ბელა მამულაშვილი

ბიოეთიკა

მეოცე განახლებული გამოცემა

საქართველოს ბიოეთიკის ნაციონალური საბჭოსა და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ცენტრალური მეთოდური საბჭოს მიერ რეკომენდებულია სახელმძღვანელოდ უმაღლესი და საშუალო სპეციალური სასწავლებლების სტუდენტებისათვის



გამომცემლობა „უნივერსალი"
თბილისი 2021

რედაქტორი: მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდენტი **რამაზ ხეცურიანი.**

რეცენზენტები: ფილოსოფიურ მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი, ფილოსოფიის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი **რევაზ ბალაძიშვილი,**
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორები, პროფესორები: **ჯ. ქრისტესაშვილი, გ. თომაძე, მ. ჯანელიძე შ. პეტრიაშვილი, თ. ცერცვაძე, გ. ნანეიშვილი,**

© ბ. მამულაშვილი, 2021

გამომცემლობა „უნივერსალი"

თბილისი, 0186, ს. ფოლიბაროვსკის №4, ☎: 5(99) 33 52 02, 5(99) 17 22 30
E-mail: universal505@ymail.com; gamomcemlobauniversali@gmail.com

ISBN 978-9941-26-922-6

წინასიტყვაობა

წინამდებარე ბიოეთიკის სახელმძღვანელოში გადმოცემულია ბიოსამედიცინო მეცნიერებისა და პრაქტიკული ჯანდაცვის უმწვავესი, ყველაზე აქტუალური პრობლემები, ბიოეთიკის ფუძემდებლური ღირებულებები და მორალური ნორმები, რომლებიც ხშირად ირღვევა ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიების მძლავრი პროგრესის პირობებში, რაც ადამიანური არსების სხეულებრივ და ფსიქიკურ სტრუქტურებში სიღრმისეული ჩარევის საშუალებას იძლევა.

ადამიანის უფლებებისა და დემოკრატიული პროცესების განუხრელმა ზრდამ დღის წესრიგში პაციენტის უფლებების გაფართოება დააყენა. შემთხვევითი არ არის, რომ ეს პრობლემა საერთაშორისო ორგანიზაციების საზრუნავი გახდა. სამედიცინო საზოგადოებისათვის ნაცნობია ის უმძიმესი სიტუაციები, როდესაც ექიმი ავადმყოფთან ან მის ახლობლებთან ურთიერთობისას, არცთუ იშვიათად, ეთიკური დილემის წინაშე დგება. შექმნილი მდგომარეობიდან ღირსეული და სამართლიანი გამოსავლის პოვნა გამოცდილ პროფესიონალსაც კი უჭირს. მცდარი გადაწყვეტილება, როგორც წესი, პაციენტის უფლებების დარღვევას მოასწავებს. ამასთან, ასეთი ფაქტები ხშირად შეუმჩნეველია საზოგადოებისათვის და თვით პაციენტისა და მისი ახლობლებისთვის. მრავალთა შორის, ამის მიზეზი ის არის, რომ საზოგადოება, მედიცინის მუშაკების ჩათვლით, არ იცნობს ადამიანის საერთაშორისოდ აღიარებულ უფლებებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

განსაკუთრებით აქტუალურია ზემოხსენებული პრობლემათა თანამედროვე მაღალტექნოლოგიური და ძვირადღირებული სამედიცინო დახმარების ფორმების დანერგვის ფონზე. ამ უკანასნელთა შემოღებამ, მკვეთრად გაზარდა იმის რისკი, რომ თანასწორობისა და პიროვნების პატივისცემის უზენაესი პრინციპები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში უკანა პლანზე გადაიწევს და, თუ საზოგადოებამ ძალისხმევა დაიშურა, სულაც ნიველირებული იქნება. ეს სირთულეები ყველა ქვეყნის ხვედრია, მიუხედავად სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეო-

ბისა. ამავე დროს, ის უფრო მწვავეა ისეთი ქვეყნისთვის, როგორიც საქართველოა, სადაც ახლა ყალიბდება ცივილური საზოგადოებისათვის დამახასიათებელი ურთიერთობები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლამ,ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის აუცილებელმა და უაღრესად რთულმა პროცესმა განსაკუთრებული სიმწვავით წარმოაჩინა ბიოეთიკის პრინციპების პროპაგანდისა და მათი განხორციელების საჭიროება. ეს მოთხოვნა ჩვენს ქვეყანაში მიმდინარე ახალი სოციალური, ეკონომიკური და ზნეობრივი ფასეულობების ჩამოყალიბების პროცესის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია.

ასევე გასათვალისწინებელია, რომ მოქალაქეობრივი უფლებები თანამედროვე კაცობრიობის ცნობიერების ძირითადი პრობლემა ხდება. მედიცინაში კი რეალიზდება ადამიანის უპირველესი უფლება სიცოცხლესა და ჯანმრთელობაზე.

საქართველოს პოლიტიკურ ცხოვრებაში ჯანმრთელობის დაცვის საკითხები პრიორიტეტულ ადგილს იკავებს. ისეთი თემები, როგორიცაა ჯანდაცვის სფეროსათვის გამოყოფილი რესურსების განაწილება ან სოციალური სამართლიანობის კრიტერიუმები სამედიცინო მომსახურების სფეროში, მათი ხელმისაწვდომობა, უკვე არის და კიდევ უფრო მეტად გახდება საკმაოდ მწვავე პოლიტიკური დისკუსიის საგანი.

პაციენტის უფლებების დაცვა განსაკუთრებით აქტუალური გახდა გასული საუკუნის მეორე ნახევარში. პაციენტის უფლებების დასაცავად მიმართული მძლავრი საერთაშორისო მოძრაობის სტიმული გახდა საკონცენტრაციო ბანაკებში ნაცისტი ექიმების მიერ ადამიანებზე ჩატარებული შემზარავი ექსპერიმენტები, ფართოდ გახმაურებული კლინიკური დაკვირვებები ტყვეებსა და პატიმრებზე, სულით დაავადებულებზე, ბავშვებსა და ორსულ ქალებზე, მედიცინაში ახალი ტექნოლოგიების დანერგვასთან დაკავშირებული პაციენტის და ექიმის ურთიერთობის დეპერსონალიზაცია.

ჩვენს საზოგადოებაში ადამიანთა დიდ ნაწილს სამოქალაქო უფლებების დარღვევა აწუხებს, მაგრამ შედარებით ნაკლებად გამოითქმის წუხილი ადამიანის ექსისტენციალურ უფლებებზე:სიცოცხლის უფლებაზე, პირად ავტონომიაზე, რომელიც პროფესიულ მედიცინასთანაა დაკავშირებული, უფ-

ლებაზე მიიღოს სარწმუნო ინფორმაცია საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ, ღირსეულად ცხოვრების უფლებაზე და ბოლოს, ამ ცხოვრებიდან ღირსეულად წასვლაზე.

წინამდებარე სახელმძღვანელოს შექმნას წინ უძღოდა ხანგრძლივი და ნაყოფიერი მეცნიერული შრომა, რომელიც ქართველ მეცნიერთა ერთმა ნაწილმა გასწია და რომელთა მოსწავლედ და ტრადიციების გამგრძელებლად ვთვლი თავს.

განსაკუთრებული მადლობა მინდა გადავუხადო ჩემს უფროს კოლეგებსა და მასწავლებლებს, აწ განსვენებულთ: ფილოსოფიის მეცნიერებათა დოქტორებს, პროფესორებს: გიორგი ვეკუას, ვახტანგ გაგოიძეს და დავით გეგეშიძეს, რომლებმაც დიდი წვლილი შეიტანეს საქართველოში ბიოეთიკის, როგორც მეცნიერების დაფუძნებისა და განვითარების საქმეში.

ბიოეთიკის პირველმა სახელმძღვანელომ, რომელიც 2000 წელს გამოიცა ბ.მამულაშვილის, გ.ვეკუას და დ. გეგეშიძის ავტორობით, დიდი როლი შეასრულა საქართველში ბიოეთიკის პროპაგანდისა და განვითარების საქმეში. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ეს როლი სტუდენტი ახალგაზრდობის აღზრდის თვალსაზრისით. მაგრამ გასულ წლებში ბევრი ახალი სამეცნიერო ინფორმაცია და ცოდნა დაგროვდა ამ სფეროში, რომელმაც ასახვა პოვა წინამდებარე სახელმძღვანელოში.

ვფიქრობთ, რომ სახელმძღვანელო გარკვეულ როლს შეასრულებს საქართველოს სახელმწიფოს სოციალური ინსტიტუტების ფორმირების პროცესში, რომელიც მყარად დაადგას სამოქალაქო საზოგადოების მშენებლობის გზას, იმის გაცნობიერებაში, რომ აუცილებელია ადამიანის დაცვა ნებისმიერი ფორმის ძალადობისაგან, რა მოსაზრებიდანაც უნდა მომდინარეობდეს ის.

სახელმძღვანელოში შეტანილია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებების შესახებ გაერთიანებული ერების ორგანიზაციისა და მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის დოკუმენტები, რომელთა ცოდნა აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის, ბიომედიცინის სფეროში მოღვაწე მკვლევარების, სტუდენტ-ენტთა, მაგისტრთა და დოქტორანტთათვის. იგი საინტერესო იქნება მეცნიერების ეთიკის საკითხებით დაინტერესებულ პირთათვის.

ავტორი

World Medical Association



მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია

The Declaration of Geneva

ჟენევის დეკლარაცია

1948 - 1998

ექიმის ფიცი

ვხდები რა სამედიცინო პროფესიის წარმომადგენელი, საზეიმოდ ვფიცავ:

* ჩემი ცხოვრება მივუძღვნა ადამიანის სამსახურს;
* ღირსეული პატივი და მადლიერება მივაგო ჩემს მასწავლებლებს;
* კეთილსინდისიერად და ღირსეულად შევასრულო ჩემი პროფესიული მოვალეობა;
* პაციენტის ჯანმრთელობა გავიხადო ჩემს უმთავრეს საზრუნავად;
* შევინახო ჩემთვის მონდობილი საიდუმლო, პაციენტის სიკვდილის შემდეგაც კი;
* შეძლებისდაგვარად დავამკვიდრო საექიმო პროფესიის კეთილშობილური ტრადიციები;
* კოლეგები მივიჩნიო ძმებად და დებად;
* არ დავუშვა პაციენტის ასაკის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ალმსარებლობის, რასის, სქესის, ეროვნების, პოლიტიკური შეხედულებების, სექსუალური ორიენტაციის, სოციალური მდგომარეობის ზეგავლენა ჩემი პროფესიული მოვალეობის აღსრულებაზე;
* კვლავაც უსაზღვრო პატივი ვცე ადამიანის სიცოცხლეს მისი ჩასახვისთანავე, ვერავითარმა ძალამ ვერ მაიძულოს გამოვიყენო სამედიცინო ცოდნა კაცთმოყვარეობის კანონების წინააღმდეგ;

ამ აღთქმას ვდებ საზეიმოდ, ნებაყოფლობით და უანგაროდ.

მიიღო:

- მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის გენერალურმა ასამბლეამ, ჟენევა, შვეიცარია, 1948 წლის სექტემბერი.

განაახლა:

22-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეამ, სიდნეი, ავსტრალია, 1968 წლის აგვისტო;

- 35-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეამ, ვენეცია, იტალია, 1983 წლის ოქტომბერი;
- მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის 46-ე გენერალურმა ასამბლეამ, სტოკჰოლმი, შვედეთი, 1994 წლის სექტემბერი.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის 35-ე მუხლის თანახმად, სახელმწიფო აკრედიტაციის მქონე უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების კურსდამთავრებულები საჯაროდ, დიპლომის მიღების წინ სახელმწიფო ენაზე დებენ ექიმის ფიცს. ფიცის ტექსტად გამოიყენება მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციას ჟენევის დეკლარაცია.

თავი I. ეთიკიდან ბიოეთიკამდე

§1. ეთიკა როგორც მეცნიერება მორალის შესახებ

ცნებები "ბიოეთიკა" და "ბიოსამედიცინო ეთიკა" თავის შემადგენელ ნაწილად მოიცავს ტერმინს "ეთიკა".

ეთიკა ფილოსოფიური დისციპლინაა, რომელიც შეისწავლის ზნეობის და მორალის გამოვლენას. არსებობს მორალისა და ზნეობის გამოვლენის სამყარო და არსებობს მეცნიერება, რომელიც აღწერს და შეისწავლის მას. ეს იმის ანალოგიურია, თუ როგორ ვანსხვავებთ ერთმანეთისაგან სიცოცხლესა და ბიოლოგიას, როგორც მეცნიერებას მის შესახებ; ან ფსიქიკის, სულიერი ცხოვრების მოვლენებსა და მეცნიერება ფსიქოლოგიას.

ყოველდღიურ საუბარში ტერმინი "ეთიკა" ხშირად გამოიყენება არამეცნიერული გაგებით (როგორც ტერმინები "ბიოლოგია" და "ფსიქოლოგია"), როგორც სინონიმი ტერმინისა "მორალი". მაგალითად, როცა ჩვენ ვსაუბრობთ "ეთიკურ ქცევაზე", მხედველობაში გვაქვს მორალურად გამართლებული, ღირსეული საქციელი. ამ ნაშრომში ტერმინს "ეთიკა" ჩვენ გამოვიყენებთ მეცნიერული გაგებით. ეთიკოსთა შორის კამათს იწვევს ურთიერთმიმართება ცნებებისა "მორალი" და "ზნეობა". ხშირად ისინი სინონიმებად მოიაზრება, თუმცაღა მათ შორის გარკვეული განსხვავებაა. არსებობს ტრადიცია, რომლის თანახმადაც მორალი გაგებულია როგორც ერთობლიობა (უფრო ზუსტად კი — სისტემა, ე. ი. გარკვეული კავშირებისა და ელემენტების მოწესრიგებული ერთობლიობა) ნორმებისა — აკრძალვების, იდეალების, მოთხოვნების, მითითებების — რომლებიც მიღებული და გაზიარებულია მოცემულ საზოგადოებაში. ეს ნორმები ფესვგადგმულია მათ კულტურაში და საკმაოდ სტაბილურად გადაეცემა თაობიდან თაობას.

ზნეობა კი მორალის ასეთი გაგებისას ახასიათებს ადამიანთა რეალურ მოქმედებას მისი ამ ნორმებთან შესაბამისობის თვალსაზრისით, ე. ი. "უზნეოდ" მიიჩნევა ის ადამიანი ან ის საქციელი, რომელიც დაარღვევს სწორედ მოცემულ, არსებულ საზოგადოებაში მიღებულ ნორმებს, მაგრამ ის შეიძლება დაემორჩილოს რაღაც სხვა ნორმებს და ამასთან თავი ჩათვალოს ზნეობრივ ადამიანად. სწორედ ასეთი კოლიზია იყო დაფარული ცნობილი ეპიზოდის მიღმა, როცა ათენელებ-

მა დაგმეს ფილოსოფოსი სოკრატე: ადამიანი, რომელიც ყველა შემდგომი თაობისათვის წარმოადგენდა და წარმოადგენს ზნეობის მაგალითს, გასამართლებული იყო უზნეო საქციელისათვის — მისი მოსამართლეებისა და ათენის საზოგადოების მორალიდან გამომდინარე. საერთოდ კი, მორალის ნორმათა სისტემა — ეს იდეალია, რომელიც რეალობაში მეტ-ნაკლებად აისახება, მაგრამ სრულად — არასოდეს. მაგალითად, როცა ჩვენ გვესმის აზრი, რომ დაქვეითდა საზოგადოებრივი მორალი, ადამიანები ზნეობრივად გაიხრწნენ და ა. შ. ამ დროს, ჩვეულებისამებრ, იგულისხმება მკვეთრი განხეთქილება მორალურ იდეალებს, ნორმებსა და ადამიანთა რეალურ მოქმედებებს შორის, სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ისეთი სიტუაციის არსებობა, როცა მორალის ნორმებიდან გადახვევა და მათი დარღვევები მასიურ მოვლენად იქცევა.

ეთიკის მიერ შესასწავლი სფერო განსაკუთრებულადაა აგებული. ის არსებობს სხვაგვარად, ვიდრე მოვლენები, რომლებსაც სწავლობს ფიზიკა, ქიმია, ბიოლოგია ან ფსიქოლოგია. ეს განსხვავება მკაფიოდ ჩანს იმ ენის დონეზე, რომელსაც ჩვენ ვიყენებთ, და ვსაუბრობთ, ერთი მხრივ, ფიზიკურ, ქიმიურ და სხვა მოვლენებზე და მეორე მხრივ, მორალზე. ისეთი გამონათქვამები, — როგორიცაა "ეს ჟანგბადისა და წყალბადის ქიმიური შენაერთია" ან "მეხსიერება არის უნარი ცნობიერებაში აღვიდგინოთ მოვლენები და შთაბეჭდილებები, რომლებსაც წარსულში ჰქონდათ ადგილი", მიეკუთვნება არსებულის სამყაროს. აი გამონათქვამი, რომელიც მორალის სფეროსათვისაა დამახასიათებელი: "ექიმმა უნდა შეუმსუბუქოს ავადმყოფს ტანჯვა". აქ საუბარია არა იმდენად იმაზე, რაც არის, რამდენადაც იმაზე, რაც უნდა იყოს, ანუ ჯერარსზე.

თუ სხვა მეცნიერებანი სწავლობენ ობიექტურად არსებულს, ეთიკისათვის პირველხარისხოვანი მნიშვნელობა აქვს სწორედ საკითხს იმის შესახებ, არის თუ არა რაღაც კარგი ან ცუდი, ულირსი ან ღირსეული. ეთიკა აფიქსირებს, აღწერს, ხსნის არა იმდენად თვით მოვლენებს, რამდენადაც ამ მოვლენისადმი ამა თუ იმ დამოკიდებულებას, მათ შეფასებას.

ეთიკასთან ერთად ასეთ შემფასებელ დისციპლინად შეიძლება ჩავთვალოთ ლოგიკა და ესთეტიკა. ლოგიკა იკვლევს ჩვენი მსჯელობების მიმართებას სინამდვილის მოვლენებისადმი ამ მსჯელობათა ჭეშმარიტების ან მცდარობის თვალსაზრისით. ესთეტიკაში შეფასების ძირითად კატეგორიებად ითვლება "მშვენიერი" და "უშნო" ეთიკაში კი ასეთი ძირითადი კატეგორიებია "სიკეთე" და "ბოროტება".

ეთიკა, როგორც ცოდნის განსაკუთრებული სფერო, ფილოსოფიურ დისციპლინად ითვლება. მაგრამ ფილოსოფიის წიაღში მას განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს, რაც არსსა და ჯერარსს შორის განსხვავებითაა განპირობებული. ტრადიციულად, ფილოსოფიის ყველა სხვა შემადგენელი ნაწილი — იქნება ეს მოძღვრება სამყაროს, ყოფიერების (მეტაფიზიკა, ონტოლოგია), ადამიანის (ანთროპოლოგია) თუ შემეცნების (ლოგიკა, ეპისტემოლოგია, გნოსეოლოგია) შესახებ უნდა მიგვეკუთვნებინა თეორიული ფილოსოფიისათვის, რომელიც სწავლობს იმას, რაც არსებობს. ეთიკა კი გაიგებოდა, როგორც ფილოსოფიის ნაწილი, რომელიც არის არა იმდენად შესასწავლი, არამედ ადამიანისათვის იმის მასწავლებელი, თუ როგორ უნდა მოიქცეს იგი, ამიტომაც მას პრაქტიკულ ფილოსოფიას უწოდებენ. ამასთან პრაქტიკაში იგულისხმებოდა ადამიანის რეალური ქცევები და მოქმედებები, რომლებიც ასე თუ ისე სხვა ადამიანებსაც ეხებოდა (აქ ისიც უნდა აღვნიშნოთ, რომ უკანასკნელ ათწლეულებში ჩვენს ფილოსოფიურ ლიტერატურაში არსებობდა პრაქტიკის არსებითად სხვაგვარი გაგება, რომელიც ჰეგელისა და უფრო მეტად მარქსისაგან მოდიოდა. მისი არსი იმაში მდგომარეობს, რომ პრაქტიკას ადამიანისა და სოციალური ჯგუფების მოქმედებებს უწოდებენ, რომლებიც მიმართულია გარემო სინამდვილის გარდაქმნისაკენ, ამ ადამიანის ან სოციალური ჯგუფების ინტერესების შესაბამისად. საკითხისადმი ასეთი მიდგომისას ადამიანის ან სოციალური ჯგუფების მორალური მხარე და მორალური შეფასება, რითაც, უპირველეს ყოვლისა, დაინტერესებულია ტრადიციული ფილოსოფია, უკანა პლანზე გადადის).

შემდგომში ფილოსოფიას მოუხდა არსებითად შეემცირებინა საკუთარი მოთხოვნები ეთიკის მიმართ — ნათელი გახდა, რომ ადამიანებს წარმოდგენები "უნდა იყოს"-ზე მეტწილად აქვთ არა ფილოსოფიური ტრაქტატებიდან, არამედ სხვა წყაროებიდან. ეთიკის ამოცანას წარმოადგენდა იმის განხილვა, თუ როგორია ეს წყაროები, როგორ შეესაბამება ადამიანების წარმოდგენები ჯერარსზე მათ რეალურ ქცევებს. როგორ ეთანხმება ერთგვარი წარმოდგენები ჯერარსზე სხვაგვარ წარმოდგენებს. ეთიკამ, ამგვარად, უარი თქვა განზრახვაზე დაევალდებულებინა ადამიანები, თუ როგორ უნდა მოიქცნენ (ეს მორალური ქადაგებების პრეროგატივაა, რომელთანაც კავშირი აქვს, მაგალითად, სასულიერო პირს). ამასთან ეთიკა რჩება პრაქტიკულ ფილოსოფიად უფრო შეზ-

ღუდული და მეცნიერული გაგებით.

იმ შემფასებლურ ურთიერთობებს, რომლებსაც ეთიკა სწავლობს, გააჩნია გარკვეული სტრუქტურა. ამასთან დაკავშირებით გავიხსენოთ ცნობილი გამონათქვამი: "ექიმმა უნდა შეუმსუბუქოს ავადმყოფს ტანჯვა" და შევადაროთ გამონათქვამს — "ექიმი უმსუბუქებს ავადმყოფს ტანჯვას", ორივე გამონათქვამში ფიგურირებს: ა) ვიღაც (მოცემულ შემთხვევაში "ექიმი"), რომელიც ბ) ახორციელებს (ან არ ახორციელებს) გარკვეულ მოქმედებებს ("ამსუბუქებს"), რომლებიც მიმართულია გ) რაღაც ობიექტზე ("ავადმყოფის ტანჯვა"). თუ მეორე შემთხვევაში გამონათქვამი მხოლოდ აღწერს გარკვეულ მოვლენას და ამიტომ ამ გამონათქვამს უწოდებენ დესკრიპტიულს (ე. ი. აღმწერს), პირველ შემთხვევაში საქმე გვაქვს გამონათქვამთან, რომელიც არ მიეკუთვნება კონკრეტულ მოვლენას, არამედ აფიქსირებს მითითებას ან ნორმას, რასაც იცავენ ან არ იცავენ რეალურ სიტუაციებში და რაც ბევრი კონკრეტული მოქმედების შეფასებისათვის კრიტერიუმად ითვლება. ასეთ გამონათქვამს ნორმატიულს (ან პრესკრიპტიულს) უწოდებენ.

ყველა ნორმას არ გააჩნია მორალური ბუნება. ადამიანის მოღვაწეობის ნებისმიერ სფეროში არის ბევრი ისეთი ნორმა, რომელიც სპეციალურ, ტექნიკურ ხასიათს ატარებს. ამ ნორმების დაცვა, როგორც წესი, უზრუნველყოფს იმ ამოცანების წარმატებულ გადაჭრას, რომლებიც მოღვაწეობის პროცესში იჩენს თავს. აღსანიშნავია, რომ არცთუ იშვიათად, განსაკუთრებით კი იქ, სადაც, ისევე როგორც მედიცინაში, საქმე ეხება მოქმედებას, რომელიც უშუალოდ ეხება სხვა ადამიანებს, ამ ნორმების დარღვევა ფასდება არა მხოლოდ, წარმატების ან წარუმატებლობის თვალსაზრისით, არამედ მორალური პოზიციიდანაც. მაგალითად, ტანჯვის შემსუბუქება სიკეთეა ავადმყოფისათვის, ასე რომ, ზოგადი ფორმით განხილული ნორმატიული გამონათქვამის არსი შეიძლება იქამდე დავიყვანოთ, რომ ექიმმა უნდა მოუტანოს სიკეთე ავადმყოფს. თუმცა აქვე წამოიჭრება ასეთი საკითხები: "რას ნიშნავს — უნდა? და "რა (ან ვინ) ავალდებულებს მას სხვას გაუკეთოს სიკეთე?". ამ კითხვებზე შესაძლებელია სხვადასხვაგვარი პასუხის გაცემა.

§2. მორალისა და სამართლის ურთიერთმიმართება

უმეტეს შემთხვევაში ადამიანთა მოვალეობანი და ვალდებულებანი დაფიქსირებულია კანონმდებლობით. მათი შეუსრულებლობა ისჯება იურიდიული, ადმინისტრაციული ან დისციპლინარული სანქციებით.

იურიდიულ სანქციებს გასცემს სასამართლო, რომელსაც შეუძლია სამედიცინო პერსონალის ზოგიერთი ქმედება, მაგალითად, ავადმყოფისათვის დახმარების გაუწევლობა ან კონფიდენციალური ინფორმაციის (სამედიცინო საიდუმლოს) გამჟღავნება, სამართალდარღვევად (დანაშაულადაც კი) მიიჩნიოს. იურიდიული სანქცია დასჯის სხვადასხვგვარ სახეობებს (ფულადი ჯარიმა, სამედიცინო პრაქტიკის აკრძალვა, თავისუფლების აღკვეთა და ა. შ.) მოიცავს.

ადმინისტრაციული და დისციპლინარული სანქციები გულისხმობს ჯარიმის გადახდას, საყვედურის გამოცხადებას, დაბალ ანაზღაურებად თანამდებობაზე გადაყვანას, სამედიცინო მოღვაწეობის ზოგიერთ სახეობებში მონაწილეობის აკრძალვას და ა. შ. დასჯის ეს ზომები გამოიყენება იმ ნორმების დარღვევისას, რომლებიც დამტკიცებულია კანონით (მაგრამ არც ისე მძიმე და საშიშია, როგორც წინა შემთხვევაში), ასევე სამედიცინო დაწესებულების შიდა რეგლამენტით ან აღმასრულებელი ხელისუფლების ადგილობრივი, რეგიონალური და ფედერალური ორგანოების გადაწყვეტილებებით, რომლებიც უფლებამოსილი არიან აკონტროლონ სამედიცინო პერსონალის მოქმედება და, საჭიროების შემთხვევაში, დააწესონ ასეთი სანქციები.

მოვალეობა არის არა მარტო სამართლებრივი, არამედ მორალური ხასიათისაც, ამ შემთხვევაში წყარო, საიდანაც სანქციები მომდინარეობს, სხვაგვარი იქნება, ასევე, სხვაგვარი იქნება სანქციების ხასიათიც. თუ სამართლებრივ სანქციებს აწესებს პიროვნება ან ორგანო, რომლებსაც სპეციალური, მკვეთრად დაფიქსირებული ოფიციალური უფლებამოსილებანი აქვთ, მორალური სანქციების წყარო ჩვეულებრივ ასე გარკვეულად არ არის წარმოდგენილი. მორალური სანქციების წყარო შეიძლება იყოს, მაგალითად, პროფესიული სამედიცინო საზოგადოება ან ცალკეული მედიკოსი, რომელსაც კოლეგები თავიანთ არაფორმალურ ლიდერად აღიარებენ. საბოლოო ჯამში ყველას შეუძლია მოაწყოს მორალური სასამართლო ან გამოუტანოს ზნეობრივი შეფასება, მაგრამ

ცალკეული ადამიანების შეფასება — განაჩენი შეიძლება დასჯილისათვის უფრო მნიშვნელოვანი იყოს, ვიდრე სხვების შეფასება. პირველებზე ამბობენ, რომ მათ გააჩნიათ მორალური ავტორიტეტი. უნდა აღინიშნოს, რომ სამართლებრივი სანქციების მიღმა ყოველთვის დგას სახელმწიფოს ხელისუფლება, მაშინ როცა მორალურის მიღმა — საზოგადოების ავტორიტეტი.

რაც შეეხება სანქციების ხასიათს, რომლებსაც ნორმის გადახვევისათვის აწესებენ; სამართლებრივი სანქციები ეყრდნობა იძულების ძალას, მორალური კი — გაკიცხვის ძალას (მხედველობაშია სწორედ მორალური გაკიცხვა და არა, ვთქვათ, სასამართლოს განაჩენით მიღებული მსჯავრდება). და მართლაც, შესაბამისად ჩამოყალიბებული ხელისუფლება წარმოადგენს იმ ინსტიტუტს, რომელიც უფლებამოსილია გამოიყენოს იძულების საშუალებები როგორც თავისი მიღებული კანონებით, ასევე მათ რწმუნებულ პირთა მეშვეობით. რაც შეეხება მორალურ სანქციებს — არსებითია მათი საჯარო ხასიათი. ის, ვის მიმართაც ისინია გამოყენებული, მეტად თუ ნაკლებად კარგავს თავისი კოლეგების ნდობას. თუმცა სუბიექტად, რომლის წინააღმდეგაც მიმართულია მორალური სანქციები, აუცილებელი არ არის იყოს კერძო პირი. ასეთი სანქციების სუბიექტი შეიძლება იყოს კოლექტივი (ვთქვათ, პოლიკლინიკა ან საავადმყოფო). უფრო მეტიც, საზოგადოების ნდობა სამედიცინო პროფესიისადმი მუდმივ სიდიდეს არ წარმოადგენს. რაც უფრო ნაკლებია ამ ნდობის დონე, მით უფრო ხშირად მიმართავს ავადმყოფი თვითმკურნალობას, "არაოფიციალური" მედიცინის წარმომადგენლებს, ექსტრასენსებს, ნათელმხილველებს და ა. შ.

საზოგადოების ნდობის მოპოვება და შენარჩუნება სამედიცინო პერსონალის უმთავრესი ამოცანაა. ყოველი დარღვევა, არაზნეობრივი საქციელი, რომელსაც სამედიცინო პერსონალი ჩაიდენს, საზოგადოებრივი რეზონანსის მქონეა. ყოველი ასეთი შემთხვევა ღრმად ილექება ადამიანთა ცნობიერებაში და მკვეთრ, უარყოფით ემოციებს იწვევს, რომლის ანარეკლი ბუმერანგივით უბრუნდება სამედიცინო საზოგადოებას.

ზოგჯერ მორალსა და სამართალს შორის განსხვავებას იმაში ხედავენ, რომ სამართლებრივი ნორმები მკაცრი და დაუნდობელია, მაშინ როცა მორალური მოთხოვნები შეიძლება დაირღვეს შედარებით დაუსჯელად. მაგრამ სინამდვილეში ძირითადი განსხვავება მორალსა და სამართალს შორის არა სანქციათა სიმკაცრესა და ლმობიერების დონეშია, არამედ

მათი მოქმედების პრინციპულად განსხვავებულ, სხვადასხვა მექანიზმში.

მორალურ მოთხოვნათა ძალა შეიძლება ძალიან დიდი იყოს და მისგან გადახვევა შეიძლება დაგმობილ იქნეს არა მარტო მკაცრად, არამედ სასტიკადაც. მაგალითად, თუ მკაცრი მორალური გაკიცხვა მომდინარეობს განსაკუთრებით ახლობელი და ძვირფასი ადამიანისაგან, ის შეიძლება ძალიან მტკივნეულად იქნეს მიღებული. და პირიქით, ზოგჯერ კანონის დარღვევა და მისგან გამოწვეული სანქციები შეიძლება შედარებით ადვილად იქნეს აღქმული, თუ დამრღვევი თავის საქციელს ამართლებს უფრო მაღალი მორალური ფასეულობით, ვიდრე მისი საქციელია. ეს სხვათა შორის, იმაზე მეტყველებს, რომ მორალი და სამართალი ყოველთვის არათუ ავსებენ ერთმანეთს, არამედ ზოგჯერ არის სიტუაციები, როცა მოთხოვნები ერთმანეთს ეწინააღმდეგება კიდეც.

მორალური ნორმების მოქმედების მექანიზმი არ ამოიწურება სანქციებით, რომლებიც გარედან წესდება. ეს გარეგანი კონტროლი, არსებითად, წარმოადგენს იმ კონტროლის გაგრძელებას, რომელიც მოდის პიროვნების შინაგანი სამყაროდან. ფსიქოლოგებისა და სოციოლოგების აზრით, ამ შემთხვევაში მორალური ნორმები პიროვნების მიერ მის მრწამსად და ყველაზე ღრმა ფასეულობად იქცევა, რომლებიც პიროვნების ხასიათს განსაზღვრავს. მათ წინააღმდეგ მოქმედება ადამიანს ძალიან უჭირს, ზოგჯერ კი შეუძლებელიცაა. ამ შინაგან კონტროლს, საკუთარი განზრახვის ან მოქმედების თვითშეფასებას, მისი მორალის ნორმების შესაბამისობის თვალსაზრისით, სინდისი ეწოდება.

სამართლებრივი ნორმების მოქმედება არ გულისხმობს ასეთ მექანიზმს, თუმცა კანონის მორჩილება შეიძლება ნაკარნახევი იყოს დასჯის შიშით და პიროვნების შინაგანი რწმენითაც კი. მაგრამ უკანასკნელ შემთხვევაში ის გამოდის სწორედ როგორც მისი მორალური თვისება. ადამიანი არ შეიძლება მივცეთ იურიდიულ პასუხისგებაში მხოლოდ იმის გამო, რომ ის არ არის კანონმორჩილი მანამ, სანამ მას არ ჩაუდენია რაიმე სამართალსაწინააღმდეგო ქმედება, თუმცა შეიძლება დავსაჯოთ ამის გამო, მაგრამ სწორედ მორალურ-ზნეობრივი თვალსაზრისით.

ამგვარად, ცხოვრებისეული სიტუაციების მრავალფეროვნებაში მორალი და სამართალი წარმოადგენს ადამიანთა შორის ურთიერთობის ორ სხვადასხვა საშუალებას. ეს ნიშნავს, ჯერ ერთი, რომ მორალისა და სამართლის ნორმები

წარმოადგენს თითქოს გარემოს, რომელშიც ადამიანთა შორის კავშირი და ურთიერთმოქმედება ხორციელდება. მათი წყალობით, ჩვენი კავშირი და ურთიერთმოქმედება მოწესრიგებული და ორგანიზებულია. ადამიანების მიერ გაზიარებული ნორმების არსებობა, საერთო ენის არსებობის მსგავსად, ურთიერთგაგებას უზრუნველყოფს, საშუალებას გვაძლევს წინასწარ ვიცოდეთ, თუ რას უნდა ველოდეთ სხვისაგან ამა თუ იმ სიტუაციაში. მათ (ნორმების) გარეშე ჩვენ ძალიან გაგვიჭირდებოდა ჩვენსავე მსგავსებთან ურთიერთობა. თითოეულ ჩვენგანს შეუძლია გაიხსენოს ის სირთულეები, რომლებიც გვექმნება, როდესაც ახალბედა აღმოვჩნდებით ადამიანთა უკვე ჩამოყალიბებულ ჯგუფში. საქმე სწორედ ისაა, რომ ამ ჯგუფს აქვს ურთიერთობის საკუთარი ნორმები, რომელიც "ახალბედასათვის" უცნობია. ეს კი, თავის მხრივ, იმის საფუძველს ქმნის, რომ მისი ქცევები და ნათქვამი არასწორად იქნება გაგებული, რომ გარშემომყოფებმა მასში შეიძლება ისეთი აზრი ჩადონ, რაც მას მხედველობაშიც კი არ ჰქონია. ეს ნიშნავს, რომ ყველა მოქმედება და ქცევა კი არ ექვემდებარება მორალურ და სამართლებრივ შეფასებას, არამედ მხოლოდ ისინი, რომლებიც ასე თუ ისე ეხებიან სხვათა ინტერესებს. მაგალითად, თუ მე საქალაქო ტრანსპორტის ნახევრად ავარიული ვაგონით ვმგზავრობ, არავისი საქმე არ არის, ვზივარ თუ ვდგავარ. ან მეორე მაგალითი: ის, თუ როგორ მაცვია, არ შეიძლება იყოს მორალური შეფასების ობიექტი. ჩემი ტანსაცმლის დეტალების შეუსაბამობა ერთმანეთთან შეიძლება არ შეესატყისებოდეს გარემომცველთა გემოვნებას, მაგრამ ეს არა ეთიკური, არამედ ესთეტიკური ხასიათის მოვლენაა. საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ ჩვენ მხედველობაში გვაქვს არა მხოლოდ უშუალო ინტერესები, როცა, ვთქვათ, ჩემი მოქმედებები ვიღაცას უშუალო ზიანს აყენებს, არამედ ის მოქმედებები და ქცევები, რომლებიც თუმცა არავის უშუალო ზიანს არ აყენებს, მაინც ეწინააღმდეგება საზოგადოებაში მიღებული მორალისა და სამართლის ნორმებს. მაგალითად, ექიმმა რომ კონკრეტულ შემთხვევაში მოატყუოს პაციენტი, ამ უკანასკნელს შეიძლება არც მიაყენოს ზიანი; უფრო მეტიც, ის შეიძლება პაციენტის სასიკეთოდაც კი განხორციელდეს. მაგრამ ეს ტყუილი, ნებისმიერ შემთხვევაში — თუნდაც მისი მოტივი პაციენტისათვის სიკეთის მოტანა იყოს — მაინც საზოგადოდ მიღებული მორალური ნორმის დარღვევა იქნება. ეს სახარებისეული მცნების "არ იცრუო" დარღვევაა, რამაც არ შეიძლება ექიმსა და პაციენტს შორის ურთი-

ერთობაში ნდობის ფაქტორზე ზეგავლენა არ მოახდინოს. სამართლებრივი და მორალური ნორმებისაგან ინდივიდის თავისუფლების სფერო დაფიქსირებული და დაცულია სპეციალური ნორმებით. სამართლის სფეროში ნაწილობრივ მოქმედებს ასეთი ნორმა – "მოქალაქეს ყველაფრის ნება აქვს, რაც კანონით არ იკრძალება". ამის შესაბამისად კანონმდებლობაში ამომწურავად უნდა იყოს წარმოდგენილი ყველა აკრძალვა და შეზღუდვა, რომელიც მთლიანად შემოხაზავს ველს, რომელშიც მე შემიძლია ისე ვიმოქმედო, როგორც თვითონ ჩავთვლი საჭიროდ. კანონი ცალსახად არ აწესებს, თუ რა უნდა აკეთოს ინდივიდმა ამა თუ იმ სიტუაციაში; ის მხოლოდ აღნიშნავს საზღვრებს, რომლის გარეთაც ადამიანი არ უნდა გამოვიდეს.

