

მიხეილ ბიჭია* ილონა გაგუა**

პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის გაცემის ისტორიული საფუძვლები და თანამედროვე გამოწვევები პრაქტიკაში

პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის დაცვის იდეა არაა თანამედროვე ეპოქის პირმო. ის ჯერ კიდევ ანტიკურ ეპოქაში იყო ცნობილი, მაგრამ სხვა დატვირთვა ჰქონდა – ინფორმირებული თანხმობის კონცეფცია ეფუძნებოდა პაციენტის სოციალურ სტატუსს. დიდი ხნის განმავლობაში მოქმედი პატერნალისტური დამოკიდებულება პაციენტის ნებას უგულვებელყოფდა და ექიმს ანიჭებდა აბსოლუტურ თავისუფლებას, თვითონ გადაენწყვიტა პაციენტის მიმართ სამედიცინო ჩარევასთან დაკავშირებული საკითხები. ასეთ მიდგომას საფუძვლად ედო ის, რომ ყველაზე კარგად ექიმმა იცოდა, რა იქნებოდა პაციენტისთვის კარგი.

მეოცე საუკუნის დასაწყისში უპირატესობა მიენიჭა პაციენტის პირადი ავტონომიის პრინციპს, რომელიც ნელ-ნელა ფეხს იმკვიდრებს სასამართლო პრაქტიკაშიც. თანამედროვე რეალობამ ყურადღება მიაქცია პაციენტის თავისუფალ ნებას, რითაც წინა პლანზე წამოსწია ადამიანის პირადი ავტონომიისა და ღირსების პატივისცემის იდეა. ამ მიზნით ჩამოყალიბდა პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის გაცემის უმნიშვნელოვანესი პოსტულატები (ნებაყოფლობითობა, გაცნობიერების შესაძლებლობა, პაციენტის მიერ გადანყვეტილების მიღების უფლებამოსილება და სხვ.), რომლებიც კუმულაციურად დაცვას მოითხოვს.

საყურადღებოა მტკიცების ტვირთის განაწილების საკითხი. კლინიკამ ბევრი უნდა იმუშავოს, რომ საკუთარი მტკიცების ტვირთში შემავალი გარემოებები დაძლიოს, რადგან ინფორმირებული თანხმობის დარღვევა არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების საფუძველიცაა. თუ მას ერთვის თან არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობა, ეს დარღვევის მაკვალიფიციურებელ ფაქტორად განიხილება ადამიანის უფლებათა ევროპულ სასამართლოში და არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების ოდენობას ზრდის.

ამასთან, უფლებების ეფექტიანი დაცვის სფეროში მნიშვნელოვანია ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო პრაქტიკის მიდგომების უფრო მეტად გათვალისწინება. ამ მიზნით ყურადღება უნდა მიექცეს არა მხოლოდ ინფორმირებული თანხმობის ფორმალურ ასპექტს, არამედ მისი შინაარსობრივი მხარის დაცვას.

საკვანძო სიტყვები: პაციენტის პირადი ავტონომია, პატერნალიზმი, ისტორიული ექსკურსი, თანამედროვე მიდგომები, სასამართლო პრაქტიკა, მტკიცების ტვირთი, კომპენსაცია

1. შესავალი

როდის წარმოიშვა პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის იდეა? რამ განაპირობა ინფორმირებული თანხმობის წარმოშობა და რა ფორმით გვხვდებოდა ის სხვადასხვა ეპოქაში? ესაა საკვანძო საკითხები, რომლებიც, უპირველეს ყოვლისა, საინტერესოა ისტორიულ კონტექსტში, რისთვისაც უნდა იყოს გამოყენებული ისტორიული მეთოდი. თუმცა ეს საკითხები

* სამართლის დოქტორი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მონვეული ლექტორი, ევროპის უნივერსიტეტის აფილირებული პროფესორი, უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამების აკრედიტაციის ექსპერტი, ადვოკატი, მედიატორი.

** სამართლის დოქტორი, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მონვეული ლექტორი, საქართველოს ეროვნული უნივერსიტეტი სეუ-ს პროფესორი, საქართველოს დავით აღმაშენებლის სახელობის უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის მთავარი კონსულტანტი – მოსამართლის თანაშემწე.

მნიშვნელოვანია სამართლებრივი თვალსაზრისითაც, რადგან მათი დახმარებით შეიძლება დადგინდეს, თავდაპირველად რა ფორმით არსებობდა ინფორმირებული თანხმობა – დასაწყისშივე იყო ჩამოყალიბებული სამართლებრივი კონცეფციის სახით თუ შემდგომში შეიძინა იურიდიული შინაარსი. როგორ იყო ინფორმირებული თანხმობა დაცული სხვადასხვა დროს და რაა ამ საკითხის კვლევის მიზანი და როგორია მისი მნიშვნელობა? თემა განსაზღვრავს პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის იდეის წარმოშობის საფუძვლებს და დაგვანახებს განვითარების თავისებურებებს, ასევე, იძლევა მისი თანამედროვე ხედვის გააზრების შესაძლებლობას. ეს მნიშვნელოვანია არა მხოლოდ თეორიული, არამედ პრაქტიკული თვალსაზრისითაც, რადგან სასამართლო პრაქტიკამაც ასახოს თანამედროვე ტენდენციები და მოთხოვნები.

ამავე დროს, საკითხი საინტერესოა მედიცინის სფეროსთვის. აქვე, გასარკვევია, როგორია პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის პროცედურული და შინაარსობრივი ნაწილების მნიშვნელობა. მართალია, პაციენტის ინფორმირებულ თანხმობას იკვლევს მეცნიერების სხვადასხვა დარგი, მაგრამ ლოგიკურად ეს საკითხი, ძირითადად, უფრო მეტად სამართლისა და მედიცინის ყურადღების ცენტრში ექცევა.

ზემოთ დასახელებული გარემოებები პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის თანამედროვე გაგების გარკვევის წინაპირობაა. შესაბამისად, როცა დადგინდება ინფორმირებული თანხმობის იურიდიული შინაარსი და გაცემის სავალდებულო კომპონენტები, მარტივად იქნება შესაძლებელი, შევასაღებოთ ესა თუ ის შემთხვევა თავისი სპეციფიკით. აქვე საინტერესოა, რა მიდგომები აქვს საქართველოსა და ადამიანის უფლებათა ევროპულ სასამართლოს პაციენტის ინფორმირებულ თანხმობასთან დაკავშირებით, რაც საჭიროებს ღრმად შესწავლას. ეს, თავის მხრივ, მნიშვნელოვანია პაციენტის ინტერესების სრულყოფილი და ეფექტიანი დაცვისთვის.

აქედან გამომდინარე, წინამდებარე ნაშრომი არის პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის ისტორიული, ფილოსოფიური, სამედიცინო და სამართლებრივი საფუძვლების შესწავლისა და შესაბამისი შედეგების განსაზღვრის ცდა.

2. პატერნალისტური მიდგომის საწყისები

მედიცინის ისტორიის კლასიკურ დოკუმენტებს წარმოადგენს ჰიპოკრატეს ნაწერები (ძვ. წ. V-IV წწ.) და ტომას პერსივალის „სამედიცინო ეთიკა“ (1803 წ.). თუმცა ამ ნაწერების მთავარი საზრუნავი იყო იმის გარკვევა, თუ როგორ აეცილებინა თავიდან ისეთი ინფორმაციის გამჟღავნება, რასაც შეეძლო პაციენტებისთვის ზიანის მიყენება. ექიმის ეთიკაც იყო ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობის ეთიკა, რომელშიც პრაქტიკულად არ იყო გათვალისწინებული უფლება პაციენტის თანხმობაზე.¹ ამასთან, ჯერ კიდევ ანტიკური ხანის წყაროებში ასახულია სამედიცინო ეთიკისა და დეონტოლოგიის საკითხები. ამის მაგალითია „ჰამურაბის კანონები“ (უძველესი ბაბილონის კანონები, მე-18 საუკუნე ჩვ.წ.ალ-მდე), ჰიპოკრატეს „ექიმების შესახებ“, „ფიცი“ და „კანონები“ (V-IV სს. ჩვ. წ.ალ-მდე), ინდური „სიცოცხლის წიგნი“ („აიურვერდა“ – V-IV სს. ჩვ. წ. ალ-მდე). ტერმინი „ეთიკა“ პირველად გამოიყენა არისტოტელემ (384-322 ჩვ.წ.ალ-მდე).²

¹ *Beauchamp T. L., Informed consent: Its History, Meaning and Present Challenges, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 20 (04), 515.*

² *გაბუნია ლ., ხეცურიანი შ., გამყრელიძე ნ., გუმბარიძე ლ., ვარაზი ე., სამედიცინო დეონტოლოგია და იატროგენული დაავადებების პრევენცია, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, სამეცნიერო შრომათა კრებული, N53, 2019, 29.*

ძველ საბერძნეთში საზოგადოება შედგებოდა თავისუფალი ადამიანებისა და მონებისგან. ამდენად, ექიმს შეიძლება ჰყოლოდა მოსწავლეები, რომლებიც ნებისმიერ ჯგუფს განეკუთვნებოდა. თუმცა განათლების მიღების შემდეგ ისინი მედიცინის ხელოვნებას ეუფლებოდნენ იმისათვის, რომ „ექიმები“ გამხდარიყვნენ. პლატონი მწვრთნელებს განიხილავდა ნამდვილ ექიმებად, ხოლო დამხმარეებს/ თანაშემწეებს მოიხსენიებდა „სხვებად“. ეს ექიმები პაციენტებს ექცეოდნენ სხვადასხვაგვარად, მათი სოციალური სტატუსის მიხედვით.³ ექიმები, რომლებიც, ამავე დროს, მონები იყვნენ, მკურნალობდნენ მონებს და არასოდეს უხსნიდნენ მკურნალობის დეტალებს პაციენტებს. ამასთან, ექიმები, რომლებიც თავისუფალი ადამიანები იყვნენ, მკურნალობდნენ თავისუფალ ავადმყოფებს, უხსნიდნენ მათ ავადმყოფობის ხასიათს ისე, რომ არ უმჟღავნებდნენ მდგომარეობის ან მისი პროგნოზის შესახებ ყველაფერს და უნიშნავდნენ წამალს მხოლოდ თანხმობის მიღების შემდეგ. თანხმობის მისაღებად ზოგჯერ იძახებდნენ ადამიანს, რომელიც გამონრთობილი იყო საზოგადოებასთან ურთიერთობაში, ან ექიმებს, რომლებიც განვრთნილი იყვნენ სხვების დარწმუნებაში. პლატონი თავის წიგნში „სახელმწიფო მოღვაწე“ აღწერდა, რომ თუ ექიმი აიძულებდა თავის პაციენტს, სწორად მოქცეულიყო აღიარებული ნორმების საწინააღმდეგოდ, ეს არ მიიჩნეოდა შეცდომად. ჰიპოკრატემ ჯერ კიდევ პლატონამდე აღნიშნა, რომ პაციენტს აუცილებლად უნდა ჰქონოდა ინფორმაცია, რათა მას ეთანამშრომლა ექიმთან და მიეცა თანხმობა.⁴

ამდენად, ძველ საბერძნეთში არასასურველად მიიჩნეოდა პაციენტის მონანილეობა სამედიცინო მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში. ზოგადად, აღიარებული იყო, რომ ექიმის უპირველეს ამოცანად ითვლებოდა მკურნალობის მიმართ პაციენტის ნდობის აღძვრა; შესაძლო სირთულეების შესახებ ინფორმაციის ნებისმიერმა გამჟღავნებამ შეიძლება პაციენტის ნდობა შეამციროს. მოგვიანებით, შუა საუკუნეებში, სამედიცინო წერილები ექიმებს მოუწოდებდა, გამოეყენებინათ პაციენტებთან საუბრის მეთოდი, როგორც კომფორტისა და იმედის მიცემის შესაძლებლობა, ამით კი უსვამდნენ ხაზს იმას, რომ ექიმს უნდა ჰქონოდა მანიპულირებისა და ტყუილის თქმის უნარები. ფართოდ იყო გავრცელებული მოსაზრება, რომ მკურნალობის ეფექტის მისაღწევად ავტორიტეტი უნდა ყოფილიყო შერწყმული მორჩილებასთან. განმანათლებლობის ეპოქაში გაჩნდა ახალი შეხედულება, რომლის თანახმად, პაციენტებს უნდა ჰქონოდათ ექიმის მოსმენის უნარი, თუმცა მაინც ითვლებოდა, რომ მოცუება აუცილებელი იყო პაციენტის მოვლის გაადვილებისთვის. 1800-იან წლებში მედიცინის მუშაკებს შორის მოსაზრება გაიყო იმაზე, უნდა შეეტყობინებინათ თუ არა პაციენტისთვის არასასურველი პროგნოზი. თუმცა იმდროინდელ ექიმთა უმეტესობა ეწინააღმდეგებოდა პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მის ინფორმირებას.⁵

ფაქტობრივად, ზემოთ განხილული ასპექტები პატერნალიზმის იდეას გამოხატავს. პატერნალიზმის ეტიმოლოგია ეფუძნება ლათინურ სიტყვას **pater** („მამა“) და პატრიარქალურ კულტურებს, რომლებშიც მამა განიხილებოდა ოჯახის უფროსად, ავტორიტეტულ ფიგურად, რომელიც პასუხისმგებელი იყო ოჯახის წევრებისა და სხვა ქვეშევრდომების კეთილდღეობაზე. ტერმინი „პატერნალიზმი“ გაჩნდა მე-19 საუკუნის ბოლოს, როგორც კრიტიკის ნაწილი,

³ *Dalla-Vorgia P., Lascaratos J., Skiadas P., Garanis-Papadatos T.*, Is consent in medicine a concept only of modern times? *Journal of Medical Ethics*, 2001, 27(1), 59, DOI:10.1136/jme.27.1.59.

