., “ИФ РАН”, 2001, 177 с.
https://iphras.ru/uplfile/root/biblio/2001/Tishchenko_1.pdf

- 82. Тищенко П. Д.,** Этические проблемы развития биотехнологий , Биоэтика и гуманитарная экспертиза, , Вып. 2. М., “ИФ РАН”, 2008, 55-82 с.
https://iphras.ru/bioeth_2.htm
https://iphras.ru/uplfile/root/biblio/bioeth/bioeth_2/3.pdf
- 83. Трунёв С. И.,** Жизнь как ценность: проблемы и противоречия. М., “Философия и общество”, №4, 2008, 118-125с.
https://www.socionauki.ru/journal/files/fio/2008_4/jizn_kak_cennost.pdf
- 84. Урсул А. Д.,** Проблема информации в современной науке. Философские очерки. М., “Наука”, 1975, 286 с.
- 85. Фролов И. Т.,** Жизнь и познание. О диалектике в современной биологии. 2-е изд., доп., М., Книжный дом, “ЛИБРОКОМ”, 2009, 275-276 с.
- 86. Фролов И. Т., Юдин Б. Г.,** Этика науки: проблемы и дискуссии. М., “Политиздат”, 1986, 399 с.
- 87. Хрусталева К. М.,** Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья. Учебник , М ., “ГЭОТАР- Медиа”, 2017,400 с.
<http://library.pharmi.uz/books/darslik/darslik/%D0%A5%D1%80%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B2%20%D0%AE.%D0%9C.%20%D0%91%D0%B8%D0%BE%D1%8D%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%202017-%D1%83%D1%87%D0%B5%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf>
- 88. Хайдеггер М.,** Бытие и время. Пер. с нем **Бибихина В. В.,** Харьков, “Фолио”, 2003, 503с. http://yanko.lib.ru/books/philosoph/haydegger-butie_i_vremya-8l.pdf
- 89. Юдин Б. Г.,** Социальная институционализация биоэтики. Биоэтика: проблемы и перспективы. М., “ИФ РАН”, 1992, 209 с.
- 90. Юдин Б. Г.,** Основные этические принципы европейской биоэтики и биоправа. “Вопросы философии”, 2003, № 5, с. 80-83.
- 91. Юдин Б. Г.,** Человек в научном познании: методология и ценности. “Биоэтика и гуманитарная экспертиза”, Вып. 3, М., “ИФ РАН”, 2009, 21-41 с.
https://iphras.ru/bioeth_3.htm ; https://iphras.ru/uplfile/root/biblio/bioeth/bioeth_3/1.pdf

- 92. Юдин Б. Г.**, Научное познание о человека и ценности. “Знание. Понимание. Умение”. 2014, № 1, 35–49 с.
http://www.zpu-journal.ru/zpu/contents/2014/1/Yudin_Scientific-Cognition-Human-Being-Values/3_2014_1.pdf
- 93. Юдин Б. Г., Тищенко П. Д.**, М., “Прогресс-Традиция”, 1998, 384 с.
https://www.phantastike.com/philosophy/introduction_bioethics_study/djvu/view/
- 94. Юдин Б. Г.**, Чтоб сказку сделать былью? (Конструирование человека). В кн. “Биоэтика и гуманитарная экспертиза: Проблемы геномики, психологии и виртуалистики”. М., “ИФ РАН”, 2007, 3–27 с.
<https://iphras.ru/bioeth.htm>
https://iphras.ru/uplfile/root/biblio/bioeth/Bioethica_1.pdf
- 95. Юдин Б. Г.**, Жить или не жить? “Человек”, 1990, №2, 36–44 с.
- 96. Ясперс К.**, Ницше и христианство., М., “Медиум”, 1994, 115 с.
file:///C:/Users/user/Downloads/nitsche_i_hristianstvo.pdf
- 97. Яскевич Я. С.**, Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Проблемы геномики, психологии и виртуалистики. М., “ИФ РАН”, 2007, 48–69 с.
https://iphras.ru/uplfile/root/biblio/bioeth/Bioethica_1.pdf
- 98. Beauchamp T. L.**, Methods and Principles in Biomedical Ethics. “Oxford University Press”, 2003, V, 29, 269–274 p.
- 99. Beauchamp T. L., Childress J. F.**, Principles of Bioomedical Ethics. New York, “Oxford University Press”, Published 2009, 25 p.
- 100. Davtyan S. H.**, Bioethics, Handout. Yerevan, “Yerevan State Medical University”, 2013, 189 p.
- 101. Davtyan S. A., Davtyan S. H.**, The new model of value attitude towards life. Hospices and relaxing medicine, “Биоэтика Федеральный научно-практический журнал”, Russian Federation, Volgograd 2021, 22–25p. <https://bioethicsjournal.ru/2070-1586/article/view/88896/pdf>
- 102. Davtyan S. A.**, Normative regulation of life and health philosophical aspects, Main issues of pedagogy and psychology, Scientific periodical, Yerevan , 2021, 41–46 p.