ზუსტად ასევე მორალის სფეროშიც არსებობს ნორმები, რომელიც მოწოდებულია დაიცვას ის, რასაც პრივატული (კერძო) ცხოვრება ეწოდება. ისინი თითქოს შემოსაზღვრავენ ადამიანის გარშემო გარკვეულ სივრცეს, რომელშიც მისი თანხმობის გარეშე არავის აქვს შეჭრის უფლება. მაგალითად, ადამიანი კარგი ურთიერთობისათვის შეიძლება მეტ-ნაკლებად წინასწარგანწყობილი იყოს, მაგრამ თუ მას არც ისე ძალიან სურს ეს ურთიერთობა, მაშინ საერთოდ დასაძრახი იქნება მისი სურვილის გარეშე თავს მოვახვიოთ საუბარი.

§3. მორალური არჩევანი და მორალური პასუხისმგებლობა

ინდივიდის პირად ცხოვრებაში ჩაურევლობა არის მორალური ნორმა, რომელიც ჩვენს ქცევაში ნებადართულ საქციელს უნებართვოსაგან გამოყოფს. ბევრი და ამასთანავე ყველაზე მნიშვნელოვანი მორალური ნორმა სწორედ აკრძალვების სახით გამოიხატება. ასეთია, მაგალითად სახარებისეულ მცნებათა უმეტესობა ("არა კაც ჰკლა", "არ იმრუშო" და ა. შ.), რაც ღმერთმა წინასწარმეტყველ მოსეს ამცნო. ზოგადი ფორმით ამ აკრძალვების ეთიკური აზრი შეიძლება ასე გადმოიცეს – "ნუ მიაყენებ სხვას ზიანს". თუმცა არსებობს მორალური ნორმების სხვა ტიპებიც, რომლებიც კი არ კრძალავენ, არამედ აწესებენ ამა თუ იმ მოქმედებებს, რომლებიც ნებადართულია. ასეთი ნორმებია ქრისტეს მოძღვრებიდან, მაგალითად, "ნეტარ არიან მგლოვიარენი, ვინაიდან ისინი ნუგეშისცემულნი იქნებიან". მსგავსი ნორმა-მითითებანი, თავის

მხრივ, შეიძლება განსხვავდებოდეს მასზე დაკისრებული მოვალეობის სირთულით, სანქციის სიძლიერით, რომელთანაც დაკავშირებულია მისი შეუსრულებლობა (ან ძნელად აღსრულება). ყველაზე იოლად შესასრულებლად შეიძლება ჩაითვალოს ის ნორმები, რომლებიც იდეალის ცნებებით ხასიათდებიან. მათ განხორციელებას საზოგადოების მხრიდან მოწონება და მხარდაჭერა მოსდევს, რის გამოც ისინი ამა თუ იმ ქმედების შემაგულიანებელი შეიძლება გახდნენ, თუმცა არავის აქვს უფლება აიძულოს ადამიანი მკაცრად მისდიოს იდეალს. იდეალური ნორმების მაქსიმალურად მაღალ მოთხოვნებთან დაკავშირებული ჰუმანურობა შესაძლებელს ხდის უმძიმესი ტანჯვის გადატანას და ზოგჯერ საკუთარი სიცოცხლის მსხვერპლად გაღებასაც, რაც, ცხადია, ყველას არ შეუძლია. ამ ნორმების შესრულებას მხოლოდ რჩეულები ახერხებენ, რომლებიც შემდგომ ხალხის მიერ გმირებად ან წმინდანებად მოიხსენებიან.

შედარებით მკაცრი ნორმა-მითითება ამა თუ იმ ქცევის წესის განუხრელად დაცვას მოითხოვს, სხვა შემთხვევაში მისგან გადახვევა გაგებული იქნება როგორც მოვალეობისაგან თავის არიდება. ამ ნორმას გამოხატავს გამონათქვამი "ექიმმა ავადმყოფს ტანჯვა უნდა შეუმსუბუქოს". შევადაროთ იგი სხვა გამონათქვამს — "ყველა ადამიანმა ავადმყოფს ტანჯვა უნდა შეუმსუბუქოს". აშკარაა, რომ ეს გამონათქვამი, ისევე როგორც პირველი, საკმაოდ გააზრებულია და ჩვენც მზად ვართ დავეთანხმოთ მას. თუმცა უნდა აღვნიშნოთ მათ შორის განსხვავება, რაც გამოიხატება არა მხოლოდ სუბიექტის განსხვავებაში, რომელთა სავარაუდო მოქმედებების შესახებაცაა საუბარი, არამედ სიტყვა "უნდას" სხვადასხვაგვარ მნიშვნელობაში. პირველ შემთხვევაში ის გამოყენებულია, არსებითად, უფრო აუცილებელი გაგებით, ვიდრე მეორეში. მართლაც, ამ შემთხვევაში საუბარია პროფესიულ მოვალეობაზე, რითაც ექიმის მოღვაწეობის არსი განისაზღვრება: თუ ექიმი საკუთარ მოვალეობას არ ასრულებს, მას არც შეიძლება ვუწოდოთ ექიმი ამ სიტყვის ჭეშმარიტი გაგებით.

მეორე შემთხვევაში მოვალეობა იქნება შედარებით "რბილი", "ადვილი". ადამიანს, რომელიც არ არის ექიმი, საკმაოდ საფუძვლიანად შეუძლია თქვას, რომ მისმა არაკვალიფიციურმა, თუნდაც ავადმყოფის ტანჯვის შემსუბუქების სურვილით მოტივირებულმა ჩარევამ შეიძლება ავადმყოფს უფრო მეტი ვნება მიაყენოს, ვიდრე სარგებელი. მაგრამ ექიმს, რომელმაც დახმარება არ გაუწია ავადმყოფს, ჩვენ შე-

დარებით მკაცრად დავსჯით (სამართლებრივი სანქციების ჩათვლითაც კი), ვიდრე რიგით ადამიანს. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, თუ ექიმი, უმსუბუქებს რა ტანჯვას ავადმყოფს, აკეთებს იმას, რაც უნდა გააკეთოს, რიგითი ადამიანი სცილდება ვალდებულების ჩარჩოებს და, საზოგადოებრივი მორალიდან გამომდინარე, ასრულებს სასურველ მოქმედებას, რომელსაც უნდა მივბაძოთ და მოვიწონოთ.

ამგვარად, ნორმა-მითითებანი შესამჩნევად განსხვავდება მის მიერ შემოთავაზებული ვალდებულებების ხარისხით. ასე რომ, შეიძლება ვილაპარაკოთ ნორმა-მოთხოვნებსა და ნორმა-რეკომენდაციებზე. ნებადართულის სფერო, შესაბამისად, მოიცავს არა მარტო მორალურად ნეიტრალურს, არამედ მოსაწონსაც და საჭიროსაც კი. თუმცა აღსანიშნავია ისიც, რომ რეალურ სიტუაციებში არც ისე ადვილია ასეთი ზღვარის გავლება.

ადამიანის ყველა მოქმედება არ ექვემდებარება რეალურ შეფასებას, საერთოდ ეთიკურ განხილვასა და განსჯას. ამ სფეროს კიდევ ერთი პრინციპული შეზღუდვა დაკავშირებულია იმასთან, რომ ეთიკას მხოლოდ ისეთი სიტუაციები აინტერესებს, როცა ადამიანს აქვს რეალური და თავისუფალი არჩევანი — იმოქმედოს ან არ იმოქმედოს. აქედან გამომდინარე, ის საქციელი, რომელსაც ადამიანი იძულებით აკეთებს, არ შეიძლება ჩაითვალოს კარგ ან ცუდ საქციელად, მორალურად ან ამორალურად, რადგან მას ეთიკური განზომილება უბრალოდ არა აქვს. ამ სიტუაციაში პასუხისმგებლობა საქციელზე დაეკისრება იმას, ვინც აიძულა სუბიექტი ასე ემოქმედა.

არჩევანი ითვალისწინებს ალტერნატივის არსებობას, რომელთაგანაც თითოეულს საკუთარი მორალური არსი გააჩნია (იმ შემთხვევაში, როცა ორი ალტერნატივიდან არჩევანის გაკეთება გვიხდება, არჩევანის დილემაზე საუბრობენ). თუ მე, მაგალითად, ვირჩევ — გავზომო თუ არა რაღაც მანძილი სანტიმეტრებსა ან დიუმებში, აქ, რა თქმა უნდა, ალტერნატივების მორალური შეფასების საკითხი არ წარმოიშობა — ამოცანა წმინდა ტექნიკურია. თუმცაღა, არცთუ იშვიათად, საქმის ტექნიკური მხარის მიღმა მორალური არჩევანის სიტუაცია იმალება. ვთქვათ, პაციენტისათვის ავადმყოფობის დიაგნოზის დასმის შემდეგ ექიმი მიდის დასკვნამდე, რომ შესაძლებელია მკურნალობის ორი მეთოდის გამოყენება. არჩევანის ამოცანა მან შეიძლება აღიქვას როგორც წმინდა ტექნიკური საქმე და ყურადღება გაამახვილოს, მაგალითად, უფ-

რო ხელმისაწვდომ საშუალებებსა და პროცედურებზე. ნაწილობრივ შევცვალოთ ამოცანის პირობები: დავუშვათ, მკურნალობის "ა" მეთოდმა მეტი დრო მოითხოვა, მაშინ, როცა მკურნალობის ალტერნატიული "ბ" მეთოდი გართულებების (გვერდითი მოვლენების) უფრო მეტ ალბათობასთან არის დაკავშირებული. ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს არა მარტო ტექნიკურ, არამედ მორალურ პრობლემასთან, რაც იმის განსაზღვრასა და დაზუსტებასთან არის დაკავშირებული, რაც პაციენტს უფრო მეტ სიკეთეს მოუტანს, რომ უფრო სწრაფად და უფრო უსაფრთხოდ განიკურნოს.

არჩევანი მხოლოდ მაშინ იქნება რეალური, თუ თითოეული ალტერნატივა ჩემი შესაძლებლობების ფარგლებშია. მაგალითად, მე ვერ ავირჩევ გადავხტე თუ არა სამი მეტრის სიმაღლეზე. ჩემი არჩევანი თავისუფალი იქნება მხოლოდ მაშინ, როცა არ არის გარეგანი ზეწოლა, რაც მაიძულებს მივიღო ერთ-ერთი მოცემული ალტერნატივიდან. ან კიდევ მაშინ, როცა ვიღაცამ შემიყვანა შეცდომაში: არჩევანი ასევე არ ჩაითვლება თავისუფლად, როცა, მართალია, არ არსებობს ზეწოლა, მაგრამ შესაძლებელია გარედან არაპირდაპირი ზემოქმედება. არჩევანი ნამდვილად არ იქნება თავისუფალი, თუ მე მოცემული ალტერნატივების თაობაზე საკმარისი ინფორმაცია არ გამაჩნია, მაშინაც კი, თუ მე ვიცი მათი არსებობა. დავუშვათ, რომ ექიმმა პაციენტს გააცნო ინფორმაცია მისი მკურნალობის ორი შესაძლო მეთოდის შესახებ. შეუძლია კი პაციენტს, რომელიც არ არის სპეციალისტი და არ გააჩნია ამომწურავი და მისთვის გასაგები ინფორმაცია, გააკეთოს თავისუფალი და შეგნებული არჩევანი ერთ-ერთი მათგანის სასარგებლოდ? რა თქმა უნდა, არა. ექიმმა პაციენტს თითოეული მეთოდის შედარებითი ღირსება და ნაკლი უნდა განუმარტოს. ამის შემდეგ პაციენტს, რომელსაც მეტ- ნაკლებად სრული წარმოდგენა ექნება საკუთარი დაავადების შესახებ, შეეძლება ინფორმირებული არჩევანის გაკეთება ერთ-ერთი მეთოდის სასარგებლოდ.

შეგნებული არჩევანის საკითხი სპეციალურ განხილვას მოითხოვს. თითოეული ჩვენი არჩევანი შეიძლება ორგვარად განისაზღვროს, რაციონალური და ემოციური თვალსაზრისით. უფრო ზუსტად, ნებისმიერ კონკრეტულ შემთხვევაში ადგილი აქვს ერთისა და მეორის რამდენადმე შეთავსებას; თუმცა ამ შეთავსებაში, ჩვეულებრივ, უპირატესობა ან ერთ ან მეორე შემადგენელ ნაწილს აქვს. მაშინაც კი, როცა ჩემს არჩევანში რაციონალური საწყისია მთავარი, ასეთი არჩევანი სავ-

სებით თავისუფალი და საპასუხისმგებლო იქნება.

უფრო რთულია სიტუაციები, როცა არჩევანი ემოციებით, ვნებებითაა ნაკარნახევი, რომლებიც არცთუ იშვიათად, როგორც ამბობენ, აბნელებს გონებას. ამასთან, ზოგჯერ ადამიანს საკუთარი არჩევანის შესაძლო შედეგების გათვალისწინება არ შეუძლია. ასეთ არჩევანს თავისუფალი მხოლოდ იმ პირობით შეგვიძლია ვუწოდოთ, თუ თავისუფლების გაგებაში ჩვენ საკუთარი ემოციების გაკონტროლებას შევძლებთ. და პირიქით, ჩვენ ემოციებით ნაკარნახევ მოქმედებას არათავისუფლად მივიჩნევთ, თუ თავისუფლება შედარებით ვიწრო გაგებით გვესმის. იმ ზომით, რა ზომითაც არჩევანი არ არის თავისუფალი, ადამიანს მასზე პასუხისმგებლობა არ ეკისრება (თუმცა, როცა საქმე საქმეზე მიდგება, ადამიანები თავიანთ შეფასებაში იქიდან გამოდიან, რომ თითოეულ ჩვენგანს საკუთარი ემოციების კონტროლზე პასუხისმგებლობა ეკისრება, თუმცაღა ცალკეულ შემთხვევებში, გამონაკლისის სახით, ჩვენ პატიება თუ არა, გაგება მაინც შეგვიძლია. მაგალითად, ოტელო რომელმაც ეჭვიანობით აღვსილმა დეზდემონა დაახრჩო). არცთუ იშვიათად მოსამართლეებიც კი, განსაზღვრავენ რა მსჯავრდებულის დანაშაულისა და პასუხისმგებლობის ზომას, მხედველობაში მის ემოციურ მდგომარეობას იღებენ.

ნათქვამიდან გამომდინარეო..ბს, რომ არჩევანი, რომელსაც ადამიანი აკეთებს (იღებს რა ერთ-ერთ ალტერნატივას), განუწყვეტლივ დაკავშირებულია პასუხისმგებლობასთან ჩადენილი საქციელის გამო. სწორედ ის სიტუაციები, როცა ადამიანს არჩევანი აქვს და როცა ის საკუთარ თავზე იღებს პასუხისმგებლობას თავის მოქმედებებზე და მათ შედეგებზე, ეთიკისათვის პირველხარისხოვანი მნიშვნელობისაა. ზოგჯერ ამ აზრს ასე გამოთქვამენ: "ეთიკას ავტონომიური ადამიანი და ავტონომიური საქციელი აინტერესებს".

როცა ადამიანის ავტონომიაზე ვსაუბრობთ, მხედველობაში გვაქვს, რომ მას შეუძლია დამოუკიდებლად, თავისუფლად და პასუხისმგებლობით აირჩიოს თავისი მოქმედებები. ამასთან, მას მოცემულ საზოგადოებაში მიღებული ნორმების შესაბამისად შეუძლია იმოქმედოს. მაგრამ ჩამოყალიბებული ნორმების ასეთი მიღება მაინც ინდივიდის რაციონალურად გააზრებული არჩევანის შედეგი იქნება. არაავტონომიური კი ის პიროვნება იქნება, რომელსაც არა აქვს უნარი გააკონტროლოს საკუთარი საქციელი (ავადმყოფობის გამო) ან ბავშვი, რომლის უნარი — გააკეთოს დამოუკიდებელი არჩევანი ბევრ სიტუაციაში, შეზღუდულია, ერთი მხრივ, მისი გაუთ-

ვითცნობიერებლობით, მეორე მხრივ — კანონით. ასეთ ადამიანს არ შეიძლება დავაკისროთ პასუხისმგებლობა საკუთარ საქციელზე. საერთოდ, არავინ არ არის აბსოლუტურად ავტონომიური ყოველ თავის მოქმედებაში. ძალიან ხშირად ავტონომია ასე თუ ისე გარეგანი ვითარებებით შემოიფარგლება, რომელთა კონტროლი მოცემულ ადამიანს არ შეუძლია. სწორედ ამიტომ იმასაც კი, ვინც ჯანსაღად აზროვნებს და ასაკოვანია, ბევრი არაავტონომიური საქციელის ჩადენა უხდება. ასე ხდება, როცა ჩვენ შეჩვეულ და ნაცნობ სიტუაციებში ჩვეულებრივ, სტანდარტულად, თითქოსდა ავტომატურად ვმოქმედებთ ან მაშინ, როცა დროის უქონლობის გამო, უბრალოდ, არ შეგვიძლია საკუთარი არჩევანის ყველა მხარის და ასპექტის გააზრება. და პირიქით, არაავტონომიურმა ადამიანმა გარკვეულ სიტუაციებში სავსებით ავტონომიური არჩევანი შეიძლება გააკეთოს. ვთქვათ, სულით ავადმყოფი პაციენტი, რომლიც არაქმედითუნარიანადაა მიჩნეული, შეიძლება მოიქცეს სავსებით ნორმალურად და საკუთარი გადაწყვეტილება მიიღოს, რომელიც ავტონომიური და სიტუაციის ადეკვატური იქნება. მაგალითად, თუ ვკითხავთ, უნდა თუ არა მიირთვას ესა თუ ის საკვები, ან უნდა თუ არა ამა თუ იმ ადამიანის ნახვა, პასუხი შეიძლება აბსოლუტურად მისაღები იყოს. ყოველდღიური საუბრისას ჩვენ უნებურად განვასხვავებთ ავტონომიურ და არავტონომიურ ინდივიდებს, ვიყენებთ რა ცნებას "პიროვნება", რომელიც ამ შემთხვევაში ვიწრო მნიშვნელობისაა, ვიდრე "ადამიანი". პიროვნებად ჩვენ მხოლოდ ისეთ ადამიანს ვთვლით, ვისაც დამოუკიდებელი და საპასუხისმგებლო გადაწყვეტილებების მიღების უნარი აქვს.

კიდევ ერთი შეზღუდვა სიტუაციათა იმ წრისა, რომლებსაც სწავლობს ეთიკა, დაკავშირებულია იმ ფაქტთან, რომ ბევრ შემთხვევაში არჩევანი, თუკი ის არსებობს კიდეც, მორალური თვალსაზრისით აშკარაა. მაგალითად, თუ მოცემული ალტერნატივებიდან ერთი ერთმნიშვნელოვნად მიუღებელ, საძრახის საქციელს, ვთქვათ მოვალეობის შეუსრულებლობას ან დანაშაულს გულისხმობს, მაშინ აქ ყველაფერი ტრივილურია, ასე რომ, პრობლემა, რომელიც საინტერესო იქნებოდა ეთიკური განსჯისათვის, უბრალოდ, არ არსებობს. თუმცა ძალიან ხშირად ცხოვრება ისეთ მდგომარეობაში გვაყენებს, როცა თეორიულ ალტერნატივას სიკეთესთან ერთად, გარკვეული ნეგატიური ელემენტები მოაქვს და ყოველი არჩევანი ამა თუ იმ სახის მორალური გაკიცხვის საგანი შეიძლება გახდეს.

წარმოვიდგინოთ თანამედროვე მედიცინაში საკმაოდ გავრცელებული სიტუაცია. პაციენტი წევს ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. იგი სიცოცხლის შემანარჩუნებელ აპარატურაზეა ჩართული. ექიმებმა კარგად იციან, რომ პაციენტს ცნობიერება სამუდამოდ დაკარგული აქვს და მიუხედავად დიდი მცდელობისა ვერ გამოყავთ მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობიდან, რომელშიც ის შეიძლება ძალიან დიდხანს იმყოფებოდეს. ეს ნიშნავს, რომ სამედიცინო პერსონალის ძალისხმევაც და დეფიციტური მოწყობილობაც დიდი ხნის განმავლობაში სხვა პაციენტებისათვის გამოუყენებელია, რომელთა სიცოცხლისაკენ მობრუნება ჯერ კიდევ შეიძლება.

ექიმები ასეთ შემთხვევაში ისეთ მდგომარეობაში იმყოფებიან, როცა საჭირო ხდება არჩევანის და საკმაოდ ძნელი არჩევანის გაკეთება: ან გააგრძელონ სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მკურნალობა, მოცემული პაციენტის სიცოცხლისათვის ბრძოლა, ან გამორთონ აპარატურა, შეწყვიტონ ძალისხმევა მისი სიცოცხლის გასაგრძელებლად, რათა გადაარჩინონ სხვა, ვისი გადარჩენა ჯერ კიდევ შეიძლება.

მაშასადამე, სულაც არ არის ძნელი თითოეულ ალტერნატივას მოვუძებნოთ მორალური დასაბუთება, "მხარდამჭერი" არგუმენტები, მაგრამ ასევე ეჭვგარეშეა ორივე არჩევანის ნეგატიური, მორალურად დასაგმობი მხარეები.

ასეთ სიტუაციაში შეიძლება სხვადასხვაგვარად ვიმსჯელოთ. ერთ-ერთი პოზიცია ასეთია. ჩავთვალოთ, რომ რამდენადაც ქცევის უმწიკვლო ხაზი არ არსებობს, ამდენად ნებისმიერი არჩევანი დასაშვები იქნება. განსჯის ასეთი სახე, არსებითად, მწვავე მორალური პრობლემის გვერდის ავლას წარმოადგენს და სხვათა შორის, სულაც არ ხსნის მორალური გაკიცხვისა და მორალური სანქციების დაშვებას რეალურად გაკეთებული არჩევანის გამო. მეორე პოზიცია ასეთია — დამატებითი არგუმენტებისა და კონტრარგუმენტების ძიებას, რომლებიც განამტკიცებენ ერთ ალტერნატივას და უარყოფენ მეორეს, უშუალოდ ეთიკის სფეროში გადავყავართ.

ამგვარად, ეთიკის ინტერესები თავს იჩენს იქ, სადაც არა მხოლოდ მორალური არჩევანის სიტუაციაა, არამედ ამ არჩევანის რაციონალური დასაბუთებული პრობლემაც წარმოიშობა. ამასთან, უნდა აღვნიშნოთ, რომ გავრცელებული და მით უმეტეს მცდარი აზრის მიუხედავად არგუმენტებისა და კონტრარგუმენტების ეთიკური ანალიზი ერთი ან მეორე პოზიციის სასარგებლოდ სულაც არ ისახავს მიზნად პასუხისმგებლობისაგან იმათ გათავისუფლებას, ვინც გადაწყვეტილე-

ბას იღებს და აკეთებს არჩევანს. პირიქით, ასეთი ანალიზი შესაძლებლობას გვაძლევს უფრო თავისუფლად და შეგნებულად გავაკეთოთ არჩევანი და მეტი პასუხისმგებლობაც ვიგრძნოთ.

ხშირად ეთიკური ანალიზი ხინჯს აღმოაჩენს ისეთ პოზიციაში, რომელიც ადრე უმწიკვლოდ გვეჩვენებოდა. ასეთ შემთხვევაში აღმოჩნდება, რომ სიტუაცია, რომელიც უალტერნატივოდ გვესახებოდა, თავის თავში მოიცავს რეალურ არჩევანს. ეს ჩვენ მიერ განხილულ მაგალითზე შეიძლება ვაჩვენოთ. ვიდრე ექიმები მხოლოდ იმ მოსაზრებით ხელმძღვანელობენ, რომელიც მოცემულ პაციენტს და მის ახლობლებს ეხება, სხვა პაციენტებთან მოქმედებების შედეგებთან დაკავშირებულ განსჯათა მთლიანი ხაზი მათთვის აუხსნელი და დახშული იქნება. მოცემული გარემოება შეიძლება იყოს გათვითცნობიერებული ან არ იყოს გათვითცნობიერებული. აშკარაა, რომ არჩევანის პრობლემის გაცნობიერება მას უფრო რთულსა და საპასუხისმგებლოს ხდის.

§4. ეთიკური ანალიზის საშუალებები და დონე

ადამიანები, ცდილობენ რა ამა თუ იმ სიტუაციაში თავიანთი გადაწყვეტილების დასაბუთებას, პირველ რიგში, მიმართავენ რაიმე ეთიკურ წესს. ვთქვათ, ექიმი, რომელმაც პაციენტს ოპერაციის წინ დაუნიშნა ანესთეზიური ინექცია, კითხვაზე, რატომ აკეთებს ამას, გვიპასუხებს: "არ უნდა ვაიძულოთ პაციენტი აიტანოს ტკივილი, რომელიც შეიძლება მოვუხსნათ". მოცემული გამონათქვამი ეთიკური წესის ტიპიური მაგალითია, რაც მიესადაგება სიტუაციათა ფართო წრეს, რომელიც სამედიცინო პრაქტიკაში გვხვდება.

განვიხილოთ კიდევ ერთი მაგალითი. დავუშვათ, პაციენტს ეჭვი ეპარება რომ მას შეიძლება ჰქონდეს მემკვიდრეობითი მიდრეკილება სერიოზული დაავადებისადმი, მაგალითად, ალცჰეიმერის დაავადებისადმი და ითხოვს შესაბამისი გენეტიკური დეფექტის არსებობის ან არარსებობის დადგენის მიზნით გენოდიაგნოსტიკური გამოკვლევის ჩატარებას. დაწესებულების ადმინისტრაცია, სადაც ის მუშაობს, დაინტერესდება ანალიზის შედეგებით (თუ ამის შესახებ ინფორმაცია მათთან მიაღწევს), თუმცა ექიმები უარს აცხადებენ ამ ინფორმაციის "გახსნაზე" და თავის პოზიციას კონფიდენციალო-

ბის წესზე მითითებით ასაბუთებენ.

არცთუ იშვიათად, აუცილებელი ხდება თვით ეთიკური წესების დასაბუთება. ამ შემთხვევაში უნდა მოვიშველიოთ უფრო მაღალი წესის განზომილებები — ეთიკური პრინციპები. წესი, რომელიც ზედმეტი ტკივილის აცილების აუცილებლობას ასახავს, შეიძლება დასაბუთებულ იქნეს, როგორც კერძო შემთხვევა, როგორც შედეგი, რომელიც გამომდინარეობს სამედიცინო ეთიკის ერთი-ერთი საფუძვლიანი და უძველესი პრინციპიდან "არ ავნო!". ტკივილი, რომელსაც პაციენტი განიცდის, ზიანის ერთი კონკრეტული ფორმაა და თუ ექიმი, როცა ამის საშუალება აქვს, არ აკეთებს ამას, მაშინ ის არღვევს მოცემულ პრინციპს. თავის მხრივ, კონფიდენციალობის წესი საბუთდება "არ ავნოს" პრინციპით (გასაგებია, რომ ზემოთ მოყვანილი მაგალითის დროს დიაგნოზის შესახებ ინფორმაციის გახმაურებამ შეიძლება მძიმე დარტყმა მიაყენოს პაციენტის ცხოვრებისეულ გეგმებს და პიროვნების ავტონომიის პრინციპს).

შემდგომში შეიძლება ასეთი საკითხიც დადგეს: რატომ უნდა მივიღოთ ესა თუ ის პრინციპი? ამ კითხვაზე პასუხის გასაცემად, თვით პრინციპის გასამართლებლად აუცილებელია მივმართოთ ეთიკურ თეორიას. თეორია — ეს უფრო მეტად ზოგადი და ამ აზრით აბსტრაქტული აზრთწყობაა, რომლის ჩარჩოებში პრინციპები არა მარტო საბუთდება, არამედ სისტემაშიც მოდის. რაც უფრო შორს წავალთ კონკრეტული გადაწყვეტილებებისა და მოქმედებების გზაზე ეთიკური თეორიის დონემდე, მით უფრო მეტ ადგილს დაიჭერს სპეციალური ეთიკური ცოდნა. უფრო მარტივი სახით ეს დამოკიდებულება შეიძლება ასე წარმოვიდგინოთ. კონკრეტული გადაწყვეტილებებისა და მოქმედებების დონეზე ადამიანები, ხელმძღვანელობენ რა ჩამოყალიბებული სტერეოტიპებითა და წარსულის გამოცდილებით, ხშირად მოქმედებენ სპონტანურად, ინტუიციით, არც კი ესმით, რომ მათი ქცევები გარკვეულ ეთიკურ წესებს ექვემდებარება. თუმცა უკვე ამ დონეზე წარმოიშობა სიტუაციები, რომლებიც მორალურად შეგნებულ არჩევანს მოითხოვს. ამ არჩევანის დასასაბუთებლად საჭიროა მივმართოთ ეთიკურ ნორმებს, რომლებიც კონცენტრირებული სახით მოიცავს იმ საუკუნოვან პრაქტიკას, რომლებიც მსგავს ვითარებაში მოხვედრილან. ჩვეულებრივ ამ წესებს და არსს ადამიანები იგებენ უფროსებისაგან, კერძოდ მშობლების, ახლობლებისა და მასწავლებლებისაგან.

ისეც ხდება, რომ წესებიც ვერ გვაძლევენ მისაღებ გა-

მოსავალს სიტუაციიდან. ზოგჯერ ორი წესის მოთხოვნა ერთმანეთს ეწინააღმდეგება. ისევ მივუბრუნდეთ მკურნალობის მეთოდის არჩევის მაგალითს. შეიძლება ჩაითვალოს, რომ "ა" მეთოდის არჩევა დასაბუთებულია ამ ტიპის წესით: "არ უნდა გავწიროთ პაციენტი მოსალოდნელი გართულებების რისკისათვის", მაშინ როცა "ბ" მეთოდის არჩევა დასაბუთებულია წესით: "მკურნალობის პროცესი უნდა იყოს იმდენად ხანმოკლე, რამდენადაც ეს შესაძლებელია". თითოეული ამ წესთაგანი შეიძლება განვიხილოთ, როგორც ექიმის მოღვაწეობის პროფესიული, ტექნიკური ნორმა. მაგრამ, ამასთან, თითოეულ მათგანს გააჩნია აშკარა მორალური მნიშვნელობაც.

დილემის გადასაჭრელად, ე. ი. ორ წესს შორის კონფლიქტისას, აუცილებელია მივმართოთ არა წესებს, არამედ პრინციპებს. ამ დონეზე ჩვენ უშუალოდ ვეხებით პაციენტისათვის სიკეთის მოტანის საკითხს და აღმოვაჩენთ, რომ ვიწყებთ ეთიკის ენაზე საუბარს, მისი ერთ-ერთი ცნებით სარგებლობას.

პრინციპები ბევრად უფრო უნივერსალურია, ვიდრე წესები, და მორალის ნებისმიერ სისტემაში ისინი უფრო ცოტაა. ამასთან, უშუალოდ კონკრეტულ სიტუაციებში მათი გამოყენება ეთიკური განსჯის ისეთი შუალედური რგოლების გარეშე, როგორიც წესებია, ჩვეულებისამებრ, შეუძლებელი ან ძალიან ძნელი ხდება.

უკვე პრინციპთა დონეზე ჩვენ ვხვდებით იმ სფეროში, რომელიც პრაქტიკის კონკრეტულ ფორმათა და ეთიკის საზღვარზე იმყოფება, ეთიკისა, როგორც მეცნიერებისა, მისი ძირითადი შემადგენელი ნაწილით — თეორიით. ეთიკური თეორიის დონეზე კი, რომელიც პრინციპთა სინთეზს, დასაბუთებასა და სისტემატიზაციას ეწევა, ჩვენ ვხვდებით მეტად სპეციფიკური ცოდნის სფეროში, მისთვის დამახასიათებელი ცნებებით, მეთოდებითა და პრობლემებით.

ეთიკაში, რომლის ისტორია ორნახევარ ათასზე მეტ წელს ითვლის, ერთიანი, საყოველთაოდ აღიარებული თეორია არ არის. პირიქით, ეთიკის ისტორია — ეს არის მრავალი ურთიერთსაპირისპირო თეორია, რომელთაგან ყველაზე უძველესი პლატონისა და არისტოტელეს სახელებთანაა დაკავშირებული (არისტოტელემ პირველად გამოიყენა ტერმინი "ეთიკური" ცოდნის განსაკუთრებული სფეროს აღსანიშნავად). ამ უძველეს თეორიებს დღესაც არ დაუკარგავთ აქტუალობა. მათ ეკამათებიან, იზიარებენ, ავსებენ, ავრცელებენ მთელ მსოფლიოში ყველაზე თანამედროვე გამოკვლევებში.

საყოველთაოდ მიღებული ეთიკური თეორიის არარსებობა შემთხვევითი არაა. მის მიღმა იმალება, რომ ადამიანთა შორის არსებობს სერიოზული განსხვავებანი როგორც კულტურულ-ისტორიული, ასევე ინდივიდუალურ-პიროვნული ხასიათის, მათ შორის კარდინალურ ეთიკურ პრობლემებშიც.

საქმის ასეთი ვითარება ადამიანში იწვევს სევდას ერთიან, ყოვლისმომცველ თეორიაზე, რომელსაც ყველა დაეთანხმებოდა. რა სამწუხაროა, რომ ეს მიუღწეველი იდეალია, რომლისკენაც ძლიერი სწრაფვა ყოველთვის როდია უწყინარი იმ აზრით, რომ იგი თავისებურ ეთიკურ დოგმატიზმსა და ფანატიზმს ბადებს, რასაც არა მარტო სხვა ალტერნატიული მსჯელობის მოსმენის უუნარობა, არამედ, საბოლოო ჯამში, სხვისთვის თავისუფალი არჩევანის უფლების უარყოფა მოჰყვება, რაც ეთიკასა და მორალს საფუძველშივე უთხრის ძირს.

თუკი სხვადასხვა, ერთმანეთთან კონკურენტული ეთიკური თეორიების არსებობის გარდუვალობას ვაღიარებთ, მაშინ აქ მეორე საფრთხე გვემუქრება — ეთიკური რელატივიზმი (ან ნიჰილიზმიც კი), ე. ი. იმის მტკიცება, რომ ნებისმიერი, მათ შორის მდაბალი საქციელიც კი, შეიძლება გამართლებული იქნას, თუკი საჭირო თეორიას შევარჩევთ. სინამდვილეში ეს ასე არ არის. ყველა ეთიკური თეორია, რომელიც საკმარისად გააზრებული და დასაბუთებულია (მათ შორის ხალხის ისტორიული გამოცდილებით) და მხოლოდ გონების თავისუფალ თამაშს არ წარმოადგენს, უმრავლეს შემთხვევაში კონკრეტულ შეფასებებში ერთმანეთს ეთანხმებიან, რომლებიც მათ ჩარჩოებში შეიძლება მიიღოს ამა თუ იმ ქცევამ, მაგრამ არ ეთანხმებიან ერთმანეთს ამ შეფასებათა დასაბუთებასა და გამართლებაში.