⁴ *Kumar NK.*, Informed consent: Past and present. *Perspectives in Clinical Research*, 4(1), 2013 Jan, 21-22, DOI: 10.4103/2229-3485.106372.

⁵ *Murray P. M.*, The History of Informed Consent, *The Iowa orthopaedic journal*, Vol. 10, 1990, 104.

რომელიც გამომდინარეობდა პირადი თავისუფლებისა და ავტონომიის თანდაყოლილი ღირებულებიდან. ის უკავშირდებოდა გადაჭარბებულ დაცვას, რომელიც, ჩვეულებრივ, პირადი თავისუფლებისა და ადამიანის ავტონომიის დარღვევა სიკეთის ქმნადობის ან მისი ინტერესების დაცვის განზრახვით.⁶ შესაბამისად, პატერნალისტური მოდელი პირდაპირ უკავშირდებოდა პატრიარქალურ კულტურას. მისი ფუნდამენტური მახასიათებელი იყო პაციენტის ობიექტივიზაცია. ამ გაგებით, პაციენტი განიხილებოდა „ზრდასრულ ბავშვად“, რომელსაც არ შეეძლო სწორი, დამოუკიდებელი და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღება.⁷

როგორც პატერნალიზმის, ისე ავტონომიის მიზანია პაციენტისთვის სიკეთის მოტანა, თუმცა ავტონომიის საინანაღმდეგო მოვლენად განიხილება პატერნალიზმი. ეს მიდგომა აიხსნება იმით, რომ ექიმმა ყოველთვის პაციენტზე უკეთესად იცის, რაა პაციენტისთვის კარგი. სწორედ პაციენტსა და ექიმს შორის ასეთ წარმოდგენას მოჰყვა დიდი კრიტიკა.⁸ პატერნალიზმის დროს ექიმი ლებულობს გადაწყვეტილებას იმის გათვალისწინებით, თუ რას თვლის პაციენტის საუკეთესო ინტერესებად, თუნდაც იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც შეუძლიათ დამოუკიდებლად გადაწყვეტილების მიღება.⁹ პატერნალიზმის დროს ექიმს ევალებოდა პაციენტის საუკეთესო სამედიცინო ინტერესების გათვალისწინებით მოქმედება, რა დროსაც ექიმი „კარგ პაციენტად“ განიხილავდა იმას, ვინც მორჩილად ლებულობდა ჩვილი ბავშვის პასიურ როლს.¹⁰

განასხვავებენ მკაცრ და რბილ, ფართო და ვიწრო, აქტიურ და პასიურ პატერნალიზმს. რბილი ან სუსტი პატერნალიზმის მიხედვით, ექიმი ან სახელმწიფო ეხმარება პაციენტს, გააკეთოს არჩევანი, რომელსაც პაციენტი გააკეთებდა მაშინ, თუ ნების ძალა და ჯანსაღი აზროვნების უნარი ექნებოდა. რბილი პატერნალიზმის დროს კანონიერია ჩარევა იმ საშუალებებში, რომლებსაც აგენტები ირჩევენ საკუთარი მიზნების მისაღწევად, თუ ეს საშუალებები ხელს შეუშლის ამ მიზნებს. მკაცრი პატერნალიზმი კრძალავს ზოგიერთ რამეს და აძლევს სხვას, მის ნაცვლად, გადაწყვეტილების მიღების მანდატს. მისგან განსხვავებით, უფრო რბილი პატერნალიზმი მიმართულია მხოლოდ პაციენტის გადაწყვეტილებების შესუსტებისკენ ისე, რომ არჩევანის თავისუფლების განსაკუთრებული დარღვევა არ მივიღოთ. მკაცრი ანუ უხეში პატერნალიზმის თანახმად, ადამიანი შეიძლება ცდებოდეს ან დაიბნეს საკუთარ მიზნებში და ამ დროს გაურკვევლობის პრევენციისთვის კანონიერია ჩარევა. ამ სახის პატერნალიზმი ვარაუდობს, რომ ადამიანი არჩევანის გაკეთებისას უარს ამბობს სხვა ადამიანის მიერ ავტონომიური გადაწყვეტილების მიღებაზე.¹¹

ფაქტობრივად, სიტყვა „**პატერნალიზმი**“ შეიძინა წმინდა ნეგატიური კონოტაცია, არადა მანამდე ის ნიშნავდა მამობრივ მზრუნველობას. ადრე პაციენტი აფასებდა ამ ზრუნ-

⁶ Rocio F.-B., Macarena S.-I., Ricardo O., Carmen H., Jose M. R. C., Alfonso C. J., Paternalism vs. Autonomy: Are They Alternative Types of Formal Care? *Frontiers in psychology*, Vol. 10, 2019, 1460-1461.

⁷ Климович А. И., Эволюция моделей коммуникации врач-пациент в современной медицине, *Вестник полочского государственного университета, Серия Е, Педагогические науки, Философия*, №15, 2019, 89.

⁸ Komrad M. S., A defense of medical paternalism: maximizing patients' autonomy, *Journal of Medical Ethics*, 9(1), 1983, 38-39.

⁹ Sandman L., Munthe C., Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice, *Health Care Analysis*, 18(1), 2009, 61.

¹⁰ Kaba R., Sooriakumaran P., The evolution of the doctor-patient relationship, *International Journal of Surgery*, №5, 2007, 59.

¹¹ Rodriguez-Osorio C. A., Dominguez-Cherit G., Medical decision making: paternalism versus patient-centered (autonomous) care, *Current opinion in critical care*, Vol. 14, 2008, 709-710.

ვას, ახლა მან გადანყვიტა, თვითონ გადანყვიტოს საკუთარი ბედი, გააკეთოს თავისუფალი არჩევანი საკუთარი ღირებულებებისა და შეხედულებების საფუძველზე, დომინირებული ექიმის გაუთვალისწინებლად.¹² ამიტომ სამართლიანად შენიშნავდა დვორკინი, რომ **პატერნალიზმი ადამიანის მოქმედების თავისუფლებაში უხეში ჩარევაა**, რაც გამართლებულია პაციენტის კეთილდღეობის, სიკეთის კეთების, გაბედნიერების, საჭიროებების, ინტერესების ან ღირებულებების დაცვის ინტერესებით.¹³

უძველესი დროიდან ექიმების პატერნალისტური დამოკიდებულება პაციენტების მიმართ მე-20 საუკუნის დასაწყისიდან ინფორმირებული თანხმობის იდეით შეიცვალა.¹⁴ საქმე ისაა, რომ მე-20 საუკუნეში თანდათან პატერნალისტური „ზრუნვის სტანდარტის“ ფარგლებში გადანყვიტების მიღება იცვლება უფრო მეტად პაციენტზე ორიენტირებული კონცეფციით: „**ადამიანი არის საკუთარი სხეულის ბატონ-პატრონი...**“ ამ იდეის თანახმად, თანხმობა ნებაყოფლობით უნდა გასცეს უფლებამოსილმა პირმა (პაციენტი), რომელიც კარგადაა ინფორმირებული ჩასატარებელი მკურნალობისთვის თანმდევი რისკებისა და ალტერნატივების შესახებ.¹⁵

3. ინფორმირებული თანხმობის იდეის წარმოშობა და პრეცედენტული საქმეები

ადრინდელი ფილოსოფოსები საუბრობდნენ „ბუნებით უფლებებზე“, რომლებიც ადამიანებს დაბადების მომენტიდან ენიჭებათ. თანამედროვე ენით მათ „ადამიანის ძირითად უფლებებს“ უწოდებენ. ისინი დაცულია დემოკრატიულ ქვეყნებში და განმტკიცებულია საერთაშორისო ხელშეკრულებებში. სოკრატემ, პლატონმა და არისტოტელემ აღიარეს ეთიკის მიზანი და გაანალიზეს ნორმატიულ-ეთიკური იდეალები, რომლებიც ადამიანის ცხოვრებაზე ახდენენ გავლენას. თუმცა მოგვიანებით, მე-20 საუკუნის დასაწყისში ფილოსოფოსების ყურადღების ცენტრში მოექცა ლინგვისტური დეტალები ან „მორალური სემანტიკისა და მეტაეთიკის სხვა საკითხების“ „ლოგიკური ანალიზი.“ საგულისხმოა, რომ როცა ექიმებმა, რომლებიც ხელისუფლების პოლიტიკური იდეოლოგიის ზეგავლენის ქვეშ იყვნენ, მაშინ უარყვეს 1931 წელს გერმანიის მთავრობის მითითებები, რომლებიც ხაზს უსვამდა ინფორმირებული თანხმობის თანამედროვე მოთხოვნას და ეთიკური ექსპერტიზის დამოუკიდებლობას, ადამიანებზე ნაცისტების შოკისმომგვრელმა ექსპერიმენტებმა შეძრა ფილოსოფოსები. ამან საფუძველი ჩაუყარა ფართოდ აღიარებულ კოდექსს – ნიურნბერგის კოდექსს. მის 10 პრინციპს შორის ყველაზე ტევადი იყო ინფორმირებული თანხმობის პრინციპი. მოგვიანებით ჰელსინკის დეკლარაცია ეხებოდა ეთიკის კომიტეტის მიერ განხილვის მნიშვნელობას, რომელიც მოიცავდა ინფორმირებულ თანხმობაზე დოკუმენტს.¹⁶

მესამე რაიხის დროს გერმანიაში ნაცისტმა მეცნიერებმა **საკონცენტრაციო ბანაკის პატიმრებზე ჩატარეს სხვადასხვა სახის** და ხშირად ფატალური სამედიცინო ექსპერიმენ-

¹² *Кречетова М. В., Информированное согласие на медицинское вмешательство, В помощь практикующей медицинской сестре, №4 (88), 2021, 11.*

¹³ *Dworkin G., Paternalism, in: Morality and the law (ed. Wasserstrom R.), Belmont California: Wadsworth, 1971, 107, 108; Dworkin G., Paternalism, The monist, 56 (1), 1972, 65.*

¹⁴ *Kumar NK., Informed consent: Past and present, Perspectives in Clinical Research, Vol. 4, Issue 1, 2013, 24.*

¹⁵ *Murray P. M., The History of Informed Consent, The Iowa Orthopaedic Journal, Vol. 10, 1990, 109.*

¹⁶ *Kumar NK., Informed consent: Past and present. Perspectives in Clinical Research, 4(1), 2013, 22, doi: 10.4103/2229-3485.106372*