103. **Davtyan S. A., Davtyan S. H., Ghazaryan K. T., Johrian A. H.**, Philosophical analysis of the euthanasia problem: the peculiarities of cultural environment, social opinion and mentality, 12th World Conference Bioethics, Medical Ethics and Health Law, St. Raphael Hotel Resort & Congress Center Limassol, Cyprus March 21-23, 2017 Program and Book of Abstracts ISAS International Seminars POB 574, Jerusalem, Israel, 14 p. www.bioethics-conferences.com
104. **Davtyan S. A., Davtyan S. H., Harutyunyan M. A.**, Euthanasia and medieval armenian thinkers., UNESCO Chair in Bioethics 13th World Conference, Bioethics, Medical Ethics and Health Law, Ramada Hotel Jerusalem, Israel November 27-29, 2018 Program and Book of Abstracts, ISAS International Seminars POB 574, Jerusalem, Israel, 23 p. www.bioethics-conferences.com.
105. **Dimmock M. et Fisher A.**, Ethics for A-Level , Chapter 7. «Euthanasia», «OpenBook Published». 2017. <https://books.openedition.org/obp/4427>
106. **Engelhardt Jr. T. H.**, The Foundations of Bioethics. Second Edition, “Oxford University Press”, USA, 1996, 446p.
107. **Gracia D.**, Fundamentos De Bioetica, Madrid: Eudema, 1989, 605 p.
108. **Polkinghorne J. C.**, The person, the soul and genetic engineering. “Journal of Medical Ethics”, 2004, v., 593 p. <https://jme.bmj.com/content/medethics/30/6/597.full.pdf>
109. **Potter V. R.**, Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs, N. J., “Prentice-Hall”, 1971, 205 p.
110. **Potter V. R.**, Global Bioethics: Building on the Leopold legacy. “Michigan State University Press”. 1988, 245 p.
111. **Warren R. T.**, The Wider View: Andre Hellegers’s Passionate, Integrating Intellect and the Creation of Bioethics, “Kennedy Institute of Ethics Journal”, 1999, March., 25-51 p.
112. **Warren R. T.**, Encyclopedia of Bioethics, 5 Volume set, “Macmillan Publishing Company, Incorporated”, 1995, January, 2950 p.
113. **Warren R. T.**, Encyclopedia of Bioethics, Volume 1, “Macmillan Publishing Company, Incorporated”, 1995, January, p.VII-VIII. 484p.
<http://course.sdu.edu.cn/G2S/eWebEditor/uploadfile/20120826202224001.pdf>