ერთ-ერთი პირველი კითხვა, რომელსაც ყოველმა ეთიკურმა თეორიამ უნდა უპასუხოს, ესაა საკითხი მორალის წამოშობის, მისი პირველწყაროს შესახებ, რასაც ყველა მორალური ნორმა ეყრდნობა. ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ მოცემულ შემთხვევაში საუბარია სწორედ იმ საფუძვლებზე, რომლებსაც რეალურად არსებული მორალი ეყრდნობა და არა იმაზე, რომ ხელახლა შევქმნათ მორალის წესები და პრინციპები.

ზოგადად დასმულ საკითხზე სამი სხვადასხვა პასუხი არსებობს: ზოგიერთი ეთიკური თეორია მოგვითხრობს მორალის რელიგიურ წარმოშობაზე, რომლის ძირითადი ნორმები ადამიანებს ღვთაებრივი გამოცხადების შედეგად ეძლეოდათ;

ზოგჯერ მორალის რელიგიური დასაბუთებისას იქიდან ამოდიან, რომ მისი ნორმები გადმოცემულია არა პირდაპირ, არამედ იგავ-არაკის, ქარაგმის ფორმით, ასე რომ, ადამიანებმა (ან მათმა სულიერმა მოძღვრებმა) გონება უნდა დაძაბონ, რაც მათ საშუალებას მისცემს გამოამჟღავნონ ეს ნორმები; კიდევ ერთი გზაა დაკავშირებული ადამიანის მცდელობასთან — გამოავლინოს უმთავრესი მორალური პრინციპები; მიისწრაფვის რა სამყაროს შემოქმედის არსის შემეცნებისაკენ, ადამიანი ცდილობს დაადგინოს მორალური ნორმები, მაგრამ არა ტექსტებში, არამედ შემოქმედისაგან ბოძებულ იმ კანონებში, რომლებსაც ეყრდნობა და რომლებსაც ექვემდებარება მის მიერ შექმნილი სამყარო.

მეორე დიდ ჯგუფს შეადგენს ნატურალისტური თეორიები, რომლებიც მორალის წყაროდ ბუნებრივ კანონს ან ბუნებრივ სამართალს მიიჩნევს ("მორალურია ის, რაც ბუნებრიცაა, რაც ბუნებასთან თანხმობაშია"), რომლებიც, ასე თუ ისე, შეიძლება იქნეს გახსნილი და ხალხის მიერ შეცნობილი. ეს შეიძლება იყოს, მაგალითად, კოსმიური კანონი — ადამიანთა ქმედებანი უნდა მოერგოს კოსმიურ კანონებს და მოცემული წანამძღვრებიდან შესაძლებელია და კიდეც უნდა გამოვიყვანოთ მორალური ნორმები. ნატურალისტური თეორიები მით უფრო მიმზიდველი ხდებიან, რაც უფრო მაღალია საზოგადოებაში ბუნებისმეტყველების ავტორიტეტი. დამახასიათებელი მაგალითი — ევოლუციური ეთიკის მრავალი თეორია, რომლებმაც განვითარება დაიწყეს სახეობათა წარმოშობის შესახებ დარვინის მოძღვრების გაჩენის შემდეგ. ამ საფუძველზე წამოყენებული იყო აზრობრივად ურთიერთსაწინააღმდეგო თეორიები — სოციალ-დარვინიზმისაგან, რომელიც მორალს ძლიერის ეგოისტურ უფლებაზე აფუძნებდა, ე. ი., უფრო უკეთ შეგუებულთა ბუნებრივი შერჩევისა და გადარჩენის მოდელზე, პ. ა. კროპოტკინის ურთიერთდახმარების ეთიკამდე, რომლის თანახმადაც, პირიქით, ევოლუციის კანონები მორალის ალტრუისტულ ნორმებს გვკარნახობს. ზოგიერთი თანამედროვე ნატურალისტური თეორია ეკოლოგიურ თემატიკას მიმართავს. მათი ავტორები თვლიან, რომ რამდენადაც ჩვენი პლანეტა დღესდღეობით ეკოლოგიური კატასტროფის პირასაა მისული, იმდენად ადამიანთა ურთიერთობის ჩამოყალიბებული ფორმები და ნორმები ერთმანეთთან და ბუნებასთან რადიკალურად უნდა შეიცვალოს. ამიტომაც შემოთავაზებულია მორალის ისეთი ახალი ნორმები, რომელთა გაზიარება საშუალებას მოგვცემს თავიდან ავიცილოთ ბიოსფეროს

ნგრევა და ამით კაცობრიობის დაღუპვაც. კაცობრიობის და საერთოდ დედამიწაზე სიცოცხლის შენარჩუნებისათვის ადამიანებმა საკუთარი აზროვნება და ქმედებები უნდა დაუქვემდებარონ ეკოლოგიური იმპერატივის მოთხოვნებს, რომლის თანახმადაც, ყველა ჩვენი მოქმედება იმის მიხედვით ფასდება, თუ როგორ — პოზიტიურად ან ნეგატიურად მოქმედებს ისინი გარემოზე და შესაბამისად, უნდა ავიცილოთ თავიდან ყველაფერი ის, რასაც ნეგატიური ეფექტი მოჰყვება.

კიდევ ერთი ჯგუფი — ესაა თეორიები, რომლებიც ეყრდნობა არა ზეადამიანურ, არამედ ადამიანურ ბუნებას და მას მორალის წყაროდ აცხადებს. არსებობს მოსაზრება, რომ ყველა ადამიანს დაბადებიდან დაჰყვება (ან ბუნებისაგან იძენს) ზნეობრივი გრძნობა — მორალური ინტუიცია, რომელიც მას სწორ არჩევანს, გადაწყვეტილებას კარნახობს (ცნობილი მაგალითი — "სოკრატეს დემონი", რომელიც სოკრატეს მცდარი ქმედებებისაგან იცავდა; თუმცა ამ შემთხვევაში მორალური ინტუიცია რაღაც ზებუნებრივი საწყისის სახეს იღებდა). ასე რომ, ეთიკის ამოცანაა მხოლოდ ნათელი მოჰფინოს, განწმინდოს ეს ინტუიცია. ერთ დროს ძალიან პოპულარული იყო თეორიები, რომლებიც, ფრანგი ფილოსოფოსის ჟან-ჟაკ რუსოს მოძღვრების მსგავსად, მორალის ნიმუშს პირველყოფილი ადამიანის — "ველურის" — ქცევაში ხედავდნენ, რომელიც ცივილიზაციით არ არის გახრწნილი და ისე იქცევა, როგორც მას ინსტინქტები კარნახობს. ეს ინსტინქტები, რომლებიც გამჯდარია ადამიანის ბუნებაში, მოცემული თეორიების თანახმად, მორალის უკანასკნელ საფუძვლად ითვლება.

თეორიათა ერთი ნაწილის წარმომადგენლები ამტკიცებენ, რომ ჩვეულებრივი საღი გონება მორალის ყველა ნორმას მოიცავს და სწორედ ამიტომ მორალური კოლიზიების გადაჭრის საუკეთესო სახელმძღვანელოდ ითვლება. ყველაფერი რაც მის საზღვრებს სცილდება, ან არ არის არსებითი მნიშვნელობის ან საერთოდ მორალურ ზიანამდე მიგვიყვანს. უნდა აღვნიშნოთ, რომ საღი აზრისა და რიგითი ადამიანების მორალური გამოცდილებისადმი ანგარიშის გაწევა ეთიკაში ერთ-ერთ კრიტერიუმად ითვლება, რომელიც ამა თუ იმ თეორიის ღირსებათა შესამოწმებლად გამოიყენება. ამ თვალსაზრისიდან გამომდინარე, თეორია, რომელიც ყველა თავისი პრინციპული დებულებით განსხვავდება ჩვენი მორალური გამოცდილებისაგან, არ შეიძლება აღიარებულ იქნეს. თუმცაღა, მოცემულ შემთხვევაში, ეს კრიტერიუმი ერთადერთისა და

გადამწყვეტის რანგში აიყვანება, რაც ჩვეულებრივ მორალურ შეგნებასთან არაკრიტიკულ დამოკიდებულებას იწვევს, რომელიც არცთუ იშვიათად წინააღმდეგობრივი, არათანამიმდევრულია და ეჯახება რა რთულ მორალურ-ზნეობრივ კოლიზიებს, უნარს მოკლებულია პრობლემა დამაკმაყოფილებლად გადაწყვიტოს.

არსებობს ისეთი თეორიებიც, რომლებშიც ამა თუ იმ ისტორიულ პიროვნებას უმაღლეს მორალურ ავტორიტეტად მიიჩნევენ — ამ შემთხვევაში მისი ქცევები ნიმუშებად გვესახება, რომლებითაც საკუთარი მორალური სიძნელეების დაძლევისას უნდა ვიხელმძღვანელოთ. საბჭოთა პერიოდში ასეთი ნიმუშის მაგალითს ლენინის აზრები და ქმედებები წარმოადგენდა.

თანამედროვე ეთიკაში განსაკუთრებით პოპულარულია თეორიები, რომლებიც წინა პლანზე ადამიანის სოციალურ ბუნებას, საზოგადოებრივ ურთიერთობებში მის მონაწილეობას აყენებენ. მათ სოციალური კონტრაქტის (საზოგადოებრივი ხელშეკრულების) თეორიებს უწოდებენ. აქ იგულისხმება პირობითი, ჰიპოთეზური სიტუაცია, როცა საკუთარი ინტერესების მქონე ადამიანები ერთმანეთთან დებენ ხელშეკრულებას, რომელიც მათ საშუალებას აძლევს თავი შეიკავონ ეგოისტური მისწრაფებებისაგან და ამით თავიდან აიცილონ ერთმანეთის საყოველთაო განადგურება — "ომი ყველასი ყველას წინააღმდეგ", რომლის შესახებაც როგორც ბუნებრივზე, ე.ი. მოცემულ შემთხვევაში წინასაზოგადოებრივ მდგომარეობაზე, მიუთითებდა ინგლისელი ფილოსოფოსი თომას ჰობსი. ამ თეორიებში მთავარია არა გრძნობისმიერი, არა ინტუიციური ან ინსტინქტური, არამედ რაციონალური საწყისი.

რაციონალური საწყისი განმსაზღვრელად ითვლება მორალის დასაბუთების ისეთ თეორიებში, რომელთა მიხედვით ის გონების ბუნებრივ კანონებს უნდა დაეყრდნოს. ამასთან იგულისხმება, რომ თუ რაციონალურ გზას გავყვებით, ე. ი. დავეყრდნობით სწორედ გონების კანონებს, ისეთ საფუძვლებთან მივალთ, რომლებსაც ყველა საღად მოაზროვნე ადამიანი აღიარებს. მრავალრიცხოვანი თეორიები, რომლებიც ასეთი წანამძღვრებით ხელმძღვანელობენ, მთლიანობაში საკმაოდ გავლენიან მიმდინარეობას წარმოადგენენ და მათ ეთიკური რაციონალიზმი ეწოდება.

მორალის დასაბუთების ჩამოთვლილი პოზიციები, რა თქმა უნდა, ყოველთვის ერთმანეთს არ გამორიცხავს. ასე რომ კონკრეტულ ეთიკურ თეორიებში ისინი მრავალფეროვან შეხამებაში გვხვდება. მაგალითად, თეორიები, რომლებიც ბუ-

ნებრივ კანონებს ეყრდნობა, ხშირად მას ხსნის როგორც შემოქმედისაგან ბოძებულს და ამით რელიგიურ მიდგომას ნატურალისტურს უთავსებს.

აშკარაა, რომ სხვადასხვა თეორიებმა, ერთი და იგივე მოქმედებები შემდგომში შეიძლება სხვადასხვაგვარად შეაფასონ. ვთქვათ, გაკიცხავენ მაშინ, როცა მეორენი ბუნებრივად ჩათვლიან და მოიწონებენ საქციელს, რომელიც ეგოისტური მოსაზრებებით იქნება ნაკარნახევი. თუმცა ბევრ შემთხვევაში განსხვავებული თეორიების საფუძველზე ერთი და იმავე კონკრეტული გადაწყვეტილებებისა და საქციელის, წესებისა და პრინციპების მსგავსი, თუმცა სხვადასხვაგვარად დასაბუთებული შეფასება შეიძლება მივიღოთ. ამის გათვალისწინება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პლურალისტურ საზოგადოებაში, სადაც არ არის ერთი, უდავოდ დომინირებული სისტემა და სადაც მორალური კრიტერიუმებისა და კონკრეტული შეფასებების ურთიერთშეთანხმებისათვის ხშირად სპეციალური ძალისხმევა გვჭირდება.

§5. უტილიტარიზმის ეთიკა

ეთიკური თეორიების განსხვავებისათვის მნიშვნელოვან საფუძველს წარმოადგენს ის, თუ მოქმედების ან ქცევის რომელი მხარე ალმოჩნდება ყურადღების ცენტრში მისი შეფასებისას. ამის საფუძველზე თეორიების ორ ტიპს გამოყოფენ — უტილიტარულსა და დეონტოლოგიურს. ტერმინი "უტილიტარიზმი" წარმოიშვა ლათინური სიტყვიდან "უტილიტას" — სარგებელი, ხეირი. უტილიტარიზმის მამთავრებად ითვლებიან ბრიტანელი ფილოსოფოსები იუმი (1711-1776), ბენტამი (1748-1832) და მილი (1806-1873), თუმცა ამ თეორიასთან დაკავშირებული ბევრი კონცეფცია გაცილებით ადრე ჩამოყალიბდა. უტილიტარისტული თეორიებისათვის პრინციპულად ითვლება ის პოზიცია, რომ ისინი ადამიანის ქცევის მორალური შეფასებისას იმ შედეგიდან ამოდიან (სიკეთე ან ბოროტება, მოგება ან წაგება და ა. შ.), რომელთანაც მან მიგვიყვანა. ზოგჯერ იმის შესახებაც საუბრობენ, რომ მორალური შეფასების თვალსაზრისით, საქციელის ან მოქმედების განმსაზღვრელი ელემენტი მისი მიზანია. ამიტომაც უტილიტარისტულ თეორიებს ტელეოლოგიურსაც (ბერძნ. "ტელეო" — მიზანი) უწოდებენ. ამასთან ყველაფერი, რაც მიეკუთვნება

მოქმედი პირის ზრახვებს, ჩანაფიქრს, მოტივებს, იმას, თუ რამდენად ხელმძღვანელობდა იგი მორალური მოსაზრებებით როგორც მიზნის, ასევე მისი მიღწევის საშუალებების არჩევისას — უკანა პლანზე რჩება ან სულაც არ მიიღება მხედველობაში. ამ პოზიციაში გარკვეული აზრი და საფუძველი ძევს: პოზიტივიზმის ფილოსოფიის შესაბამისად, რომელთანაც უტილიტარისტულ ეთიკას ბევრი საერთო აქვს, აზრი მხოლოდ "მტკიცე ფაქტების" განხილვას აქვს, ე. ი. რაც ხელმისაწვდომია დაკვირვებისათვის, რისი დანახვა და გარედან დაფიქსირებაც შეიძლება. ასეთთა რიცხვს ჩვენი მოქმედებების შედეგები მიეკუთვნება, რომლებსაც გარშემომყოფნი გარკვევით ხედავენ. რაც შეეხება განზრახვებსა და მსგავს მატერიებს, მათ შესახებ გარეთა დამკვირვებელმა იმის სიტყვებიდან შეიძლება იცოდეს, ვინც ეს საქციელი ჩაიდინა. უფრო მეტიც, ეს ადამიანი შეიძლება გულწრფელი იყოს, მაგრამ მისი ახსნისას ცდებოდეს, აღიაროს ერთი მოტივი და საკუთარ თავს დაუმალოს სხვები. ასე რომ, ასეთი ცოდნა არასაიმედო და ნაკლებად სარწმუნო იქნება.

უტილიტარიზმის თვალსაზრისით, ადამიანის მოქმედება მორალურად გამართლებული იქნება იმდენად, რამდენადაც მას უმორალო სიკეთისაკენ მივყავართ, ამგვარად, მოქმედების მორალური შეფასების დროს უმორალო სიკეთე კრიტერიუმის სახით წარმოგვიდგება. მოქმედება თავისთავად კარგად ან ცუდად არ ჩაითვლება, თუ მიღებულ შედეგს არ გავითვალისწინებთ. ამგვარ სიკეთეს შეიძლება წარმოადგენდეს, მაგალითად, სილამაზე, ჯანმრთელობა, ცოდნა, სიამოვნება, ნეტარება და სხვა. ამიტომ ადამიანის მოღვაწეობა ისეთ სფეროებში, როგორიცაა ხელოვნება, მედიცინა, მეცნიერება და სხვა, თუნდაც იგი საკუთრივ მორალური პრობლემების გადაჭრისაკენ არ იყოს მიმართული, მაინც მორალურად მნიშვნელოვანია და მორალურ შეფასებას ექვემდებარება.

პოპულარულ ლიტერატურასა და ადამიანის ცნობიერებაში ტერმინის "უტილიტარიზმი" არსი ხშირად დამახინჯებული და პრიმიტივიზებულია, მაგალითად, უტილიტარისტული მოსაზრებით, დებულება "მიზანი ამართლებს საშუალებას" (უფრო ზუსტად კი — პოზიტიური შედეგები განზრახ ჩადენილი ამორალური მოქმედებების გამართლების უფლებას გვაძლევს) შეიძლება სახელმძღვანელო აზრად, დებულებად ჩაითვალოს, რადგან უტილიტარიზმისათვის "სწორი ის არის, რაც უფრო სასარგებლოა". ერთ-ერთი ფორმულა, რომელსაც უტილიტარიზმის არსის გამოსახატავად იყენებენ,

მიგვითითებს აუცილებლობაზე "უზრუნველვყოთ უფრო მეტი სიკეთე უფრო მეტი ადამიანისათვის".

ეს მტკიცებულებანი უტილიტარიზმის პოზიციაში მთავარს, უფრო მნიშვნელოვანს არ ხსნის. მთავარი კი ის არის, რომ უტილიტარისტული თეორია აღიარებს ერთადერთ ეთიკურ პრინციპს — სასარგებლოს პრინციპს, რომელიც დაახლოებით ასე შეიძლება ჩამოვაყალიბოთ: ჩვენ ყოველთვის იმგვარად უნდა მოვიქცეთ, რომ ჩვენი მოქმედებების პოზიტიურ და ნეგატიურ შედეგებს შორის შესაძლო თანაფარდობიდან საუკეთესოს მივაღწიოთ; ან თუ შედეგები ნებისმიერ ვარიანტში ნეგატიური იქნება, მაშინ უნდა ვეცადოთ მივიღოთ რაც შეიძლება ნაკლები ბოროტება; ან ჩვენი არჩევანი გამართლებულად ჩაითვლება, თუ არჩეული ვარიანტი წარმოშობს მეტ სიკეთეს, ვიდრე ნებისმიერი სხვა ალტერნატიული.

ამასთან იგულისხმება, რომ:

ა) ჩვეულებრივ ჩვენს საქციელს მოჰყვება არა ერთი, არამედ რამდენიმე შედეგი, რომელთა შორის იქნება ნეგატიურიც და პოზიტიურიც;

ბ) ჩვენი საქციელი შეიძლება შეეხოს არა მარტო იმ ადამიანებს, რომლებისკენაც იგი უშუალოდაა მიმართული, არამედ ბევრ სხვასაც;

გ) ჩვენ შეგვიძლია და ყველა ეს მოსალოდნელი შედეგი გონებაში უნდა ავწონ-დავწონოთ, გამოვთვალოთ მოსალოდნელი ბალანსი.

რა თქმა უნდა, ასეთი "კალკულაცია" ყოველთვის პირდაპირი მნიშვნელობით არ უნდა გავიგოთ. თუმცა, არცთუ იშვიათად, მოცემული ალტერნატივის პლუსების და მინუსების წინასწარი შეფასება გვჭირდება, ხოლო ფართომასშტაბიანი ღონისძიებების დაგეგმვისას ზოგჯერ მართლაც გამოთვლითი ტექნიკის თანამედროვე საშუალებების გამოყენება გვიხდება.

დავუშვათ, გამოიგონეს ვაქცინა, რომელიც შიდსის ინფექციისაგან გვიცავს, მაგრამ ამავე დროს, მთელ რიგ შემთხვევებში გვერდით მოვლენებს — გართულებებს იწვევს. მაშინ დაისმის კითხვა — ჩავატაროთ თუ არა ვაქცინაცია? თუ ჩავატაროთ, მოსახლეობის რომელ კატეგორიას შორის. ეს სწორედ უტილიტარიზმის პოზიციებიდან გადაწყდება. მოგვიხდება დაავადების რისკის განსაზღვრა მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებისათვის (რომლებიც ამა თუ იმ კრიტერიუმის მიხედვით უნდა გამოვყოთ), გართულებათა წარმოშობის ალბათობა და იმის გარკვევა, თუ რამდენად საზიანოა ისინი

ადამიანთა უმრავლესობისათვის. მიღებული შედეგების საფუძველზე უნდა გამოვთვალოთ, თუ რომელი ალტერნატივა იქნება უკეთესი.

ეს მაგალითი გვიჩვენებს არა მარტო უტილიტარისტული მსჯელობის ლოგიკას, არამედ იმასაც, რომ მისი გამოყენება ხშირად აუცილებელი ხდება საკმაოდ საპასუხისმგებლო და სერიოზული გადაწყვეტილებების დასასაბუთებლადაც, რაც ბევრი ადამიანის ინტერესში შედის. უფრო მეტიც, ასეთი რისკის სტატისტიკური შეფასების პროცედურები, სწორედ იმ გამოკვლევათა წყალობით გაჩნდა, რომლებიც უტილიტარისტული განწყობით არიან შთაგონებულნი.

ავხსნათ უტილიტარიზმის მთავარი ცნების — "სასარგებლოს" მნიშვნელობა, რომელიც სხვადასხვა თეორიებში განსხვავებულადაა გაგებული. საერთოდ, რაც ერთი ადამიანისათვის სასარგებლოა, აუცილებელი არ არის სასარგებლო იყოს მეორისთვისაც. ამასთან დაკავშირებით შემოთავაზებული იყო "შინაგანი სიკეთის" (შინაგანად სასარგებლოს) ცნება, როგორც ისეთი სიკეთისა, რომელიც ყველას მიერაა აღიარებული, მიუხედავად აზრთა და მიდრეკილებათა სხვადასხვაობისა. ეს შინაგანი სიკეთე არის სიკეთე თავისთავად და არა უბრალოდ საშუალება რაიმე სხვა სიკეთის მისაღწევად. ასეთ შინაგან სიკეთედ შეიძლება ჩაითვალოს ის მოქმედებები, რომლებიც ჯანმრთელობის აღდგენის ან ტკივილის შემსუბუქებისაკენაა მიმართული.

შინაგანი სიკეთის თეორიათა შორის, თავის მხრივ, განასხვავებენ ჰედონისტურ (ჰედონიზმი ეთიკური პოზიციაა, რომელიც ამტკიცებს, რომ სიამოვნება უმაღლეს სიკეთეს წარმოადგენს. თუ ეს სიკეთე ითვლება ერთადერთად, სხვა დანარჩენი კი დაქვემდებარებულად, მაშინ ასეთ თეორიას შეიძლება მონისტური ვუწოდოთ) და პლურალისტურ თეორიებს. ბენტამი და მილი ჰედონისტური თეორიის მიმდევრები იყვნენ, რამდენადაც მათ სასარგებლო მთლიანად დაჰყავდათ ბედნიერებამდე ან სიამოვნებამდე. ბენტამი სიამოვნებაში ნაწილობრივ გულისხმობდა იმას, რასაც სარგებლობა, უპირატესობა მოაქვს და რაც ტკივილს გვარიდებს.

უტილიტარიზმის ფუძემდებლებმა ვერ შეძლეს მოეცათ ისეთი სიტუაციების დამაკმაყოფილებელი ახსნა, როცა ადამიანები აშკარად არ მოქმედებენ ბედნიერების ან სიამოვნების გამო. მაგალითად, მეცნიერმა, რომელიც კვლევა-ძიებას აწარმოებს, შეიძლება თავი გაწიროს (ისტორია სავსეა ასეთი მაგალითებით) სიახლის ძიების დროს, მაგრამ იგი არც სია-

მოვნებისა და არც პირადი ბედნიერებისაკენ არ ისწრაფვის; იგი ამ დროს სხვა გრძნობებითაა აღსავსე. სიამოვნების და ბედნიერების მიღწევა კი სხვა გზით გაცილებით ადვილია.

ამასთან დაკავშირებით, უტილიტარიზმის მიმდევართა მომდევნო თაობებმა პლურალისტური თეორიის სასარგებლოდ უარი თქვეს მონისტურ კონცეფციაზე, მიიჩნიეს რა შინაგან სიკეთედ ბედნიერებისა და სიამოვნებასთან ერთად, ვთქვათ, მეგობრობა, ცოდნა, ჯანმრთელობა, სილამაზე და ა. შ. ინგლისელი ფილოსოფოსი ჯ. მური (1873-1958) კი თვლიდა, რომ შინაგანი ღირებულება ცნობიერების ზოგიერთ მდგომარეობასაც ახასიათებს, იმისდა მიუხედავად, სასიამოვნოა ეს თუ არა.

კიდევ ერთი არსებითი განსხვავება, რომელიც უტილიტარისტულ თეორიებს შორის არსებობს — ესაა განსხვავება წესების უტილიტარიზმსა და ქცევების უტილიტარიზმს შორის. უკვე აღვნიშნეთ, რომ უტილიტარისტები მთლიანად მხოლოდ ერთ პრინციპს აღიარებენ — სარგებლიანობის პრინციპს, მაგრამ ეს პრინციპი, თავის მხრივ, შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ან ზოგადი წესების გამართლებისა და შეფასებისათვის ან კონკრეტული მოქმედებებისათვის.

წესთა უტილიტარიზმი ამართლებს კონკრეტულ მოქმედებებს, თუ ისინი საერთო წესებს შეესატყვისებიან, ისეთებს, როგორიცაა "არ მოიპარო", "არ იცრუო" და სხვა. თვით წესები კი სარგებლიანობის პრინციპის გზით საბუთდება.

აი, მაგალითად, როგორ აზროვნებდა XIX საუკუნის ამერიკელი მედიკოსი უ.ხუფერი, რომელიც სამედიცინო ეთიკის სფეროში მუშაობდა. მისი აზრით, ექიმმა ავადმყოფს ყოველთვის სიმართლე უნდა უთხრას. სიკეთე, რომელსაც შეიძლება ტყუილით მიაღწიოთ, თითქმის არ განსხვავდება იმ ბოროტებისაგან, რაც მას ხშირ შემთხვევებში მოაქვს. თუმცა ტყუილი პაციენტის ჯანმრთელობისათვის ზოგჯერ სასარგებლოც შეიძლება იყოს, მაგრამ ექიმს ყოველთვის არ შეუძლია ამა თუ იმ სიტუაციაში სწორად განჭვრიტოს მისი საქციელის სარგებლიანობა. საერთოდ კი, დროთა განმავლობაში ტყუილის სისტემური გამოყენება სულ უფრო ნეგატიურ შედეგებს იწვევს და მეტი ზიანი მოაქვს, ვიდრე სიკეთეს. თუ პაციენტს ეცოდინება, რომ ექიმები ხშირად იტყუებიან, მაშინ ექიმსა და პაციენტებს შორის ნდობის ატმოსფერო საფუძველშივე შეირყევა.

ამასთან დაკავშირებით აუცილებელია მხედველობაში გვქონდეს, რომ თითოეული მორალური წესი მნიშვნელოვანია

არა მარტო თავისთავად, არამედ იმიტომაც, რომ იგი მორალური ქსოვილის ერთადერთი ძაფია, რომელიც საზოგადოებას კრავს, აერთიანებს და ჩვენ არ ვიცით, რა დაემართება ქსოვილს ამ ძაფის გაწყვეტის შემთხვევაში. ამგვარად, წესთა უტილიტარიზმის თვალთახედვიდან გამომდინარე, სწორედ ეთიკური წესების დაცვა ამაღლებს საზოგადოებაში სიკეთის დონეს.

მოქმედებების უტილიტარიზმიდან გამომდინარე კი, პირიქით, წესების დაცვას ყოველთვის მივყავართ საერთო სიკეთის, სასარგებლოს ფუძემდებლური პრინციპის რეალიზაციამდე. თვით წესები კი სხვა არაფერია, თუ არა კარნახი, ადამიანთა გამოცდილების თავისებური განზოგადება, რომელიც ნებას აძლევს მათ იხელმძღვანელონ კონკრეტულ სიტუაციებში გადაწყვეტილებების მიღებისას. მოქმედებათა დასაბუთების ან შეფასების დროს სწორედ კონკრეტული სიტუაციების თავისებურებებიდან უნდა ამოვიდეთ.

ამ მოსაზრებებზე დაფუძნებულ თეორიებს (ისინი შეიძლება იყვნენ როგორც უტილიტარისტული, ასევე დეონტოლოგიურიც) ზოგჯერ ახასიათებენ როგორც სიტუაციურ ეთიკას. მასში სრულებით არ იგულისხმება (მაგრამ თვით ტერმინის სახელწოდებით თუ ვიმსჯელებთ, ასეთი ვარაუდი სავსებით დასაშვებია), რომ წესებით საერთოდ არ უნდა ვიხელმძღვანელოთ. ამ თვალსაზრისით, წესები ხელს უწყობენ საზოგადოებრივი მორალის უზრუნველყოფას, მაგრამ მათ დოგმატურად არ უნდა მოვეკიდოთ: მაგალითად, თუ წესის "არ იცრუო" დარღვევა მოცემულ კონკრეტულ შემთხვევაში ხელს შეუწყობს პაციენტისათვის სიკეთის მოტანას, მაშინ, მოქმედების უტილიტარიზმის და სიტუაციური ეთიკის თვალსაზრისიდან გამომდინარე, ის მორალურად დასაბუთებულია.

მთლიანად კი უტილიტარიზმი, იქნება ეს წესების უტილიტარიზმი თუ მოქმედებათა (ქცევების) უტილიტარიზმი, თვით წესების გადასინჯვის გამართლების ნებას გვაძლევს, რამდენადაც მისთვის უმაღლეს კრიტერიუმად სარგებლიანობის პრინციპი ითვლება. თუ ემპირიული გზით, ბევრი კონკრეტული შემთხვევის შესწავლის საფუძველზე, როცა მოცემული წესი ირღვევა, გაირკვევა, რომ მასზე უარის თქმას არ მოსდევს საერთო მორალისათვის სერიოზული ნეგატიური შედეგი და, უფრო მეტიც, საშუალებას იძლევა მაქსიმუმადე ავიყვანოთ საერთო სიკეთე, ასეთ შემთხვევაში უტილიტარიზმის მომხრეებისათვის წესების გადასინჯვა სავსებით გამართლებული იქნება.

§6. დეონტოლოგიური ეთიკა

უტილიტარიზმის მიმდევრებისაგან განსხვავებით, დეონტოლოგიური (ბერძნ. "დეონტოს" — საჭირო, სათანადო; "ლოგოს" — სიტყვა, ცნება, მოძღვრება; მთლიანობაში — "მოძღვრება ჯერარსზე") თეორიები მოქმედებათა შეფასების დროს მხედველობაში იღებს არა მარტო მათ შედეგებს, არამედ მოქმედ პირთა მოტივებს, ზრახვებს, ჩანაფიქრს, ისევე როგორც მათი რეალიზაციის საშუალებებს.

სამეცნიერო ლიტერატურაში ხშირად იყენებენ ტერმინს "სამედიცინო (ან საექიმო) დეონტოლოგია". თავის დროზე ის შემოღებული იყო, რომ ერთი მხრივ, სმარებიდან ამოეღოთ ტერმინი "სამედიცინო (ან საქიმო) ეთიკა", რომელიც კომპრომეტირებულად ითვლებოდა, რადგან ვიწრო კორპორაციულ მორალს მიეკუთვნებოდა, მეორე მხრივ, ეს ცნება იმისათვის იყო შემოღებული, რომ რაიმე ფორმით განხილულიყო სამედიცინო პრაქტიკის მორალურ-ზნეობრივი პრობლემები და გაეთვალისწინებინათ მათი შედეგები. საკუთრივ ეთიკურ ლიტერატურაში ეს ტერმინი მიეკუთვნება ეთიკური თეორიების გარკვეულ კლასს.

დეონტოლოგიური თეორიების წყაროები ეთიკური აზროვნების სიღრმეში ძევს. პირველი თეორია, რომელიც შემდგომ განმტკიცდა დეონტოლოგიურ ჯაჭვში, იყო ე. კანტის ეთიკა. დეონტოლოგიური თვალსაზრისის მომხრეთა აზრით, ჩვენი ქცევების შეფასებისას, იმ სიკეთის მიუხედავად, რასაც ისინი იწვევენ, მისაღებია ცნებები, რომლებიც მოვალეობას და უფლებებს ეხება. ჩვენ ვალდებულნი ვართ მოვიქცეთ ასე თუ ისე არა იმიტომ, რომ ეს ჩვენ ან სხვა ვინმეს სარგებელს მოუტანს, არამედ იმიტომ, რომ ვასრულებთ საკუთარ მოვალეობას.

ვთქვათ, პაციენტის მოტყუება არასწორია არა მარტო იმიტომ, რომ ამას შეიძლება მისთვის, მისი ახლობლებისა და საერთოდ საზოგადო მორალისათვის ნეგატიური შედეგები მოჰყვეს, არამედ უბრალოდ იმიტომაც, რომ ტყუილი საერთოდ არასათანადო საქციელია. და თუ კონკრეტულ შემთხვევაში შევძლებთ იმის დამტკიცებას, რომ პაციენტი სწორედ ექიმის მიერ ნათქვამი სიცრუის წყალობით დარჩა ცოცხალი, დეონტოლოგიის თანმიმდევრული მომხრის თვალსაზრისით, ის ვერ შეძლებს შეცვალოს საქციელის ნეგატიური შეფასება. სულაც არ არის აუცილებელი დეონტოლოგიის მიმდევარმა

ერთმნიშვნელოვნად დაგმოს ასეთი საქციელი: ვთქვათ, მან შეიძლება გაამართლოს მთლიანად საქციელი, მაგრამ საკუთარი ანალიზის დროს მის ნეგატიურ მხარეებზეც მიუთითებს.

ამასთან, დეონტოლოგიური გაგებით, შეიძლება გამართლებულ იქნეს ისეთი მოქმედებაც, რომელმაც უარყოფითი შედეგები გამოიწვია. ამასთან, გათვალისწინებული იქნება ის გარემოება, რომ ჩვეულებრივ ჩვენ არ შეგვიძლია სრულად ვაკონტროლოთ სიტუაცია. ყოველთვის შეიძლება შეგვხვდეს ისეთი გარეგანი წინააღმდეგობები და დაბრკოლებები, რომელთა ძალითაც ჩვენი მოქმედების რეალური შედეგი არსებითად განსხვავებული იქნება ჩაფიქრებულისაგან და შეიძლება უარესიც კი გამოდგეს. მაგრამ თუ უტილიტარიზმის მიმდევრის თვალსაზრისით ნეგატიური შედეგი ასეთი მოქმედების დაგმობისათვის მთავარი საფუძველი იქნება, დეონტოლოგიის მიმდევარმა ეს მოქმედება შეიძლება გაამართლოს, რადგან ნეგატიური ეფექტის მიზეზი მოქმედი პირის ჩანაფიქრსა და მის მიერ არჩეულ საშუალებებში კი არ არის, არამედ არაკონტროლირებად გარეგან ფაქტორებში.

უტილიტარისტული თეორიების მსგავსად, დეონტოლოგიური თეორიებიც ასევე ან მონისტურია ან პლურალისტური. მონისტურ თეორიაში ფუძემდებლურად მიიჩნევა ერთი პრინციპი, ამასთან ითვლება, რომ ყველა მორალური წესი უნდა მომდინარეობდეს მისგან ლოგიკური გზით. ამის ძაგალითად შეიძლება გამოდგეს პიროვნების პატივისცემის პრინციპი, ანუ ე. წ. ეთიკის "ოქროს წესი", რომელშიც ბიბლიური მცნებაა ნაგულისხმევი: "სხვებს მოექეცი ისე, როგორც გინდა, რომ სხვები მოგექცნენ".