ტები, რომლებიც არ ატარებდა ნებაყოფლობით ხასიათს. ძირითადად, ისინი იყვნენ ებრაელები, ბოშები და სლავები. ომის დასრულების შემდეგ შეერთებულმა შტატებმა დააყენეს საკითხი ოცი ნაცისტი მეცნიერის პასუხისმგებლობის შესახებ საერთაშორისო სამხედრო ტრიბუნალის წინაშე ნიურნბერგში, გერმანიაში ომისა და კაცობრიობის წინააღმდეგ ჩადენილი დანაშაულებისთვის. საბოლოოდ შვიდ ნაცისტ მეცნიერს მიესაჯა სიკვდილით დასჯა, ხოლო რვას – სხვადასხვა ვადით თავისუფლების აღკვეთა. თავისი საბოლოო გადაწყვეტილების ფარგლებში ტრიბუნალმა შეიმუშავა ათი პრინციპი, რომლებიც შემდეგში გახდა ცნობილი, როგორც „ნიურნბერგის კოდექსი“. ის შეიცავდა პირველ საერთაშორისო წესებს ადამიანებზე სამეცნიერო კვლევის ჩატარებასთან დაკავშირებით. ამასთან, ამ კოდექსით ადამიანისგან ნებაყოფლობითი თანხმობის მიღება აბსოლუტურ აუცილებლობად განიხილება. ეს იმას ნიშნავს, რომ ამ ადამიანს უნდა შეეძლოს თანხმობის გაცემა (ქმედუნარიანობა); თანხმობა უნდა გაიცეს თავისუფლად და თან პაციენტს უნდა ჰქონდეს საკმარისი დრო გასააზრებლად და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მისაღებად.¹⁷

ინფორმირებული სამედიცინო თანხმობის ამჟამინდელი კონცეფცია განსხვავდება 1900 წლის პრუსიის დირექტივისა და რაიხის მთავრობის 1931 წლის დირექტივისგან, ომის შემდგომ ჩამოყალიბებულ რეგულაციებში ზოგიერთი ძირითადი ელემენტის იდენტიფიცირება შეიძლება ადამიანებზე ექსპერიმენტების წარმოების სხვა ეთიკურ საკითხებთან ერთად. 1947 წლის ნიურნბერგის კოდექსი ფართოდ იყო აღიარებული, როგორც ინფორმირებული თანხმობის გზით ადამიანებზე კვლევების განხორციელების ეთიკური რეგულაციების შესახებ პირველი დოკუმენტი.¹⁸

ამერიკულ სამართალში ინფორმირებული თანხმობის შესახებ რამდენიმე გადაწყვეტილება იყო მიღებული 1905-1914 წლებში.¹⁹ მე-20 საუკუნის დასაწყისში ინფორმირებული თანხმობის კონცეფციაზე მსჯელობა დაიწყო ოთხი სასამართლო გადაწყვეტილებით, რადგან მათ ჩაუყარეს პაციენტის ავტონომიის პრინციპს საფუძველი. ეს გადაწყვეტილებები დაიწყო 1905 წელს “Mohr v. Williams”-ისა და “Pratt v. Davis”-ის საქმეებით, შემდეგ დაემატა საქმეები “Rolater v. Strain” და “Schloendorff v. Society of New York Hospital.” ამ გადაწყვეტილებებში განმტკიცდა პაციენტის ავტონომიის პრინციპი, რომელიც მედიცინასა და მეცნიერებაში საბოლოოდ ჩამოყალიბდა, როგორც ინფორმირებული თანხმობის საფუძველი.²⁰

“Mohr v. Williams” არის პირველი მნიშვნელოვანი საქმე თანხმობის შესახებ. მოჰრმა მისცა თანხმობა მარჯვენა ყურზე ოპერაციის ჩატარებასთან დაკავშირებით, რათა ყურის დაავადებული ნაწილები ამოღებულიყო. მან თანხმობა გამოხატა მას შემდეგ, რაც რჩევა ჰკითხა ოჯახის ექიმს, რომელიც ოპერაციას ასევე ესწრებოდა. თუმცა როცა მოსარჩელეს ანესთეზია გაუკეთეს, ქირურგმა აღმოაჩინა, რომ პაციენტის მარჯვენა ყური კი არ იყო ისე დაავადებული, როგორც ადრე ფიქრობდა, არამედ მარცხენა ყურს ჰქონდა სერიოზული პრობლემები. ქირურგმა ჩათვალა, რომ პაციენტს მარცხენა ყურზე უნდა გაეკეთებინა ოპერაცია და

¹⁷ Schuman J., Beyond Nuremberg: A Critique of “Informed Consent” in third World Human Subject Research, Journal of Law and Health, Vol. 25, 2012, 124-125.

¹⁸ Vollmann J., Winau, R., Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code, British Medical Journal, Vol. 313, No. 7070, 1996, 1447.

¹⁹ Dennis B. P., The origin and nature of informed consent: Experiences among vulnerable groups, Journal of Professional Nursing, 15(5), 1999, 281.

²⁰ Bazzano L. A., Durant J., Brantley P. R., A Modern History of Informed Consent and the Role of Key Information, Ochsner Journal, Vol. 21, Number 1, Spring 2021, 81.

არა მარჯვენაზე, ამიტომ ჩაატარა პროცედურა მარცხენა ყურზე. ქალბატონმა მოჰრმა უჩივლა ქირურგს მას შემდეგ, რაც ოპერაციამ კიდევ უფრო დაუქვეითა სმენა. იგი ამტკიცებდა, რომ ოპერაცია მისი თანხმობის გარეშე ჩატარდა, რის გამოც ეს მოქმედება იყო მართლსაწინააღმდეგო.²¹ სასამართლომ გამოიტანა გადაწყვეტილება მის სასარგებლოდ და ხაზგასმით აღნიშნა, რომ **თანხმობა კი არ იყო ნაგულისხმევი**, ეხებოდა კონკრეტულ პროცედურას.²²

საქმეზე „Pratt v. davis 1905 წელს ილინოისში სასამართლო გადაწყვეტილება გაასაჩივრა მოსარჩელემ – პარმელია დევისმა. მან უჩივლა ქირურგს, რადგან ჰისტერექტომია (საშვილოსნოს ამოკვეთა) პაციენტს ჩაუტარდა მისი თანხმობის გარეშე. ექიმს ჰქონდა თანხმობა მიღებული ადრინდელ ოპერაციაზე, თუმცა **აღიარა, რომ არ მიუღია თანხმობა მეორე პროცედურაზე და არ გაუმჟღავნა პაციენტს**, რომ აპირებდა ჰისტერექტომიის ჩატარებას ქალბატონი დევისის ეპილეფსიური კრუნჩხვების სამკურნალოდ. ქირურგმა დაადასტურა, რომ განზრახ შეჰყავდა შეცდომაში მოსარჩელე ოპერაციის მიზანთან დაკავშირებით, რადგან, მისი მტკიცებით, ვინაიდან ქალბატონი დევისი ეპილეფსიით იყო დაავადებული, მას არ შეეძლო თანხმობის გაცემა ან გონივრულად საკუთარი მდგომარეობის შეფასება. მოცემულ საქმეზე სასამართლომ აღნიშნა, რომ უშალოდ პაციენტს აქვს თანხმობის გაცემის უფლება, რომელიც უკრძალავს ექიმს ან ქირურგს, რაც არ უნდა გამოცდილი და გამოჩენილი იყოს ის, პაციენტის ნებართვის გარეშე ხელყოს პაციენტის სხეულებრივი (ფიზიკური) ხელშეუხებლობა.²³

1914 წელს შეერთებული შტატების სასამართლო პრაქტიკაში საქმეზე „შლენდორფი ნიუ-იორკის საავადმყოფოს საზოგადოების წინააღმდეგ“ სასამართლომ განმარტა, რომ ყველა სრულწლოვან და ჯანსაღი ფსიქიკის ადამიანს აქვს უფლება, თვითონ განსაზღვროს, რა უნდა გაუკეთდეს მის სხეულს; ქირურგი, რომელიც ატარებს ოპერაციას პაციენტის თანხმობის გარეშე, განიხილება „თავდამსხმელად“, რის გამოც მას ეკისრება პასუხისმგებლობა მიყენებული ზიანისთვის.²⁴ ამ საქმეზე იურიდიული ძალა შეიძინა ტერმინმა „ინფორმირებული თანხმობა“, როცა დადგინდა, რომ ქალბატონ შლენდორფის ჰქონდა ინფორმირებული თანხმობა გაცემული მხოლოდ სადიაგნოსტიკო კვლევაზე. გამოკვლევა ჩატარდა ანესთეზიის ქვეშ, მაგრამ პაციენტმა არ იცოდა რაიმე სიმსივნის შესახებ, რომელიც ქირურგმა ამოკვეთა ისე, რომ არ აცნობა შესაძლო არასასურველ შედეგზე და, შესაბამისად, არც თანხმობა მიუღია პაციენტისგან.²⁵ აქ გამოიკვეთა **პაციენტისგან ინფორმირებული თანხმობის მნიშვნელობა და მისი ნების გაცემის სავალდებულობა**, რაც შემდგომი დოქტრინის განვითარებას დაედო საფუძვლად.²⁶

ეს იყო **საეტაპო საქმეები, რომლებზეც დადგინდა პაციენტის ავტონომიის დაცვის სამართლებრივი პრეცედენტი**, მოსარჩელები იყვნენ ქალები მაშინ, როდესაც ქალებს არ ჰქონდათ აშშ-ში ხმის მიცემის უფლება, რაც მჭიდროდ აკავშირებდა პაციენტის ავტონომიის უფლებას ქალის უფლებასთან, გასცეს თანხმობა საკუთარ სხეულზე სამედიცინო პროცედურ-

²¹ *Mohr v. Williams – 95 Minn. 261, 104 N.W. at 13, 1905.*

²² *Dennis B. P., The origin and nature of informed consent: Experiences among vulnerable groups, Journal of Professional Nursing, 15(5), 1999, 281.*

²³ *Pratt v Davis, 118 I II App 161, 1905; Bazzano L. A., Durant J., Brantley P. R., A Modern History of Informed Consent and the Role of Key Information, Ochsner Journal, Vol. 21, Number 1, Spring 2021, 82.*

²⁴ *Schloendorff v. Society of New York Hospital, 105 N.E. 92, N.Y. 1914.*

²⁵ *Kumar N. K., Informed consent: Past and present. Perspectives in Clinical Research, Vol. 4, Issue 1, 2013, 22, doi: 10.4103/2229-3485.106372*

²⁶ *Cruz P. De, Comparative Healthcare Law, London, Sydney, 2001, 326*

რის ჩატარების შესახებ. მიუხედავად ამისა, ინფორმირებული თანხმობის პრინციპი იურიდიულად არ გახდა სავალდებულოდ მანამ, ვიდრე ეს ტერმინი **პირველად საჯაროდ არ აისახა სასამართლო დოკუმენტებში 1957 წლის საქმეზე “Salgo v. Leland Stanford, Jr. University Board of Trustees”**.²⁷

საქმე ისაა, რომ 1950-იან და 1960-იან წლებში თანხმობის მიღების მოვალეობა მედიცინის ზოგიერთ სფეროში, როგორცაა ქირურგია, სასამართლოების მეშვეობით გახდა ინფორმაციის ცალკეული ფორმების გაჟღავნებისა და თანხმობის მიღების აშკარა მოვალეობა როგორც პრაქტიკაში, ისე კვლევაში. მოვლენათა ასეთ განვითარებას ახალი ტერმინი სჭირდებოდა და ამიტომ ტერმინს „თანხმობა“ წინ დაემატა სიტყვა „ინფორმირებული“, საბოლოო ჯამში კი გახდა „ინფორმირებული თანხმობა“. ეს ტერმინი პირველად გამოჩნდა საქვეყნოდ ცნობილ გადანყვეტილებაში საქმეზე “Salgo v. Leland Stanford, Jr. University Board of Trustees” (1957). ფაქტობრივი გარემოებების მიხედვით, მოსარჩელე ბატონ მარტინ სალგოს აორტის ათეროსკლეროზი ჰქონდა და მისი ხარისხის გასარკვევად გაიარა ტრანსლუმბალური პროცედურა. აორტის გამოკვლევა მოიცავდა ანესთეზიას და აორტაში გარკვეული მასალის ინექციის შეყვანას ბლოკის ლოკალიზების მიზნით; აუცილებელი იყო მისი კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის რენტგენის გადაღება. ექიმმა განაცხადა, რომ მისი კლინიკური დასკვნები დადასტურდა შემდგომი გამოკვლევებით, რომლების თანახმად, მის მდგომარეობას დაეხმარებოდა აორტის სეგმენტის ამოღება და ჩანაცვლება. ექიმის თქმით, ასეთი ოპერაცია ფეხებსა და ზურგში გაუუმჯობესებდა სისხლის მიმოქცევას, პაციენტს კი სიცოცხლეს გაუხანგრძლივებდა. ექიმმა არ განუმარტა პაციენტს შემოთავაზებული პროცედურების ყველა რისკის შესახებ, თუმცა აღნიშნა, რომ მისი სისხლის მიმოქცევის მდგომარეობა საკმაოდ სერიოზული იყო. ექიმმა მოახსენა რეფერენტ ექიმს, ჩაეტარებინა აორტოგრაფია, რათა სათანადო ოპერაციის გაკეთება ყოფილიყო შესაძლებელი. ასევე, აუცილებელი იყო კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გამოკვლევა. ამ პროცედურის დროს პაციენტს კონტრასტული საშუალების ინექცია გაუკეთეს აორტაში ბლოკირების დასადგენად, პროცედურამ კი მისი ქვედა კიდურების მუდმივი დამბლა გამოიწვია.²⁸