ԻՐԱՎԱԿԱՆ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐ, ՆՈՐՄԱՏԻՎ ԱԿՏԵՐ

114. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության սահմանադրություն:
<https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?DocID=77862>
115. Բնակչության կենսամակարդակը մարդկային զարգացման հայեցակարգի համակարգում: ՀՀ վիճակագրական կոմիտեի որակի քաղաքականությունը:
<https://armstat.am/file/doc/99513203.pdf>; https://armeco.am/_Id/6/691_mardzargacum.doc
116. ՀՀ Առողջապահության նախարարի հրամանը Պալիատիվ բժշկական օգնության եվ սպասարկման տրամադրման չափորոշիչը հաստատելու մասին, 18 հոկտեմբերի 2017թ., N 45-Ն: <https://www.arlis.am/documentView.aspx?docID=132500>
117. ՀՀ առողջապահության նախարարության «Հղիության արհեստական ընդհատման մասին» թիվ 778 հրաման: <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=18705>
118. Բժիշկների Համաշխարհային Ասոցիացիայի (ԲՀԱ), Հելսինկյան հռչակագիր ԲՀԱ-ի 18-րդ գլխավոր ասամբլեա, Հելսինկի, Ֆինլանդիա, 1964 թ. Հունիս:
https://rostgmu.ru/wp-content/uploads/2014/12/WMA_Helsinki.pdf
119. ՀՀ օրենքը «Բնակչության բժշկական օգնության եվ սպասարկման մասին»:
<https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=142602>
120. «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» ՀՀ օենքում (1996):
<https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=104958>
121. Համընդհանուր հռչակագիր բիոէթիկայի և մարդու իրավունքների մասին: Երևան «Լույս», 2006, 32 էջ:
122. ՀՀ կառավարություն, «Հղիության արհեստական ընդհատման կարգն ու պայմանները», 2017թ., թիվ 180Ն որոշում:
<https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=111980>
123. ՀՀ Քրեական օրենսգիրք, 2003թ.:
<https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=69646>

- 124.** ՀՀ օրենքը Մարդու վերարտադրողական առողջության եվ վերարտադրողական իրավունքների մասին: Հղվ. 9,2002 թ.:
<https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=75284>
- 125.** ՀՀ օրենքը Մարդու վերարտադրողական առողջության եվ վերարտադրողական իրավունքների մասին: Հղվ. 10, 2002թ.:
<https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=75284>
- 126.** ՀՍՍՀ Քրեական օրենսգիրքը (1961թ.):
<https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docID=4>
- 127.** ՀՀ 2021թ. Քրեական նոր օրենսգիրք:
<https://www.arlis.am/documentview.aspx?docID=153080>
- 128.** ՀՀ 2022թ. ուժը կորցրած Քրեական օրենսգիրք:
<https://www.arlis.am/documentview.aspx?docid=69646>
- 129.** Մարդու իրավունքներն ու Կենսաբժշկությունը, Օվիեդոյի կոնվենցիա (CETS No. 164), 4 ապրիլի 1997թ. , Եվրոպայի Խորհուրդ, Օգոստոս 2020 , 221 էջ:
<https://rm.coe.int/human-rights-and-biomedicine-convention-arm/1680a206db>
- 130.** Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011, № 323-ФЗ, с. 57 (п.1).
http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
- 131.** Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».Российской Федерации от 21 ноября 2011, с. 56, п.3.
http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
- 132.** Авраамические религии: нет эвтаназии и самоубийствам.
<https://www.vaticannews.va/ru/world/news/2019-10/avraamicheskie-religii-net-evtanazii-i-samoubijstvam.html>
- 133.** Лиссабонская декларация о правах пациента .
https://e-stomatology.ru/star/info/2010/lissabon_declaration.htm
- 134.** Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н"Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия

медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья".

<http://ivo.garant.ru/#/document/72280964/paragraph/1/doclist/127/showentries/0/highlight/%D0%A4%D0%97%20N%20%20345%D0%BD|372%D0%BD:1>

135. American Hospital Association, 1973, Patient's Bill of Rights.

<https://www.aha.org/node/5305>

136. American Hospital Association, The Patient Care Partnership.

<https://www.aha.org/other-resources/patient-care-partnership>

137. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe; European consultation on the rights of patients, Amsterdam, 28-30 march, 1994.

http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/Nomothesia_Nosilefton/Evropaika_keimena/eu_declaration1994_1_.pdf

138. ACTAS Dermo-Sifiliográficas, Academia Espanola de dermatologia y venerologia.

[https://l.facebook.com/l.php?u=https%3A%2F%2Factasdermo.org%2Fes-ethics-in-medical-research-in-articulo-](https://l.facebook.com/l.php?u=https%3A%2F%2Factasdermo.org%2Fes-ethics-in-medical-research-in-articulo-S1578219011000187%3Ffbclid%3DIwARiW09ZWZVsqkyt7o7nv86ul67UIJvJcrJDnHG4WtT2choO4Ltx0IV0vJaU&h=AT1KkGyxN3l6l9phdQ6y0FVY3fGa3b2ywfor-H1HBbDHRKq1lF2_JbvC7Askxi9mLu7-qRYm4Mg8D0fQbMt90qXhva76N-V_UOUkUioUs92SDWMr3JGrOYVkr-Y_vZ35CrqTbQ)