ეს "ოქროს წესი" აზრობრივად ძალიან უახლოვდება იმ აბსოლუტურ ზნეობრივ კანონს, ანუ კატეგორიულ იმპერატივს, რომელსაც კანტი მთლიანად ეთიკის უდავო საფუძვლად მიიჩნევდა. კანტის მიხედვით, იმპერატივი — ეს ისეთი ობიექტური პრინციპის ფორმულირებაა, რომელიც გონების ბრძანებით იძულებითია ნებისყოფისათვის. ამ პრინციპის შესაბამისად, ჩვენი საქციელის ღირსება იმით კი არ განისაზღვრება, რომ ჩვენ როგორღაც ვიცით, რომ კარგია ასე მოვიქცეთ (ამგვარი ცოდნა სუბიექტურია, ამიტომაც ის შეიძლება არასრული, საეჭვო, მცდარი იყოს), არამედ სწორედ იმით, რომ ასეთი საქციელი ჩვენს ნებისყოფას ისე წარმართავს, როგორც ამას ობიექტური, ზეპიროვნული გონება აწესებს. სწორედ ასეთი ობიექტური კანონისადმი მორჩილება და არა რაიმე სხვა განსაზღვრავს, კანტის მიხედვით, საქცი-

ელის მორალურობას. კატეგორიული კი იქნება ისეთი იმპერატივი, რომელიც ამა თუ იმ საქციელს თავისთავად ობიექტურად აუცილებლად და არა როგორც რაიმე მიზნის მიღწევის საშუალებად წარმოგვიდგენს.

კანტი კატეგორიულ იმპერატივს ამგვარად გამოხატავდა: "იმოქმედე იმ მაქსიმის თანახმად, რომლითაც ხელმძღვანელობის დროს შენ იმავდროულად შეძლებ მოინდომო, რომ იგი საყოველთაო კანონად იქცეს".

სიტყვები "შეძლებ მოინდომო" ამ ფორმულირებაში მიუთითებს მოქმედი პირის თავისუფალ არჩევანზე; იმის შესახებ, რომ მოქმედებს რა, იგი არ შეიძლება თავისუფალი არ იყოს. მაგრამ ამ თავისუფლებას არაფერი აქვს საერთო სუბიექტურ თვითნებობასთან. პირიქით, მოქმედებს რა ნამდვილად თავისუფლად, ადამიანი კისრულობს კოლოსალური პასუხისმგებლობის ტვირთს და არა უბრალოდ კონკრეტული პიროვნებების წინაშე, არამედ მთელი კაცობრიობის წინაშეც.

კანტის მიხედვით, სწორედ ამგვარად შეუძლია ადამიანს ავტონომიური პიროვნების სახით თვითგამორკვევა. მაგალითად, თუ შენ გინდა, რომ "არ იცრუო" ყველასათვის კანონი იყოს (აღსანიშნავია, რომ ეს არ არის გაიგივებული იმასთან, რომ ყველა ადამიანი არასოდეს არ იცრუებს. რეალურ ცხოვრებაში ადამიანები ყოველთვის არ მისდევენ კანონის მოთხოვნებს და კანტი ამ აზრით სულაც არ ცდებოდა), მაშინ შენც არასოდეს უნდა იცრუო; და თუ მე ვცრუობ, ამით "ხელს ვუწყობ იმას, რომ არანაირი მტკიცებულობა არასდროს იყოს სარწმუნო. ეს ყოველივე კი უსამართლობაა მთელი კაცობრიობის წინაშე".

კანტის ეთიკური თეორია, რომელიც კატეგორიულ იმპერატივზეა დაფუძნებული, შეიძლება მონისტურად ჩაგვეთვალა, თუ არა ის ფაქტი, რომ თვითონ მან შემოგვთავაზა კატეგორიული იმპერატივის რამდენიმე ფორმულირება, რომელთაგან თითოეულში ხაზგასმული იყო საკუთარი მომენტები — მაგალითად, ერთ-ერთ მათგანში საუბარია იმაზე, რომ ადამიანს, საკუთარ თავს და ნებისმიერ სხვასაც ყოველთვის უნდა მივუდგეთ, როგორც მიზანს და არასოდეს — როგორც საშუალებას. არ შეიძლება ითქვას, რომ სხვადასხვა ფორმულირებები პირდაპირ ეწინააღმდეგებიან ერთმანეთს, მაგრამ ბევრი სპეციალისტი იმ დასკვნამდე მიდის, რომ მათში ერთმანეთისაგან საკმაოდ განსხვავებული პრინციპები მტკიცდება და, შესაბამისად, კანტის თეორიაც პლურალისტურად ითვლება.

კანტის ეთიკური თეორია, სხვა დანარჩენის გარდა, იმი-

თაცაა აღსანიშნავი, რომ იგი კატეგორიულ იმპერატივს აბსოლუტის მნიშვნელობას ანიჭებდა, ანუ იმ მნიშვნელობას, რაც უდავოდ სამართლიანია და რაც დამტკიცებული უნდა იქნეს ნებისმიერ შესაძლო ვითარებაში.

"ყველა უტილიტარისტული თეორიისათვის აბსოლუტად "სასარგებლოს" პრინციპი ითვლება (თუმცა ცალკეული წესები სრულიად არ ითვლება აბსოლუტურებად). მორალური პრინციპებისა და წესების ასეთი გაგება საფუძველშივე ეწინააღმდეგება იმ სიტუაციურ ეთიკას, რომლის შესახებაც გვქონდა საუბარი და რომელიც პრინციპებსა და წესებში არ ხედავს იმაზე მეტს, ვიდრე კარნახია, რაც კონკრეტულ სიტუაციებში გადაწყვეტილებათა ძიებას გვიმსუბუქებს.

პლურალისტური კონცეფციის მაგალითად შეიძლება დავასახელოთ თეორია, რომლიც XX საუკუნის პირველ ნახევარში ამერიკელმა ეთიკოსმა შ. როსმა წამოაყენა. როსის თვალსაზრისით, არსებობს რამდენიმე ფუნდამენტური და ერთმანეთს დაცილებული მორალური პრინციპი, ისეთები, როგორიცაა ნაკისრი ვალდებულებების მიმართ ერთგულება, სიკეთის კეთების მოვალეობა, სამართლიანობის დაცვა და სხვა. ზოგადად პლურალისტურ მოსაზრებებს ის უპირატესობა აქვს, რომ ის უფრო ახლოსაა ჩვენს ყოველდღიურ მორალურ გამოცდილებასთან — როცა ვმოქმედებთ ან განვმარტავთ ჩვენს მოქმედებებს, ჩვეულებისამებრ, საერთოდ არ ვზრუნავთ იმაზე, რომ მკაცრად მივდიოთ ერთადერთ პრინციპს ან წესს. ამასთან, მას მოსდევს ისეთი სიტუაციები, როცა სხვადასხვა პრინციპით ნაკარნახევი მოთხოვნები ერთმანეთთან კონფლიქტში აღმოჩნდებიან. ვთქვათ, ერთი მხრივ, ჩვენ გვიხდება არჩევანის გაკეთება ჩვენზე დაკისრებული მოვალეობის დაცვის აუცილებლობასთან და მეორე მხრივ, სიკეთის კეთებასთან, რომელმაც შეიძლება მოვალეობის შეუსრულებლობა გვაიძულოს.

მორალური პრინციპებისა და წესების როლის გაგების კიდევ ერთი პოზიცია არსებობს, რომელიც არც აბსოლუტურია, არც სიტუაციური: ისინი იმ აზრით უნდა განვმარტოთ, რომ თუმცა გარკვეულ მოვალეობებს გვაკისრებენ, მაგრამ არა აბსოლუტური ხასიათისას (ეთიკურ ლიტერატურაში ამისათვის გამოიყენება ლათინური გამოთქმა — "Prima facie" — ერთი შეხედვით, პირველი შთაბეჭდილების მიხედვით).

ასეთი მიდგომისას — ვუწოდოთ მას "თანაფარდობითი" — ჩვენ უარს არ ვაცხადებთ, რომ დავიცვათ პრინციპები და

წესები და სრულად გავითვალისწინოთ კონკრეტული სიტუაციების თავისებურება. თანაფარდობითი მიდგომის არსი იმაში მდგომარეობს, რომ რაიმე პრინციპიდან გამომდინარე, ვალდებულებები, თუმცა უარყოფილი არ არიან, გარკვეულ შემთხვევებში სრულიად დასაბუთებულად შეიძლება იქნეს დარღვეული, რადგან სხვა პრინციპით დაკისრებულ მოვალეობებს ეწინააღმდეგება. იმ ფაქტს, რომ ვალდებულებები, რომლებიც იძულებული ვართ დავარღვიოთ, მაინც არ უკუიგდება, არამედ ასე თუ ისე მიიღება მხედველობაში. მას ზოგჯერ გამოხატავენ "მორალური კვალის" ცნების საშუალებით, რომელსაც ჩვენ სინდისის ქენჯნას ვუწოდებთ.

თანაფარდობითი მიდგომისას საქმე იმას კი არ ეხება, რომ პრინციპთა მნიშვნელობის ზოგადი წესი ჩამოვაყალიბოთ, ერთ-ერთი მათგანი ჩავთვალოთ უმთავრესად, სხვები კი — დაქვემდებარებულად და ა. შ... ყოველი პრინციპი, რომელზეც კიდევ მოგვიწევს საუბარი, ისეთივე მნიშვნელოვან მოვალეობას გვაკისრებს, როგორც სხვა დანარჩენი; მაგრამ თითოეული უსიტყვოდ კი არ უნდა შესრულდეს, არამედ მხოლოდ "prima facie", მანამ, სანამ კონკრეტულ სიტუაციაში არ დაუპირისპირდება სხვას. და თუ მოცემულ სიტუაციაში სხვა პრინციპით ნაკარნახევი მოთხოვნები უფრო მეტად დამავალდებულებელი აღმოჩნდება, მაშინ უფლება გვექნება პირველი პრინციპის მოთხოვნების საწინააღმდეგოდ ვიმოქმედოთ. ბიბლიური მცნებაც კი "არა კაც ჰკლა", მაგალითად, თვით ბიბლიაშივე გაგებულია არა როგორც ყველანაირი მკვლელობის, არამედ მხოლოდ გაუმართლებელი მკვლელობის აკრძალვა. თავდაცვის მიზნით, ომის მსვლელობისას ან ზოგიერთი დანაშაულისათვის დასჯის სახით ჩადენილი მკვლელობები ძველ ებრაელებს, ვისთვისაც ბიბლია ფუძემდებლურ მორალურ მოძღვრებად ითვლებოდა, დასაშვებად მიაჩნდათ.

თავი II. ბიოეთიკა როგორც მეცნიერება

XX საუკუნის I ნახევარში შექმნილი ტოტალური სახელმწიფოების ნგრევა და ღია და ჩაკეტილი საზოგადოებების დაპირისპირება მთავრდება ღია საზოგადოების სრული გამარჯვებით. თანდათან მტკიცდება კაცობრიობის, როგორც ერთიანი მთელის, როგორც უმაღლესი პასუხისმგებელი სუბიექტის და იურიდიული პირის აღიარება. მსოფლიო პრაქტიკაში პრიორიტეტული ხდება ადამიანთა შორის შემწყნარებლობის და თანასწორობის პრინციპები. მისი საფუძველია ყოველი კონკრეტული ადამიანის შეუცვლელი ღირებულების აღიარება. არავის აქვს უფლება ვინმეს ან რაიმეს შესწიროს ადამიანი, როგორც საერთო საკაცობრიო მიზნებისათვის გაღებული მსხვერპლი. თავგანწირვა, ნებისმიერი საკაცობრიო იდეალისთვის, მხოლოდ ამ პიროვნების თავისუფალი არჩევანის შედეგი უნდა იყოს. „ადამიანის ღირსება ხელშეუხებელია, მისი პატივისცემა და დაცვა სახელმწიფო ხელისუფლების ვალია“ (გფრ-ის 1949წ. კონსტიტუცია). ეს დებულება, როგორც სახელმწიფოს პოზიცია, ღირებულებათა ახალი გადაფასების ნიშანი იყო. მსოფლმხედველობრივმა აზროვნებამ ღირებულებათა გადაფასების აუცილებლობა გააცნობიერა. ამის შედეგი იყო, რომ საზოგადოება ფილოსოფიის ახალ კრიზისზე ალაპარაკდა.

მოაზროვნე კაცობრიობამ თავისუფლების და თანასწორობის იდეა აირჩია. ამგვარ არჩევანს, ადამიანთა კეთილი ნების, საყოველთაო სარგებლიანობის გათვალისწინების და გონიერების გარდა, სხვა საყრდენი არ გააჩნია. გაცნობიერდა, რომ პასუხისმგებლობის თავიდან აცილების ცდა ილუზიაა. სოციალური არჩევანის ბედზე, სამყაროს წინასწარდადგენილ მიზანზე თუ გარდუვალ ისტორიულ აუცილებლობაზე დაფუძნების ცდას ტოტალური საზოგადოების სხვადასხვა სახემდე მივყავართ. ამგვარი არჩევანიც არჩევანია და იგი პასუხისმგებლობას არავის ააცილებს.

XX საუკუნის ფილოსოფია ზოგადისადმი ერთეულისა და კონკრეტულის უპირატესობის მტკიცებით დაიწყო. ეს ხდებოდა პიროვნების ღირსებისა და შემწყნარებლობის აღიარების მიზნით.

ტოტალური სისტემისაგან გათავისუფლებული ევროპუ-

ლი მოაზროვნეები უმთავრეს ამოცანას კონკრეტული პიროვნების თავისუფლების დაცვაში ხედავდნენ.

თანამედროვე მსოფლმხედველობრივ აზროვნებაში ადამიანთა ურთიერთობის ყველა სფეროში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ზნეობას. გაცნობიერდა, რომ რელიგიათა სიმრავლისა და შემწყნარებლობის ეპოქაში მომავალი მხოლოდ მორალურ რელიგიას აქვს. უკვე ისე ხშირად აღარ იმეორებენ მოარულ „ჭეშმარიტებას“, რომ „პოლიტიკა ბინძური საქმეა“. ეს „ჭეშმარიტება“ განსაკუთრებით საშიშია დღეს, როცა მეცნიერება პოლიტიკას ემორჩილება. ამიტომ აქტუალური გახდა მოწოდება–პოლიტიკა უნდა შეიზღუდოს, რათა ადგილი მიეცეს მორალს. ეს შეიძლება გულისხმობდეს მხოლოდ მორალურ პოლიტიკას, როგორც გამოსავალს თანამედროვე კაცობრიობისათვის და ასევე ყოველი პიროვნებისათვის.

დღეს ზნეობრივი პოლიტიკის და მისი საფუძვლის–ზნეობრივ მსოფლმხედველობის არჩევა ყოველი პიროვნების და არა მხოლოდ მედიკოსის მოვალეობაა. ეს პირადი პასუხისმგებლობის გაცნობიერებაა.

პიროვნების მიერ მსოფლმხედველობის არჩევა გადაწყვეტილების მიღების მორალური აქტია. ამ გადაწყვეტილებაზე პასუხისმგებლობას იგი ვერ აიცილებს ვერც ირაციონალურზე და ვერც გარდუვალ აუცილებლობაზე მითითებით, რადგან ამგვარი მითითებაც არჩევანის შედეგია. ვერც არცოდნა და ვერც შეცდომა ვერ შეამსუბუქებს პასუხიმგებლობას, უფრო ზუსტად თუ ვიტყვით, არსებობენ არა ჭეშმარიტი და მცდარი მსოფლმხედველობანი, არამედ მორალური და ამორალური.

ამ პროცესების ლოგიკური შედეგია, რომ უკანასკნელ წლებში კაცობრიობის ცნობიერების უმთავრეს ღირებულებად პიროვნების მოქალაქეობრივი უფლებების დაცვა, ადამიანის თვითიდენტიფიკაციის პრობლემა გახდა. ბიოეთიკა კი ამ უფლებების რეალიზაციის საშუალებაა მედიცინაში. ბიოეთიკის, როგორც მეცნიერების ორი უმთავრესი ფასეულობა პაციენტის სიცოცხლე და მისი ავტონომიაა (დამოუკიდებლობა), რაც მედიცინაში თავისუფალ არჩევანში გამოიხატება.

თანამედროვე მედიცინაში კი, სულ უფრო ფართოდ ვრცელდება პაციენტის ავტონომიის იდეა. პროფესიული ეთიკის ტრადიციული პატერნალიზმი ხელახლა გადაისინჯება ბიოეთიკის ნორმების სასარგებლოდ. ისინი შეესაბამება ცხოვრების ცივილური წესის ღირებულებებს, რომლის თანახმა-

დაც, თითოეულ ადამიანს აქვს უფლება თვითონ მიიღოს გადაწყვეტილება, რომელიც მას ეხება. განვითარებულ ქვეყნებში ამჟამად უმაღლესი კულტურული ღირებულების სახეს ინდივიდის თვითგამორკვევა იძენს და აქ სამედიცინო სამსახური გამონაკლისს არ წარმოადგენს. ჩვენი აზრით, XX საუკუნის II ნახევრისათვის ბიოეთიკა სამედიცინო კულტურის დინამიკის ინდიკატორი ხდება.

ბიოეთიკა XX საუკუნის დასასრულის დასავლური ცივილიზაციის ნაყოფია. იგი თავისი არსით დისციპლინათაშორისი ცოდნაა. მას აქვს ბიოსამედიცინო, ფილოსოფიური, აქსიოლოგიური, ანთროპოლოგიური, სამართლებრივი და საღვთისმეტყველო ასპექტები. მისი შესასწავლი პრობლემები ბევრი თვალსაზრისით, ახალია კაცობრიობისთვის.

სწორედ ამიტომ დაიწყო ამ პრობლემების ფილოსოფიური, ეთიკური, თეოლოგიური, სამართლებრივი და სხვა ასპექტების ინტენსიური დამუშავება. პრიორიტეტული გახდა ავადმყოფის უფლება — თავად განაგებდეს თავის სიცოცხლეს და თავად განსაზღვროს თავისი ჯანმრთელობის საკითხი, სიცოცხლის საზღვრები და თავად აგოს პასუხი საკუთარი ცხოვრების ყველაზე საპასუხისმგებლო გადაწყვეტილებაზე.

მედიცინაში ადამიანის თავისუფლების ასეთი სახით გამოვლენამ, ახალმა სამედიცინო ტექნოლოგიებმა, ორგანოთა ტრანსპლანტაციამ, სუიციდის პრობლემისადმი ახლებურმა დამოკიდებულებამ, რეპროდუქციულმა კლონირებამ, ბიოლოგიური სიკვდილის კრიტერიუმად „ტვინის სიკვდილის“ დაკანონებამ, ხელოვნურმა განაყოფიერებამ და სხვ. განაპირობა საუკუნეების განმავლობაში სრულ ჭეშმარიტებად მიჩნეული ბევრი დებულების გადასინჯვის აუცილებლობა. საჭირო გახდა მათი შეფასება, როგორც სამედიცინო მეცნიერების, ისე ეთიკის პოზიციებიდან. სწორედ თანამედროვე, შეცვლილი ღირებულებების ფონზე პაციენტმა უფლება მოიპოვა, იყოს დიალოგის (ექიმი-პაციენტი) სრულუფლებიანი წევრი. იგი უფლებამოსილია მოითხოვოს მისთვის მისაღები სამედიცინო დახმარება, ინფორმაცია სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის, ზნეობის, მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდის და საშუალებების, სავარაუდო შედეგის და სხვ., მას ასევე შეუძლია მოითხოვოს რეანიმაციული დახმარების შეზღუდვა ან შეწყვეტა, სიცოცხლის შენარჩუნებისა და გახანგრძლივების სისტემების გამორთვა და საკუთარი არსებობის შეწყვეტაც კი ამა თუ იმ საშუალებით. ბიოეთიკა მედიცინის ეთი-

კური პრობლემების აქსიოლოგიური ბუნების გარკვევისას, მჭიდროდ დაუკავშირდა კულტურულ ღირებულებებს. განსხვავებული კულტურები კი განსხვავებული აქსიოლოგიური ორიენტაციებით სასიათდებიან. სწორედ ეს ფაქტორი განსაზღვრავს ქართული საზოგადოების ჰუმანურ პოზიციას ბიოეთიკის უმნიშვნელოვანესი პრობლემებისადმი.

XX საუკუნის მეორე ნახევარში, საზოგადოების მორალურ კულტურაში ცვლილებების პროცესი იწყება არა მხოლოდ მედიცინაში. შემუშავებულია ახალი მორალური პოზიცია ტექნოგენური ცივილიზაციისადმი, რომელშიც გამოაშკარავდა მძლავრი ტექნიკური განვითარების ნეგატიური შედეგები. ტექნიკური პროგრესისადმი ეს ახალი მიდგომა მიისწრაფვის იქით, რომ გავაერთიანოთ ტექნიკა ბუნების დაცვის აქტიურ საშუალებებთან, ვიპოვოთ ახალი საშუალება და ცხოვრების წესი, ადამიანებთან, ბუნებასა და საზოგადოებასთან ახლებურ ურთიერთობაში.

ბიოეთიკის მიმართების საკითხი მორალურ-მსოფლმხედველობრივი ცნობიერების ჩამოყალიბებულ და ღრმად ფესვგადგმულ ფორმებთან — არის საკითხი მისი წარმოშობის მიზეზების, სოციკულტურული დანიშნულების, ნაწილობრივ იმ ამოცანებისა და პრობლემების გადაჭრის აუცილებლობის შესახებ, რომელიც ბიოსამედიცინო თეორიასა და პრაქტიკაში წარმოიქმნება.

XX საუკუნის დასასრულს სიტუაცია სამედიცინო-ბიოლოგიურ მეცნიერებაში კრიზისული გახდა, რაც გამოწვეული იყო ახალი აღმოჩენებით, რომლებმაც რევოლუციური გადატრიალება მოახდინეს კლინიკურ მედიცინაში და საზოგადოების ცნობიერების მოუმზადებლობით ამ დიდი ცვლილებების შედეგების გასააზრებლად.

ბიოსამედიცინო მეცნიერების უდიდესი მიღწევები ადამიანს შესაძლებლობას აძლევს არამარტო ხელოვნურად შექმნას ახალი სიცოცხლე (ხელოვნური განაყოფიერება), განსაზღვროს და შეცვალოს მისი ხარისხობრივი პარამეტრები (გენური ინჟინერია, ტრანსსექსუალური ქირურგია), არამედ გააგრძელოს იგი სიკვდილის დროის გადაწევით (რეანიმაცია, ტრანსპლანტოლოგია, გერონტოლოგია).

ტრადიციული მორალურ-მსოფლმხედველობრივი ცნობიერებით, ახალი ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიები — სიცოცხლის ტექნოგენური წარმოება და მოსპობა ემბრიონულ დონეზე, სიცოცხლის ტრანსპლანტოლოგიური გაგრძელება და დასრულე-

ბა, ადამიანის ხელოვნური რეპროდუქცია და კლონირება ყოველთვის არ შეიძლება შეფასდეს, როგორც სავსებით მორალური. უფრო მეტიც, ხშირ შემთხვევაში, იგი აშკარად ეწინააღმდეგება მორალურ ღირებულებებსა და პრინციპებს (მაგალითად, ევთანაზიის მოტივით მკვლელობის მორალური გამართლება, ცოცხალი დონორისაგან ორგანოს ალება სხვისთვის გადასანერგად, in vitro განაყოფიერება, „სუროგატი დედის“ გამოყენება, რეპროდუქციული კლონირება და ა.შ.).

კლინიკურ მედიცინაში შექმნილმა პრობლემურმა სიტუაციებმა ჰუმანიზმის პრინციპების დაზუსტება მოითხოვა.

ადამიანის უფლებებისა და დემოკრატიული პროცესების განუხრელმა ზრდამ დღის წესრიგში პაციენტის უფლებების გაფართოება დააყენა. შემთხვევითი არ არის, რომ ეს პრობლემა საერთაშორისო ორგანიზაციების საზრუნავი გახდა. სამედიცინო საზოგადოებისათვის ნაცნობია ის უმძიმესი სიტუაციები, როდესაც ექიმი ავადმყოფთან ან მის ახლობლებთან ურთიერთობისას, არცთუ იშვიათად, ეთიკური დილემის წინაშე დგება. შექმნილი მდგომარეობიდან ღირსეული და სამართლიანი გამოსავლის პოვნა გამოცდილ პროფესიონალსაც კი უჭირს. მცდარი გადაწყვეტილება, როგორც წესი, პაციენტის უფლებების დარღვევას მოასწავებს. ამასთან, ასეთი ფაქტები ხშირად შეუმჩნეველია საზოგადოებისათვის და არცთუ იშვიათად, თვით პაციენტისა და მისი ახლობლებისთვის. მრავალთა შორის, ამის მიზეზი ის არის, რომ საზოგადოება, მედიცინის მუშაკების ჩათვლით, არ იცნობს ადამიანის საერთაშორისოდ აღიარებულ უფლებებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.

განსაკუთრებით აქტუალურია ზემოხსენებული პრობლემა თანამედროვე მაღალტექნოლოგიური და ძვირადღირებული სამედიცინო დახმარების ფორმების დანერგვის ფონზე. ამ უკანასნელთა შემოღებამ, მკვეთრად გაზარდა იმის რისკი, რომ თანასწორობისა და პიროვნების პატივისცემის უზენაესი პრინციპები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში უკანა პლანზე გადაიწევს და, თუ საზოგადოებამ ძალისხმევა დაიშურა, სულაც ნიველირებული იქნება. ეს სირთულეები ყველა ქვეყნის ხვედრია. მიუხედავად სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობისა. ამავე დროს, ის უფრო მწვავეა იმ ქვეყნისათვის, მათ შორის საქართველოსთვისაც, სადაც ახლა ყალიბდება ცივილური საზოგადოებისათვის დამახასიათებელი ურთიერთობები

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლამ, ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის აუცილებელმა და უაღრესად რთულმა პროცესმა განსაკუთრებული სიმძლავრით წარმოაჩინა ბიოეთიკის პრინციპების პროპაგანდისა და მათი განხორციელების საჭიროება. ეს მოთხოვნა ჩვენს ქვეყანაში მიმდინარე ახალი სოციალური, ეკონომიკური და ზნეობრივი ფასეულობების ჩამოყალიბების პროცესის ერთერთი მნიშვნელოვანი ნაწილია.

პაციენტის უფლებების დაცვა განსაკუთრებით აქტუალური გახდა გასული საუკუნის მეორე ნახევარში. პაციენტის უფლებების დასაცავად მიძართული მძლავრი საერთაშორისო მოძრაობის სტიმული გახდა საკონცენტრაციო ბანაკებში ნაცისტი ექიმების მიერ ადამიანებზე ჩატარებული შემზარავი ექსპერიმენტები, ფართოდ გახმაურებული კლინიკური დაკვირვებები ტყვეებსა და პატიმრებზე, სულით დაავადებულებზე, ბავშვებსა და ორსულ ქალებზე, მედიცინაში ახალი ტექნოლოგიების დანერგვასთან დაკავშირებული პაციენტის და ექიმის ურთიერთობის დეპერსონალიზაცია.

საქართველოს პოლიტიკურ ცხოვრებაში (ისევე როგორც მსოფლიოში) ჯანმრთელობის დაცვის საკითხები პრიორიტეტულ ადგილს იკავებს. ისეთი თემები, როგორიცაა ჯანდაცვის სფეროსათვის გამოყოფილი რესურსების განაწილება ან სოციალური სამართლიანობის კრიტერიუმები სამედიცინო მომსახურების სფეროში. მათი ხელმისაწვდომობა, უკვე არის და დროთა განმავლობაში კიდევ უფრო მეტად გახდება საკმაოდ მწვავე პოლიტიკური დისკუსიის საგანი.

ჩვენს საზოგადოებაში ადამიანთა დიდ ნაწილს სამოქალაქო უფლებების დარღვევა აწუხებს, მაგრამ, სამწუხაროდ, შედარებით ნაკლებად გამოითქმის წუხილი ადამიანის ექსისტენციალურ უფლებებზე: სიცოცხლის უფლებაზე, ადამიანთა ავტონომიაზე, რომელიც პროფესიულ მედიცინასთანაა დაკავშირებული, უფლებაზე მიიღოს სარწმუნო ინფორმაცია საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ, ღირსეულად ცხოვრების უფლებაზე და ბოლოს, ამ ცხოვრებიდან ღირსეულად წასვლაზე.

ბიოეთიკაში მედიცინის უმთავრესი პრობლემები განხილულია დასავლური სამყაროს ფართო ინტელექტუალური და პოლიტიკური მოძრაობის შედეგების ფონზე, სამედიცინო კულტურასა და მსოფლმხედველობასთან მიმართებაში, რადგან ,,ბიოეთიკის'' ცნების ქვეშ იგულისხმება არა უბრალოდ სამედიცინო ეთიკის ახალი ფორმა, არამედ შედარებით სიღრმისეული ფენო-

მენი, რომლის შინაგანი ენერგიის წყალობით, მკვეთრად ვითარდება სოციალური თვითორგანიზაციის ახალი ფორმები. საზოგადოების სოციალურმა, ეკონომიკურმა, კულტურულმა და პოლიტიკურმა განვითარებამ პაციენტთა უფლებების უფრო სრულად ჩამოყალიბებისა და განხორციელებისათვის მოძრაობის აღმავლობა განაპირობა; ჯანმრთელობის დაცვა გულისხმობს სამედიცინო დახმარების სრულ სპექტრს: ჯანმრთელობის ხელშეწყობას და დაცვას, დაავადების პრევენციას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, მოვლასა და რეაბილიტაციას.

ბიოეთიკა არ შეიძლება განვიხილოთ როგორც მხოლოდ ცოდნის სფერო, მისი ასეთი დახასიათება არასაკმარისი იქნებოდა. იგი უპირველეს ყოვლისა, პრობლემების სფეროა და არა მხოლოდ შემეცნებითი პრობლემების, რომლებიც მოითხოვენ არამარტო გააზრებას, არამედ გადაჭრასა და მოგვარებას. განხილულ პრობლემათა უმრავლესობის ფესვები შორს, ისტორიის სიღრმეებში მიდის, რასაც ნაშრომში დიდი ადგილი აქვს დათმობილი. ამასთან, ეს პრობლემები განსაკუთრებით თანამედროვე, აქტუალური და მწვავეა თავისი არსით. ეს პრობლემები საზოგადოების სერიოზულ შეშფოთებას იწვევს. მათი გადაჭრისას, ადამიანები ხელმძღვანელობენ არა მარტო რაციონალური არგუმენტებით, არამედ მსოფლმხედველობრივი ტრადიციებით, ღირებულებებით, მენტალობით და ბოლოს, ემოციების კარნახით. ამიტომ, ჩვენი ამოცანაა ვაჩვენოთ და შეძლებისდაგვარად გავაანალიზოთ ამ პრობლემათა სხვადასხვა ხედვა, მათი გადაჭრისადმი სხვადასხვაგვარი მიდგომა.

ბიოეთიკა, როგორც მეცნიერება, ამ კრედოს დამკვიდრებას ემსახურება.

ბიოეთიკის შესასწავლი პრობლემები შორს არ არის რიგითი ადამიანის ყოველდღიური ცხოვრებიდან და მის მიმართ ინტერესს მხოლოდ სპეციალისტები არ იჩენენ.

თითოეული ჩვენგანი–ზოგი ხშირად, ზოგიც იშვიათად–ჯანმრთელობის დაცვის მსახურთა პაციენტები ვხდებით: ზოგი მკურნალობს, ზოგი ბიოსამედიცინო გამოკვლევათა და ექსპერიმენტების ცდის პირია, სხვები ამ სფეროში როგორც სპეციალისტები მუშაობენ. ამ ურთიერთობის დროს, ადამიანი პროფესიონალ მედიკოსს ან მკვლევარს ანდობს ყველაზე ძვირფასს, რაც მას აქვს–საკუთარი ჯანმრთელობას, ღირსებას, თვით სიცოცხლესაც კი. ამიტომ პაციენტს ან ცდის პირს, უფლება აქვს გაერკვეს, ინფორმაცია მიიღოს სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის, კომპეტენტურობის და ზნეო-

ბის შესახებ. მაგრამ თვით ყველაზე მაღალი პროფესიონალიზმიც კი, პაციენტს სიკეთეს ვერ მოუტანს, თუ იგი სპეციალისტის ასეთსავე მაღალ მორალურ თვისებებს: პასუხისმგებლობას, მოვალეობის გრძნობას, თანაგრძნობას, ჰუმანურობას, უანგარობას და, ზოგადად, კაცთმოყვარეობას არ დაეყრდნობა.

ბიოეთიკის შესწავლის ობიექტი, სწორედ, პაციენტისა და მედიკოსის ურთიერთობის მორალური მხარეა. ბიოეთიკის უმთავრესი პრინციპი ისაა, რომ მედიკოსისა და პაციენტის ურთიერთობის საფუძველში ადამიანის არაგასხვისებადი უფლება და თითოეულის ღირსების პატივისცემა დევს. პაციენტმა, რომელთანაც ექიმს ურთიერთობა უხდება, შეიძლება განიცადოს მძიმე ტანჯვა, რის გამოც, მან შეიძლება „ადამიანური სახეც კი დაკარგოს“; იგი შეიძლება იყოს ჩამოყალიბებული ლოთი ან ნარკომანი, გონებრივად არასრულფასოვანი, საშიში დამნაშავე; ის შეიძლება იყოს მძიმედ დაშავებული, უგონოდ მყოფი, სიკვდილის პირას მისული, ჭუჭყიანი და ა. შ... უფრო მეტიც, ექიმებს ზოგჯერ შეხება აქვთ მიცვალებულის სხეულთან ან არსებებთან, რომლებიც ადამიანურ სიცოცხლეს მხოლოდ პერსპექტივაში შეიძენენ. ყველა ამ, ისევე როგორც მრავალ სხვა, არანაკლებ მძიმე სიტუაციებში, მედიკოსმა არ უნდა დაივიწყოს, რომ ადამიანი, უსულო საგნისაგან ან თვით ყველაზე მაღალგანვითარებული ცხოველისაგან განსხვავებით, განსაკუთრებულ მოპყრობას იმსახურებს; ადამიანი, მიუხედავად მისი სოციალური სტატუსის, ღვაწლის, ფინანსური ან სხვა შესაძლებლობებისა, ადამიანური ღირსების მატარებელია.

რაც შეეხება ადამიანის უფლებებს, აქ უპირველეს ყოვლისა, უნდა დასახელდეს ყოველი მათგანის უფლება–აღიარებული იყოს პიროვნებად და არა სხვათა მიზნების განხორციელების საშუალებად. ასევე თითოეულის მორალური ვალდებულებაა პიროვნებად აღიაროს სხვა ადამიანი. თუ ექიმსა და პაციენტს შორის ღირებულებათა და ინტერესთა კონფლიქტი წარმოიშვა, რაც სრულიად ბუნებრივია, მაშინ, ბიოეთიკის პოზიციებიდან გამომდინარე, მისი გადაჭრის ერთადერთ მისაღებ საშუალებად სიტუაციის ღია, პატიოსანი განხილვა ითვლება. აუცილებელია, დაინტერესებულ მხარეთა მხრივ, გონივრული არგუმენტების ძიება საკუთარ პოზიციათა დასაცავად, ოპონენტის მიუკერძოებელი გაგების სურვილი და ბოლოს, ურთიერთმისაღები გადაწყვეტილების მოძებნა. უწყებრივი, პროფესიული და იძულების სხვა ფორმის მაგიერ, რაც ჯანდაცვის სფე-

რო'მი სოციალური ურთიერთობებისთვის არის დამახასიათებელი, ბიოეთიკა ისწრაფვის წამოჭრას დიალოგის სტრატეგია, რომელიც თანხმობის ძიებისაკენ იქნება მიმართული.

ბიოეთიკის სფეროში მინიმალური ცოდნა ნებისმიერი ადამიანისთვის აუცილებელია. ასეთი ცოდნა აუცილებელია ბიოლოგების, ფსიქოლოგების, სამედიცინო პროფილის უმაღლესი და საშუალო სპეციალური სასწავლებლების სტუდენტთათვის, ჯანდაცვის სამსახურის ორგანიზატორებისა და სადაზღვევო სისტემაში მომუშავე პერსონალისათვის.

ბიოეთიკის პრობლემები ძალიან ხშირად იურისპრუდენციასთანაა დაკავშირებული. ადამიანთა შორის ურთიერთობის სამართლებრივი რეგულირება მჭიდროდაა გადაჯაჭვული მორალურ-ეთიკურ რეგულირებასთან. ერთი მხრივ, უმნიშვნელოვანესი მორალური ნორმები ჩვეულებრივ იურიდიულ ძალას იძენს და სამართლებრივი ნორმის სახით ყალიბდება, მათი დარღვევა კი არა მარტო გარშემომყოფთა გაკიცხვას, არამედ კანონის წინაშე პასუხისმგებლობასაც იწვევს. მეორე მხრივ, საკანონმდებლო აქტები რეალურად მოქმედია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ისინი მოწონებულია საზოგადოების მიერ და მის მორალური შეგნებას შეესაბამება.