საბოლოოდ ბატონმა სალგომ უჩივლა უნივერსიტეტის სამედიცინო ცენტრს და მის მთავარ ქირურგს, რადგან მას არ გაუმხილეს პოტენციური რისკი. კალიფორნიის სააპელაციო სასამართლოს განმარტებით, თითოეულ ექიმს უნდა ჰქონდეს პრაქტიკული ცოდნა, პაციენტს სრულად გაუმჟღავნოს პროცედურული პოტენციური საფრთხის შესახებ და ექიმს ეკისრება პასუხისმგებლობა, არ გაამხილოს ინფორმაცია, რაც პაციენტს დასჭირდა სამედიცინო პროცედურასთან დაკავშირებით ინფორმირებული გადანყვეტილების მისაღებად.²⁹

მკურნალობის რისკებისა და ალტერნატივების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება არაა ახალი მოვალეობა, არამედ მხოლოდ მკურნალობის ხასიათსა და შედეგებზე მონაცემების ინფორმირების უკვე არსებული მოვალეობის ლოგიკური გაგრძელებაა. თავისი არსით, ამ საქმის საფუძველზე კანონში არა მხოლოდ შევიდა ახალი ელემენტები, არამედ ინფორმირებული თანხმობის ისტორიას დაედო დასაბამი. სასამართლომ ყურადღება გაამახვილა არა

²⁷ Bazzano L. A., Durant J., Brantley P. R., A Modern History of Informed Consent and the Role of Key Information, Ochsner Journal, Vol. 21, Number 1, Spring 2021, 82.

²⁸ Salgo v. Leland Stanford, Jr. University Board of Trustees, District Court of Appeal, First District, October 22, 1957, No. 17045.

²⁹ Bazzano L. A., Durant J., Brantley P. R., A Modern History of Informed Consent and the Role of Key Information, Ochsner Journal, Vol. 21, Number 1, Spring 2021, 82.

მხოლოდ იმაზე, იყო თუ არა გაცნობიერებული თანხმობა გაცემული, არამედ იმაზე, იყო თუ არა პაციენტი ინფორმირებული ადეკვატური ფორმით თანხმობის შესახებ.³⁰

მოგვიანებით საერთაშორისო სახელმძღვანელო პრინციპებმა, როგორცაა მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის **1964 წლის „ჰელსინკის დეკლარაცია“**, შემდგომი მიმართულება მისცა სამედიცინო მკვლევრებს. მიუხედავად ამისა, ნიურნბერგის კოდექსი რჩება ყველაზე ავტორიტეტულ იურიდიულ და ეთიკურ დოკუმენტად, რომელიც არეგულირებს კვლევის საერთაშორისო სტანდარტებს.³¹

1972 წელს შეერთებული შტატების სამი სხვადასხვა შტატის სასამართლოში მიიღეს გადაწყვეტილებები, რომლებმაც გაამყარა ინფორმირებული თანხმობის იდეა და წინა პლანზე წამოსწია მისი მორალური მოთხოვნების მნიშვნელობა. ეს საეტაპო საქმეებია: **Canterbury v. Spence**³², **Cobbs v. Grant**, and **Wilkinson v. Vesey**. კენტენბერგის საქმეზე განსაკუთრებული ყურადღება მიექცა პაციენტისთვის ინფორმაციის გამჟღავნების სტანდარტს. სასამართლომ განმარტა, რომ პაციენტის უფლება დამოუკიდებელ არჩევანზე განსაზღვრავს ინფორმაციის გამხელის მოვალეობის ფარგლებს. ეს უფლება ეფექტურად შეიძლება განხორციელდეს მხოლოდ მაშინ, როცა პაციენტი ფლობს საკმარის ინფორმაციას გონივრული არჩევანის გასაკეთებლად.³³

ამ საქმეებმა გააჩინა ინფორმირებული თანხმობის სამართლებრივი საფუძველი და პრინციპი, ასევე, დიაგნოსტიკურ და/ან თერაპიულ სამედიცინო პროცედურაზე ექიმთა მიერ ინფორმირებული თანხმობის მიღების მოვალეობა. ადამიანებზე კვლევების წარმოებისთვის ინფორმირებული თანხმობის კონცეფცია დასაწყისში წარმოიშვა, როგორც მეორე მსოფლიო ომის დანაშაულების გამოძიების შედეგი.³⁴

მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ, კერძოდ, **1947** წელს, მსოფლიომ მიიღო ნიუნბერგის კოდექსი, რომლის პირველ პრინციპად განისაზღვრა, რომ სამედიცინო პროცედურის ჩასატარებლად აუცილებელია პაციენტისგან ნებაყოფლობითი თანხმობის მიღება. ამ კანონის მიზანი იყო, **აეკრძალა ადამიანებზე ექსპერიმენტები თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობის გარეშე**. მას შემდეგ რამდენიმე საერთაშორისო დოკუმენტში აისახა უფლება, გასცეს თავისუფალი და ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო და სამეცნიერო-კვლევითი ექსპერიმენტების განხორციელებაზე. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბიოეთიკისა და ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია, **2005** წლის იუნესკოს დეკლარაცია და **1997** წლის ოვიედოს დეკლარაცია, რომლებშიც ნათლად არის გათვალისწინებული სამედიცინო ჩარევაზე ინფორმირებული თანხმობის გაცემის უფლება.³⁵

³⁰ *Beauchamp, T. L.*, Informed consent: Its History, Meaning and Present Challenges, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 20 (04), 516.

³¹ *Schuman J.*, Beyond Nuremberg: A Critique of “Informed Consent” in third World Human Subject Research, Journal of Law and Health, Vol. 25, 2012, 125.

³² *Canterbury v. Spence*, 464 F.2d 772 (D.C. Cir. 1972).

³³ *Beauchamp T. L.*, Informed consent: Its History, Meaning and Present Challenges, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 20 (04), 516.

³⁴ *Bazzano L. A., Durant J., Brantley P. R.*, A Modern History of Informed Consent and the Role of Key Information, Ochsner Journal, Vol. 21, Number 1, Spring 2021, 82.

³⁵ *Acosta Juana Vaccines I.*, Informed Consent, Effective Remedy and Integral Reparation: An International Human Rights Perspective, Universitas. Bogota (Colombia), No131: 19-64, julio-diciembre de 2015, 25-26.

1977 წელს ბოუშამისა და ჩაილდრესის მიერ „ბიომედიცინის ეთიკის პრინციპების“ გამოცემის მომენტიდან ფართოდ აღიარეს ავტონომია, როგორც მედიცინის ეთიკის ერთ-ერთი საწყისი, სიკეთის ქმნადობის, ზიანის თავიდან აცილებისა და სამართლიანობის პრინციპებთან ერთად.³⁶ სამედიცინო ლიტერატურაში ავტორები იყენებენ „ავტონომიის ლიბერალურ ინდივიდუალისტურ კონცეფციას“, რომლითაც პაციენტები არიან გადაწყვეტილების მიმღები პირები, რომლებიც მოქმედებენ გაცნობიერებულად, გარე თუ შიდა მაკონტროლებელი ზემოქმედების ფაქტორების გარეშე.³⁷

4. ნდივიდის ღირსება და პაციენტის პირადი ავტონომია

დღეს ექიმსა და პაციენტს შორის წარმომოხილია ახალი ურთიერთობა, რომელიც თანამშრომლობაზეა დაფუძნებული. ამ მიდგომის მიხედვით, ექიმმა უნდა გაუგოს პაციენტს, როგორც უნიკალურ ადამიანს.³⁸

ინფორმირებული თანხმობა ეფუძნება პიროვნების ავტონომიის პატივისცემის პრინციპს და იმ იდეას, რომ უშუალოდ უფლებამოსილ პირს აქვს უფლება, გააკონტროლოს თავის სამედიცინო დახმარება და კვლევაში მონაწილეობა. ეს საწყისი ეყრდნობა როგორც ეთიკურ, ისე სამართლებრივ საფუძველს. საგულისხმოა, რომ ინფორმირებული თანხმობის თეორია განვითარდა (წარმოიშვა) სწორედ ეთიკური მოძღვრებიდან და აისახა თანამედროვე ამერიკულ სამართალში. პაციენტის ინტერესების დაცვა ამ სახის გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ნათლად შეესაბამება ამერიკელი საზოგადოების პრინციპს ინდივიდის ხელშეუხებლობის პატივისცემის შესახებ. თუმცა ეს მიზანი ვერ მიიღწევა მხოლოდ სამართლებრივი ინიციატივებით. უფრო მეტიც, ისინი საჭიროებენ პატივისცემაზე დაფუძნებულ დიალოგს პაციენტთან მისი მდგომარეობისა და მოვლის შესახებ, ისეთ გრძნობისმიერ მოპყრობას, რომელიც ხელს შეუწყობს პაციენტის მიერ სამედიცინო გადაწყვეტილების მიღებას.³⁹

ინფორმირებული თანხმობის პრინციპი ეფუძნება ლიბერალური ინდივიდუალიზმის წარმოდგენებს, რომლებიც გამოხატეს მეთვრამეტე და მეცხრამეტე საუკუნეების დასავლელმა ფილოსოფოსებმა. ინფორმირებული თანხმობის მოთხოვნა, ძირითადად, ეფუძნება პირადი ავტონომიის მორალურ პრინციპს.⁴⁰ პირადი ავტონომიის იდეალები განსაზღვრავენ, რომ ადამიანის „პირადი თვითმმართველობა“ უნდა იყოს სხვების კონტროლისაგან თავისუფალი ან სხვა მხარეთა ჩარევისგან თავისუფალი. ამ ფორმით ეს პრინციპი ეფუძნება ორ ფუნდამენტურ იდეას: (ა) ყველას აქვს ინდივიდუალური უფლება, მართოს საკუთარი თავი და (ბ) ყველას აქვს შესაძლებლობა, თავისუფლად აირჩიოს თავისი ბედი. ინფორმირებული თანხმობის მოთხოვნაც ამ ორ თეორიულ საწყისს ეფუძნება.⁴¹

³⁶ Murgic L., Hebert C. P., Sovic S., Pavlekov G., Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country, BMC Medical Ethics, 16:65, 2015, 1; R. Gillon, Medical ethics: Four principles plus attention to scope, Brit MedJ, Vol. 309, 1994, 184.

³⁷ Murgic L., Hebert C. P., Sovic S., Pavlekov G., Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country, BMC Medical Ethics, 16:65, 2015, 1-2.

³⁸ Kaba R., Sooriakumaran P., The evolution of the doctor-patient relationship, International Journal of Surgery, №5, 2007, 64-65.

³⁹ Del Carmen M. G., Joffe S., Informed consent for Medical Treatment and Research: A Review, The oncologist, №10 (8), 2005, 640.

⁴⁰ Gordon E., Multiculturalism in medical decisionmaking: The notion of informed waiver, Fordham Urban Law Journal, Vol. 23, No 4, 1996, 1321, 1326-1327.