[S1578219011000187%3Ffbclid%3DIwARiW09ZWZVsqkyt7o7nv86ul67UIJvJcrJDnHG4WtT2choO4Ltx0IV0vJaU&h=AT1KkGyxN3l6l9phdQ6y0FVY3fGa3b2ywfor-H1HBbDHRKq1lF2_JbvC7Askxi9mLu7-qRYm4Mg8D0fQbMt90qXhva76N-V_UOUkUioUs92SDWMr3JGrOYVkr-Y_vZ35CrqTbQ](https://l.facebook.com/l.php?u=https%3A%2F%2Factasdermo.org%2Fes-ethics-in-medical-research-in-articulo-S1578219011000187%3Ffbclid%3DIwARiW09ZWZVsqkyt7o7nv86ul67UIJvJcrJDnHG4WtT2choO4Ltx0IV0vJaU&h=AT1KkGyxN3l6l9phdQ6y0FVY3fGa3b2ywfor-H1HBbDHRKq1lF2_JbvC7Askxi9mLu7-qRYm4Mg8D0fQbMt90qXhva76N-V_UOUkUioUs92SDWMr3JGrOYVkr-Y_vZ35CrqTbQ)

139. About abortion, Fighting for body rights since 1933.

https://www.rfsu.se/contentassets/48adfec3a7254bd590c07c79766000a8/en_om_abort.pdf

140. Britain's abortion law. <https://www.bpas.org/get-involved/campaigns/briefings/abortion-law/>

141. Abortion in Democratic Spain: The Parliamentary Political Agenda 1979–2004.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2807%2929295-X>

142. Italy, Abortion legislation. <https://abort-report.eu/italy/>

143. Norway, Abortion legislation. <https://abort-report.eu/norway/>

144. France, Abortion legislation. <https://abort-report.eu/france/>

145. The Netherlands. <https://abort-report.eu/netherlands/>
146. Roe v. Wade, Abortion. <https://www.history.com/topics/womens-rights/roe-v-wade>
147. Council for International Organizations of Medical Sciences, XXVIIIth Conférence, Switzerland, 16-17 p. <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/05/CIOMS-History-Organization-Activities-Members-1.pdf>
148. National Society for the Legalization of Euthanasia Founded (1938).
https://euthanasia.procon.org/historical-timeline/?fbclid=IwAR0QZUkFv0wykCFQREooLuv7zgZwNrjn_nAszhwADVUaM40JGV1gFEMt7Jl
149. European Network of Research Ethics Committees., National Information: France.
<http://www.eurecnet.org/information/france.html>
150. UNESCO. International Bioethics Committee (IBC).
<https://en.unesco.org/themes/ethics-science-and-technology/ibc>
151. Presidential Commission for the study of Bioethical issues.
<https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcsbi/news.html>
152. UNESCO. Intergovernmental Bioethics Committee (IGBC).
<https://en.unesco.org/themes/ethics-science-and-technology/igbc>
153. Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights . UNESCO's 29th General Conference on 11 November 1997.
<https://en.unesco.org/themes/ethics-science-and-technology/human-genome-and-human-rights>
154. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, UNESCO's 33rd General Conference, on 19th October 2005. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>
155. United Nations Declaration on Human Cloning, 23 Mar. 2005.
file:///C:/Users/user/Downloads/A_RES_59_280-EN.pdf
156. Voluntary Euthanasia Legalization Society, 1935.
<https://translate.google.com/website?sl=en&tl=hy&hl=hy&prev=search&u=http://www.jstor.org/stable/25346384?mag%3Dhistory-euthanasia-movement>

- 157.** WMA Resolution on the Inclusion of Medical Ethics and Human Rights in the Curriculum of Medical Schools World-Wide, 51st World Medical Association General Assembly, Tel Aviv, Israel, October 1999. <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-the-inclusion-of-medical-ethics-and-human-rights-in-the-curriculum-of-medical-schools-world-wide/>