ბიოეთიკის წარმოშობისა და განვითარების ერთ-ერთ მთავარ იმპულსს სწორედ ადამიანის უფლებათა დაცვისკენ სწრაფვა წარმოადგენს. განსაკუთრებით ისეთ სფეროებში, როგორიცაა ჯანდაცვის ყოველდღიური პრაქტიკა და ბიოსამედიცინო გამოკვლევები.

არის ადამიანური მოღვაწეობის კიდევ ერთი სფერო, რომლის წარმომადგენლები სავსებით გასაგებ და ყველაზე ცხოველ ინტერესს იჩენენ ბიოეთიკის პრობლემებისადმი — ესაა ღვთისმეტყველება ან თეოლოგია.

პრობლემები, რომლებსაც ბიოეთიკა განიხილავს, უმწვავეს დისკუსიებს იწვევს, რომლის დროს, სამყაროს რელიგიური აღქმის კარდინალური თემების განხილვა ხდება. მსგავსი საკითხების გადაწყვეტისას, ამა თუ იმ ხედვის დასაბუთება, რომელიც თეოლოგიური კვლევა-ძიებისა და განსჯის ცენტრში მოექცა, მოწოდებულია, გზა უჩვენოს რელიგიურ ადამიანს ჩვენს მშფოთვარე და სრაფად ცვალებად სამყაროში.

სხვადასხვა რელიგიურ სისტემებს, ძირითადი მსოფლიო რელიგიების ჩათვლით, ბიომედიცინის სწრაფი განვითარების პირობებში უხდება მთელ რიგ საკითხებში საკუთარი პოზიციების შემუშავება და დაზუსტება. მაგალითად,, რა საზ-

ღვრებში შეიძლება ჩავატაროთ სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მკურნალობა და რა პირობებში შეიძლება მისი შეჩერება; შესაძლოა თუ არა ორგანოთა და ქსოვილების სახით გარდაცვლილის გამოყენება ადამიანთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ან სიცოცხლის გადარჩენისათვის; დასაშვებია თუ არა ინდივიდისათვის საკუთარი სიცოცხლის შეწყვეტის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება (ევთანაზია) და ა.შ.

ახალმა ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიებმა ადამიანზე ზემოქმედების პრინციპულად ახალ დონეს მიაღწიეს, გააშიშვლეს რა, ადამიანის სიცოცხლის მართვის საზღვრების, მიზნების და საშუალებების პრობლემები. ორი უძველესი მსოფლმხედველობრივი ტრადიცია: რელიგიურ-იდეალისტური და მატერიალისტურ – ნატურალისტური – ერთნაირად შეჩერდა სიკვდილ-სიცოცხლის ზღურბლზე. მათი საზღვრებიდან გამოსვლა შეზღუდული იყო, ერთი მხრივ, „ღვთის ნებით“, მეორე მხრივ, შეუცნობადი ან ჯერ კიდევ შეუცნობელი „ბუნების კანონებით“. ამ ტრადიციებს პირობითად „ონტოცენტრული პარადიგმა“ შეიძლება ვუწოდოთ, რომლის მიხედვითაც, ადამიანს არ ჰქონდა უფლება მანიპულირება მოეხდინა თავისი „უკვე ჩამოყალიბებული“ ბიოლოგიური არსისათვის, რომელიც საბუნებისმეტყველო მატერიალიზმში და დოგმატურ ღვთისმეტყველებაში, მის მოკვდავობასა და გამრავლებაში მდგომარეობს. გამრავლებისა და სიკვდილის პროცესების ბიოსამედიცინო მართვის ახალმა შესაძლებლობებმა გამოავლინა ონტოცენტრული პარადიგმების უსაფუძვლობა, რაც უფრო ცხადი ხდება ტექნოგენური ცივილიზაციისა და ლიბერალურ-დემოკრატიული „აღმშენებლობის“ წარმატებებით. ადამიანს არ სურს აღიაროს საკუთარი თავი, როგორც „პასიური“ მასალა უმაღლესი ძალების (ღმერთი, ბუნება) ხელში და თანდათან უმტკიცდება რწმენა, რომ საკუთარი თავი შეაფასოს, როგორც თვითდეტერმინებული, საკუთარი ცხოვრებისა და ყოფის შემოქმედებითი არსება. ყველაფერი ეს ანთროპოცენტრული მსოფლმხედველობრივი პარადიგმების დახასიათებაა, რომლის მიხედვითაც, ბიოეთიკა აღიქმება, როგორც „ახალი ეთიკური სტანდარტების“ სისტემა(კუნი). „ბიოსამედიცინო პრობლემის გადაწყვეტისას, უნდა შემუშავდეს ისეთი ეთიკა, რომელიც რაციონალურობის ავტორიტეტით ისარგებლებს და სრულყოფილად გამოხატავს მორალზე სხვადასხვაგვარ თვალსაზრისს“ (ენგელჰარტი). ამჟამად ეს პრობლება განსაკუთრებით აქტუალურია, თუ გავითვალისწინებთ ბევრი ტრა-

დიციული ღირებულების კრახს. არსებობს მოსაზრება, რომ სადღეისოდ საზოგადოება დაკავებულია ბიოეთიკის ძიებით.

ქრისტიანობამ ადამიანში აღმოაჩინა „სასწაულქმედების“ ნება, მაგრამ მანვე სცადა შემოესაზღვრა იგი მორალური დადგენილებების სისტემით, რომელიც ცნობილია, როგორც ტრადიციული მორალი. ადამიანის ახლანდელი მდგომარეობის დრამატიზმი — ამ ორი ვექტორის რეალობაა: „შემოქმედად“ ყოფნა და თავისი „არსის“ დაცვა, რომელიც ყოველთვის არ თანხვდება ერთმანეთს. მედიცინა ცოდნისა და პრაქტიკის სხვა თანამედროვე სფეროებზე მეტად, ამ დრამას მუდმივად ამწვავებს. ბიოეთიკა არსებობს როგორც ფორმა ამ სიტუაციის გასაცნობიერებლად და ის რეკონსტრუქციას უკეთებს მორალურ-მსოფლმხედველობრივ და ისტორიულად კულტურულ ფორმებს — სიცოცხლესა და სიკვდილთან მიმართებაში. მისი ძირითადი ამოცანაა, გადაჭრას მრავალფეროვანი დრამატული სიტუაციები.

ამ პრობლემების გადასაჭრელად მედიკოსები და მთლიანად საზოგადოება მზად არ აღმოჩნდა, მათ საკმარისი და საიმედო ორიენტირები არ გააჩნიათ.

და ბოლოს, მეცნიერების უკანასკნელ სფეროდ (რა თქმა უნდა, არა მნიშვნელობით), რომლის შესახებაც ბიოეთიკასთან დაკავშირებით, აუცილებლად უნდა აღინიშნოს, ფილოსოფია ითვლება. ეთიკამ, როგორც ფილოსოფიის დარგმა, ბიომედიცინაში წარმოშობილი პრობლემების აქტუალობის და დიდი საზოგადოებრივი რეზონანსის გამო, განვითარების ძლიერი იმპულსი შეიძინა. ამიტომაც სრულიად ბუნებრივია ფილოსოფოსების, ბიოლოგების, მედიკოსების და იურისტების ერთობლივი ძალისხმევა ბიოეთიკის პრობლემების გადასაჭრელად.

ეს პრობლემები გარკვეულწილად განსაზღვრავს თანამედროვე ფილოსოფიის სახეს, რამდენადაც მას სულ უფრო ხშირად აქვს საქმე ისეთ თემასთან, როგორიცაა მეცნიერებისა და ზნეობის ურთიერთმიმართება. ბიოსამედიცინო გამოკვლევები, ექსპერიმენტები ადამიანსა და ცხოველებზე, ცდის პირთა დაზიანების მოსალოდნელი რისკის შეზღუდვა მემკვიდრული დაავადებების აღმოფხვრის მიზნით, გენეტიკური ჩარევის შესაძლებლობა არა მარტო იმ ადამიანთა უფლებებისა და ინტერესების გათვალისწინება, რომლებიც დღეს ცხოვრობენ, არამედ, რომლებიც ცდისპირებს მომავალში გაუჩნდებათ, ადამიანთა ფსიქიკაში მკვლევართა ჩარევის მორალური დასაბუთება მისი ბიოქიმიური ან ფიზიოლოგიური მო-

დიფიკაციის მიზნით – ესაა მეცნიერების ეთიკის მხოლოდ რამდენიმე ასპექტი, რომელიც კაცობრიობის წინაშე მთელი სიმწვავით დგას.

თანამედროვე ფილოსოფიის კიდევ ერთი უმნიშვნელოვანესი განზომილება, რაც ბიოეთიკასთანაა დაკავშირებული, ის არის, რომ ბიოსამედიცინო წარმატებათა ზეგავლენით, ფილოსოფიის ისეთი კარდინალური საკითხების ხელახალი გააზრება გვიხდება, როგორიცაა: „რა არის ადამიანი?“, „როგორ განვსაზღვროთ ადამიანური პიროვნება და ადამიანური არსება?“, „რა ითვლება ამოსავალ წერტილად ამ განსაზღვრებიდან – ადამიანის სხეულებრივი ბუნება თუ მისი ცნობიერება, მისი სულიერი თვისებები?“, „სად არის ზღვარი, რომელიც ცოცხალ ადამიანურ არსებას არაცოცხლისაგან გამოყოფს?“, „სად იწყება და სად მთავრდება სიცოცხლე?“, „რა არის სიკვდილი?“, „როგორ მოვიქცეთ, როცა ავადმყოფი სოციალურად მკვდარია (ტვინის ქერქი მოკვდა), ბიოლოგიურად კი მისი სიცოცხლე შენარჩუნებულია?“.

ამ კითხვებზე პასუხს ფილოსოფოსები საუკუნეთა მანძილზე ეძებდნენ. დღევანდელი სიტუაციის თავისებურება კი ის არის, რომ ამჟამად ესა თუ ის პასუხი მათზე აბსტრაქტული აზროვნების სფეროში არ რჩება და ყველაზე კრიტიკულ ცხოვრებისეულ სიტუაციებში ადამიანთა რეალურ გადაწყვეტილებებსა და მოქმედებებს განსაზღვრავს.

ბიოეთიკის ბუნებრივ წინამორბედად, ტრადიციული სამედიცინო ეთიკა ითვლება, რომელსაც მრავალსაუკუნოვანი ისტორია აქვს. თუმცა, თანამედროვე სიტუაცია, მისდევს რა წინაპართა მიერ დაგროვილ უმდიდრეს ისტორიულ გამოცდილებას, უფრო ხშირად გვაიძულებს უარი ვთქვათ ტრადიციებზე, ვეძებოთ ახალი, უპრეცედენტო გადაწყვეტილებანი. ამის მიზეზად, უპირველეს ყოვლისა, უნდა დავასახელოთ ორი:

პირველი – სამედიცინო ტექნოლოგიების მასიური დანერგვა ყოველდღიურ სამედიცინო პრაქტიკაში. ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების განხორციელების დროს მრავალი ეთიკური და სამართლებრივი ხასიათის პრობლემა წარმოიშობა. მაგალითად, ხელოვნური განაყოფიერების, სუროგატული დედობის, პრენატალური დიაგნოსტიკის მეთოდების დანერგვის, ორგანოთა და ქსოვილთა გადანერგვის ახალი ტექნოლოგიები, შესაძლო დონორის სიკვდილის მომენტის განსაზღვრა, სოციალურად შეჭირვებულთა რიგებიდან რეციენტის არჩევა, ორგანოთა და ქსოვილების კომერციული მიზნით გამოყენება და

სხვ., ინტენსიური თერაპიისა და სიცოცხლის შესანარჩუნებლად ჩატარებული მკურნალობის თანამედროვე საშუალებათა განვითარებასთან ერთად, ისეთი საკითხების გადაწყვეტა გვიხდება, როგორიცაა მაგალითად,, რამდენად აქვს აზრი მკურნალობას იმ შემთხვევაში, როცა პაციენტი უიმედოდ კარგავს ცნობიერებას და ე.წ. ,,მყარ ვეგეტატიურ მდგომარეობაში'' იმყოფება. ეს მდგომარეობა ხომ მრავალი თვისა და წლების მანძილზეც კი შეიძლება გაგრძელდეს.

მედიცინის კომერციზაცია, მისი გადაქცევა მოღვაწეობის მასიურ სფეროდ, ჯანდაცვის სისტემაში სასაქონლო მომსახურების ახალი სახეობების წარმოშობა, სამედიცინო სპეციალობების პროგრესირებადი დიფერენციაცია, სამედიცინო პრაქტიკის ტექნიკური აღჭურვილობის განუხრელი ზრდა, რის შედეგადაც, ექიმის და პაციენტის კონტაქტი სულ უფრო უფერულდება, საზოგადოების მოთხოვნილებათა დონის ამაღლება მედიცინისა და ჯანდაცვისადმი — ეს მხოლოდ ზოგიერთი ფაქტორია, რომელიც თანამედროვე ეპოქაში ბიოეთიკის ფუნქციებს ზრდის და სამედიცინო ეთიკაზე დიდ გავლენას ახდენს.

თანამედროვე ეპოქაში ბიოეთიკის ფორმირების მეორე უმნიშვნელოვანესი მიზეზი მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში უკვე დამკვიდრებული ექიმ-პაციენტის ურთიერთობის ახლებური ხედვაა. გავლენიანი საზოგადოებრივი მოძრაობანი, რომლებიც ძირითადად ადამიანის უფლებებზე აკეთებენ აქცენტს, გვერდს ვერ აუვლიან იმ სფეროს, რომელიც მედიცინასა და ჯანდაცვასთანაა დაკავშირებული. უცხოეთში ინტენსიურად ყალიბდება პაციენთა საზოგადოებები (დიაბეტიანი ავადმყოფების, ონკოლოგიური, ფსიქიატრიული და სხვ.,), ინვალიდთა, სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელთა ასოციაციები. საუბარია პაციენტის უფლებების შეუდარებლად უფრო ფართო და პრინციპულად ახალ განმარტებაზე — როგორიცაა ადამიანში პიროვნების ავტონომიის პატივისცემის უფლება, საკუთარი მდგომარეობის შესახებ სრული ინფორმაციის მიღების, დიაგნოზისა და პროგნოზის ცოდნა, მკურნალობის მეთოდების შერჩევის გადაწყვეტილებათა მიღებაში მონაწილეობა, მკურნალობაზე უარის თქმის უფლება და სხვ.

აუცილებლად უნდა აღინიშნოს კიდევ ერთი ფაქტორი, რომელმაც ბიოეთიკის ფორმირებასა და განვითარებაზე გავლენა მოახდინა. ეს გახლავთ პრობლემატიკა, რომელიც სამეცნიერო გამოკვლევათა ეთიკურ და სამართლებრივ დარეგუ-

ლირებასთანაა დაკავშირებული. უპირველეს ყოვლისა უნდა აღინიშნოს ზემოდასახელებული სამეცნიერო გამოკვლევები, რომელიც ადამიანზე ტარდება. ასეთი გამოკვლევების მასშტაბები გარდაუვალს ხდის მათ რეგლამენტაციას, რომელიც ცდისპირთა დაზიანების რისკის მინიმუმამდე დაყვანას უზრუნველყოფს, დაიცავს მათ უფლებებს, ჯანმრთელობასა და ღირსებას, შესაძლებლობას მოგვცემს გამოვრიცხოთ ზედმეტი ტანჯვა და ტკივილი.

მეორე მხრივ, ეთიკური შეფასების ობიექტად გვევლინება არა მხოლოდ გამოყენებითი, არამედ ფუნდამენტური ხასიათის ბიოლოგიური გამოკვლევები, რომლებშიც გარემოს გაჭუჭყიანების შედეგად წარმოქმნილი მსოფლიო კატასტროფის მოახლოების შესაძლებლობაა ასახული. საზოგადოების წინაშე ობიექტურად ახალი ამოცანა დგება: სამეცნიერო ცოდნის დაგროვების შესაბამისად, რომელიც რომელიმე მუდმივ საფუძველზე დაყრდნობით, განუწყვეტლივ იცვლება, გააკონტროლოს ბიოსამედიცინო სფეროში კვლევითი მოღვაწეობა, რამდენადაც ეს მოღვაწეობა, ეხება რა საზოგადოების ფუძემდებლურ ღირებულებებს, სერიოზული სოციალური და ადამიანური მნიშვნელობისაა.

ზემოალნიშნულიდან გამომდინარე, შეიძლება ვამტკიცოთ, რომ ბიოეთიკა, როგორც ის სადღეისოდ არსებობს და ვითარდება, მხოლოდ ცოდნისა და შემეცნების ახალი სფერო, უბრალოდ ერთ-ერთი ახლად წარმოქმნილი დისციპლინა არ არის, მისი ასეთი დახასიათება მაინც არასრულია. ამავდროულად, ბიოეთიკა უნდა მოვიაზროთ, როგორც თანამედროვე საზოგადოების ფორმირებადი სოციალური ინსტიტუტიც. ამასთან დაკავშირებით უნდა აღვნიშნოთ, რომ საზოგადოება ხშირად განიხილება როგორც ერთმანეთთან დაკავშირებული სოციალური ინსტიტუტების სისტემა, როგორიცაა სკოლა, ოჯახი, არმია და ა.შ... ამასთანავე, თითოეული სოციალური ინსტიტუტი ადამიანებს, ჯგუფებს, გაერთიანებებს, საზოგადოებებს, ორგანიზაციებს შორის ურთიერთობებსა და ურთიერთმოქმედების განსაზღვრულ სფეროს არეგულირებს. ამავე დროს უზრუნველყოფილია ამ ურთიერთობათა სიმყარე, მათი საზოგადოებისათვის მისაღებ ღირებულებებთან და ნორმებთან შესაბამისობა, რაც ამა თუ იმ სიტუაციებში ადამიანთა მოქმედების წინასწარ განსაზღვრას ნიშნავს.

თითოეული სოციალური ინსტიტუტის ბირთვად მისთვის დამახასიათებელი ღირებულებები და ნორმები ითვლება,

რომლითაც ადამიანები თავიანთ გადაწყვეტილებებსა და მოქმედებებში ხელმძღვანელობენ და რომლებიც მოცემული საზოგადოების კულტურაში ღრმადაა ფესვგადგმული. იმის გამო, რომ ამ ღირებულებებს და ნორმებს საზოგადოების ყველა ან თითქმის ყველა წევრი იზიარებს, ადამიანებს, მოელიან რა ურთიერთობაში მყოფი პარტნიორისაგან ადეკვატურ მოქმედებებს, სოციალური ურთიერთობების მრავალგვარ სიტუაციებში შეუძლიათ ორიენტირება. რადგან მათ წარმოდგენა აქვთ სოციალურ ნორმებზე, რომლებსაც თვითონ და სხვებიც მისდევენ.

თუკი გავითვალისწინებთ, რომ სოციალურ ინსტიტუტებს, როგორც საზოგადოების კულტურაში, ასევე პიროვნების სტრუქტურაში, ღრმად აქვს გადგმული ფესვები, ადვილად გასაგები გახდება, რომ თითოეული ახალი ინსტიტუტის ფორმირება ხანგრძლივი ისტორიული პროცესია, რომელიც საკმაოდ საფუძვლიანი მიზეზების გავლენით იწყება და რეალიზდება. ამ პროცესის ბუნებრივი ხასიათი მისაღებია იმ გაგებით, რომ თვით პროცესი ვითარდება არა რაღაც წინასწარ მომზადებული გეგმის ან სტრატეგიული ჩანაფიქრის შესაბამისად, არამედ როგორც სოციალური პრობლემების, ნორმატიული და ღირებულებითი კონფლიქტების გადაჭრის საშუალება, რომელთა გადაწყვეტა სოციალური ინსტიტუტების ჩამოყალიბებულ სისტემებს არ შეუძლია.

ამ შემთხვევაში, საუბარია იმაზე, რომ სამედიცინო ეთიკის ტრადიციული ნორმები, რომელთა ხელახალი ინტერპრეტირება ხშირად გვიხდება, ყოველთვის „არ მუშაობს". აქ საკმარისია მოვიყვანოთ მხოლოდ ერთი მაგალითი. სამედიცინო პრაქტიკის მორალურ და პროფესიულ მიზანს ყოველთვის პაციენტის კეთილდღეობის უზრუნველყოფა წარმოადგენდა. ამასთანავე, უმაღლეს სიკეთედ ავადმყოფის სიცოცხლის შენარჩუნება ითვლებოდა. ფაქტიურად, ერთიცა და მეორეც — მაქსიმალური სიკეთე და სიცოცხლის შენარჩუნება — ერთმანეთისაგან არ განსხვავდებოდა. დღეს კი, არც თუ იშვიათია ისეთი სიტუაციები, როცა ეს ორი სიკეთე ერთმანეთს უპირისპირდება. მაგალითად, ბევრი სპეციალისტი (ზოგჯერ რიგითი მოქალაქე) ხშირ შემთხვევაში არ ეთანხმება განმარტებას, რომ უიმედო ავადმყოფის სიცოცხლის გაგრძელება, რომელიც უმძიმეს ტანჯვას და ტკივილს განიცდის ან მყარ ვეგეტატიურ მდგომარეობაში იმყოფება, როცა შეუქცევადად დაკარგულია ტვინის უმაღლესი ფუნქციები, მისთვის სიკეთედ ითვლე-

ბა. დასახელებულ ღირებულებათა კონფლიქტი ზოგჯერ თავს სხვაგვარადაც იჩენს: ამბობენ, რომ არის შემთხვევები, როცა ადამიანებს, რომელთათვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო, ღირსეული სიცოცხლე მოუწვდომელია, უფლება აქვთ მოითხოვონ ღირსეული სიკვდილი.

ამ ხასიათის ბევრი სიტუაცია დღემდე საზოგადოების ცხოველ ინტერესს და მღელვარე დისკუსიებს იწვევს. თვით ასეთი დისკუსიები უკვე ნორმატიულ-ღირებულებითი ხასიათის კონფლიქტებს წარმოადგენს და ამ პრობლემის სიმწვავეზე მიუთითებს.

ბიოეთიკასა და ტრადიციული სამედიცინო ეთიკას შორის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი განსხვავება არსებობს. სამედიცინო ეთიკა მთლიანობაში უპირატესად პროფესიული ხასიათის იყო, (რომ არ ვთქვათ კორპორაციული). მასში უმთავრესი ყურადღება ექიმ-პაციენტის ურთიერთობას, ექიმის მოვალეობასა და პაციენტის უფლებას, ასევე სამედიცინო პროფესიის შიგნით ნორმატიული ურთიერთობის რეგულირებას ექცეოდა. სხვა პროფესიის ადამიანთა ჩარევა ამ დროს არ ხდებოდა ან მინიმუმამდე იყო დაყვანილი. ითვლებოდა, რომ ექიმი სავსებით ფლობს არა მხოლოდ სპეციალურ, არამედ ეთიკურ კომპეტენციასაც.

ბიოეთიკის სწრაფი განვითარება მოწმობს, რომ სიტუაცია ამჟამად რადიკალურად, შეუქცევადად იცვლება — მედიცინის ეთიკური საკითხები წყდება არა კორპორაციულ, არამედ სხვა, მნიშვნელოვნად უფრო ფართო საფუძველზე, მათი სრულუფლებიანი მონაწილეობით, ვინც პაციენტისა და მათი ახლობლების ინტერესებს წარმოადგენს და გამოხატავს.

სამედიცინო საზოგადოებაში ამ საკითხთან დაკავშირებით ერთიანი პოზიცია არ არსებობს. გარკვეული ნაწილი „გარედან“ ჩარევის საკუთარი უფლებების შეზღუდვად და კომპეტენციის საზღვრების შეკვეცად მიიჩნევს. თუმცა საზოგადოების შედარებით „ფხიზელი“ ნაწილის აზრით, სამედიცინო პროფესიისადმი საზოგადოების ნდობის შენარჩუნების მიზნით, აუცილებელია, განუწყვეტელი დიალოგი მათთან, ვინც პროფესიით მედიკოსი არ არის, მაგრამ მედიცინის ჰუმანური ინტერესების დაცვით დაინტერესებულია, ასევეა საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბებაზე მოქმედი მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებთან ურთიერთობა. საზოგადოების ნდობა კი ისეთი კაპიტალია, რომლის დეფიციტის შევსება რაიმე პრაგმატული მოქმედებებით, ვთქვათ, „ფინანსური გავ-

ლენებით“ შეუძლებელია.

ბიოეთიკა დღეისათვის ჩამოყალიბებულ და სწრაფად განვითარებად სამეცნიერო დისციპლინის ყველა ატრიბუტს ფლობს. ქვეყნდება დიდძალი სამეცნიერო ლიტერატურა და სახელმძღვანელოები. 2015 წელს აშშ-ში გამოვიდა, უკვე მეათე გამოცემა, ფუნდამენტური ხუთტომეულისა „ბიოეთიკის ენციკლოპედია“, არსებობს ბევრი სპეციალური ჟურნალი; უნივერსიტეტებსა და სამედიცინო კოლეჯებში ჩამოყალიბდა ბიოეთიკის კათედრები, სადაც სპეციალისტების ახალ თაობებს ამზადებენ; ეწყობა სემინარები, სიმპოზიუმები და კონფერენციები; უკვე ჩატარდა მსოფლიო მასშტაბის ხუთი კონგრესი ბიოეთიკაში. ბიოეთიკის სფეროში იქმნება ნაციონალური და ეროვნებათშორისი სამეცნიერო ორგანიზაციები. თუკი პირველ წლებში ბიოეთიკის სფეროში მოდიოდნენ სხვადასხვა დარგის სპეციალისტები, დღეისათვის მათი რიცხვი უფრო მეტია, ვინც სწორედ ამ სფეროში მიიღო განათლება. ბიოეთიკა, აყალიბებს რა ბიოლოგიისა და მედიცინის დარგში პრობლემური სიტუაციების გადაჭრისათვის მარეგულირებელ ორგანოს — ეთიკურ კომიტეტებს, სამეცნიერო მოღვაწეობის ხასიათის ტრანსფორმირებას ახდენს.

თუმცა, ჩვენთან ბიოეთიკა, როგორც ჩამოყალიბებული სოციალური ინსტიტუტი ჯერჯერობით არ არსებობს. ეს სრულებით არ ნიშნავს იმას, რომ ბიოეთიკის მიერ წამოჭრილი ყველა პრობლემა ჩვენი საზოგადოების წინაშე არ დგას (და არც თუ იშვიათად ძალიან მწვავე და დრამატული ფორმით), რომ სამამულო ბიოეთიკის განვითარებისათვის ღრმა წანამძღვრები არ არსებობს.

აუცილებელია ყურადღება მიექცეს შემდეგ გარემოებებს:

1. ჯანდაცვის სისტემის აწმყოსა და მომავლის გამო საზოგადოებაში საკმაოდ მკვეთრად წარმოჩინდება შეშფოთება. ეს წუხილი ასახვას პოვებს მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებსა და პოლიტიკურ მოღვაწეთა გამოსვლებშიც.
2. ბიოსამედიცინო მეცნიერების წამყვან ცენტრებში შექმნილია და მოქმედებს ეთიკური კომიტეტები: მაგალითად, საქართველოს ტრანსპლანტაციის ასოციაციასთან არსებობს ეთიკური კომიტეტი. თექვსმეტი წელია შეიქმნა და აქტიურად ფუნქციონირებს საქართველოს ბიოეთიკის ნაციონალური საბჭო, რომელიც ბიოსამედიცინო კვლევათა და კლინიკური მე-

დიცინის პრობლემური სიტუაციების დროს მორალურ-ეთიკური და სამართლებრივი რეგულირების ფუნქციას ასრულებს.

ეს აუცილებელია როგორც პაციენტთა და ცდისპირთა ინტერესების დაცვისათვის, ასევე საქართველოსათვისაც, მასზე დაკისრებული საერთაშორისო ვალდებულებებიდან გამომდინარე. ბევრი საერთაშორისო ორგანიზაცია (გაერო, იუნესკო, ჯანმო, მსა), რომლის სრულუფლებიანი წევრიც საქართველოა, ბიოეთიკის პრობლემისადმი განუწყვეტელ და განსაკუთრებულ ინტერესს იჩენს. მაგალითად, 1996 წლის ბოლოს ევროსაბჭომ მიიღო „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ". ამ დოკუმენტში მოცემულია მათი შესრულების მკაცრი ვალდებულებანი, რომლებსაც „კონვენციასთან" მიერთებული ქვეყნები საკუთარ თავზე იღებენ.

3.განათლების სფეროში პირველი ნაბიჯებია გადადგმული. საქართველოს პრეზიდენტის 1998 წლის 12 იანვრის №15 ბრძანებულებით „ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქეთა უფლებების დაცვის უზრუნველყოფის ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ", „ბიოსამედიცინო ეთიკა" —სავალდებულო სასწავლო დისციპლინადაა მიჩნეული სამედიცინო და ბიოლოგიური პროფილის ყველა სასწავლებელში სწავლების ყველა საფეხურზე (ბაკალავრიატი, ერთსაფეხურიანი სწავლება, მაგისტრატურა, დოქტორანტურა).

„ბიოეთიკის"კურსი უკვე იკითხება სამედიცინო-ბიოლოგიური პროფილის ყველა საშუალო-სპეციალურ და უმაღლეს სასწავლებლებში. ამიერკავკასიაში პირველად, სწორედ საქართველოში, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში დაიწყო „ბიოეთიკის" კურსის სწავლება ყველა ფაკულტეტზე. მომზადებულია უნიფიცირებული სასწავლო პროგრამა ბიოსამედიცინო ეთიკაში, თავისი დიდი სამეცნიერო აპარატურით. უკვე გამოჩნდნენ ახალგაზრდა სპეციალისტები (ფილოსოფოსები, ექიმები, იურისტები), რომლებმაც თავისი სამეცნიერო ინტერესები ბიოეთიკას დაუკავშირეს.

4. გამოკვლევები ბიოეთიკაში სისტემატურ ხასიათს იღებს. სამედიცინო, ბიოლოგიური, ფილოსოფიური, იურიდიული და თეოლოგიური პროფილის სამეცნიერო ჟურნალებში ქვეყნდება პუბლიკაციები ბიოსამედიცინო ეთიკის სფეროში.

ყოფილი საბჭოთა კავშირის ყველა დიდი ქალაქის უმაღლეს სასწავლებლებში გაიხსნა ბიოსამედიცინო ეთიკის კათედრები. მოსკოვის ლომონოსოვის სახელობის სახელმწიფო

უნივერსიტეტში, ფილოსოფიის ფაკულტეტზე უკვე 20 წელია იკითხება სპეცკურსი ბიოეთიკაში. სამედიცინო და ბიოლოგიური პროფილის ყველა უმაღლეს სასწავლებელში ისწავლება სამედიცინო ეთიკის, სამედიცინო დეონტოლოგიის და ბიოეთიკის სპეცკურსები. ჩამოყალიბდა რუსეთის ბიოეთიკის ნაციონალური კომიტეტი. დიდ სამეცნიერო ცენტრებთან ფუნქციონირებს ეთიკური კომიტეტები და კომისიები.

უკანასკნელი ოცი წლის განმავლობაში საქართველოში ინტენსიურად მუშავდება ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებების დაცვაზე ორიენტირებული კანონმდებლობა. ამ, არც თუ ისე დიდი ხნის მანძილზე, ჩვენს ქვეყანაში შეიქმნა სოლიდური სამართლებრივი ბაზა პაციენტის უფლებებისა, რომელიც ადამიანის ძირითადი უფლებებისა და თავისუფლების საყოველთაოდ აღიარებულ პრინციპებს ეყრდნობა. აღნიშნული მოვლენა უმთავრესად განპირობებულია საქართველოს ინტეგრაციით დემოკრატიულ საერთაშორისო სტრუქტურებში და ჩვენი ქვეყნის დაახლოებით განვითარებულ სახელმწიფოებთან. საყურადღებოა, რომ საქართველო ევროპის იმ ქვეყნებს მიეკუთვნება, რომელსაც საკმაოდ სრულყოფილი კანონმდებლობა აქვს პაციენტის უფლებების დაცვის სფეროში. მიღებული და რატიფიცირებულია კანონები: „საქართველოს კანონი ჯანდაცვის შესახებ“, „საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ“, „საქართველოს კანონი ადამიანის ორგანოების, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილების აღებისა და გამოყენების შესახებ“, „საქართველოს ექიმის ეთიკური კოდექსი“ და ა.შ.

ბიოეთიკა, ბუნებრივია, ყველა ადრე შესასწავლ დისციპლინათაგან ყველაზე ახლოა სამედიცინო ან საექიმო ეთიკასთან. მაგრამ, სამწუხაროდ, დიდი ხნის მანძილზე პროფესიული სამედიცინო ეთიკა, როგორც სასწავლო და სამეცნიერო დისციპლინა ჩვენთან არ არსებობდა. სამედიცინო წრეებში გავრცელებული მოსაზრებით, სამედიცინო ეთიკაში მომავალი ექიმების მომზადება სამედიცინო უნივერსიტეტის ყველა კლინიკურ კათედრაზე უნდა ხდებოდეს. ასეთი პოზიცია იმ რწმენას ეყრდნობოდა, რომ მორალურ-ეთიკური ნორმები და წესები თვით სამედიცინო პრაქტიკასთან, კლინიკურ სიტუაციებთანაა გადაჯაჭვული. ამასთანავე, იგულისხმება, რომ მედიკოსებს თაობიდან თაობაზე გადაეცემა ექიმთა ფასდაუდებელი გამოცდილება. მაგრამ ეს ფაქტი, თავისთავად უდავო და ძალზე მნიშვნელოვანი, იმ სულისკვეთებით განი-

მარტებოდა, რომ სამედიცინო ეთიკამ დამოუკიდებელი თეორიული დისციპლინის სახით ჩამოყალიბება ვერ შეძლო, რამდენადაც რეალურად ეს ორი ზღვარი მჭიდროდაა ურთიერთდაკავშირებული. გარდა ზემოაღნიშნულისა, სამედიცინო დეონტოლოგია, რომელიც უკანასკნელ წლებში არსებობდა, საკუთარ მხრებზე საფუძვლიან იდეოლოგიურ ტვირთს ატარებდა, რის გამოც ამ სფეროში დაგროვილი ბევრი მწვავე ცხოვრებისეული პრობლემის განხილვა გაძნელებული იყო. მის არსენალში არ იყო საშუალებები, რომლებიც პაციენტის უფლებების, ექიმისა და პაციენტის თანაბარუფლებიანი ურთიერთობის საკითხის დაყენებისა და შესწავლის შესაძლებლობას მოგვცემდა.

მიუხედავად ამისა, დეონტოლოგიის განვითარებამ სამართლო მედიცინის მორალურ-ეთიკური ტრადიციებისადმი ინტერესის გაღვიძებას სერიოზული იმპულსი მისცა. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რადგან ბიოეთიკის განვითარება საქართველოში წარმატებული იქნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა შეგვეძლება ის დღევანდელ რეალობას დავუკავშიროთ, კერძოდ, თუ შევძლებთ თანამედროვე სამოქალაქო ურთიერთობების ჩამოყალიბების საქმეში ბიოეთიკის გამოყენებას.

ბიოეთიკის სხვადასხვაგვარმა ხედვამ (როგორც პროფესიული ეთიკის ნაწილისა, ან პირიქით, შედარებით ფართო არაპროფესიული ეთიკისა), ხელი ვერ შეუშალა მის სწრაფ გავრცელება ევროპისა და ამერიკის განვითარებულ ქვეყნებში. ბიოეთიკა იქ ფუნქციონირებადი სოციალური სტატუსია. ვფიქრობთ, საქართველოშიც, ამ ქვეყნების მსგავსად, ბიოეთიკის განვითარება შემდეგი მიმართულებით უნდა მოხდეს: 1. მოძრაობა მოსახლეობის ფართო წრეებიდან, რომლებიც ინტერესს იჩენენ ბიოეთიკის პრობლემებისადმი; 2. სამკურნალო დაწესებულებებთან არსებული ბიოეთიკური კომიტეტების ჩამოყალიბება და ფორმირება; 3. კონტროლის სამართლებრივი მექანიზმების არსებობა, რომლებიც ეთიკურ მექანიზმებს ავსებენ; 4. ბიოეთიკური განათლება; 5. სამეცნიერო კვლევა-ძიებანი ბიოეთიკაში.