⁴¹ Schuman J., Beyond Nuremberg: A Critique of “Informed Consent” in third World Human Subject Research, Journal of Law and Health, Vol. 25, 2012, 129-130.

პაციენტის პირადი ავტონომია ბიოეთიკაში ერთ-ერთი წამყვანი ცნებაა, რომლითაც უშუალოდ პაციენტს აქვს უფლებამოსილება, მის მიმართ ჩასატარებელ სამედიცინო მანიპულაციასთან დაკავშირებით დამოუკიდებლად გადაწყვიტოს, გაიკეთოს თუ არა ოპერაცია. პაციენტის პირადი ავტონომია მხოლოდ ავტონომიის აღიარებით არ შემოიფარგლება; ის მოიცავს უფრო მეტს – პაციენტის ავტონომიის პატივისცემას. კანტის დეონტოლოგიური ეთიკის თანახმად, ავტონომიის პატივისცემის პრინციპი ამოდის იდეიდან იმის შესახებ, რომ ყოველი ადამიანი არის უდავო უმაღლესი ფასეულობა, რის გამოც სწორედ მას აქვს საკუთარი ბედის გადაწყვეტის უფლებამოსილება. თუ ადამიანი არის საკუთარი მიზნების მიღწევის საშუალება, ამ ადამიანის ნების გაუთვალისწინებლობა ხელყოფს მის ავტონომიას,⁴² ადამიანის ღირსებას და უგულბელებს მის პიროვნებას.⁴³ ღირსებაში მოიაზრება მორალური მდგომარეობა, რომელსაც ავტონომია ეფუძნება. ადამიანს მინიჭებული აქვს ავტონომიური უფლებები, რადგან მას აქვს ღირსება.⁴⁴ სწორედ პიროვნებისა და ნებისმიერი სალი აზრის საფუძვლად მიიჩნევა ავტონომია.⁴⁵ ადამიანის თვითგამორკვევის უფლება რომ არ შეილახოს, აუცილებელია ქმედუნარიანი პაციენტის ნების გათვალისწინება. ავტონომია ადამიანის პატივისა და ღირსების განმსაზღვრელი ერთ-ერთი კომპონენტია. ადამიანური ღირსების ფართო კონცეფციის ნაწილი ინტეგრირებულია თვითგამორკვევის უფლებაში, რომელიც ნიშნავს პიროვნების თავისუფლების აღიარებას.⁴⁶

ამდენად, ავტონომიის პატივისცემა, ესაა მორალური ვალდებულება, პატივი სცე სხვათა ავტონომიას.⁴⁷ პაციენტი არის უფლებამოსილი პირი, თვითონ განსაზღვროს, რა უყოს თავის სხეულსა და ჯანმრთელობას. მისი თანხმობის გარეშე სამედიცინო მანიპულაცია ხელყოფს პაციენტის თავისუფლებას. შესაბამისად, თუ ეს ოპერაცია წარმატებით ჩატარდა, გერმანიაში ექიმის ქმედების უმართლობა განიხილება პაციენტის ნების უგულბელებად, რომელშიც ზოგადი პიროვნული უფლების შელახვა მოიაზრება.⁴⁸ მაგალითად, პაციენტი მოათავსეს კლინიკაში და მას უტარდებოდა მკურნალობა მისი ნების საწინააღმდეგოდ. სასამართლომ აღნიშნა, რომ ადამიანის ფიზიკური ხელშეუხებლობის არაარსებითი ხელყოფაც უნდა განიხილებოდეს პირადი ცხოვრების დაცვის უფლების შელახვად იმ შემთხვევაში, როცა განხორციელებული ქმედება მის ნებას ეწინააღმდეგებოდა. ამასთან, პაციენტს გაუკეთეს წამალი იძულებით, რაც ასევე ითვლება პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის დარღვევად.⁴⁹

⁴² იხ. ჩაჩიბაია თ., საექიმო საქმიანობის სამართლებრივი ნორმების ბიოეთიკური ასპექტები, თბ., 2005, 47-48.

⁴³ Martini S., Die Formulierung der Menschenwürde bei Immanuel Kant in: Vortragskript eines im WiSe 2005/06 gehaltenen Referats im Rahmen des rechtsphilosophischen Seminars "Die aktuelle Werte-Debatte" bei Prof. Klaus Adomeit (Freie Universität Berlin), 2005/06, 5-7.

⁴⁴ Schaber P., Menschenwürde und Selbstverfügung, Zurich, In: Byrd Sharon B.; Hruschka J.; C. Joerden Jan, Themenschwerpunkt: Recht und Ethik im Werk von Jean-Jacques Rousseau, Berlin, 2012, 319.

⁴⁵ იხ. Pfordten Dietmar von der, Zur Würde des Menschen bei Kant, In Fünf Untersuchungen "Menschenwürde, Recht und Staat bei Kant", 1. Auflage, Mentis, Paderborn, 2009, 19.

⁴⁶ თბილისის საქალაქო სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა კოლეგიის 2018 წლის 12 მარტის გადაწყვეტილება (N213-14); ბიჭია მ., პაციენტის პირადი ავტონომიის დაცვისა და ინფორმირებული თანხმობის გაცემის თავისებურებები (ქართული და ევროპული მიდგომები), ჟურნალი „სამართალი და მსოფლიო“, №12, 2019, 52-53.

⁴⁷ Gillon R., Medical ethics: Four principles plus attention to scope, Brit MedJ, Vol. 309, 1994, 185.

⁴⁸ Ehmann H., Der Begriff des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts als Grundrecht und als absolute-subjektives Recht, in: Festschrift für Apostolos Georgiades, Athen; München, 2005, 128; ეჰმანი ჰ., ზოგადი პიროვნული უფლების, როგორც ძირითადი უფლებისა და აბსოლუტური უფლების, ცნება, მთარგმნელი ბიჭია მ., „სამართლის ჟურნალი“, N2, 2013, 239.

⁴⁹ Storck v. Germany, 16 June 2005, no. 61603/00.

5. ინფორმირებული თანხმობის გაცემის წესები და თანამედროვე სასამართლო პრაქტიკა

5.1. ინფორმირებული თანხმობის გაცემის წესები

დღესდღეობით ინფორმირებულ თანხმობაში აერთიანებენ ხუთ კომპონენტს:

1. ნებაყოფლობითობას;
2. გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობას;
3. პაციენტისთვის სამედიცინო მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის გამჟღავნებას;
4. გაცნობიერების უნარსა და
5. გადაწყვეტილების მიღების უფლებამოსილებას.⁵⁰

პაციენტმა შეიძლება რჩევისთვის მიმართოს ახლობლებს, რომელთა აზრმა შეიძლება გავლენა მოახდინოს პაციენტის არჩევანზე, თუმცა თუ პაციენტი ამ რჩევებს აღიქვამს გადაწყვეტილების მისაღებად დამატებით ინფორმაციად, მაშინ მის მიერ **საბოლოო გადაწყვეტილების მიღება მაინც ავტონომიურად** განიხილება.⁵¹ შესაბამისად, **ნებაყოფლობითობა მოითხოვს, რომ გადაწყვეტილების მიღებისას პაციენტი იყოს თავისუფალი იძულებისა და ზენოლისგან.** იძულება მოიაზრებს ინდივიდებისა თუ დაწესებულებების მხრიდან ფიზიკურად შეუსაბამო ზენოლას, რომელიც ზღუდავენ პაციენტის არჩევანს. პირველ რიგში, ექიმებმა ჯერ უნდა გაარკვიონ პაციენტის მიზნები, შემდეგ წარუდგინონ მათ ამ მიზნების გათვალისწინებით შემუშავებული მკურნალობის შესაბამისი ვარიანტები და ბოლოს მისცენ რჩევები.⁵²

ინფორმირებული თანხმობის ერთ-ერთი კომპონენტია გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობა. ესაა პაციენტის შესაძლებლობა, მიიღოს გადაწყვეტილება საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვაზე. შესაბამისად, მოქმედებს პრეზუმფცია, რომ პირს აქვს გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობა, ვიდრე ამის სანინაალმდეგო მტკიცებულება არ დადასტურდება.⁵³ **როცა პაციენტს არ შეუძლია სამედიცინო ჩარევის ხასიათისა და მისი გვერდითი მოვლენების გაცნობიერება, მას რჩება მხოლოდ ერთი გზა, დასთანხმდეს სამედიცინო მანიპულაციის ჩატარებას.**⁵⁴ ეს თავის თავში მოიაზრებს იძულებას და არღვევს ინფორმირებული თანხმობის ნებაყოფლობით გაცემის პრინციპსაც, რაც დაუშვებელია.⁵⁵

ასევე, ინფორმირებული თანხმობა მოიცავს ჩასატარებელი სამედიცინო ჩარევისა და სამედიცინო მდგომარეობის შესახებ პაციენტისთვის ინფორმაციის გამჟღავნებას. მოცემულ შემთხვევაში პაციენტს მიეწოდება საჭირო ინფორმაცია, რათა გაიგოს სამედიცინო

⁵⁰ Del Carmen M. G., Joffe S., Informed Consent for Medical Treatment and Research: A Review, The Oncologist, №10 (8), 2005, 637.

⁵¹ იხ. ჩაჩიბაია თ., საექიმო საქმიანობის სამართლებრივი ნორმების ბიოეთიკური ასპექტები, თბილისი, 2005, 47-48.

⁵² Del Carmen M. G., Joffe S., Informed consent for Medical Treatment and Research: A Review, The Oncologist, №10 (8), 2005, 637.

⁵³ იქვე.

⁵⁴ V.C. v. Slovakia, no. 18968/07, 2011 წლის 8 ნოემბერი; თბილისის სააპელაციო სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2019 წლის 28 თებერვლის განჩინება (N2ზ/2951-18).

⁵⁵ იხ. ბიჭია მ., ინფორმირებული თანხმობის გაცემის ოქროს წესები ადამიანის უფლებათა დაცვის ევროპული სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით, სტატიათა კრებულში: „ადამიანის უფლებათა დაცვა: საერთაშორისო და ეროვნული გამოცდილება“, რედ. კორკელია კ., თბ., 2022, 183-184.

პროცედურის არსი. გადაცემული ინფორმაცია ეხება მკურნალობის მეთოდსა და მიზანს, რისკებს, პოტენციურ სარგებელსა და შესაძლო ალტერნატივებს. ინფორმაციის გამჟღავნებისას უნდა იყოს გამოყენებული ადვილად აღქმადი ტერმინები, პაციენტს ინფორმაცია უნდა გადაეცეს მარტივი ენით, მარტივი განმარტებების გზით.⁵⁶

ამასთან, **ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტში არ უნდა იყოს ასახული რთული და სპეციფიკური სამედიცინო ტერმინოლოგია.** ეს ბუნებრივია, რადგან პაციენტს არ აქვს სპეციალური (სამედიცინო) ცოდნა და სპეციფიკური ტერმინოლოგიის არსებობისას ჩვეულებრივი ადამიანი ვერ აღიქვამს მინოდებულ ინფორმაციას დამატებითი განმარტებების გარეშე.⁵⁷ ეს შეიძლება შეეხოს სამედიცინო ტერმინოლოგიის გამოყენებას. მაგალითად, ადამიანის უფლებათა ევროპულმა სასამართლომ ერთ-ერთ საქმეზე დაადგინა, რომ პაციენტმა ვერ გაიგო ტერმინი „სტერილიზაცია“, რომელსაც ეხებოდა ინფორმირებული თანხმობა. ამიტომ ხაზგასმით აღინიშნა, რომ **პაციენტის თანხმობის დოკუმენტში ასახული ლათინური ტერმინოლოგია უნდა იყოს გასაგები განმცხადებლისთვის.**⁵⁸ ამასთან, პაციენტს უნდა ჰქონდეს დრო, გაიაზროს მოსალოდნელი შედეგები, რისკები და ამის გათვალისწინებით, მიიღოს გადაწყვეტილება ოპერაციამდე მოაწეროს ხელი თუ არა თანხმობის ფორმას.⁵⁹

აქვე გასათვალისწინებელია **პაციენტის მიერ სამედიცინო ჩარევასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილების მიღების ასპექტი.** გადაწყვეტილების მიღების უფლებამოსილება არანაკლებ მნიშვნელოვანია ინფორმირებული თანხმობის გაცემისას. ამ შემთხვევაში უმთავრესია ის, რომ სწორედ პაციენტს აქვს უფლებამოსილება, ნება დართოს ექიმს, განახორციელოს შემოთავაზებული მკურნალობა.⁶⁰

5.2. ინფორმირებული თანხმობის შესახებ უახლესი სასამართლო პრაქტიკა

სამედიცინო სამართლის სფეროში უაღრესად მნიშვნელოვანია „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ კონვენცია, რომელიც ყოველდღიურ სამედიცინო პრაქტიკაში გამოიყენება. ამ კონვენციის მე-5 მუხლის მიხედვით, ჯანმრთელობის სფეროში ნებისმიერი ჩარევა უნდა ჩატარდეს პირის მიერ ნებაყოფლობით გაცხადებული და გააზრებული თანხმობის მიღების შემდეგ. პაციენტს აქვს უფლება, წინასწარ მიიღოს შესაბამისი ინფორმაცია ჩარევის მიზნისა და ხასიათის, შედეგებისა და საფრთხის შესახებ, ასევე, ნებისმიერ დროს თავისუფლად გააუქმოს თანხმობა.⁶¹ ამავე კონვენციის მე-6 მუხლის თანახმად, თუ მცირეწლოვანს, კანონის შესაბამისად, არა აქვს თანხმობის გაცხადების უნარი, ჩარევა შეიძლება ჩატარდეს მისი წარმომადგენლის ან კანონით განსაზღვრული ხელისუფლების ან პირის ან დაწესებულების ნებართვით. როცა მოზრდილს სამართლებრივად არა აქვს თანხმობის გაცხადების უნარი

⁵⁶ *Del Carmen M. G., Joffe S., Informed consent for Medical Treatment and Research: A Review, The Oncologist, 10 (8), 2005, 637.*

⁵⁷ თბილისის საქალაქო სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა კოლეგიის 2018 წლის 12 მარტის N213-14 გადაწყვეტილება.

⁵⁸ *A.S. v. Hungary, CEDAW/C/36/D/4/2004, 2006 წლის 29 აგვისტო.*

⁵⁹ *Hyslop E., European Causation in Tort Law: a Comparative Study with emphasis on Medical Law in the United Kingdom, Germany and France and Luxembourg, A thesis submitted for a degree of PhD, Luxembourg, 2015, 169.*

⁶⁰ *Del Carmen M. G., Joffe S., Informed consent for Medical Treatment and Research: A Review, The Oncologist, 10 (8), 2005, 637.*

⁶¹ *Dove E.S., The EU General Data Protection Regulation: Implications for International Scientific Research in the Digital Era, in Journal of Law, Medicine & Ethics, 2018, 1021-1022.*

ფსიქიკური მოშლილობის, დაავადების ან სხვა მსგავსი მიზეზის გამო, ჩარევა შეიძლება განხორციელდეს მისი წარმომადგენლის ან კანონით განსაზღვრული ხელისუფლების ან პირის ან დანესებულების ნებართვით.

ევროპული სასამართლოს პრაქტიკაში საყურადღებოა საქმე *Glass v. The United Kingdom*⁶², რომელშიც დასტურდებოდა, რომ მძიმედ ავადმყოფ ბავშვს ჩაუტარდა ოპერაცია ზედა სასუნთქი გზების ობსტრუქციის შესამსუბუქებლად. ოპერაციის შემდგომმა გართულებებმა (ინფექციები) აუცილებელი გახადა მისთვის სასუნთქი აპარატის ჩაყენება. პირველ ეტაპზე მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილებების მიღებაში ჩართული იყო დედა. ექიმები აღნიშნავდნენ, რომ, საუკეთესო მკურნალობის მიუხედავად, პაციენტი ვერ გადარჩებოდა, რაზეც პაციენტის ოჯახმა უკმაყოფილება გამოხატა. მართალია, პაციენტის მდგომარეობა გაუმჯობესდა და პაციენტი სახლში გაიწერა, მაგრამ რამდენიმე დღეში იგი სასუნთქი გზების ინფექციით კლინიკაში კვლავ დაბრუნდა. ბავშვის ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობის გათვალისწინებით, ექიმებმა დედას ბავშვის ტანჯვის შესამსუბუქებლად დიამორფინის გამოყენება შესთავაზეს, რაზეც დედამ უარი განაცხადა. ბავშვის მდგომარეობა ისე დამძიმდა, რომ იგი განიხილებოდა დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფად, რის გამოც საჭიროებდა ტკივილის შემსუბუქებას. ოჯახის წინააღმდეგობის მიუხედავად, ექიმებმა და კლინიკის ადმინისტრაციამ გადაწყვიტეს პაციენტისათვის დიამორფინის მიცემა. რამდენიმე დღეში პაციენტის მდგომარეობა გაუმჯობესდა.

ამავე საქმეზე სამედიცინო პერსონალს დაეკისრა მტკიცების ტვირთი იმაზე, რომ ინფორმირებული თანხმობის გარეშე დიამორფინის გამოყენება გადაუდებელი აუცილებლობით იყო განპირობებული. მოპასუხეებმა მტკიცების ტვირთი ვერ დაძლიეს. იკვეთებოდა ოჯახის მხრიდან წინააღმდეგობა როგორც მკურნალობის პირველ, ასევე მეორე ეტაპზეც. ამასთან, ერთ-ერთი ექიმის ჩანაწერიდან ირკვეოდა, რომ **მშობლის წინააღმდეგობის დაძლევა შეიძლებოდა სასამართლოსათვის მიმართვის გზით**. ეს წესი მოპასუხე სახელმწიფოში მოქმედი კანონითაც იყო გათვალისწინებული. ამ მოთხოვნების უგულებელყოფით დაირღვა ევროპული კონვენციის მე-8 მუხლი.⁶³

საინტერესოა საქმე *G.M and Other v. The Republic of Moldova*⁶⁴, რომელიც შეეხებოდა ორსულობის შეწყვეტას და ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალების ინპლანტაციას ფსიქიკური მოშლილობის მქონე სამი ქალბატონის სხეულში. განმცხადებლები გარკვეული პერიოდის განმავლობაში სპეციალური სამედიცინო დანესებულების ბენეფიციარები იყვნენ. ამავე დანესებულების ექიმმა ისინი გააუპატიურა და დააორსულა. პირველ მომჩივანს ხელოვნურად შეუწყვიტეს ორსულობა მე-17-18 კვირას, ხოლო მეორე მომჩივანს – მე-6-7 კვირაზე. ორივე მომჩივანი ამტკიცებდა, რომ მათ სხეულში მოათავსეს ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალება. რაც შეეხება მესამე მომჩივანს, მისი განმარტებით, გაუპატიურების შედეგად ის დაორსულდა, პროტესტის გამოხატვის შემდეგ კი სხვა დანესებულებაში მოათავსეს და იძულებით შეუწყვიტეს ორსულობა, სხეულში ჩაუდგეს ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალება. არადა მოლდოვის მოქმედი კანონმდებლობით დასჯადია ორსულობის იძულებით შეწყვეტა (მუხ.151), ასევე, ორსულობის შეწყვეტას მე-12 კვირაზე (მუხ.159), ექიმის მიერ უკანონო სტერილიზაცია (მუხ.160). განმცხადებლები ამტკიცებდნენ, რომ მათი თანხმობის გარეშე იძულებითი სა-

⁶² *Glass v. The United Kingdom*, 9 March 2004, no. 61827/00

⁶³ იქვე.

⁶⁴ *G.M. and Others v. The REPUBLIC OF MOLDOVA*, no. 44394/15, 22/02/2023.

მედიცინო ჩარევები განპირობებული იყო მხოლოდ მათი ფსიქიკური აშლილობით და არა სხვა რაიმე მიზეზით, როგორცაა ბავშვის ან დედის ჯანმრთელობის რისკი. საქმეზე პირველი მომჩივნის მიერ წარმოდგენილი ულტრაბგერითი კვლევები მიუთითებდა პაციენტის საშვილოსნოს ყელის ღრუში უცხო სხეულის არსებობაზე 2014 წლის აპრილის მდგომარეობით. ამდენად, დაშვებული იქნა ვარაუდი, პაციენტის სხეულში ჩასახვის სანინალმდეგო მონყობილობის არსებობის შესახებ, თუმცა, ამ ფაქტის გამოსარიცხად ან დასადასტურებლად გამოძიება არ ჩატარებულა. ვინაიდან ქმედითი გამოძიება არ ჩატარდა, მეორე და მესამე მომჩივნის შემთხვევაში **Prima facie მტკიცებულებების არარსებობის პირობებში** მოპასუხე მთავრობას დაეკისრა **პრეზუმფციის გაქარწყლება**, რომ ბენეფიციარების მიმართ ჩასახვის სანინალმდეგო საშუალებები გამოყენებული არ იყო. მთავრობამ ეს პრეზუმფცია ვერ გააქარწყლა. ამ გარემოებების გათვალისწინებით, სასამართლომ დარღვეულად მიიჩნია ევროპული კონვენციის არა მე-8, არამედ მე-3 მუხლი, რადგან დადგინდა თანხმობის გარეშე აბორტის ჩატარება და ჩასახვის სანინალმდეგო კონტრაცეპტივების გამოყენება ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტებში, რომლებიც გააუპატიურა მიმღებ დაწესებულებაში ამავე დაწესებულების ექიმმა.⁶⁵

ასევე, აღნიშვნის ღირსია საქმე **CASE OF Y.P. v. RUSSIA**. პაციენტი ჩიოდა, რომ მას სამშობიარო საავადმყოფოს ექიმებმა თანხმობის გარეშე ჩაუტარეს სტერილიზაცია, რაც არ იყო აუცილებელი მისი სიცოცხლის შესანარჩუნებლად. ორ წელიწადში, როდესაც ქალბატონმა მეუღლესთან ერთად გადანყვიტა შვილის გაჩენა, შეიტყო, რომ დაორსულება შეეძლო მხოლოდ „ინ ვიტრო“ განაყოფიერების გზით. ეროვნულმა სასამართლომ მომჩივნის სანინალმდეგოდ მიიჩნია, რომ არსებობდა სამედიცინო საფუძველი – გახეხილი საშვილოსნო, რის გამოც, იყო ძლიერი სისხლდენის საშიშროება. ექიმებმა მოახდინეს საშვილოსნოს მიღების სტერილიზაცია შემდგომში ორსულობის აღსაკვეთად. თუმცა, სტრასბურგის სასამართლომ ეს ჩარევა არ მიიჩნია აუცილებელ ზომად, რადგან პაციენტის სიცოცხლის გადარჩენას არ ემსახურებოდა. ამიტომ დაირღვა ევროპის კონვენციის მე-8 მუხლი.⁶⁶

სხვა დავებში სტრასბურგის სასამართლომ გარდაუვალი სამედიცინო აუცილებლობის გარეშე უნებართვო სტერილიზაცია ჩათვალა პაციენტის უფლებაში ჩარევის ისეთ ზომად, რომელიც არღვევდა კონვენციის მე-3 მუხლს. ეს განპირობებული იყო იმით, რომ მომჩივნები მიეკუთვნებოდნენ მონყვლადი მოსახლეობის ჯგუფს (ბოშები/Roma) და იმყოფებოდნენ რეპროდუქციული ცხოვრების ადრეულ ეტაპზე.⁶⁷

ამდენად, ამ ტიპის საქმეებზე კლინიკას ეკისრება სამედიცინო მანიპულაციის შესახებ სრული ინფორმირების და განმარტების მოვალეობის შესრულების მტკიცების ტვირთი. ამის ამოსავალი პრინციპი ისაა, რომ მომსახურების გამწევ სამედიცინო დაწესებულებას ხელენიფება შექმნას სამედიცინო ბარათები, ხელშეკრულებები, ასევე, დოკუმენტი პაციენტის წინასწარი, მკაფიოდ გაცხადებული, ინფორმირებული თანხმობის შესახებ.

საქართველოს სასამართლო პრაქტიკიდან საყურადღებოა საქმე⁶⁸, რომელშიც პაციენტთან დადებული ხელშეკრულება ხელოვნური ბროლის იმპლანტაციის შესახებ **ითვალისწინ-**

⁶⁵ *G.M. and Others v. The REPUBLIC OF MOLDOVA*, no. 44394/15, 22/02/2023.