ბიოლოგიის და მედიცინის არნახულმა განვითარებამ, რის გამოც XX საუკუნეს ხშირად „ბიომედიცინის“ საუკუნეს უწოდებენ, ბიოსამედიცინო სფეროში სერიოზული კონფლიქტები და დაძაბულობები გამოიწვია. მედიკოსთა სამეცნიერო საზოგადოება მნიშვნელოვანი საკვანძო გადაწყვეტილებების მიღებისას, დიდი ხნის მანძილზე მკაცრად იცავდა სამეცნიე-

რო კვლევა-ძიებისა და საკუთარი ავტონომიის ხელშეუხებლობის იდეებს. თუმცა, უკანასკნელ ათწლეულებში, გავლენიანი საზოგადოებრივი წრეების მხრიდან, ძლიერი ზეწოლის შედეგად, ბევრი ღირებულების გადაფასება გახდა შესაძლებელი. სამედიცინო საზოგადოება, არსებითად, დილემის წინაშე აღმოჩნდა. ან დაუშვას საზოგადოების მხრიდან საკუთარი მოღვაწეობის ყოვლისმომცველი კონტროლი, ან საზოგადოებასთან ურთიერთმოქმედების ისეთი მექანიზმები შექმნას, რომლებიც საშუალებას მოგვცემდა:

ა)ეფექტურად წარმოვაჩინოთ საზოგადოების წინაშე მეცნიერთა უნარი და სურვილი წინასწარ განჭვრიტონ და თავიდან აიცილონ ახალი სამეცნიერო გადაწყვეტილებებისა და ახალი ტექნოლოგიების დანერგვის შედეგად წარმოქმნილი უარყოფითი შედეგები;

ბ)განვახორციელოთ კვლევითი მოღვაწეობის სოციალურ-ეთიკური რეგულირება თვით სამეცნიერო საზოგადოების ძალებით.

სამეცნიერო კვლევის რეგულირების მორალური პრინციპების ფორმირება, რომელიც მეცნიერების თავისუფლებას არ შეზღუდავს, მაგრამ უზრუნველყოფს მოქალაქეთა უფლებებისა და ინტერესების დაცვას – ბიოეთიკის უმნიშვნელოვანეს ამოცანად ითვლება.

საზოგადოებაში გატარებული რეფორმების სოციალური შედეგები, შეფასებული ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ინდიკატორით–მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობით – მოწმობს მოსახლეობის კეთილდღეობის დაბალ დონეს, ამ მიმართულებით ჩასატარებელი სამუშაოების აუცილებლობას, მათ შორის, იმ უარყოფითი შედეგების დაძლევას ან შემსუბუქებას, რომელიც მედიცინაში საბაზრო ეკონომიკის პრინციპების შემოტანას მოჰყვა.

საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმის პროცესში გათვალისწინებული უნდა იქნას შემდეგი პრიორიტეტები:

- ჯანდაცვის ადეკვატური დონე უნდა განიხილებოდეს, როგორც ადამიანის უნივერსალური და ფუნდამენტური უფლება;
- ჯანდაცვის სფეროს პოლიტიკისათვის ფუძემდებლურ პრინციპად უნდა მიეიჩნიოთ სამართლიანობა;
- სამედიცინო მომსახურება უნდა იყოს ეფექტური, კვა-

ლიფიციური, ხელმისაწვდომი, არადამამცირებელი, დაფუძნებული თანაგრძნობაზე და სოციალურად მისაღები;

- უნდა შემუშავდეს მექანიზმები, რომლებიც უზრუნველყოფენ მოსახლეობის გათვითცნობიერებულ მონაწილეობას ჯანდაცვისა და სამედიცინო მომსახურების სფეროში პოლიტიკის შემუშავებისას, საზოგადოება და ცალკეული მოქალაქეები ჩართული უნდა იყვნენ ჯანდაცვის საშუალებების არსისა და ხარისხის განსაზღვრაში.

ჯანდაცვის რეფორმა საქართველოში მიმდინარეობს რთულად და მტკივნეულად. საჭიროა გარკვეული დრო, ღირებულებათა კონფლიქტის შესამსუბუქებლად, რომელიც რეფორმის მიმდინარეობისას აუცილებლად წარმოიქმნება.

საქართველოსათვის ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ ამ კრიზისიდან გამოსვლისას, ჩვენი ორიენტირები არ გაითქვიფოს მოდურ დასავლურ მიმდინარეობებში, რომ არა მარტო გავიზიაროთ დასავლური გამოცდილება, არამედ მოიძებნოს საკუთარი გზა, აღდგეს გაწყვეტილი ისტორიული კავშირები და სულიერი ტრადიციები, განვავითაროთ და გავამდიდროთ ისინი.

ბიოეთიკის დისციპლინათშორისი ბუნება უნდა განვიხილოთ არა მარტო, როგორც მისი საჯაროობის ახალი ხარისხი საზოგადოებაში, არამედ, როგორც მორალური კულტურის კანონზომიერი განვითარების შედეგი. ევოლუციონიზმის თეორიის თანახმად, რომელიც მიღებულია კულტუროლოგიაში, სამედიცინო ეთიკის განვითარება შესაძლოა წარმოგვიდგეს, როგორც კულტურული მოვლენების ,,გენეტიკური'' რიგი. მსგავსი ,,გენეტიკური'' რიგები კულტურის სხვადასხვა სფეროში დროდადრო გადაიკვეთება ხოლმე, რის შედეგადაც, კულტურის შესაბამისი ფორმები განვითარების ახალ იმპულსებს იძენენ. სამედიცინო კულტურისა და ტექნიკური, პოლიტიკური, ეკონომიკური, სამხედრო, სამართლებრივი კულტურების სწორედ ასეთი გადაკვეთა ხდებოდა XX საუკუნეში. ისტორიის ასეთ მომენტებში ტიპურად ითვლება სპეციალურ-კულტურულ სისტემებში ახალი სტრუქტურების წარმოება. ასეთი სტრუქტურების რიცხვს უნდა მივაკუთვნოთ ბიოეთიკაც, მისთვის დამახასიათებელი პრობლემების არეალის გაზრდით, ტრადიციულ სამედიცინო ეთიკასთან შედარებით.

რამდენადაც ბიოეთიკის ინსტიტუციონალობაში მნიშვნელობა აქვს ფართო მოძრაობას ,,ქვემოდან'', აუცილებელია აღინიშნოს, რომ ჩვენი საზოგადოების სოციალური მდგომარე-

ობა ხელს არ უწყობს საქართველოში ბიოეთიკის სწრაფ განვითარებას. ამის მიზეზი კი, თითქმის რვა ათწლეულის მანძილზე ჩვენს ქვეყანაში გამეფებული სულიერების დამანგრეველი ათეიზმია. ტოტალიტარიზმის კრახის შემდეგ, ფაქტიურად, ალიარებული იქნა მატერიალური ღირებულებების პრიმატი, როგორც დემოკრატიული საზოგადოების აშენების ერთადერთი საშუალება. სამედიცინო კულტურის და ზნეობრიობის ბერკეტები ბლოკირებული აღმოჩნდა. ამის შედეგია საზოგადოებაში გამეფებული ზნეობრიობის დეფიციტი და საყოველთაო ნიჰილიზმი. ასეთ მძიმე სიტუაციაში, გაჩანაგებული ჯანდაცვის სისტემის ფონზე შემოვიდა ახალი მეცნიერება – ბიოეთიკა. ამასთანავე, მის პროპაგანდაში ხაზგასმულია არა იმდენად გენეტიკური ნათესაობა ტრადიციულ სამედიცინო ეთიკასთან, არამედ მისი პრობლემებისა და დოქტრინების სიახლე. ეს კეთდება კეთილი განზრახვით, სამამულო ჯანდაცვის პათოლოგიური მდგომარეობის გათვალისწინებით, რომელიც ეთიკურ რეგულირებასა და სამართლებრივ მართვას საჭიროებს. ზნეობრივი „სტერილურობის“ სახიფათო შედეგების თავიდან აცილებას განიხილავენ, როგორც ბიოეთიკის უმნიშვნელოვანეს ამოცანას. ცალკეულ ავტორებს დასაშვებად მიაჩნიათ ბიოეთიკის შესაძლო როლის აშკარა ჰიპერდიაგნოსტიკა ჩვენს საზოგადოებაში. მიიჩნევენ რა, მის განვითარებას ქვეყნის სამართლებრივ სახელმწიფოდ ჩამოყალიბების მთავარ პირობად, ასევე საზოგადოების ჰუმანიზაციის, სოციალური დაინტერესების უზრუნველყოფის, ადამიანის სოციალური დაცვის პირობად. საზღვარგარეთ, ბევრი ცნობილი მეცნიერი ფიქრობს ბიოეთიკის საშუალებით დაამკვიდროს ზნეობრივი ღირებულებები საზოგადოების ანომიიდან (ისეთი სოციალური ვითარება, როდესაც სამართლებრივი თუ სხვა ნორმები ვეღარ განსაზღვრავენ ადამიანთა ქცევას) გამოსაყვანად.

ამ მოსაზრების ავტორებს, ალბათ ავიწყდებათ, რომ ბიოეთიკა გახდა არა მიზეზი, არამედ დემოკრატიის, ცივილური ბაზრისა და ინტელექტის შედეგი, რაც უზრუნველყოფილია ამერიკისა და ევროპის ცნობილი ქვეყნების ეკონომიკური განვითარებით. ეს ფაქტორები წარმოადგენდა ბიოეთიკის იდეებისა და მეთოდების აღქმისა და მათი საშუალებით მედიცინის სფეროში მოღვაწე ადამიანების ურთიერთობის რეგულირების პირობას.

საქართველოში სამართლებრივი და ეთიკური კულტურის აღორძინების პარალელურად მიმდინარეობს ბიოეთიკური

პრინციპებისა და ცოდნის ადაპტაციის რთული პროცესი. კანონში „საქართველოს მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ (1997წ) ასახულია პაციენტის უფლებები, რომლებიც ბიოეთიკის პრინციპებს შეესატყვისება. ბიოეთიკის განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ეთიკური კომიტეტების შექმნას, რამდენადაც კონვენცია „ადამიანის უფლებების შესახებ“ ბიომედიცინაში ითვალისწინებს ნებისმიერი სამეცნიერო პროექტის დამტკიცებას კომპეტენტური ორგანოს მიერ (ნაწ.V. სტ. 18,3). საქართველოში ეთიკური კომიტეტების ჩამოყალიბება დიდ სამეცნიერო და სამკურნალო ცენტრებში, ინტენსიურად არ ხორციელდება, რაც აშკარად აფერხებს ბიოეთიკის განვითარებას. მისი მასაზრდოებელი გარემოა ნოვაციები მედიცინაში, რომლებმაც შეფასება კომიტეტებში უნდა გაიარონ. ცხადია, მას შეუძლია განვითარება თეორიული ჩაღრმავების სახით, მაგრამ ამ შემთხვევაში, რა თქმა უნდა, დარჩება ძველ ფაქტოგრაფიულ ჩარჩოებში. მხოლოდ პრობლემათა უკვე დაფიქსირებული საზღვრებიდან გამოსვლამ, შეიძლება უზრუნველყოს წინსვლა და პროგრესი ბიოეთიკაში.

ბიოეთიკის ძირითადი მიზანი შეიძლება შემდეგი დებულებების სახით ჩამოყალიბდეს: •ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკაში ცენტრალური როლი უნდა მიენიჭოს პიროვნების პატივისცემისა და თანასწორობის პრინციპს, პაციენტის ინდივიდუალური არჩევანის უფლების წახალისებას, მისი შეუზღუდავად განხორციელების შესაძლებლობას; სამედიცინო დახმარების ხარისხის უზრუნველსაყოფი მექანიზმების შემუშავებას. •ჯანდაცვის სისტემები, რომლებიც რეალურად ვერ უზრუნველყოფენ სამედიცინო დახმარების გარკვეული მინიმუმით ხელმისაწვდომობას მოქალაქეებისათვის, არ შეიძლება ჩაითვალოს სამართლიანად; •ბიოეთიკის ფუნდამენტურ წანამძღვარს წარმოადგენს იმის შეგნება, რომ ჯანმრთელობის დაცვა ადამიანის უფლება უნდა იყოს და არა პრივილეგია; •ასახავს რა, სახელმწიფო ძალაუფლების არსებული რეჟიმის ყველა ნაკლს, ჯანდაცვის სისტემა სულ უფრო კორპორაციულ ხასიათს იღებს და მიუწვდომელი ხდება საზოგადოებრივი კონტროლისათვის. ამიტომ უნდა მოხდეს ჯანდაცვაში სახელმწიფო პოლიტიკის პრიორიტეტების ფართოდ გაშუქება და განხილვა. •აჩვენოს, რომ თანამედროვე ტექნიკა აზროვნებისათვის სრულიად ახალ ტიპს აყალიბებს, რომელსაც არა

აქვს პასუხისმგებლობა მომავლის წინაშე.

საქართველოში ბიოეთიკის დაფუძნების უმთავრესი მიზანია, საქართველოს სახელმწიფოს სოციალური ინსტიტუტების ფორმირების რთული პროცესისათვის დახმარების გაწევა, რომელიც მყარად დაადგა ღია სამოქალაქო საზოგადოების ჩამოყალიბების გზას, იმის გაცნობიერებაში, რომ აუცილებელია ადამიანის (პაციენტის) დაცვა ნებისმიერი ფორმის ძალადობისაგან, რა მოსაზრებიდანაც უნდა მომდინარეობდეს ის.

XX საუკუნეში მეცნიერების გავლენა საზოგადოებრივი ცხოვრების თითქმის ყველა სფეროზე თვისობრივად გაიზარდა. მეცნიერება აშკარად გახდა ძირითადი საწარმოო ძალა. მოვლენების შემდგომმა განვითარებამ აჩვენა, რომ მეცნიერება და მსოფლმხედველობა აუცილებლად უნდა ემსახურებოდეს ზნეობის პრიმატის განმტკიცებას. დღეს, ზუსტი და საბუნებისმეტყველო მეცნიერებანიც არ აცხადებენ პრეტენზიას, რომ მეცნიერული ცოდნა უდავო და უალტერნატივოა. შემწყნარებლობის პრინციპი დღეს დაპირისპირებული თეორიებისთვისაც წარმმართველია. ეს გარემოება შესაძლებელს ხდის თანამედროვე მსოფლიოში, რომელიც მეცნიერების, ტექნიკისა და ეკონომიკის ძალით სულ უფრო ერთიანდება, ადამიანის ქმედების რეალური ორიენტირი გახდეს ზოგადსაკაცობრიო ზნეობა. მეცნიერებისა და ტექნიკის, საერთოდ კულტურის განვითარება ასეთი ორიენტირების გარეშე საბედისწერო იქნება კაცობრიობისათვის. ეს აზრი სულ უფრო ბატონობს მოწინავე ქვეყნების მსოფლმხედველობრივ აზროვნებაში.

იგი XX საუკუნის ფილოსოფიის ძირითად დამსახურებად უნდა ჩაითვალოს.

თავი III. ბიოეთიკის ძირითადი პრინციპები და წესები

ურთიერთობანი სამედიცინო პერსონალს, პაციენტს, მის ახლობლებსა და სამედიცინო ტექნოლოგიებს შორის რთულ სოციალურ დამაბულობას ქმნის, რომლის საშუალებითაც რეალიზდება ინდივიდუალური, ჯგუფური და სახელმწიფო ინტერესები, რომლებიც ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებთანაა დაკავშირებული. ამ თავში გადმოცემული იქნება ბიოეთიკის ძირითადი პრინციპები, რომლებიც შეიძლება გამოვიყენოთ უმწვავესი მორალური პრობლემების გაანალიზებისა და გადაჭრისათვის, რომლებიც ჯანდაცვის სფეროში სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესის გამო წარმოიშობა: პრინციპი „არ ავნო", პრინციპი „აკეთე სიკეთე", „პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის" პრინციპი და სამართლიანობის პრინციპი.

აქვე ჩვენ განვიხილავთ ეთიკურ ნორმებს, რომლებიც განსაკუთრებით მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მედიკოსისა და პაციენტის ურთიერთობის რეგულაციაში და რომლებსაც ჩვენ წესებს ვუწოდებთ. წესები შედარებით კერძო ხასიათს ატარებენ, ვიდრე პრინციპები. ეს არისსიმართლის, კონფიდენციალობისა და ინფორმირებული თანხმობის წესები.

ამ პრობლემებზე მუშაობისას ჩვენ ძირითადად ვეყრდნობოდით უზარმაზარ თეორიულ მასალას, რომელიც ცნობილი ბიოეთიკოსების ბიჩამპასა და ჩილდრესის პოზიციებზე დაყრდნობით გავაანალიზეთ.

§1. პრინციპი „არ ავნო"

პრინციპი „არ ავნო" ისევე ძველია, როგორც თვით მედიცინა. ამ პრინციპს ჯერ კიდევ ჰიპოკრატეს „ფიცში" მნიშვნელოვანი ადგილი ჰქონდა მიკუთვნებული. შეიძლება ითქვას, რომ პრინციპი „არ ავნო", ანტიკური მედიცინიდან მოყოლებული, ყოველთვის იყო სამედიცინო პერსონალის მოქმედების ერთ-ერთი ძირითადი და განმსაზღვრელი. ალბათ, მომავალშიც ასეთად დარჩება. ეს გასაკვირი არ უნდა იყოს, თუ გავითვალისწინებთ, რომ სხვა ადამიანისათვის ვნების მიყენების მორალური უფლება არა თუ მედიკოსს, არამედ სხვა პროფესიის წარმომადგენელსაც არ აქვს.

ამ პრინციპთან დაკავშირებით, ბიოეთიკურ ლიტერატურაში ფართოდ განიხილება საკითხი, თუ კონკრეტულად რა „ზიანის“ მიყენება შეუძლია პაციენტისათვის ექიმს. ჩვეულებრივ გამოყოფენ „ვნების“ შემდეგ ძირითად სახეებს:

ზიანი, რომელიც გამოწვეულია ექიმის არასწორი, არაკვალიფიცირებული, დაუდევარი მოქმედებით; ზიანი, რომელიც გამოწვეულია ბოროტი განზრახვით, ანგარების მიზნით; ზიანი, რომელიც გამოწვეულია მოცემულ სიტუაციაში ობიექტური აუცილებლობით; ზიანი, რომელიც გამოწვეულია ექიმის უმოქმედობით, პაციენტის დახმარებაზე უარის თქმით;

მოკლედ, განვიხილავთ თითოულ მათგანს, რადგან ცალკეულ თავებში ამ პრინციპების მოხსენიება ხშირად გვიხდება.

როცა ლაპარაკია ექიმის მორალურ პასუხისმგებლობაზე იმ ზიანის გამო, რომელიც მან ავადმყოფს თავისი არასწორი და დაუდევარი მოქმედებებით მიაყენა, ამ შემთხვევაში, უპირველეს ყოვლისა იგულისხმება გამოცდილი, კვალიფიცირებული, პროფესიონალი ექიმი, რომელსაც შეეძლო არ დაეშვა ეს და ქმედითი დახმარება გაეწია ავადმყოფისათვის. ახალგაზრდა, დამწყებ ექიმს, რომელსაც ჯერ კიდევ არა აქვს სათანადო თეორიული და პრაქტიკული მომზადება, ალბათ, არ უნდა მიეცეს დამოუკიდებლად ავადმყოფთა მიღებისა და მკურნალობის უფლება.

რაც შეეხება, ბოროტი განზრახვით, ანგარებით გამოწვეულ ზიანს, ასეთი შემთხვევები კი სამედიცინო პრაქტიკაში, სამწუხაროდ, ჯერ კიდევ ხდება, მისი ეთიკური რეგულირება ფაქტიურად შეუძლებელია, ვინაიდან, საქმე გვაქვს არა იმდენად მორალურ, არამედ იურიდიულ, სამართლებრივ პასუხისმგებლობასთან.

განმარტებას მოითხოვს ობიექტურად აუცილებელი ზიანის ცნება. ექიმის მოვალეობა ავადმყოფის განკურნვაა, რაც თავისთავად სიკეთეა და ამდენად, ობიექტურ ზიანზე ლაპარაკი, ერთი შეხედვით, უსაფუძვლოა. იმისათვის, რომ ობიექტური ზიანის ცნება გავიაზროთ, სიტუაციას უნდა შევხედოთ არა ექიმის, არამედ პაციენტის მხრიდან. ამ შემთვევაში შესაძლებელია ზიანის რამდენიმე სახის დაფიქსირება:

პაციენტის ვიზიტი ექიმთან გარკვეული დროის ხარჯვას მოითხოვს. ხშირ შემთხვევაში, ამას ემატება ფულადი დანახარჯები, რაც პაციენტს შეეძლო სხვა, აუცილებელი საჭიროებისათვის გამოეყენებინა.

ექიმი ავადმყოფს გარკვეულ განაწესს უნიშნავს, რომლის შესრულება გარკვეულად ზღუდავს პაციენტს, მის თავისუფლებას. ზიანი მნიშვნელოვნად იზრდება, როცა ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია ხდება.

ზიანის შემდეგი ფორმა დაკავშირებულია ავადმყოფის ინფორმირებასთან მისი მდგომარეობისა და პროგნოზის შესახებ. ზიანის მომტანია როგორც მცდარი, ისე სწორი პროგნოზი, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როცა პროგნოზი ავადმყოფის ემოციური მდგომარეობის გაუთვალისწინებლად კეთდება.

პაციენტს ზიანი ადგება იმ შემთხვევაშიც, როცა ექიმი სამედიცინო ინფორმაციას ავადმყოფის შესახებ გარეშე, მესამე პირებს აცნობებს. ცხადია ამ შემთხვევაში ზიანი გარდაუვალი არ არის, მაგრამ უცხო პირისათვის სამედიცინო ინფორმაციის გადაცემა ეწინააღმდეგება საექიმო საიდუმლოების დაცვას, რომელიც ყველა ექიმის პროფესიული მოვალეობაა.

ზიანის შემდეგი ფორმა დაკავშირებულია ექიმის მიერ ისეთი პროცედურების შესრულებასთან, რომლებსაც ავადმყოფისათვის ფიზიკური ტანჯვის მიყენება შეუძლია, ზიანის ამ სახის მძიმე ფორმაა ამა თუ იმ ორგანოს ამპუტირება, რასაც შეუძლია პაციენტი ინვალიდი გახადოს.

და ბოლოს, ზიანის შესახებ, რომელიც გამოწვეულია ექიმის უმოქმედობით, პაციენტის დახმარებაზე უარის თქმით. უმეტეს შემთხვევაში, ექიმის ამგვარი საქციელი სხვა არაფერია, თუ არა თავის პროფესიულ მოვალეობაზე უარის თქმა, რაც არ შეიძლება დაუსჯელი დარჩეს მოქმედი კანონმდებლობის თანახმად. სხვა სიტუაცია იქნება მაშინ, როცა ექიმს არ უხდება სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულება (შვებულებაშია, მოგზაურობს და ა.შ). ამ შემთხვევაში ექიმი თავისუფლდება იურიდიული პასუხისმგებლობისაგან, ხოლო დაეკისრება თუ არა მას მორალური პასუხისმგებლობა, ეს მთლიანად მოცემულ კონკრეტულ სიტუაციაზეა დამოკიდებული.

მთელი რიგი ბიოეთიკოსები ბოლოდროინდელ პუბლიკაციებში მსჯელობენ ზიანის „ახალ“ სახეზე, რომელსაც ისინი „გარდაუვალ ზიანს“ უწოდებენ. განსხვავებით ზიანის ზემოხსენებული სახეებისაგან, რომლებიც შეიძლება და უნდა ავიცილოთ თავიდან, გარდაუვალი ზიანის თავიდან აცილება შეუძლებელია. თუ ვიგულისხმებთ, რომ პაციენტი ექიმისაგან გარკვეულ სიკეთეს იღებს, მაშინ მთავარია, რომ მიყენებული ზიანი არ აჭარბებდეს იმ სიკეთეს, რაც სამედიცინო ჩარევის

შედეგად მიიღება. ამასთან ერთად, მოქმედების ამა თუ იმ ვარიანტის შერჩევის დროს, ექიმი ყოველთვის უნდა ეცადოს, მის მიერ შერჩეული ვარიანტი მინიმალური ზიანის მომტანი იყოს ყველა სხვა შესაძლო ვარიანტებთან შედარებით, ლიტერატურაში ფართოდ განიხილება „გარდაუვალი ზიანის“ სახეები. მაგალითად, იმ დროს, როცა ორსული ქალის სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება, შეიძლება აბორტი გარდაუვალი გახდეს, რაც სრულიად უდანაშაულო და უმანკო არსებას (ნაყოფს) გამოუსწორებელ ზიანს მიაყენებს. მეორე მაგალითი ეხება სიცოცხლის შემანარჩუნებელ აპარატურასთან მიერთებული პაციენტის მკურნალობის გაგრძელებას, როცა უფრო პერსპექტიული, მაგრამ მძიმე ავადმყოფი ასეთი აპარატურის უკმარისობის გამო იღუპება.

§2. პრინციპი „აკეთე სიკეთე“

არც ეს პრინციპია ახალი და ბიოეთიკის მიერ დამკვიდრებული. ეთიკის ძირეული ცნებების განხილვა, როგორც წესი, სიკეთის ცნებით იწყება.

სიკეთის ცნებას დიდი ადგილი უჭირავს როგორც ბერძენ ფილოსოფოსთა ეთიკურ მოძღვრებებში (უპირველეს ყოვლისა პლატონის ეთიკაში), ასევე რელიგიურ ეთიკებში, კერძოდ, ქრისტიანულში. ქრისტიანული ეთიკის მიხედვით, ეთიკის ძირითადი ცნება არის სწორედ სიკეთე, ქველმოქმედება, როგორც საშუალება ბედნიერების მიღწევისა. ეს გარემოება ცხადყოფს, რომ ბიოეთიკამ, როგორც პოსტკულტურული პერიოდის პირმშომ, შეისისხლხორცა და შეინარჩუნა ყველა მონაპოვარი, რაც ეთიკის მრავალსაუკუნოვანი განვითარების მანძილზე შეიქმნა.

პრინციპი „აკეთე სიკეთე“ ისე მჭიდროდაა გადაკვანძული პრინციპთან „არ ავნო“, რომ ზოგიერთი ბიოეთიკოსი მოითხოვს მათ ერთ პრინციპად გაერთიანებას. ბიოეთიკოსთა უმრავლესობა, ალბათ სამართლიანად, არ იზიარებს ამ მოთხოვნას და თვლის, რომ ამ ორ პრინციპს, საერთო ნიშნებთან ერთად, არსებითი განმასხვავებელი ნიშნებიც ახასიათებს. განვიხილოთ ზოგიერთი მათგანი.

უარყოფითი ფორმით ჩამოყალიბებული პრინციპი „არ ავნო“ ძალზე ფართოა, სცილდება მედიცინის ფარგლებს და გარკვეული აზრით, საყოველთაო ნორმადაც კი შეიძლება იქ-

ნას მიჩნეული. თუკი ყოველი წესიერი, ზნეობრივი ადამიანი ეცდება თავისი საქციელით ზიანი არ მიაყენოს სხვა ადამიანებს, გარშემო მყოფთ, ამაზე უკეთესი რა უნდა იყოს.

რაც შეეხება პრინციპს „აკეთე სიკეთე“. ეს აკრძალვა კი არ არის, არამედ ისეთი ნორმაა, რომელიც პოზიტიურ მოქმედებებს, ქცევებს მოითხოვს. ფართოდ გაგებული სიკეთის ცნება ნიშნავს არა მხოლოდ ქველმოქმედებას, არამედ საერთოდ დადებით, მოსაწონ, სასარგებლო მოქმედებას. რაც შეეხება ქველმოქმედებას, ის ორგვარია: უანგარო და ანგარებიანი. უანგაროა სიკეთე, რომელსაც ადამიანი ეწევა ყოველგვარი მოგების, ინტერესის გარეშე. რელიგიური, ქრისტიანული ეთიკა სწორედ ასეთ ქველმოქმედებას ქადაგებდა. ანგარებაა ისეთი ქველმოქმედება, რომელსაც კაცი მომავალში მოგების მიზნით სჩადის. ცხადია, რომ მოსაწონი სიკეთე არის უანგარო სიკეთე, რომელსაც ადამიანი სჩადის მოყვასისადმი დახმარების მიზნით.

პესიმისტურ კითხვაზე — არსებობს კი სინამდვილეში, ცხოვრებაში ასეთი სიკეთე — დადებითად უნდა ვუპასუხოთ, დიახ არსებობს. ყოველთვის იყვნენ და დღესაც არიან კეთილშობილი, ამაღლებული სულის ადამიანები, რომლებიც იბრძოდნენ ადამიანთა თავისუფლების, სამართლიანობის, კეთილდღეობისათვის. რასაკვირველია, კეთილი ადამიანების არსებობა არ შეიძლება ისე გავიგოთ, თითქოს ზნეობრივი ადამიანი ყოველთვის სხვისთვის უნდა ზრუნავდეს და საკუთარი „მე“ დაივიწყოს. სინამდვილეში, ყოველი ადამიანი შეზღუდულია საკუთარი „მე“—თი, რის გამოც ის ჯერ არსებობს როგორც „მე“, ე.ი არსებობს თავისთვის და მხოლოდ შემდეგ არსებობს სხვისთვის. ეს რომ ასე არ იყოს, კაცობრიობა ვერ იარსებებდა, რადგან ყველა იზრუნებდა მხოლოდ სხვაზე, საკუთარ თავს დაივიწყებდა და მაშასადამე, მოისპობოდა. ბუნებამ კაცს ჯერ თავისი „მე“ უბოძა და ამით თითქოს დაავალა თავის თავზე ზრუნვაც სხვაზე ზრუნვასთან ერთად. რაც უფრო უკეთ იზრუნებს ადამიანი თავის თავზე, მით უკეთ შესძლებს სხვათა დახმარებას ისე, რომ თავად არ გახდეს სხვისი დასახმარებელი. ყოველივე ეს არ ნიშნავს ქველმოქმედების, სიკეთის კეთების უდიდესი მნიშვნელობის დამცირებას კაცობრიობის არსებობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების საქმეში.

გამომდინარე ზემოთქმულიდან, პრინციპის „აკეთე სიკეთე“ მოქმედება მედიცინის სფეროში არ შეიძლება წარმოვიდგინოთ თავისი უკიდურესი ფორმით, როგორც სავალდებულო

თავგანწირვა, უსაზღვრო ალტრუიზმი. მაგალითად, ამ პრინციპიდან გამომდინარე, ვინმემ რომ თავისთავი ვალდებულად ჩათვალოს, შესთავაზოს საკუთარი თირკმელი, ან ორივე თირკმელი გადასანერგად ნებისმიერ მისთვის უცნობ ადამიანს, იქნება ეს ნორმალური, ზნეობრივი საქციელი? ასევე არაზნეობრივი იქნება მოვთხოვოთ ვინმეს ასეთი საქციელის ჩადენა. როგორც ვხედავთ, სიკეთე, ქველმოქმედება სიფრთხილეს მოითხოვს. მისი სწორი გამოყენება დიდი სიკეთის მომტანია და პირიქით.

ზოგჯერ პრინციპი „აკეთე სიკეთე“ გაგებულია როგორც მორალური იდეალი და არა მორალური ვალდებულება. არც ისე ადვილია პასუხი კითხვაზე: შეიძლება თუ არა, და თუკი შეიძლება, რა შემთხვევებში, ვილაპარაკოთ სიკეთის კეთებაზე, როგორც ყველა ადამიანის მოვალეობაზე, შეგვიძლია თუ არა ჩვენ, მაგალითად,, ადამიანს, რომელიც კარგად ვერ ცურავს, მოვთხოვოთ გადაეშვას წყალში იმ ადამიანის დასახსნელად, რომელიც მისგან მოშორებით მორევში იძირება? ამ კითხვაზე, საერთოდ სიკეთის კეთების ვალდებულებაზე სხვადასხვა ეთიკური თეორიები სხვადასხვაგვარად პასუხობენ. განვიხილოთ ზოგიერთი მათგანი.

უტილიტარისტები ეთიკის ძირითად საგნად სარგებლობასა და სასარგებლო მოქმედებას თვლიდნენ. მათი აზრით, ადამიანის პირადი სარგებლობა განუყოფელი უნდა ყოფილიყო საზოგადოებისაგან. უტილიტარისტები სიკეთეს სარგებლიანობის პრინციპის უშუალო შედეგად მიიჩნევენ — ვუკეთებთ რა სიკეთეს სხვებს — ამით ჩვენ ვზრდით სიკეთის საერთო რაოდენობას მსოფლიოში.

კანტის მიხედვით, „კატეგორიული იმპერტივის“, ანუ „კატეგორიული მაქსიმების“ შესრულება აუცილებელია და სავალდებულო. თუ შენ გინდა, რომ სხვების მიერ სიკეთის კეთება იქცეს საყოველთაო ნორმად და რომ სხვებმა შენ გაგიკეთონ სიკეთე, მაშინ შენ თვითონაც ასე უნდა მოექცე სხვებს. იუმი სხვისთვის სიკეთის გაკეთების აუცილებლობას ხსნიდა სოციალური ურთიერთქმედების ბუნებით: ვცხოვრობთ რა საზოგადოებაში, მე ვიღებ სიკეთეს მათგან, რასაც სხვები ქმნიან, ამიტომაც მე ვალდებული ვარ ვიმოქმედო მათი ინტერესების გათვალისწინებით. ამიტომაც ზოგჯერ პრინციპი „აკეთე სიკეთე“ გაგებულია როგორც მორალური იდეალი და არა მორალური ვალდებულება. თუმცა ამ პრინციპით ცხოვრება მოწონებას იმსახურებს, მაგრამ ამასთანავე, ამორალურად არ შეიძლება ჩავთვალოთ და გავკიცხოთ ის, ვინც

უარს ამბობს სხვისთვის სიკეთის გაკეთებაზე. ამგვარად, ამ პრინციპის დაფუძნება დაიყვანება კითხვამდე, შეიძლება კი ვილაპარაკოთ სიკეთის კეთების მოვალეობაზე? თუ კი, მაშინ რა შემთხვევაში? მაგალითად, შეიძლება თუ არა ადამიანს, რომელიც ცუდად ცურავს მოვთხოვოთ გადაეშვას მდინარეში სხვის გადასარჩენად და მეორე მხრივ, თუ ცუდმა მოცურავემ უნდა გაცუროს მხოლოდ ორი–სამი მეტრი, რომ მიაწოდოს მაშველი რგოლი ადამიანს, რომელიც იხრჩობა, შეიძლება ჩაითვალოს, რომ ის არ არის მორალურად ვალდებული ასე მოიქცეს? ცხადია არა. როგორც ვნახეთ, არსებობს გარკვეული სირთულეები აღნიშნული პრინციპის ინტერპრეტაციაში. განსაკუთრებით როცა საქმე აუცილებელ თავგანწირვას და უკიდურეს ალტრუიზმს ეხება. მაგალითად, ადამიანმა, რომელიც მოქმედებს პრინციპით „აკეთე სიკეთე“, შეიძლება საკუთარი თავი ვალდებულად ჩათვალოს შესთავაზოს მძიმე ავადმყოფს (შეიძლება სრულიად უცხოს) თავისი თირკმელი გადასანერგად (შესაძლოა ორივე თირკმელიც) ანუ მსხვერპლად გაიღოს საკუთარი სიცოცხლე. მაგრამ უგუნურება იქნებოდა და ამორალურიც ყველა ადამიანისაგან მოგვეთხოვა ასეთი თავგანწირვა.

აქამდე პრინციპს „აკეთე სიკეთე“ ჩვენ ვიხილავდით ისეთ სიტუაციებთან მიმართებაში, რომლებშიც მონაწილე მხარეები არ იყვნენ ერთმანეთთან რაიმე სპეციალური ურთიერთობებით დაკავშირებულნი. მაგრამ იმ შემთხვევებში, როცა ასეთი ურთიერთობები არსებობს, სიკეთის კეთება უფრო წონადი ხდება. მაგალითად, ადამიანს სთხოვენ შეწიროს თავისი თირკმელი გადასანერგად სხვა ადამიანს, რომელიც არ არის მისი ნათესავი. მაგრამ თუკი თირკმლის პოტენციური დონორი ერთ-ერთი მშობელია, ხოლო რეციპიენტი – მათი ბავშვი, მაშინ კეთილქმედების ასეთი აქტი გაცილებით უფრო სავალდებულო იქნება.

სპეციალურ ურთიერთობათა სხვა ტიპია ურთიერთობანი, რომელიც განისაზღვრება რაიმე შეთანხმებით, ხელშეკრულებით. ასეთი ურთიერთობანი განაპირობებენ ქმედებებს, რომელნიც მიმართული იქნება მონაწილე მხარეების საკეთილდღეოდ.