⁶⁶ *Y.P. v. RUSSIA*, no.43399/13, 20/12/2022, §.36

⁶⁷ *V.C. v. Slovakia*, no. 18968/07, 8 November 2011, §§ 116-19; *N.B. v. Slovakia*, no. 29518/10, 12 June 2012, §§ 79 -80.

⁶⁸ საქართველოს უზენაესი სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის განჩინება (შემდგომში – სუსგ), 2019 წლის 26 ივლისი, №ას-645-2019.

ნებდა არა ქირურგიულ ჩარევას, არამედ უნაკერო ლაზერულ ოპერირებას უკანა საკნის ხელოვნური ბროლის ჩასმით. ოპერაციის მსვლელობისას აღმოჩნდა, რომ ბროლის უკანა კაფსულაზე, ცენტრში, პაციენტს აღენიშნებოდა ტლანქი შემღვრევა. საჭირო გახდა მისი მოცილება ქირურგიული ჩარევით და, უკანა საკნის ხელოვნური ბროლის ნაცვლად, ჩაუდგეს წინა საკნის ხელოვნური ბროლი. თვალის რქოვანაზე გამოიყენეს ორი ნაკერი. პაციენტის თვალში არსებული ცვლილებები ოპერაციის მსვლელობისას გამოვლინდა, რამაც განაპირობა ხელოვნური ბროლის ინპლანტაცია არა უკანა, არამედ წინა საკანში. საქმეზე ჩატარებულმა ექსპერტიზამ ქირურგის ყველა ქმედება მიიჩნია გამართლებულად.

ამასთან, კლინიკამ წარმოადგინა პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტი, რომელიც, კლინიკის მოსაზრებით, ამომწურავად ასახავდა მკურნალობის მიმდინარეობასა და შესაძლო რისკებს. სასამართლოს განმარტებით, ეს დოკუმენტი სადავო სამედიცინო მანიპულაციას არ არეგულირებდა. სასამართლომ გაიზიარა პაციენტის მოსაზრება, რომ თანხმობაზე ხელი ოპერაციამდე რამდენიმე საათით ადრე მოაწერა და მას დეტალური ინფორმაცია არ მოეწოდა. სასამართლომ მიიჩნია, რომ პაციენტმა დოკუმენტს ხელი არასტაბილურ ფსიქოემოციურ ფონზე მოაწერა, ანუ მაშინ, როდესაც ოპერაციისთვის ემზადებოდა და მდგომარეობა არ შეესაბამებოდა ჩვეულებრივ არასტრესულ მდგომარეობაში მყოფი პირის გონივრული განსჯის სტანდარტს (სამედიცინო დახმარების ხელშეკრულების დადება, პაციენტის მიერ თანხმობის ხელმოწერა და ქირურგიული ოპერაცია განხორციელდა ერთ დღეს). აღნიშნულ საქმეში პაციენტმა ვერ დასძლია მტკიცების ტვირთი სამედიცინო შეცდომის ნაწილში. ამიტომ მატერიალური ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნა წარუმატებლობა აღმოჩნდა, საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის (შემდგომში – სსკ-ის) 992-ე და 1007-ე მუხლების საფუძველზე, თუმცა მორალური ზიანის მოთხოვნა სსკ-ის 413-ე მუხლის ფარგლებში პაციენტის ინფორმირებულობის სტანდარტის დარღვევის გამო დაკმაყოფილდა.⁶⁹

აქვე აღსანიშნავია, რომ სტაციონარში პირის უკანონო მოთავსებაც პირის ხელშეუხებლობისა და თავისუფლების შეზღუდვაა, რადგან პრეზუმირდება მძიმე სულიერი ტკივილის, ფსიქოლოგიური და ემოციური სტრესის განცდა პაციენტებში. არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული დახმარების მიზნით, პაციენტის იძულებითი მოთავსება ფსიქიატრიულ დაწესებულებაში, როდესაც ამის სამედიცინო ჩვენება რეალურად არ არსებობდა, სასამართლომ შეაფასა ევროპის კონვენციის მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტის დარღვევად (ხელშეუხებლობისა და თავისუფლების შეზღუდვა).⁷⁰

ასევე, საქართველოს სასამართლო პრაქტიკიდან ჩანს, რომ უბრალოდ ინფორმირებული თანხმობის დოკუმენტის არსებობა არაა საკმარისი, აუცილებელია, მას ჰქონდეს საკმარისად კონკრეტული სახე, რაც პაციენტის სათანადოდ ინფორმირებულობის დარღვევასთან დაკავშირებულ დავებს აგვარიდებს თავიდან. ერთ-ერთ საქმეზე დადგინდა, რომ პაციენტს ჩატარდა ქირურგიული ოპერაცია იმავე დღეს, როცა მან ხელი მოაწერა ქირურგიული ოპერაციის მომსახურების განევის თაობაზე თანხმობის დოკუმენტს. ოპერაციის შემდეგ პაციენტმა ქვედა კიდურების მგრძობელობა დაკარგა, ხოლო სისხლჩაქცევების ევაკუაციის მიზნით საჭირო გახდა რეოპერაციის ჩატარება. პაციენტმა ხელი მოაწერა რეოპერაციაზე არსებულ თანხმობის დოკუმენტსაც, თუმცა, მასში არ იყო ასახული, რომ ოპერაციას შეეძლო გამო-

⁶⁹ სუსგ, 2019 წლის 26 ივლისი, №ას-645-2019.

⁷⁰ სუსგ 2023 წლის 22 დეკემბერი, №ას-1444-2022 და 2021 წლის 16 მარტი, №ას-1129-2020.

ენვია ქვედა კიდურების პარაპლეგია, რაც მას დაემართა ოპერაციის შემდეგ. კლინიკამ ვერ დაადასტურა მისი მტკიცების საგანში შემავალი გარემოება იმის შესახებ, რომ ოპერაციის შემდეგ განვითარებული შესაძლო გართულების შესახებ პაციენტი ინფორმირებული იყო.⁷¹

რაც შეეხება მორალური ზიანის კომპენსაციას, ცხადია, შეუძლებელია, თითოეული ადამიანის ჯანმრთელობის ან სიცოცხლის ფასის განსაზღვრა. ამიტომ მორალური ზიანის კომპენსირების მიზანი, გარკვეულწილად, განცდილი ტკივილისა და დისკომფორტის შემსუბუქებაა.⁷² საქართველოს სასამართლო პრაქტიკაში არაქონებრივი ზიანის მოცულობის დადგენისას ხელმძღვანელობენ გონივრულობისა და სამართლიანობის კრიტერიუმებით, ასევე, ითვალისწინებენ დაზარალებულის მიერ განცდილ სულიერ ანდა ფიზიკურ ტანჯვასა და ზიანის მიმყენებლის ბრალს, როცა ზიანის ანაზღაურება პრაქტიკულ მოქმედებაზე დამოკიდებული.⁷³ სხეულის და/ან ჯანმრთელობის ხელყოფით გამოწვეული მორალური ზიანი უშუალოდ სამართალდარღვევიდან შეიძლება არც გამომდინარეობდეს, არამედ მისი თანმდევი შედეგი იყოს, როგორცაა: უშედეგო მკურნალობა, ხანგრძლივი უმწეო მდგომარეობა, აქტიური ცხოვრების შეუძლებლობა, ცხოვრების წესისა და რითმის შეცვლა, მკურნალობის უშედეგობის გამო ცხოვრების ხალისის დაქვეითება, ნერვული დაძაბულობა, რაც პირს არასრულფასოვნების კომპლექსსა თუ სხვა ნეგატიურ განცდებს უყალიბებს. თუმცა, ამ შემთხვევაში უნდა დასტურდებოდეს, რომ დაზარალებულის მორალური განცდები და სულიერი ტანჯვა სხეულისა თუ ჯანმრთელობის ხელყოფის შედეგია.⁷⁴

სტრასბურგის სასამართლოს პრაქტიკაში, კომპენსაციის ოდენობა დამოკიდებულია დარღვევის ხარისხზე, მაგალითად, ევროპის კონვენციის მე-3 მუხლის დარღვევის შემთხვევაში მორალური ზიანის ოდენობა უფრო მეტია, ვიდრე ამავე კონვენციის მე-8 მუხლის დარღვევისას.

6. დასკვნა

როგორც კვლევიდან ჩანს, ინფორმირებული თანხმობის კონცეფცია ჯერ კიდევ ანტიკურ ეპოქაში არსებობდა, თუმცა განსხვავდებოდა მისი თანამედროვე გაგებისგან. სახელდობრ, ინფორმირებული თანხმობის არსი ანტიკურ ხანაში განისაზღვრებოდა პაციენტის სოციალური სტატუსის მიხედვით.

დასაწყისში ნათლად იყო ჩამოყალიბებული პატერნალისტური მიდგომა, რომელიც პაციენტს განიხილავდა პასიურ ჩვილ ბავშვად და ექიმს ანიჭებდა სრულ უფლებამოსილებას, პაციენტის ნაცვლად გადაეწყვიტა სამედიცინო ჩარევასთან დაკავშირებული საკითხები. ეს ნაკარნახევი იყო მოსაზრებით, რომ ყველაზე კარგად ექიმმა იცოდა, რა იქნებოდა საუკეთესო მისი პაციენტისთვის. პატერნალისტური მიდგომა სამედიცინო სამართლის სფეროში მოქმედებდა ხანგრძლივი დროით. თუმცა მე-20 საუკუნის დასაწყისში პატერნალისტური მიდ-

⁷¹ სუსგ 2021 წლის 11 ივნისი, №ას-253-2021.

⁷² იხ. ვაგუა ი., მტკიცების ტვირთი არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურებისას, ჟურნალი „მართლმსაჯულება და კანონი“, №4 (72), 2021, 74.

⁷³ დაგეგმილი ოპერაციის მსვლელობისას პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის გარეშე სამედიცინო მანიპულაციის შემთხვევაში, პაციენტის სასარგებლოდ კლინიკას 5000 ლარი დაეკისრა. იხ., სუსგ, 2019 წლის 26 ივლისი, №ას-645-2019.

⁷⁴ სუსგ, 2015 წლის 10 სექტემბერი, №ას-979-940-2014; ბიჭია მ., არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების რამდენიმე ასპექტი, ჟურნალი „მართლმსაჯულება და კანონი“, №3 (51), 2016, 107.

გომა ჩანაცვლდა პაციენტის პირადი ავტონომიის დაცვის პრინციპით. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის დაცვის შესახებ ჩანაწერები გაჩნდა ამერიკის სასამართლო გადაწყვეტილებებში, რომლებიც გახდა პაციენტის პირადი ავტონომიისთვის მეტი ყურადღების წინაპირობა.

პაციენტის პირადი ავტონომია განმტკიცდა დეონტოლოგიის სფეროში და ამით პაციენტის ავტონომიის პატივისცემას გაესვა ხაზი. მალევე გამოიკვეთა მისი მჭიდრო კავშირი ადამიანის ღირსების დაცვასთან, რომელსაც ეყრდნობა ავტონომია, ადამიანს კი ავტონომიური უფლებები იმიტომ ენიჭება, რომ მას აქვს ღირსება.⁷⁵ ავტონომიის პატივისცემა ფაქტობრივად გულისხმობს მორალურ მოვალეობას, პატივი სცე სხვათა ავტონომიას.⁷⁶ პაციენტი განიხილება უფლებამოსილ პირად, თავისუფლად განსაზღვროს საკუთარი სხეულისა თუ ჯანმრთელობის ბედი. ამ დროს გასათვალისწინებელია პაციენტის ნება სამედიცინო ჩარევის განხორციელებაზე, სხვა შემთხვევაში დაირღვევა მისი პირადი ავტონომია.

ევროკავშირთან ასოცირების შეთანხმებით საქართველომ აიღო ვალდებულება, განავითაროს ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა საფუძველზე სამართლებრივი თანამშრომლობა. ევროკავშირის კანონმდებლობასთან დაახლოების თვალსაზრისით საყურადღებოა, ჯეროვანი ყურადღება მიექცეს ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოს შესაბამის გადანყვეტილებებს (მე-2 პუნქტი). ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლოსა და საქართველოს ეროვნული სასამართლოების გადანყვეტილებებმა დაადასტურა, რომ პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის გაცემის წესსა და შინაარსის გაცნობას არ უნდა ჰქონდეს მხოლოდ ფორმალური დატვირთვა, ასეთი თანხმობა უნდა იყოს არაორაზროვანი, საკმარისად კონკრეტული, გააზრებული და წინასწარ გაცხადებული.

საკითხი საგულისხმოა მტკიცების ტვირთის განაწილების კუთხითაც, რადგან გადაუდებელი აუცილებლობის ისეთი შემთხვევები, როცა გამორიცხულია სამედიცინო ჩარევამდე ინფორმირებული თანხმობის მიღება, კლინიკას ეკისრება როგორც სამედიცინო ჩარევის გადაუდებლობის, ისე გონივრული და წინასწარ განჭვრეტადი თანმიმდევრული მოქმედებების მტკიცების ტვირთი. სამედიცინო დაწესებულების მიერ საკუთარი მოვალეობის დარღვევის დადასტურებისას პაციენტს წარმოეშობა არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების მოთხოვნის უფლება. ადამიანის უფლებათა ევროპული სასამართლო მორალური ზიანის ანაზღაურებისთვის იყენებს მე-8 ან/და მე-3 მუხლებს. მძიმე დარღვევად განიხილება მე-3 მუხლით გათვალისწინებული შემთხვევა, რაც ზრდის არაქონებრივი ზიანის საკომპენსაციო თანხის ოდენობას. ფაქტობრივად, ინფორმირებული თანხმობის გაცემის დარღვევისას მე-3 მუხლით დადგენილი „არაადამიანური თუ დამამცირებელი მოპყრობა“ მიიჩნევა მაკვალიფიცირებელ გარემოებად, რის გამოც მორალური ზიანის ანაზღაურების მოცულობა იზრდება.

ასევე, საქართველოს ეროვნული სასამართლოები მორალური ზიანის ანაზღაურების დამფუძნებელ ნორმებად იყენებენ სსკ-ის მე-18 და 413-ე მუხლებს. საქართველოს სასამართლო პრაქტიკა ხაზს უსვამს, რომ მორალური ზიანის ოდენობა უნდა დადგინდეს ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში, ინდივიდუალური თავისებურებების გათვალისწინებით. კარგი იქნება, საქართველო სასამართლო პრაქტიკამ უფრო მეტად ასახოს ევროპული მიდგომები.

⁷⁵ იხ. Schaber P., Menschenwürde und Selbstverfügung, Zurich, In: Byrd Sharon B.; Hruschka J.; C. Joerden Jan, Themenschwerpunkt: Recht und Ethik im Werk von Jean-Jacques Rousseau, Berlin, 2012, 319.

⁷⁶ Gillon R., Medical ethics: Four principles plus attention to scope, Brit MedJ, Vol. 309, 1994, 185.

ბიბლიოგრაფია:

1. ადამიანის უფლებათა ევროპული კონვენცია, 4/11/1950.
2. „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ კონვენცია, 04/04/1997.
3. საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი, 26/06/1997.
4. ბიჭია მ., ინფორმირებული თანხმობის გაცემის ოქროს წესები ადამიანის უფლებათა დაცვის ევროპული სასამართლო პრაქტიკის მიხედვით, სტატიათა კრებულში: „ადამიანის უფლებათა დაცვა: საერთაშორისო და ეროვნული გამოცდილება“, რედ. კორკელია კ., თბ., 2022, 183-184.
5. ბიჭია მ., პაციენტის პირადი ავტონომიის დაცვისა და ინფორმირებული თანხმობის გაცემის თავისებურებები (ქართული და ევროპული მიდგომები), ჟურნალი „სამართალი და მსოფლიო“, №12, 2019, 52-53.
6. ბიჭია მ., არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურების რამდენიმე ასპექტი, ჟურნალი „მართლმსაჯულება და კანონი“, №3 (51), 2016, 107.
7. გაბუნია ლ., ხეცურიანი შ., გამყრელიძე ნ., გუმბარიძე ლ., ვარაზი ე., სამედიცინო დეონტოლოგია და იატროგენული დაავადებების პრევენცია, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, სამეცნიერო შრომათა კრებული, N53, 2019, 29.
8. გაგუა ი., მტკიცების ტვირთი არაქონებრივი ზიანის ანაზღაურებისას, ჟურნალი „მართლმსაჯულება და კანონი“, N4 (72), 2021, 74.
9. ეჰმანი ჰ., ზოგადი პიროვნული უფლების, როგორც ძირითადი უფლებისა და აბსოლუტური უფლების, ცნება, მთარგმნელი ბიჭია მ., „სამართლის ჟურნალი“, N2, 2013, 239.
10. ჩაჩიბაია თ., საექიმო საქმიანობის სამართლებრივი ნორმების ბიოეთიკური ასპექტები, თბ., 2005, 47-48.
11. სუსგ 2023 წლის 22 დეკემბერი, №ას-1444-2022.
12. სუსგ, 2021 წლის 11 ივნისი, №ას-253-2021.
13. სუსგ, 2021 წლის 16 მარტი, №ას-1129-2020.
14. სუსგ, 2019 წლის 26 ივლისი, №ას-645-2019.
15. თბილისის სააპელაციო სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა პალატის 2019 წლის 28 თებერვლის განჩინება (N23/2951-18).
16. თბილისის საქალაქო სასამართლოს სამოქალაქო საქმეთა კოლეგიის 2018 წლის 12 მარტის N213-14 გადაწყვეტილება.
17. Acosta Juana Vaccines I., Informed Consent, Effective Remedy and Integral Reparation: An International Human Rights Perspective, Universitas. Bogota (Colombia), No131: 19-64, julio-diciembre de 2015, 25-26.
18. Bazzano L. A., Durant J., Brantley P. R., A Modern History of Informed Consent and the Role of Key Information, Ochsner Journal, Vol. 21, Number 1, Spring 2021, 81-82.
19. Beauchamp T. L., Informed Consent: Its History, Meaning and Present Challenges, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 20 (04), 515-516.
20. Cruz P. De, Comparative Healthcare Law, London, Sydney, 2001, 326.
21. Dalla-Vorgia P., Lascaratos J., Skiadas P., Garanis-Papadatos T., Is consent in medicine a concept only of modern times? Journal of Medical Ethics, 2001, 27(1), 59, DOI: 10.1136/jme.27.1.59.
22. Del Carmen M. G., Joffe S., Informed consent for Medical Treatment and Research: A Review, The Oncologist, №10 (8), 2005, 637, 640.
23. Dove E.S., The EU General Data Protection Regulation: Implications for International Scientific Research in the Digital Era, in Journal of Law, Medicine & Ethics, 2018, 1021-1022.
24. Del Carmen M. G., Joffe S., Informed Consent for Medical Treatment and Research: A Review, The Oncologist, №10 (8), 2005, 637.

25. *Del Carmen M. G., Joffe S., Informed consent for Medical Treatment and Research: A Review*, The Oncologist, №10 (8), 2005, 637.
26. *Dennis B. P.*, The origin and nature of informed consent: Experiences among vulnerable groups, Journal of Professional Nursing, 15(5), 1999, 281.
27. *Dworkin G.*, Paternalism, in: *Morality and the law* (ed. *Wasserstrom R.*), Belmont California: Wadsworth, 1971, 107-108.
28. *Dworkin G.*, Paternalism, The monist, 56 (1), 1972, 65.
29. *Ehmann H.*, Der Begriff des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts als Grundrecht und als absolute-subjektives Recht, in: *Festschrift für Apostolos Georgiades*, Athen; München, 2005, 128.
30. *Gillon R.*, Medical ethics: Four principles plus attention to scope, Brit MedJ, Vol. 309, 1994, 184-185.
31. *Gordon E.*, Multiculturalism in medical decision making: The notion of informed waiver, Fordham Urban Law Journal, Vol. 23, No 4, 1996, 1321, 1326-1327.
32. *Hyslop E.*, European Causation in Tort Law: a Comparative Study with emphasis on Medical Law in the United Kingdom, Germany and France and Luxembourg, A thesis submitted for a degree of PhD, Luxembourg, 2015, 169.
33. *Kaba R., Sooriakumaran P.*, The evolution of the doctor-patient relationship, International Journal of Surgery, №5, 2007, 59, 64-65.
34. *Komrad M. S.*, A defense of medical paternalism: maximizing patients' autonomy, Journal of Medical Ethics, 9(1), 1983, 38-39.
35. *Kumar NK.*, Informed consent: Past and present, Perspectives in Clinical Research, 4(1), 2013, 21-22, 24, doi: 10.4103/2229-3485.106372.
36. *Martini S.*, Die Formulierung der Menschenwürde bei Immanuel Kant in: *Vortragsskript eines im WiSe 2005/06 gehaltenen Referats im Rahmen des rechtsphilosophischen Seminars "Die aktuelle Werte-Debatte~ bei Prof. Klaus Adomeit (Freie Universität Berlin), 2005/06, 5-7.*
37. *Murgic L., Hebert C. P., Sovic S., Pavlekovic G.*, Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country, BMC Medical Ethics, 16:65, 2015, 1-2.
38. *Murray P. M.*, The History of Informed Consent, The Iowa Orthopaedic Journal, Vol. 10, 1990, 104, 109.
39. *Pfordten Dietmar von der*, Zur Würde des Menschen bei Kant, In *Fünf Untersuchungen < Menschenwürde, Recht und Staat bei Kant*", 1. Auflage, Mentis, Paderborn, 2009, 19.
40. *Rocio F.-B., Macarena S.-I., Ricardo O., Carmen H., Jose M. R. C., Alfonso C. J.*, Paternalism vs. Autonomy: Are They Alternative Types of Formal Care? *Frontiers in psychology*, Vol. 10, 2019, 1460-1461.
41. *Rodriguez-Osorio C. A., Dominguez-Cherit G.*, Medical decision making: paternalism versus patient-centered (autonomous) care, *Current opinion in critical care*, Vol. 14, 2008, 709-710.
42. *Sandman L., Munthe C.*, Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice, *Health Care Analysis*, 18(1), 2009, 61.
43. *Schaber P.*, Menschenwürde und Selbstverfügung, Zurich, In: *Byrd Sharon B.; Hruschka J.; C. Joerden Jan*, Themenschwerpunkt: Recht und Ethik im Werk von Jean-Jacques Rousseau, Berlin, 2012, 319.
44. *Schuman J.*, Beyond Nuremberg: A Critique of "Informed Consent" in third World Human Subject Research, *Journal of Law and Health*, Vol. 25, 2012, 124-125, 129-130.
45. *Vollmann J., Winau, R.*, Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code, *British Medical Journal*, Vol. 313, No. 7070, 1996, 1447.
46. *Климович А. И.*, Эволюция моделей коммуникации врач-пациент в современной медицине, Вестник полоцкого государственного университета, Серия Е, Педагогические науки, Философия, №15, 2019, 89.

47. *Кречетова М. В., Информированное согласие на медицинское вмешательство, В помощь практикующей медицинской сестре, №4 (88), 2021, 11.*
48. *G.M. and Others v. The REPUBLIC OF MOLDOVA*, no. 44394/15, 22 February 2023.
49. *Y.P. v. RUSSIA*, no.43399/13, 20/12/2022, §.36.
50. *N.B. v. Slovakia*, no. 29518/10, 12 June 2012, §§ 79 -80.
51. *V.C. v. Slovakia*, no. 18968/07, 8 November 2011, §§ 116-19.
52. *Glass v. The United Kingdom*, 9 March 2004, no. 61827/00.
53. *A.S. v. Hungary*, CEDAW/C/36/D/4/2004, 29 August 2006.
54. *Storck v. Germany*, 16 June 2005, no. 61603/00.
55. *Canterbury v. Spence*, 464 F.2d 772 (D.C. Cir. 1972).
56. *Salgo v. Leland Stanford, Jr. University Board of Trustees*, District Court of Appeal, First District, October 22, 1957, No. 17045.
57. *Schloendorff v. Society of New York Hospital*, 105 N.E. 92, N.Y. 1914.
58. *Mohr v. Williams* – 95 Minn. 261, 104 N.W. at 13, 1905.]
59. *Pratt v Davis*, 118 Ill App 161, 1905.