სპეციალურ ურთიერთობათა გარკვეული სახეა ურთიერთობანი, ერთი მხრივ პროფესიონალებს, მეორე მხრივ, მათ კლიენტებს შორის. პროფესიონალი შეიძლება იყოს ექიმი, იურისტი, პოლიციელი, მწვრთნელი და ასე შემდეგ, ის ვინც აღჭურვილია სპეციფიკური ცოდნითა და უნარით. ასეთ ადა-

მიანთა დანიშნულება, მოწოდება არის ის, რომ გაუკეთონ სიკეთე იმ ადამიანებს, რომლებიც მათ მიმართავენ დახმარებისათვის. ექიმი მარტო იმით რომ შემოიფარგლოს, რომ არ მიაყენოს ზიანი პაციენტს, მაშინ ასეთი ექიმისა და საერთოდ ჯანდაცვის სისტემის არსებობა აზრს დაკარგავს. ამიტომ ჯანდაცის ამოცანა არა მხოლოდ ზიანის აცილება, არამედ პაციენტის კეთილდღეობის უზრუნველყოფაა, მაშასადამე, თითოეული ადამიანის და მთელი საზოგადოების კეთილდღეობაა. მაგალითად, შეუძლებელია გადაჭარბებულად შევაფასოთ ის სიკეთე, რაც კაცობრიობას მოუტანეს ბაქტერიოლოგიის ფუძემდებლებმა ლუი პასტერმა და რობერტ კოხმა, რომლებმაც დაამარცხეს ეპიდემიები ან ალექსანდრე ფლემინგმა, რომელმაც მსოფლიოს პენიცილინი მისცა. მსგავსი მაგალითი ბევრია მედიცინის ისტორიაში.

ამრიგად, ექიმების და სამედიცინო პერსონალის მოვალეობაა პაციენტთა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა. შესაბამისად, ჯანდაცვის ამოცანაა გაუფრთხილდეს ადამიანთა ჯანმრთელობას, განკურნოს (თუ ეს შესაძლებელია) დაავადებული პაციენტები, შეაჩეროს დაავადების პროგრესიული განვითარება, ხოლო პალიატიური მედიცინის შემთხვევაში — შეუმსუბუქოს ტკივილები და ტანჯვა მომაკვდავს.

როცა ექიმის მიერ ავადმყოფისათვის სიკეთის კეთების აუცილებლობაზე ვმსჯელობთ, ბუნებრივია, იბადება კითხვა: ვინ უნდა განსაზღვროს იმ სიკეთის შინაარსი, რომელიც უნდა გაკეთდეს? სამედიცინო პრაქტიკის მრავალსაუკუნოვანი ტრადიციის თანახმად, ყოველ მოცემულ კონკრეტულ შემთხვევაში, სახელდობრ, ექიმმა უნდა განსაზღვროს, თუ რაში მდგომარეობს პაციენტის სიკეთე. იგულისხმება, რომ მხოლოდ ექიმმა იცის, თუ რა არის კარგი ავადმყოფისათვის და რა საშუალებები უნდა იქნას გამოყენებული მისთვის სამედიცინო დახმარების გასაწევად. ასეთ მიდგომას პატერნალისტურს უწოდებენ. (ლათ. „პატერ“—მამა), ვინაიდან აქ ექიმი გამოდის, თუ შეიძლება ასე ითქვას, მამის როლში, რომელიც არა მხოლოდ ზრუნავს თავისი შვილის სიკეთისათვის, არამედ თვითონ განსაზღვრავს, თუ რაში მდგომარეობს ეს სიკეთე.

ტერმინი „პატერნალიზმი“ თავისი წარმოშობით სოციალურ-პოლიტიკური თეორიების ენას განეკუთვნება და ახასიათებს სახელმწიფოებრივ ურთიერთობათა ისეთ ტიპს, რომელშიც სახელმწიფო თავის თავს ქვეშემდრომთა ან მოქალაქეთა უპირობო წარმომადგენლად და მათი სიკეთისა და ინტერესების დამცველად თვლის. ქვეშევრდომები ან მოქალაქე-

ნი, თავის მხრივ, გამოდიან იქიდან, რომ სახელმწიფო უფლებამოსილია მიიღოს გადაწყვეტილება მათ მაგივრად, თუ რაში მდგომარეობს მათი სიკეთე, და ამავე დროს ვალდებულია იზრუნოს მათზე, მეურვეობა გაუწიოს მათ. ადგილი აქვს მოქალაქეთა უფლებების შეზღუდვას სახელმწიფოს სასარგებლოდ. ჯერ კიდევ კანტი მიუთითებდა „პატერნალისტური მთავრობის“ მიერ თავისი სუბიექტების უფლებების დიდსულვან შეზღუდვებზე, და ახასიათებდა მას როგორც ყველაზე უარეს დესპოტიზმს.

პატერნალიზმი, როგორც საზოგადოების სოციალური და პოლიტიკური მოვლენა ვრცელდება არა მხოლოდ სახელმწიფოსა და მოქალაქეების უფლებაზე, არამედ საზოგადოებრივი ცხოვრების ყველა სფეროზე. ერთ-ერთ ასეთს — ჯანდაცვის სფერო წარმოადგენს. სამედიცინო პატერნალიზმი გულისხმობს, რომ ექიმს შეუძლია დაეყრდნოს მხოლოდ საკუთარ მოსაზრებებს პაციენტის მდგომარეობის შესახებ, მის მკურნალობაზე, ინფორმირებასა და კონსულტირებაზე. პატერნალიზმის პოზიცია საშუალებას იძლევა გამართლდეს პაციენტის იძულება, მისგან ინფორმაციის დამალვა და ყველაფერი ეს კეთდება თითქოს მისივე კეთილდღეობისათვის.

§3. პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის პრინციპი

ეს პრინციპი, წინა ორი პრინციპისაგან განსხვავებით, ბიოეთიკის ერთ-ერთ ფუძემდებლურ პრინციპად იქცა მას შემდეგ, რაც ეჭვ ქვეშ დადგა ექიმის უპირობო კონპეტენტურობა პაციენტის სიკეთის განსაზღვრის საქმეში.

ავტონომიის კონცეფცია, ანუ პიროვნების უფლება დამოუკიდებლად განსაზღვროს თავისი ქცევა (თვითგამორკვევის უფლება), ბიოეთიკაში განიხილება როგორც ფუნდამენტური უფლება. როგორც წესი, ამ პრობლემის სამ ასპექტს გამოყოფენ: • ავტონომია, როგორც ამა თუ იმ ქცევის ჩადენის ან არ ჩადენის თავისებურება; • ავტონომია, როგორც თავისუფალი არჩევანის განხორციელების უფლება. ქალი, რომელსაც უნდა, მაგრამ სიღარიბის გამო, არ შეუძლია გააჩინოს შვილი, მოკლებულია ამ უფლებას, თუმცა, მისი თავისუფლება (პირველი პუნქტის აზრით) დარღვეული არ არის; ანალოგიურად, თავისუფალი არჩევის უფლებას მოკლებულია ავადმყოფი, რომელსაც სურს, მაგრამ ფინანსების უქონლობის გა-

მო, არ შეუძლია იმკურნალოს. არჩევანის თავისუფლების დარღვევას ადგილი აქვს იმ შემთხვევაშიც, როცა ავადმყოფს, რომელსაც არ სურს მონაწილეობა მიიღოს მისი დაავადების ალტერნატიული მეთოდების არჩევაში, ექიმი თავს ახვევს ამა თუ იმ მეთოდს. ▪ავტონომია, როგორც უნარი—კომპეტენტურად განიხილოს შექმნილი სიტუაცია.

ზემომოყვანილ პირველ ორ შემთხვევაში, პიროვნების ავტონომიის შეზღუდვა პირდაპირ, გარეშე ფაქტორების ზეგავლენითაა განპირობებული, მესამე შემთხვევაში კი, ლაპარაკია შეზღუდვაზე, რაც დამოკიდებულია, ავადმყოფის უნარზე გონივრულად გაანალიზოს სიტუაცია, განსაზღვროს მოქმედების მიზანი და ჰქონდეს მისი განხორციელების უნარი. ეს უნარი, თავის მხრივ, შეიძლება შემცირდეს სხვადასხვა გარემოების ზეგავლენით. უპირველეს ყოვლისა მოცემულ ინდივიდს ეს უნარი შეიძლება საერთოდ არასაკმარისად ჰქონდეს განვითარებული. ემოციურ აგზნებას, შიშს, აპათიას შეუძლია მისი საგრძნობი დასუსტება. როგორ მოვიქცეთ იმ შემთხვევაში, როცა პოზიცია, რომელიც ავადმყოფმა აირჩია, არ ემთხვევა საერთოდ მიღებულს? თუკი ავადმყოფის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება ეწინააღმდეგება საერთოდ მიღებულ ნორმებს, მაგრამ შეესაბამება მოცემული პიროვნების ხასიათს, წარსულში მისი ქცევების საერთო „ხაზს“, ასეთ შემთხვევაში ექიმს არ უნდა მიეცეს უფლება შეზღუდოს მისი ქცევები. ამასთან დაკავშირებით მოვიტანთ ავადმყოფის მიერ სასიცოცხლო მაჩვენებლებით განპირობებულ დონორულ გადასხმაზე უარის თქმის ორ შემთხვევას: ერთი ავადმყოფი იყო „იეღოვას მოწმეების“ რელიგიური სექტის წევრი, მეორე კი არარელიგიური ახალგაზრდა ქალი, რომელსაც ძლიერი ტკივილები და მალალი ტემპერატურა ჰქონდა. პირველმა ავადმყოფმა სისხლის გადასხმაზე უარი თქვა რელიგიური მოტივებით, მეორემ კი იმიტომ, რომ სურდა რაც შეიძლება ჩქარა მოხვედრილიყო ზეცაში, სადაც აუცილებლად გათავისუფლდებოდა „ტანჯვისაგან“. მეორე შემთხვევაში, ცხადია, საქმე გვაქვს ინდივიდის უნარის დროებით დაქვეითებასთან, რომელსაც არ შეუძლია ადეკვატურად შეაფასოს სიტუაცია, რომელშიც ის მოხვდა.

სხვადასხვა ეთიკური თეორიების ჩარჩოებში პიროვნების ღირებულება და მისი ავტონომია სხვადასხვაგვარად განისაზღვრება. კანტის დეონტოლოგია, მაგალითად, ნებელობის ავტონომიის პრინციპს ემყარება, მაშასადამე, აღიარებს პიროვნების ავტონომიას და პატივს სცემს მას. უნდა ითქვას, რომ

უტილიტარიზმის კონცეფციაში ავტონომიის პრინციპს მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია, თუმცა, აქ, ეს პრინციპი სარგებლიანობის პრინციპიდან არის ნაწარმოები. ამის გამო, უტილიტარიზმს დასაშვებად მიაჩნია პიროვნების ავტონომიის შეზღუდვა.

ბიოეთიკურ ლიტერატურაში სხვა პიროვნების ან საზოგადოების მიერ პიროვნების თავისუფლების შეზღუდვის უფლების დასაფუძნებლად შემდეგი არგუმენტები მოჰყავთ: • პიროვნების თავისუფლების შეზღუდვა გამართლებულია იმ შემთხვევაში, როცა ეს აუცილებელია მეორე პიროვნების უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად (ზიანის არ მიყენების პრინციპი); • როცა მხოლოდ ამ გზით შეიძლება მეორე პიროვნების ზიანისაგან დაცვა; • როცა მხოლოდ პიროვნების თავისუფლების შეზღუდვა არ მისცემს მას საშუალებას ზიანი მიაყენოს საკუთარ თავს. (პატენალიზმის პრინციპი); • როცა ეს კეთდება მოცემული პიროვნების „საკეთილდღეოდ“ (უკიდურესი პატერნალიზმის პრინციპი); • როცა ეს აუცილებელია იმისათვის, რათა თავიდან იქნას აცილებული ამორალური საქციელის ჩადენა (ლეგალური მორალიზმის პრინციპი); • სხვა ადამიანთა კეთილდღეობისთვის (სოციალური კეთილდღეობის პრინციპი).

პირველი ორი პრინციპი თითქმის არ მოითხოვს შეკამათებას. ლეგალური მორალიზმის პრინციპი ზოგჯერ გამოიყენება თვითმკვლელობის წინააღმდეგ მიღებული ზომის დასაფუძნებლად, აგრეთვე, საერთოდ, „მორალის გასამტკიცებლად“. სოციალური კეთილდღეობის პრინციპით არც თუ იშვიათად ცდილობენ ადამიანზე გამოკვლევების ჩატარების მართლზომიერების დასაბუთებას.

ავტონომიის პრინციპი ამტკიცებს პიროვნების უფლებას მის გეგმებსა და ქცევებში ჩაურევლობაზე და, შესაბამისად, ავალდებულებს სხვებს არ შეზღუდონ მისი ავტონომიური ქმედებები. აქედან, ცხადია, არ გამომდინარეობს დასკვნა, რომ გარეშე პირებს არასოდეს აქვთ უფლება შეზღუდონ ან წინ აღუდგნენ ავტონომიურ ქმედებებს. მთავარია, რომ ყოველ ასეთ შემთხვევაში, ავტონომიის შეზღუდვა აუცილებლად უნდა დასაბუთდეს სხვა პრინციპებით. თუ, ამა თუ იმ კონკრეტულ სიტუაციაში, ავტონომიის პრინციპი ეწინააღმდეგება სხვა რომელიმე პრინციპის მოთხოვნას, მაგალითად „არ ავნოს“ პრინციპს, მაშინ აუცილებელი გახდება ერთ-ერთი მათგანის დარღვევა.

ასეთი სიტუაციის ტიპური მაგალითია უიმედო ავადმყოფის ინფორმირება მისი დაავადების დიაგნოზის შესახებ. ასეთი ინფორმაციის მიწოდებამ შეიძლება ავადმყოფს გამოუსწორებელი ზიანი მიაყენოს, შეარყიოს მისი ფიზიკური და მორალური ძალები. ამიტომ, თუკი პაციენტი დაჟინებით არ მოითხოვს ინფორმაციას თავისი დაავადების შესახებ, ექიმს შეუძლია არ აცნობოს დიაგნოზი, თუმცა, ექიმის ასეთი საქციელი, ეწინააღმდეგება პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის პრინციპს.

§4. სამართლიანობის პრინციპი

სამართლიანობა, ისევე როგორც სიკეთე, ბიოეთიკის ერთ-ერთი ძირითადი ცნებაა. ამიტომ აუცილებელია მისი ანალიზი და შესაძლებლობის ფარგლებში განსაზღვრებაც.

სამართლიანობა ნიშნავს ობიექტურობას, მიუკერძოებლობას როგორც ცალკეულ ადამიანებთან, ისე მთელ საზოგადოებასთან ურთიერთობაში. სამართლიანობა ნიშნავს თითოეულს მიუზღო მისი დამსახურების მიხედვით, არც მეტი არც ნაკლები. სამართლიანობა ნიშნავს, როგორც ადამიანთა შორის ურთიერთობის, ისე საზოგადოებრივი ცხოვრების თანასწორუფლებიანობის პრინციპზე დამყარებას.

რაც შეეხება სამართლიანობის პრინციპს ბიოეთიკაში, მისი მიახლოებითი ფორმულირება ასე ჟღერს: თითოეულმა უნდა მიიღოს მხოლოდ ის, რაც მას ერგება. ამ შემთხვევაში თითოეულის ქვეშ იგულისხმება როგორც ცალკეული ადამიანი, ისე ამა თუ იმ ნიშნით გამოყოფილი ადამიანთა ჯგუფები. ასე მაგალითად: სამართლიანი იქნება, თუ დიდმნიშვნელოვანი მეცნიერული აღმოჩენის ავტორი მიიღებს პრემიას, ხოლო უსამართლობა კი, თუკი მის მაგივრად ამ პრემიას სხვა ვინმე მიიღებს. ასევე სამართლიანი იქნება, თუ სოციალური დახმარება განაწილდება ნაკლებად უზრუნველყოფილ მოქალაქეებს შორის, ხოლო უსამართლო იქნება მისი დარიგება პრივილეგიური ფენის წარმომადგენლებისათვის.

ბიოეთიკურ ლიტერატურაში სამართლიანობის პრინციპის გაგებისას, განსაკუთრებული ყურადღება სამართლიანობის კრიტერიუმის დადგენას ექცევა.

სამართლიანობის კრიტერიუმის დადგენას ჯერ კიდევ არისტოტელე ცდილობდა. მის მიერ ფორმულირებული კრი-

ტერიუმი ასე გამოითქმება: თანაბრები უნდა იხილებოდეს თანაბრად, ხოლო უთანაბროები უნდა იხილებოდეს უთანაბროდ. არისტოტელეს ამ კრიტერიუმს უწოდებენ ელემენტალურს, მინიმალურს და ფორმალურს. ელემენტალური და მინიმალურია ეს კრიტერიუმი იმ აზრით, რომ ყველა სხვა დანარჩენი შეიძლება უფრო რთული და გაშლილი იყოს. ფორმალურად კი ამ კრიტერიუმს თვლიან იმდენად, რამდენადაც ის მოკლებულია ყოველგვარ დაზუსტებას და განმარტებას, რომელიც მოგვცემდა საშუალებას დაგვედგინა, სახელდობრ, რა მხრივ არიან თანაბარნი შესადარებელი ობიექტები (ან შესადარებელი ადამიანები).

არისტოტელეს კრიტერიუმის ლოგიკურობა, დამაჯერებლობა და მნიშვნელობა ეჭვს არ იწვევს. ცხადია ისიც, რომ ის არ უნდა დაირღვეს (უსამართლობა იქნება, მაგალითად, თუკი თანაბარნი უთანაბრო წილს მიიღებენ, ან პირიქით, უთანაბრონი თანაბარს). მაგრამ რეალურ, ცხოვრებისეულ სიტუაციებში არისტოტელეს კრიტერიუმი ყოველთვის საკმარისი არ არის და აუცილებელი ხდება უფრო სიღრმისეული კრიტერიუმის მოძებნა, რაც არც ისე ადვილია. მაგალითისათვის შეიძლება მოვიყვანოთ სოციალური სამართლიანობის საკითხი. ერთი შეხედვით, თუ რას ნიშნავს სოციალური სამართლიანობა ან სოციალური უსამართლობა, ყველასათვის გასაგებია. სინამდვილეში კი ირკვევა, რომ სოციალური სამართლიანობის კრიტერიუმი ერთი კი არა, მრავალია, სხვადასხვა ადამიანი სხვადასხვა კრიტერიუმით სარგებლობს და ის, რაც ერთ ადამიანს სამართლიანად მიაჩნია, სრულებითაც არ არის ასეთი სხვა ადამიანისათვის. სამართლიანობის კრიტერიუმისადმი სხვადასხვაგვარი მიდგომა არცთუ იშვიათად, გამხდარა ადამიანებსა და ადამინთა ჯგუფებს შორის მატერიალური რესურსების განაწილების დროს, მწვავე უთანხმოებისა და კონფლიქტების მიზეზი.

მაინც როგორია სამართლიანობის მატერიალური კრიტერიუმი? ერთ-ერთი, და არა ერთადერთი სავარაუდო პასუხი შეიძლება ასე ჩამოვაყალიბოთ: სამართლიანობის მატერიალური კრიტერიუმია თანასწორობა: „თითოეულმა უნდა მიიღოს თანაბარი წილი“. მაგრამ არ შეიძლება ამ პასუხით დავკმაყოფილდეთ. საქმე ის არის, რომ ხშირად გასანაწილებელი რესურსი (ვთქვათ, წამალი ან ადგილი სპეციალიზებულ საავადმყოფოში) ერთ ადამიანს შეიძლება საერთოდ არ სჭირდებოდეს, მაშინ, როცა მეორე ადამიანისათვის მას ჰქონდეს სასიცოცხლო მნიშვნელობა. ამიტომ წილი, რომელსაც

ისინი მიიღებენ თანაბარი განაწილების დროს, არც ერთს არ მოუტანს რაიმე სიკეთეს. აქედან გამომდინარე, მიზანშეწონილია, მივმართოთ სხვა კრიტერიუმს — მოთხოვნილების კრიტერიუმს. მაგრამ ამ შემთხვევაშიც წავაწყდებით იმავე სიძნელეს, რაც წინა შემთხვევაში იყო. ერთი და იგივე მოთხოვნილება ერთ ადამიანში შეიძლება გამოწვეული იყოს, ვთქვათ, კაპრიზით ან შურით, მაშინ როცა მეორესათვის ის შეიძლება სასიცოცხლო მოთხოვნილება იყოს. ამდენად, განაწილების პრობლემა კვლავ გადაუწყვეტი რჩება.

საჭირო ხდება ახალი, დამატებითი პირობების ძებნა. ასეთი პირობა შეიძლება იყოს, მაგალითად, არა ყოველგვარი მოთხოვნილებების, არამედ მხოლოდ გონივრული მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება. მაგრამ, ამით პრობლემა ისევ მოუგვარებელი რჩება, რადგან გაურკვეველია, თუ რა კრიტერიუმით უნდა განვასხვავოთ გონივრული მოთხოვნილებანი არა გონივრულისაგან.

შესაძლებელია, ამ პრობლემისადმი სხვაგვარი მიდგომაც. პირველ რიგში, შეიძლება ვილაპარაკოთ ადამიანთა ფუნდამენტური, სასიცოცხლო მნიშვნელობის მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებაზე. მართალია, ამ შემთხვევაში დღის წესრიგიდან არ იხსნება ფუნდამენტური, სასიცოცხლო მნიშვნელობის მოთხოვნილებების ნაკლებად მნიშვნელოვანი, მეორეხარისხოვანი მოთხოვნილებებისაგან განმასხვავებელი ნიშნების დადგენის საკითხი, მაგრამ გამოსავალი შეიძლება მოინახოს თუ ადამიანთა დიდი უმრავლესობა შეთანხმდება, რომ მოთხოვნილება, ვთქვათ საკვებსა და სასმელზე, უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე — გართობაზე. აქედან გამომდინარე, ჩვენ შეგვეძლება იმის მტკიცება, ვიდრე დედამიწაზე ცხოვრობენ შიმშილით გატანჯული ადამიანები, უსამართლობაა საზოგადოებრივი რესურსების დახარჯვა გართობაზე. პრობლემა ასეთი მიდგომის შემდეგაც რჩება. ხშირად ესა თუ ის რესურსი, არასაკმარისია ადამიანთა ფუნდამენტური, ძირეული მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად. ასე ხდება, მაგალითად, მაშინ, როცა გამოჩნდება ძალზე ძვირად ღირებული, სრულიად ახალი, უნიკალური სამედიცინო მოწყობილობა. ასეთ შემთხვევაში ძალაუნებურად საჭირო ხდება განაწილების რაღაც სხვა კრიტერიუმების მოძიება.

განაწილების ერთ-ერთ კრიტერიუმად შეიძლება მივიჩნიოთ ისეთი შემთხვევა, როცა თითოეულის წილ-ხვედრი განისაზღვრება რაღაც დამსახურებით, ღირსებით, რომელიც მას გარკვეულ უპირატესობას ანიჭებს. ასეთი უპირატესობის

უმარტივესი მაგალითია, ვთქვათ, ის, რომ პაციენტი, რომელიც ელოდება, თუ როდის მოუწევს მას დონორული ორგანოს გადანერგვა, შეიძლება, რიგში პირველი აღმოჩნდეს. სამართლიანად ჩაითვლება უმაღლეს სასწავლებელში კონკურსის წესით იმ აბიტურიენტების ჩარიცხვა, რომლებიც შესასვლელ გამოცდაზე უმაღლეს შეფასებებს მიიღებენ და ყველაზე მეტ ქულებს დააგროვებენ. ამ შემთხვევაშიც, ყველაზე ღირსეული კანდიდატის შერჩევა საკმაოდ რთულია. ვთქვათ, ქირურგმა უნდა ამოირჩიოს, პირველად ვის უნდა გაუკეთოს ოპერაცია — პატარა ბავშვს თუ ცნობილ მსახიობს; ამ შემთხვევაში, ღირსეული არჩევანის გაკეთება არც ისე ადვილია, როგორც ერთი შეხედვით შეიძლება მოგვეჩვენოს. აქვე შეიძლება მოვიყვანოთ მეორე მსოფლიო ომის დროს ცნობილი შემთხვევა. როცა პირველად პენიცილინი გამოჩნდა, რომელიც ძალზე დეფიციტური იყო, პირველ რიგში ამერიკულ არმიაში მას აძლევდნენ არა ბრძოლებში დაჭრილ მეომრებს, არამედ სიფილისით დასნებოვნებულებს. რაოდენ საძრახისად უნდა მოგვეჩვენოს ასეთი საქციელი, მას გარკვეული გამართლება ჰქონდა — სიფილისით დაავადებულები, დაჭრილებისაგან განსხვავებით, ამგვარი მკურნალობის შედეგად, სწრაფად ბრუნდებოდნენ მოქმედ არმიაში.

არსებობს განაწილების კრიტერიუმების ფორმა, როცა თითოეულის წილი განისაზღვრება საბაზრო გაცვლის მექანიზმებით. საბაზრო გაცვლის პირობებში ესა თუ ის რესურსი ხვდება იმათ ხელში, ვინც უფრო მეტს გადაიხდის. ნუთუ ეს სამართლიანია? სადღეისოდ, იმ ქვეყნებში, სადაც ეს ესაა მკვიდრდება საბაზრო ურთიერთობანი (მათ შორისაა ჩვენი ქვეყანაც) ბევრი ადამიანი ასეთ ურთიერთობას სამართლიანად არ ჩათვლის.

სპეციალისტთა უმრავლესობის აზრით, სამართლიანობის პრინციპი მედიცინაში უნდა განიხილებოდეს დეფიციტური რესურსების (სიცოცხლისშემანარჩუნებელი აპარატურა და შეზღუდული რაოდენობის მედიკამენტები) განაწილების წესთან მიმართებაში. პირველ რიგში ეს რესურსი უნდა მოხმარდეს ყველაზე მძიმე ავადმყოფს, მაგრამ ვისაც გადარჩენის მინიმალური შანსი მაინც აქვს. რომ ეს რესურსი ფუჭად არ დაიხარჯოს. ამ შემთხვევაშიც სამართლიანობა ექიმის პროფესიონალიზმზე და მორალურ ღირებულებებზეა დამოკიდებული.

ამრიგად, ზემოთ განხილული კრიტერიუმებიდან, არც ერთი მათგანი არ შეიძლება წარმოვიდგინოთ უნივერსალურ,

ცხოვრების ყველა შემთხვევაში გამოსაყენებლად. ამავე დროს, თითოეულ კრიტერიუმს აქვს თავისი სფერო, რომლის ფარგლებში ის ყველაზე უფრო მისაღებია. კონკრეტული გადაწყვეტილებების მიღებისას, ხშირად საჭირო ხდება ორი ან რამოდენიმე კრიტერიუმის კომბინირება.

§5. სიმართლის წესი

ბიოეთიკურ ლიტერატურაში, მიუხედავად იმისა, რომ სიმართლის ცნება ფართოდ ფიგურირებს, ამ ცნების დეფინიციას ვერ ნახავთ. პრობლემის გადაწყვეტის პრეტენზია არც ჩვენ გვაქვს. მხოლოდ აღვნიშნავთ, რომ სიმართლის ჩვენეული შინაარსი ემთხვევა მის საყოველთაოდ მიღებულ გაგებას: როცა ამბობენ, რომ ესა და ეს ადამიანი ამბობს სიმართლეს, იგულისხმება, რომ ის ამბობს იმას, რაც სინამდვილეს შეესაბამება. სიმართლეა მხოლოდ და მხოლოდ ის, რაც სინამდვილეს შეესაბამება, რაც ჭეშმარიტია.

სიმართლე ადამიანთა ნორმალური ურთიერთობისა და სოციალური ერთიერთქმედების აუცილებელი პირობაა. სიმართლის გარეშე შეუძლებელია საზოგადოების განვითარება, წინსვლა, პროგრესი. სიმართლისაგან განსხვავებით, სიცრუე ანგრევს ადამიანთა შორის შეთანხმებულ, კოორდინირებულ ურთიერთქმედებებს, უკან სწევს საზოგადოებას. ძნელია წარმოვიდგინოთ ადამიანი, მით უმეტეს, რომელიმე დარგის სპეციალისტი, მაგალითად, ექიმი, რომელიც სიმართლის მნიშვნელობის უარყოფას შეეცდება; ზოგადად სიმართლეს ყველა აღიარებს, ყველა ეთანხმება. უთანხმოება იწყება მაშინ, როცა დგება საკითხი სიმართლის პრინციპის ყველგან და ყოველთვის განუხრელად განხორციელების შესახებ. მაგალითად, ვალდებულია თუ არა ექიმი ყოველთვის სიმართლე უთხრას პაციენტს მისი დაავადების შესახებ? საუკუნეების განმავლობაში მედიცინაში პრევალირებდა ის აზრი, რომ ექიმი ყოველთვის არაა ვალდებული მიაწოდოს პაციენტს სრული და მართალი ინფორმაცია დაავადების შესახებ, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როცა ექიმის წინაშე უიმედო ავადმყოფია. ითვლებოდა, რომ ობიექტურმა ინფორმაციამ შეიძლება მკვეთრად გააუარესოს ავადმყოფის მდგომარეობა, გამოუსწორებელი ზიანი მიაყენოს მის ჯანმრთელობას, ზოგჯერ ლეტალური შედეგის მიზეზიც კი გახდეს.

ძირფესვიანად შეიცვალა სიტუაცია ბიოეთიკის წარმოშობის შემდეგ. ბიოეთიკამ, როგორც მედიცინაში ჰუმანიზმის კონკრეტულმა გამოვლენამ, იმთავითვე მიზნად დაისახა პაციენტის უფლებების გაზრდა. ე.წ. აქტიური პაციენტის ჩამოყალიბება. ბიოეთიკა მოითხოვს ექიმ-პაციენტის ურთიერთობაში ორივე მხარე ერთნაირი უფლებებით აღიჭურვოს. ექიმი ვალდებულია სიმართლე უთხრას ავადმყოფს, მის ხელში არსებული ინფორმაცია სრულად გააცნოს მას. ავადმყოფმა უნდა იცოდეს, თუ როგორია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, რა საექიმო პროცედურები სჭირდება მას მკურნალობისათვის, რა სარგებლობას მოუტანს მას მკურნალობა, დაკავშირებულია თუ არა ის გარკვეულ რისკთან, საფრთხესთან. როგორია ამ საფრთხის ხვედრითი წილი და ა. შ. საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ ვკითხულობთ: „პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლისაგან მიიღოს ამომწურავი, ობიექტური და დროული ინფორმაცია: • სამედიცინო გამოკვლევების შედეგების შესახებ; • განზრახული სამედიცინო მომსახურების ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტურობის შესახებ; • დიაგნოზისა და სავარაუდო პროგნოზის, აგრეთვე მკურნალობის მიმდინარეობის შესახებ;“ მაგრამ სიმართლის თქმა მოეთხოვება არა მხოლოდ სამედიცინო პერსონალს, არამედ თვით პაციენტსაც. მართალია, პაციენტის მოვალეობაზე – ილაპარაკოს სიმართლე, კანონში მითითებული არ არის, მაგრამ ეს არ ათავისუფლებს მას მორალური პასუხისმგებლობისაგან, იყოს მართალი სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობაში.

ორივე მხარე, როგორც ექიმი და სხვა სამედიცინო მუშაკი, ერთი მხრივ, ისე პაციენტი, მეორე მხრივ, უნდა ცდილობდნენ ილაპარაკონ სიმართლე და მხოლოდ სიმართლე. სამედიცინო მუშაკის მისწრაფება ყველა სიტუაციაში ეცადოს მოიპოვოს მაქსიმალურად მართალი ინფორმაცია განისაზღვრება მისი პროფესიული მოვალეობით – განკურნოს ავადმყოფი. მხოლოდ სრული და საიმედო ინფორმაცია დაავადების წარმოშობისა და მიმდინარეობის შესახებ იძლევა ეფექტური მკურნალობის გარანტიას. საექიმო მოვალეობის რეალიზაციის უმნიშვნელოვანესი პირობაა პაციენტის ნდობის მოპოვება მოცემული კონკრეტული ექიმისა და მთლიანად სამედიცინო პროფესიის მიმართ. ძნელია, ავადმყოფ ადამიანს მოვთხოვოთ გაუზიაროს ექიმს სრული სიმართლე, თუ ის

დარწმუნებული არ იქნება, რომ მის მიერ მიწოდებული კონფიდენციალური ინფორმაცია ცნობილი არ გახდება უცხო პირებისათვის.

პაციენტის მოვალეობა–ილაპარაკოს სიმართლე, გარკვეულწილად ეფუძნება ჩვენ მიერ უკვე განხილულ პრინციპს „არ ავნო“. მაგალითად, ექიმთან მიღებაზე მისული პაციენტის მორალური მოვალეობაა, აცნობოს მას იმ ინფექციური დაავადების შესახებ, რომელიც მას აქვს და რომელიც შეიძლება საშიში იყოს, როგორც თვით სამედიცინო პერსონალის, ისე სხვა პაციენტებისთვისაც, რომლებიც მასთან ერთად მკურნალობენ.

პაციეტის მოვალეობას – ილაპარაკოს სიმართლე სხვა საფუძველიც გააჩნია. ექიმი პაციენტთან ურთიერთობის დროს, მისგან სწორი ინფორმაციის მიღების შემთხვევაში, თავადაც იღრმავებს ცოდნას და იძენს გამოცდილებას, რომელიც შეიძლება მას მომავალში დაეხმაროს ანალოგიური ჩივილების დროს სწორი დიაგნოზის დასმაში. თუკი პაციენტი მკურნალ ექიმს არ მიაწვდის სწორ ინფორმაციას თავისი ჩივილების შესახებ, არ აცნობებს ექიმის მიერ დანიშნულ განაწესში თვითნებურად შეტანილი ცვლილებების შესახებ, ამით ხელს შეუშლის მკურნალ ექიმს შეექმნას სწორი წარმოდგენა ამა თუ იმ სამკურნალო საშუალებების ეფექტურობა-არაეფექტურობაზე. ეს მცდარი წარმოდგენა, თავის მხრივ, შეიძლება ექიმის არასწორი ქმედების საფუძვლად იქცეს, რამაც შეიძლება ზიანი მიაყენოს როგორც თვით „მატყუარა“ პაციენტს, ისე სხვა პაციენტსაც.

როგორც აღვნიშნეთ, პაციენტი ვალდებულია აცნობოს ექიმს სიმართლე თავისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და დაავადების წარმოშობის გარემოებათა შესახებ. მაგრამ ვალდებულება ერთია, უფლება კი – სხვა. მაგალითად, აქვს თუ არა სიფილისით დაავადებულ ავადმყოფს უფლება, არ თქვას სიმართლე თავისი სქესობრივი პარტნიორის შესახებ, რომელმაც მას ეს დაავადება გადასდო? ამ და სხვა ამგვარ კითხვებზე პასუხი დამოკიდებული იქნება იმაზე, თუ რა ღირებულებები, ფასეულობები სჭარბობს საზოგადოებაში, რომელშიც პაციენტი ცხოვრობს. თუკი მოცემულ საზოგადოებაში უპირატესობა საზოგადოებრივ ინტერესებს ენიჭება, მაშინ პაციენტი არა მარტო უფლებამოსილი, არამედ მოვალეა აცნობოს ამის შესახებ ექიმს. თუკი საზოგადოებაში უფრო მაღლა დგას კერძო ცხოვრების ხელშეუხებლობა, მაშინ პაციენტის უფლება მიაწოდოს თუ არა მართალი ინფორმაცია

ექიმს, მთლიანად მისი სქესობრივი პარტნიორის თანხმობა-არ თანხმობაზე იქნება დამოკიდებული. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ბოლო დროს, ჩვენს საზოგადოებაში, კერძო ცხოვრების ხელშეუხებლობა სულ უფრო მეტ აღიარებასა და მხარდაჭერას (მათ შორის სამართლებრივ) პოულობს, მაშინ გასაგები გახდება, რომ საზოგადობრივი ინტერესების უპირობო პრიორიტეტი მხოლოდ განსაკუთრებით საშიში ინფექციური დაავადებების შემთხვევაში ხორციელდება. აღნიშნული გარემოება ერთხელ კიდევ ადასტურებს, რომ სიმართლის თქმის უფლება უსაზღვრო არ არის, ადამიანის კერძო ცხოვრების ხელშეუხებლობა თანამედროვე ცივილიზებულ საზოგადოებებში უმნიშვნელოვანეს სამართლებრივ ნორმად და მორალურ ფასეულობადაა აღიარებული.

ექიმის მოვალეობა, მიაწოდოს ავადმყოფს სიმართლე მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, მისაღები და გასაგებია როგორც ექიმების, ისე პაციენტებისთვისაც, თუმცა, ამ მოვალეობის ცხოვრებაში გატარება, არცთუ იშვიათად, როგორც ექიმებს, ისე პაციენტებს, საკმაოდ რთულ, უხერხულ სიტუაციაში აყენებს. მაგალითად, როცა ექიმი ავადმყოფის მკურნალობის პროცესში საბოლოოდ დარწმუნდება უიმედო გამოსავლის გარდაუვალობაში, როგორ უნდა მოიქცეს ის, ვის უთხრას სიმართლე ამის შესახებ? უთხრას ავადმყოფს და ამით დააჩქაროს მისი სიკვდილი? იქნებ სჯობდეს მართალი ინფორმაციის მიწოდება არა თვით ავადმყოფისათვის, არამედ მისი ახლობლებისათვის? ან იქნებ მიმართოს ე.წ. „მხსნელ ტყუილს“? ამ კითხვებზე ერთნიშნა პასუხის გაცემა, რიგ შემთხვევებში, არც თუ ისე ადვილია.

ბიოეთიკაში ეს საკითხი გადაწყვეტილია. ექიმს არა აქვს სიცრუის უფლება, მან ყოველთვის სიმართლე უნდა თქვას. სიცრუე, რომელსაც ექიმები ან ავადმყოფის ახლობლები პაციენტს აწვდიან, ვერ იცავს ამ უკანასკნელს არაკეთილსასურველი დიაგნოზისაგან. ონკოლოგიური, ფსიქიატრიული და სხვა მძიმედ დაავადებული ან მომაკვდავი ავადმყოფი, ადრე თუ გვიან, მეტ-ნაკლები სიზუსტით, მაინც იგებს როგორც დიაგნოზს, ისე პროგნოზს. ფსიქოლოგიური გამოკვლევებით დადგენილია, რომ თვით პატარა, სკოლამდელმა, მით უმეტეს, სასკოლო ასაკის ბავშვებმა, რომლებიც ლეიკოზიით არიან დაავადებული, მკურნალობის ერთი წლის თავზე, უკვე იციან როგორც თავიანთი დაავადების, ისე მოსალოდნელი შედეგის შესახებ. ამიტომ „მხსნელი ტყუილი“ არსებითად სხვა არაფერია, თუ არა მედიკოსებისა და ახლობლების მიერ მო-

მაკვდავ ადამიანთან ურთიერთობაზე უარის თქმა, შედეგის გამყლავნების შიშით. ამის შედეგად, ავადმყოფი თავისი პრობლემებით ფაქტიურად მარტო რჩება საკუთარ თავთან.

თუ ექიმი უარს აცხადებს ავადმყოფისთვის ობიექტური ინფორმაციის მიწოდებაზე მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, თვითონ პაციენტს აქვს უფლება მოითხოვოს ასეთი ინფორმაცია. ამ შემთხვევაში ექიმი ვალდებულია მიაწოდოს ავადმყოფს სრული ინფორმაცია. საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ ვკითხულობთ: „პაციენტს შეიძლება არ მიეწოდოს ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან ამ ინფორმაციის მოცულობა შეიზღუდოს, თუ არსებობს დასაბუთებული ვარაუდი, რომ სრული ინფორმაციის მიღება მის ჯანმრთელობას სერიოზულ ზიანს მოუტანს. სრული ინფორმაციის მიწოდება აუცილებელია, როცა პაციენტი დაჟინებით მოითხოვს ამას“.

ობიექტური ინფორმაციის მიღება ავადმყოფისათვის მნიშვნელოვანია სხვადასხვა ცხოვრებისეული სიტუაციების გამო: მაგალითად, ავადმყოფს სწორი ინფორმაცია სჭირდება ანდერძის დროულად შედგენისათვის ან თავისი კომერციული საწარმოს საიმედო პირებისათვის გადასაცემად, რომ უზრუნველყოს თავისი შვილებისა და ახლო ნათესავების კეთილდღეობა და სხვ.

სიმართლე საერთოდ დიდი ძალაა, ოღონდ საჭიროა მისი გონივრული გამოყენება. სკალპელი თავისთავად არც კურნავს და არც ასახიჩრებს. უვიცის ხელში ის საშიშია პაციენტის სიცოცლისათივს, ქირურგი – ოსტატის ხელში კი მხსნელი საშუალებაა მრავალი დაავადებისაგან პაციენტის განსაკურნავად. იგივე შეიძლება ითქვას, სიტყვის შესახებ. სიტყვა შეიძლება იყოს როგორც მკურნალი, ისე მრავალი მძიმე ფსიქოსომატური აშლილობის გამომწვევი. სიტყვით შეიძლება ადამიანი მოვკლათ, ასევე შეიძლება სიცოცხლისაკენ მოვაბრუნოთ. ამიტომ, პრობლემა ექიმისათვის სიმართლის თქმის უფლების მიცემაში როდია, მთავარია, მომავალ ექიმებს ვასწავლოთ სიტყვა პაციენტებისათვის მაქსიმალური სარგებლობის უზრუნველსაყოფად გამოიყენონ.

სიმართლის პრინციპის დაცვისას, სამედიცინო პრაქტიკაში გარკვეული სირთულეები წარმოიქმნება, განსაკუთრებით კი ბიოსამედიცინო გამოკვლევების დროს, მაგალითად,, პლაცებოს გამოყენების შემთხვევებში. მიუხედავად ფარმაკოლოგიური ნეიტრალურობისა, პლაცებოს, რიგ შემთხვევებში, როცა პაციენტს ჰგონია, რომ ნამდვილ წამალს იღებს, თერა-

პიული ეფექტის გამოწვევა შეუძლია. ამ შემთხვევაში „ტყუილი“ თავისებურ ეფექტურ საშუალებებად იქცევა. რამდენად სწორი იქნება, მორალური პრინციპებისა და წესების სიწმინდიდან გამომდინარე, უარი ვთქვათ თერაპიულად ეფექტურ ტყუილზე და ავკრძალოთ პლაცებო? როგორც ბევრი დამკვირვებელი აღნიშნავს, პლაცებოს ეფექტი შეიმჩნევა პრაქტიკულად ყოველთვის, ფარმაკოლოგიური თვალსაზრისით თვით მძლავრი სამკურნალო საშუალებების გამოყენების დროსაც კი. მეორეს მხრივ, პლაცებოს სახით რაიმე წამლის ან მისი შემცვლელის გამოუყენებლადაც, ექიმის მიერ პაციენტის მიმართ ყურადღების ნებისმიერი გამოვლენა კეთილსასურველ გავლენას ახდენს ავადმყოფის გუნება-განწყობილებაზე და მისი ფიზიოლოგიური სისტემების მდგომარეობაზე.. უნდა გავითვალისწინოთ ისიც, რომ მრავალი სომატური დაავადებების წარმოშობაში ფსიქოლოგიური ფაქტორი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს, რომელთა მიმართ პლაცებოს ფსიქოთერაპიული ეფექტი შეიძლება განვიხილოთ, როგორც პათოგნომური, ე. ი. დაავადების მიზეზზე მოქმედი. ასეთ სიტუაციაში სრული საფუძველი გვაქვს, რომ პლაცებოს წამალი ვუწოდოთ. ვერც ექიმს დავადანაშაულებთ პაციენტისათვის არსებითი ინფორმაციის დამალვაში, როცა ის არ მიუთითებს სამკურნალო საშუალების ქიმიურ ბუნებაზე, ვინაიდან ეს უკანასკნელი მოცემულ შემთხვევაში, არავითარ როლს არ ასრულებს.

გამომდინარე აქედან, მორალური თვალსაზრისით, უფრო კორექტული იქნება, თუკი პლაცებოს გამოყენებისას არ მივმართავთ პაციენტის პირდაპირ მოტყუებას, არამედ შემოვიფარგლებით ასეთი ტიპის ინფორმაციით: „გავსინჯოთ ეს წამალი, ის თქვენ უნდა დაგეხმაროთ“ ჩვეულებრივ, ასეთი ინფორმაცია სავსებით საკმარისია პაციენტის თანხმობის მისაღებად.

§6. კონფიდენციალობის წესი

კონფიდენციალობის წესის თანახმად, ნებისმიერი ინფორმაცია პაციენტზე, რომელსაც ეს უკანასკნელი ექიმს გადასცემს ან თვით ექიმი მოიპოვებს ავადმყოფის გამოკვლევის შედეგად, არ შეიძლება გადაეცეს მესამე პირს პაციენტის ნებართვის გარეშე. ეს პრინციპი „საექიმო საიდუმლოების“ სახით ჯერ კიდევ „ჰიპოკრატეს ფიცშია“ დაფიქსირებული:

„ოდეს მკურნალობის ჟამს — ან თუ სხვა დროს — ყური მოვკრა, ანდა ვიხილო რაიმე კაცთა ცხოვრებიდან, რაიცა არ უნდა იქნეს გამჟღავნებული, საიდუმლოდ მივიჩნიოთ და არავის გაუმხილო იგი“.

პირადი ცხოვრების კონფიდენციალურობას და ხელშეუხებლობას არეგულირებს პაციენტთა უფლების შესახებ საქართველოს კანონის „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ მეხუთე თავი, რომლის პირველი მუხლი ასე ჟღერს: „სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი ვალდებულია პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა დაიცვას როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ“.

სამედიცინო ეთიკის ცნობილი სპეციალისტის რ. ედვარდსის მიხედვით, კონფიდენციალობის მორალური ნორმა მრავალი სხვა პროფესიული ჯგუფის სოციალური ეფექტურობის საწინდარია. ეს ნორმა, გარდა სამედიცინო კოდექსებისა, ჩართულია იურისტების, ვეტერინარების, ფსიქოლოგების, არქიტექტორების, ინჟინრებისა და ბიბლიოთეკარების ეთიკურ კოდექსში. ედვარდსი ჩამოთვლის ძირითად ფაქტორებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ კონფიდენციალობის არსებით მნიშვნელობას პროფესიული მოღვაწეობის მრავალ სფეროში, მათ შორის მედიცინაში.

კონფიდენციალობა პროფესიონალსა და კლიენტს, ექიმსა და ავადმყოფს შორის სასურველია იმდენად, რამდენადაც უფრო ფუნდამენტური ფასეულობის, ღირებულების — კერძო ცხოვრების ხელშეუხებლობის განმტკიცებას და დაცვას ემსახურება. ყოველ ადამიანს გააჩნია თავისი შინაგანი სამყარო — თავისი აზრები, განცდები, მოგონებები, ფსიქიკური თუ სოციალური თავისებურებები. ადამიანთა ეს შინაგანი სამყარო გახსნილი და მისაწვდომია მხოლოდ ძალიან ახლობელი ადამიანისათვის, და ისიც ნაწილობრივ. ავადმყოფის მკურნალობის პროცესში ადამიანის ამ შინაგანი სამყაროს რაღაცა ნაწილი შეიძლება ექიმისათვის ცნობილი გახდეს. ზოგჯერ ექიმს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ეფექტურობისათვის სჭირდება ინფორმაცია პაციენტის უაღრესად ინტიმური ცხოვრების შესახებ. მედიკოსის მხრივ, კონფიდენციალობის უპირობო დაცვის გარანტიას, შეუძლია პაციენტი გულახდილი გახადოს და გადასცეს ექიმს ის ინფორმაცია, რომელიც მას სჭირდება.

კონფიდენციალობის პრინციპი პაციენტის სოციალური სტატუსის დაცვის პირობას წარმოადგენს. თანამედროვე

არასრულყოფილ სამყაროში სამედიცინო დიაგნოზი ან სხვა სამედიცინო ინფორმაცია, არცთუ იშვიათად, ავადმყოფისათვის სამარცხვინო დაღად იქცევა, მაგალითისათვის შეიძლება მოვიყვანოთ ფსიქიკური დაავადებანი, აივ-ინფექციები, ავთვისებიანი დაავადებები, ჰომოსექსუალური ორიენტაციები, ვენერული დაავადებები და სხვა ამგვარი ინფორმაციის გახმაურება (გაჟონვა) ხშირად დაავადებულთა სოციალური იზოლირების მიზეზი ხდება, რაც ერთხელ კიდევ მიგვანიშნებს კონფიდენციალობის პრინციპის განუხრელად დაცვის მნიშვნელობაზე.

პროფესიონალსა და კლიენტს შორის კონფიდენციალური დამოკიდებულება აუცილებელია მათი გულახდილი ურთიერთობის უზრუნველსაყოფად. პაციენტი, რომელიც ექიმის წინაშე სხეულებრივად და სულიერად შიშვლდება, დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ ეს არ გამოიწვევს არასასურველ შედეგებს. გულახდილობის გარეშე ძნელად წარმოსადგენია მედიცინის მუშაკთა ნორმალური პროფესიური საქმიანობა.

ექიმის პრესტიჟი, ავტორიტეტი, პოპულარობა პაციენტებს შორის, მისი საზოგადოებრივი იმიჯი, პირდაპირ კავშირშია მის უნარზე დაიცვას პაციენტთა ინფორმაციის კონფიდენციალურობა. ამასთან დაკავშირებით, აუცილებელია იმის აღნიშვნა, რომ არსებობს მთელი რიგი სიტუაცია, როცა სამედიცინო მუშაკისათვის კონფიდენციალობის დაცვა პრობლემური ხდება. შევეხოთ ზოგიერთ მათგანს. ერთ-ერთი მწვავე კოლიზია შეიძლება შეიქმნას მაშინ, როცა სამედიცინო ინფორმაცია მოცემულ პაციენტზე მესამე პირების — ნათესავების, თანამოსაქმეების და სხვათა სასიცოცხლო ინტერესებს შეეხება. დამახასიათებელ მაგალითად შეიძლება მოვიშველიოთ სიტუაცია, რომელიც ინდივიდის გენეტიკური ტესტირების დროს შეიძლება წარმოიქმნას. თუ დიაგნოზის შედეგად, ინდივიდს აღმოაჩნდება გენი, რომელსაც შეუძლია მასში სერიოზული, მძიმე პათოლოგია გამოიწვიოს, ამას არსებითი მნიშვნელობა ექნება არა მხოლოდ მოცემული პაციენტისათვის, არამედ იმ პირებისათვის, რომლებიც მასთან გენეტიკურ კავშირში ან ქორწინებაში იმყოფებიან. ალბათ, ყველა პაციენტი როდი შესძლებს ამგვარი ინფორმაცია თავის ნათესავებს გაუზიაროს და ამით დაიცვას ისინი მოსალოდნელი საფრთხისაგან.. ასეთ სიტუაციაში ექიმის პროფესიული ვალია ყველაფერი იღონოს იმისათვის, რათა სხვა ადამიანებს თავიდან აცილოს მოსალოდნელი საფრთხე.

მეორე მაგალითი ავტობუსის მძღოლს ეხება, რომელ-

საც ექიმმა ეპილეფსიის დიაგნოზი დაუსვა. პაციენტი უარს აცხადებს მომხდარის შესახებ თავის საწარმოს აცნობოს, რადგან იცის, რომ ამ ფაქტს, მისი სამუშაოდან გათავისუფლება მოჰყვება, დასჭირდება კვალიფიკაციის შეცვლა და სხვა სამუშაოს მოძებნა. რადგან მგზავრობის დროს ეპილეფტიკურ შეტევებს შეუძლია მგზავრებს შორის მრავალრიცხოვანი მსხვერპლის გამოწვევა, ექიმი, რომელიც ამის შესახებ საწარმოს ადმინისტრაციას არ აცნობებს, ამით მრავალი ადამიანის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს სერიოზული საფრთხის წინაშე აყენებს. აქაც ადგილი აქვს ღირებულებათა კონფლიქტს.

ღირებულებათა ანალოგიურ კონფლიქტებს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ფსიქოთერაპევტთა და ფსიქიატრთა პრაქტიკაში. მაგალითად, პაციენტი მიღებაზე ფსიქიატრს ატყობინებს, რომ მას დაებადა იდეა მოკლას ან დაასახიჩროს თავისი რომელიმე ახლობელი ადამიანი. ვალდებულია თუ არა ექიმი გააფრთხილოს ეს ადამიანები მოსალოდნელი საფრთხის შესახებ, თუ შეინარჩუნოს ეს ინფორმაცია კონფიდენციალურად? საერთოდ, როგორ უნდა გადაწყდეს ამგვარი კონფლიქტები, როცა რეალურ პრაქტიკაში ისინი წარმოიქმნებიან? უპ. ყ., ექიმი უნდა ეცადოს, გადაარწმუნოს პაციენტი, გადაათქმევინოს მას განზრახული მოქმედების ჩადენა. იმ შემთხვევაში, როცა პაციენტის გადარწმუნება შეუძლებელი ხდება, ექიმმა თვითონ უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება და პასუხი უნდა აგოს მასზე.

საერთოდ კი, ყოველი ადამიანი იმდენად უნიკალურია, იმდენად განსხვავებული თავისი დამოკიდებულებით სიცოცხლესთან, სიბერესთან, სიკვდილთან, რელიგიურ რწმენასთან, რომ ექიმი ვალდებულია დიფერენცირებულად მიუდგეს მას და შეარჩიოს ინდივიდუალური პოზიცია თითოეულის მიმართ. კატეგორიულად მიუღებლად მიგვაჩნია საექიმო საიდუმლოების დაცვის აბსოლუტიზირება. აუცილებლად უნდა განისაზღვროს ის საზღვრები, რომლის დარღვევითაც ექიმი ზიანს მოუტანს სხვა ადამიანებს და საზოგადოებას მთლიანად.

თავი IV. სიკვდილ-სიცოცხლის პრობლემა ბიოეთიკაში

§1. სიკვდილის პრობლემა – საკითხის ისტორია

თანამედროვე სამყაროში ერთ-ერთი იმ მრავალრიცხოვან მოვალეობათაგან, რომელიც მედიცინასა და ექიმს აწევს მხრებზე, იმ მომენტის კონსტატაციაა, როცა ადამიანის სიცოცხლე მთავრდება და ჩვენ ვიწყებთ მის გარდაცვლილად ჩათვლას. დასკვნა, რომელსაც ამასთან დაკავშირებით აკეთებს ექიმი, არის არა მარტო იმის აღიარება, რომ ნათესავებმა და ახლობლებმა უახლოესი ადამიანი დაკარგეს, არამედ იურიდიული დოკუმენტიც. იგი, ერთი მხრივ, იმ სამგლოვიარო სიტუაციებისა და მოქმედებების დასაწყისია, რაც გარდაცვლილის დაკრძალვასთანაა დაკავშირებული და, მეორე მხრივ, ახალი სამართლებრივი (სხვათა შორის, ქონებრივის ჩათვლით) ურთიერთობების საწყისია, როცა ბავშვები რჩებიან ობლად, მეურლე ქვრივად და ა.შ.

ადამიანის გარდაცვალებას აქვს არა მარტო სოციალურ-ფსიქოლოგიური და სოციალურ-სამართლებრივი, არამედ განსაკუთრებული კულტურული მნიშვნელობაც. შემთხვევითი როდია, რომ კულტუროლოგები სიკვდილთან მიმართებას განიხილავენ, როგორც ნებისმიერი კულტურის ერთ-ერთ მახასიათებელს.

სრულიად აშკარაა, თუ რა მნიშვნელოვან ფუნქციებს აკისრებს საზოგადოება ექიმს, როცა მას ანდობს სიკვდილის განსაზღვრის მომენტს. დღეს ექიმის ამ ფუნქციით დატვირთვა სავსებით ბუნებრივად და ლოგიკურად გვეჩვენება. თუმცა სინამდვილეში ექიმებისათვის მათი მინიჭება XIX საუკუნის შუა პერიოდს ეკუთვნის და იგი დაკავშირებულია იმ პროცესთან, რომელსაც მედიცინისა და კულტურის ისტორიკოსები სიკვდილის მედიკალიზაციას უწოდებენ.

მას ბიძგი მისცა სხვადასხვა ქვეყნებში, განსაკუთრებით საფრანგეთსა და გერმანიაში, წინა ორი ასწლეულის მანძილზე გამეფებულმა პანიკურმა განწყობამ. ამასთან დაკავშირებით კულტურის ფრანგი ისტორიკოსი არიესი აღნიშნავს, რომ XVII-XVIII საუკუნეების ხელოვნებაში, ლიტერატურასა და მედიცინაში სიკვდილისა და სიცოცხლის საზღვრების შესახებ მეტად ბუნდოვანი და ორაზროვანი წარმოდგენები იყო გამეფებული.

მუდამ არსებობდა თემა "ცოცხალი ლეშისა", ცხედრისა, რომელიც სინამდვილეში ცოცხალია. 1876 წელს ა. დეშპბრი "მედიცინის მეცნიერებათა ენციკლოპედიურ ლექსიკონში" წერს, რომ ხალხის გონება მოიცვა „საყოველთაო პანიკამ", შიშმა, რომ ცოცხლად დაიმარხებიან და დიდი ხნის "ძილის" შემდეგ გამოფხიზლდებიან საფლავის ფსკერზე. შემდგომში არიესი მოგვითხრობს ისტორიებს, როდესაც ადამიანების უმრავლესობა სასოწარკვეთილებაში ვარდებოდა ცოცხლად დამარხულების გამო.

საქმე იქამდე მივიდა, რომ საფრანგეთში ხალხი ანდერძით წინასწარ დებდა შეთანხმებას, რომ სიკვდილის შემდეგ მათთვის ჩაეტარებინათ ისეთი ტესტი, როგორიცაა კიდურების გაფხაჭნა და ა.შ., რათა დარწმუნებულიყვნენ, რომ ნამდვილად არიან გარდაცვლილები ან მოითხოვდნენ გარკვეულ ინტერვალს - ორი დღე-ღამის დაწესებას სიკვდილსა და დასაფლავებას შორის. სხვები ისეთ კუბოებს ამზადებდნენ, რომლებზეც სასიგნალო ზარები, დროშები, სალაპარაკო მილები და ავტომატური ევაკუაციის მოწყობილობები იქნებოდა.

გასათვალისწინებელია, რომ იმ დროს ექიმს არ მოეთხოვებოდა ავადმყოფის სარეცელთან ყოფნა სიკვდილამდე. პირიქით, თუ ექიმი დარწმუნდებოდა, რომ ავადმყოფი უიმედოა, საკუთარ მისიას ამოწურულად თვლიდა. მომაკვდავს ბოლო წუთების გატარება ხშირად მღვდელთან უწევდა, რომელსაც აღსარებას ეუბნებოდა (თუ ცნობიერება და მეტყველება შენარჩუნებული ჰქონდა) და ზიარებას იღებდა. სწორედ მღვდელი ახდენდა სიკვდილის კონსტატირებას.

უფრო მეტიც, როცა სახელმწიფო ხელისუფლება მოსახლეობაში პანიკის შემცირების მიზნით ცდილობდა სიკვდილი სამედიცინო შემოწმებით დაემტკიცებინა, ისინი მედიკოსთა დიდ წინააღმდეგობას აწყდებოდნენ. არიესი ციტირებას ახდენს 1918 წელს პარიზში გამოცემულ "სამედიცინო მეცნიერებათა ლექსიკონის" სტატიიდან "დაკრძალვა": "ექიმებს იშვიათად უხმობენ სიკვდილის კონსტატირებისათვის, ეს მნიშვნელოვანი მზრუნველობა დაქირავებულ ადამიანებს ევალებათ ან იმათ, ვისაც საერთოდ არ გააჩნია ფიზიკური ადამიანის ცოდნა. ექიმი, რომელსაც არ ძალუძს ავადმყოფის გადარჩენა, მასთან ყოფნას გაურბის უკანასკნელი ამოსუნთქვის შემდეგ. ყველა პრაქტიკოსი ექიმი თითქოს ერთ-ერთი უდიდესი ფილოსოფიის აქსიომის მიხედვით მოქმედებს: "არ შეფერის ექიმს გარდაცვლილის სანახავად მისვლა".

საკვირველია, რომ "უდიდეს ფილოსოფო-

სად“ აქ მოხსენიებულია ჰიპოკრატე, რომელიც გვასწავლის, რომ მათ ვინც უკვე დაამარცხა ავადმყოფობამ, მედიცინამ არ უნდა “გაუწოდოს დახმარების ხელი“, როცა ნათელია, რომ მოცემულ შემთხვევაში ის ვერ დაეხმარება. შემდგომ დოკუმენტებში, რომლებიც სამედიცინო ეთიკასა და ექიმის ქცევის ნორმების რეგლამენტირებას ახდენდნენ, არ იდგა საკითხი იმის შესახებ, რომ ექიმმა ყურადღება უნდა მიაქციოს პაციენტს მას შემდეგ, რაც იგი დარწმუნდა, რომ შეუძლებელია სიკვდილთან გამარჯვება. პირიქით, ექიმებს ჯერ კიდევ უძველესი დროიდან ასწავლიდნენ სიკვდილის ნიშნების ამოცნობას, არა იმიტომ, რომ მოეხდინათ სიკვდილის დაფიქსირება, არამედ იმისთვის, რომ მათი აღმოჩენის შემდეგ მაშინვე შეეწყვიტათ მკურნალობა. ამის მიზეზი იყო, როგორც საკუთარი რეპუტაციის შელახვის შიში და იმ ადამიანის ნათესავთა გულისწყრომა, რომლის გადარჩენაც ვერ მოხერხდა, აგრეთვე ისეთი პაციენტის სიცოცხლის გახანგრძლივების ცდები, რომელიც გამოჯანმრთელებას ვერ შესძლებს, არაეთიკურია.

“ცოცხლად“ დამარხვასთან დაკავშირებით ფართოდ გავრცელებული საშიშროების ზეგავლენით, სიტუაცია თანდათან შეიცვალა. სამედიცინო პროფესიამ თანდათან განსაკუთრებული უფლება და ამასთან მოვალეობა მოიპოვა - დააფიქსიროს სიკვდილის ფაქტი. უკვე ჩვენს დროში მსოფლიოს სამედიცინო ასოციაციის სიდნეის დეკლარაციაში აღნიშნულია: “ბევრ ქვეყანაში სიკვდილის მომენტის განსაზღვრა ექიმის იურიდიული მოვალეობაა და ასეთი მდგომარეობა უნდა შენარჩუნდეს“. საქართველოს კანონმდებლობითაც “სიკვდილის კონსტატაციას ანხორციელებს მედიცინის მუშაკი (ექიმი ან მედდა)“.

1957 წელს ანესთეზიოლოგთა საერთაშორისო კონგრესი შეწუხებული იყო იმით, რომ სიცოცხლის ხელოვნური შენარჩუნების ტექნოლოგიების განვითარება პრობლემატურს ხდის სიკვდილის მომენტის სამედიცინო განსაზღვრას. ამიტომ კონგრესმა მიმართა რომის მაშინდელ პაპს პიუ XII-ს თხოვნით, აეხსნა რით უნდა იხელმძღვანელონ, როცა ზღვარს ავლებენ ადამიანის სიკვდილსა და სიცოცხლეს შორის. პაპმა უპასუხა, რომ გარდაცვალების მომენტის განსაზღვრა ეკლესიის კი არა, ექიმების საქმეა. ამგვარად, ახლა ეკლესიაც სავსებით ეთანხმება იმ აზრს, რომ სწორედ ექიმს და არა მღვდელს ეკისრება სიკვდილის დაფიქსირებაზე პასუხისმგებლობა.

მედიცინის ამერიკელი ისტორიკოსი პერნიკი ხაზგასმით აღნიშნავს,, რომ სიკვდილის მომენტის განსაზღვრის პრობ-

ლემა ისეთ საკითხად იქცა, როცა საჭიროა მხოლოდ სპეციალისტებისათვის ცნობილი ტექნიკური საშუალებების, მეთოდებისა და კრიტერიუმების გამოყენება. ამით, განაგრძობს იგი, მედიკოსებმა ახალი მონოპოლია და შეიძლება ახალი ძალაუფლებაც მოიპოვეს საზოგადოებაში. ამასთან დაკავშირებით, პერნიკს მოაქვს გამონათქვამი, რომელიც პარიზის საცხედრის დამფუძნებელს ბუშუს ეკუთვნის: "წამით წარმოვიდგინოთ, რომ გაიხსნა სიკვდილის ნიშანი, აშკარა მთელი მსოფლიოსათვის. სადამდე მიგვიყვანს ეს? ხალხი აღარ მიმართავს ექიმს, რათა დააფიქსიროს სიკვდილი... ამიტომ უკეთესი იქნება უარი ვთქვათ წარუმატებელ აზრზე იმის შესახებ, რომ სიკვდილის ნიშნები უნდა გამარტივდეს". შემდეგ პერნიკი აღნიშნავს: „თვით სიკვდილის დიაგნოსტირების სირთულემ სამედიცინო პროფესიას საკუთარი სტრუქტურის გამყარების საშუალება მისცა". იგი წერს: „ექიმებს, რომლებიც წარმოადგენენ გარდაცვალების სამედიცინო მოწმობას, როგორც პრევენციულ საშუალებას ნაადრევი დაკრძალვის წინააღმდეგ, მარტო მცირე დამატებითი შემოსავლის პრეტენზია ჰქონდათ გვამთა ინსპექტირებისაგან. სიკვდილის განსაზღვრის უფლება ექიმებს იმ ძალაუფლებასაც აძლევდა, რომ შემოევლოთ საზღვარი სიცოცხლის ყველაზე საშიში და უკანასკნელი საიდუმლოს გარშემო და შესაბამისად განემტკიცებინათ, ყოველ შემთხვევაში საბოლოოდ მაინც, სამედიცინო პროფესიის სტატუსი".

სიკვდილის მედიკალიზაციის პროცესის მეორე მხარე დაკავშირებულია მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში დღემდე გადაუჭრელ პრობლემასთან, საქმე ეხება ადგილს, სადაც ადამიანი სიცოცხლეს ესალმება - საავადმყოფოს. ამასთან დაკავშირებით არიესი წერს: "ქალაქებში ადამიანები ხშირ შემთხვევაში სახლში აღარ კვდებიან, როგორც ადრე სახლში იბადებოდნენ". 1967 წელს ნიუ-იორკში გარდაცვლილთა 75% (1955 წელს–69%) და მთლიანად ამერიკაში გარდაცვლილთა 60%-მა საავადმყოფოში დალია სული. შემდგომში საავადმყოფოებში გარდაცვლილთა რაოდენობა იზრდებოდა. ამის შედეგად, მომაკვდავ ნათესავებთან სახლში მყოფმა ადამიანებმა უბრალოდ არ იცოდნენ, როგორ უნდა მოქცეულიყვნენ და რა უნდა ექნათ. ამ ტენდენციას იქამდე მივყავართ, რომ წინა პერიოდისაგან განსხვავებით, ექიმებს და საერთოდ მედიცინის მუშაკებს, სულ უფრო ხშირად უწევთ სიკვდილთან და კვდომის პროცესთან უშუალო ურთიერთობა. ვსაუბრობთ რა კვდომაზე, როგორც პროცესზე, ხაზი უნდა გავუს-

ვათ იმ გარემოებას, რომ თუ სიკვდილის კონსტატაცია არსებითად ერთმომენტიანი აქტია, მაშინ სიკვდილი, რომელიც ექიმების ზედამხედველობის ქვეშ მიმდინარეობს, გრძელდება დიდხანს, ზოგჯერ კი ძალიან დიდხანსაც. ამასთან, გარკვეული თვალსაზრისით, კვდომის პროცესს აკონტროლებს სამედიცინო პერსონალი. ეს კი ნიშნავს, რომ სიკვდილი და კვდომა სულ უფრო მეტად ხდება არამარტო ჩვეულებრივი მოვლენა, არამედ ისეთი მოვლენაც, რომელიც უფერულდება მედიცინის ტექნიკური შესაძლებლობებითა და საშუალებებით, ანუ გარკვეული აზრით, ხელოვნური მოვლენით, რაც ხალხის მიერ მიღებული გადაწყვეტილებებითაა განპირობებული. ამასთან დაკავშირებით, არიესი წერს, რომ დღევანდელი სიკვდილი "მოკლდება ან გრძელდება ექიმის ქცევასთან დაკავშირებით: მას არ შეუძლია სიკვდილის თავიდან აცილება, მაგრამ ხშირად ძალუძს მისი განხორციელების რეგულირება - რამდენიმე საათიდან რამდენიმე კვირამდე, თვეებამდე და წლებამდეც კი... ეს მაშინ ხდება, როცა სიკვდილის საათის გადადება თვითმიზანს წარმოადგენს და სამედიცინო პერსონალი ძალღონეს არ იშურებს, რომ ხელოვნური მეთოდებით ადამიანს სიცოცხლე გაუხანგრძლივოს...

საავადმყოფოს ფორმით ორგანიზებულმა მედიცინამ, პრინციპში შეიძლება შესაძლებელი გახადოს განუკურნებელი ავადმყოფობის არსებობის გაგრძელება განუსაზღვრელად.

ამგვარად, სიკვდილის მედიკალიზაციის შედეგად, ექიმები უშუალოდ ჩაებნენ ადამიანური არსებობის ტრაგიკულ, რთულ და ღრმააზროვან სფეროში და თუ პერნიკი საუბრობს იმაზე, რომ ამის წყალობით სამედიცინო პროფესიამ შეიძინა ძალაუფლების ახალი წყარო საზოგადოებაში, მაშინ ნებისმიერ შემთხვევაში მას დაეკისრა ახალი, საკმაოდ სერიოზული პასუხისმგებლობა, რომელმაც წარმოქმნა ისეთი მორალური პრობლემები, რომლებთანაც შეხება ადრე ტრადიციულ მედიცინას საერთოდ არ ჰქონდა.

§2. სიკვდილი და კვდომა ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ეპოქაში

ტრადიციულად სიკვდილი განისაზღვრებოდა სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის შეუქცევადად გაჩერებით. განსახილველ პრობლემათა უპირატესობა ბიომედიცინის სფეროში მომხდარი სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესის შედეგია. თანა-

მედროვე მედიცინას გააჩნია მძლავრი საშუალებები ხანგრძლივი დროის განმავლობაში სიცოცხლე შეუნარჩუნოს იმ პაციენტს, რომლის ორგანიზმს სამუდამოდ აქვს დაკარგული ასეთი ამოცანის დამოუკიდებლად გადაწყვეტის უნარი. კერძოდ, მედიცინას შეუძლია "დაეხმაროს" სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის პროცესებს, ასევე მოამარაგოს ორგანიზმი საკვებითა და წყლით, სიცოცხლის ხელშემწყობი ხელოვნური საშუალებების წყალობით, მაგალითად - ხელოვნური სისხლის მიმოქცევისა და ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის აპარატებით.

ტექნიკური პროგრესის ამ მიღწევებმა რეანიმატოლოგიას საშუალება მისცა სიცოცხლე შეუნარჩუნოს განწირულ ადამიანებს.

ასეთი ღირსეული და მორალურად საპატიო მისია აკისრია ექიმებს, რაც შეიძლება შორს გადასდონ სიკვდილის საბედისწერო ხაზი. მაგრამ სწორედ ამ სამეცნიერო-ტექნიკურმა მიღწევებმა მიგვიყვანა ურთულეს ეთიკურ და იურიდიული ხასიათის სიძნელეებთან. თუ შევძლებთ სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის აღდგენას ხელოვნური საშუალებებით, მაშინ სიკვდილის კრიტერიუმად ვერ მივიღებთ ვერც ერთ მათგანს. ამიტომაც შემოღებულია ცნება "კლინიკური სიკვდილი". "კლინიკურ სიკვდილში" იგულისხმება დროის ის მცირე მონაკვეთი (5 ან 6 წუთი ნორმალური ტემპერატურის პირობებში), რომელსაც შეუძლია გაუძლონ და არ მოკვდნენ ორგანიზმის ყველაზე ფაქიზი ქსოვილები - თავის ტვინის ქერქი. ასეთ შემთხვევაში რეანიმაცია აღწევს სიცოცხლის აღდგენას, რასაც ადასტურებს ათასობით "გამოცოცხლებული" ადამიანი. მაშასადამე, "კლინიკური სიკვდილის" დროს არ არსებობს სიცოცხლის თვალსაჩინო ნიშნები, როგორიცაა გულის მოქმედება და სუნთქვა, ასევე ქრება ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციები, მაგრამ ქსოვილებში შენარჩუნებულია ნივთიერებათა ცვლის პროცესები.

"ბიოლოგიური სიკვდილი" კლინიკურის საწინააღმდეგოდ, შეუქცევადი სიკვდილია, რომლის დადგომისას სასიცოცხლო ფუნქციების აღდგენა შეუძლებელია. მათ ერთმანეთისაგან აცილებს "ტვინის სიკვდილი, ე.ი. ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციის უკიდურესი დაკარგვა. ამიტომ "ტვინის სიკვდილის" შემთხვევაში რეანიმატოლოგიური ღონისძიებები უშედეგოა.

ამგვარად, ისეთი სიტუაცია წარმოიქმნება, როცა არა თუ სიკვდილის ნიშნების გაჩენა, არამედ სიკვდილის (კლინი-

კურის) დადგომაც არ წარმოადგენს პაციენტის სიცოცხლისათვის ექიმების ბრძოლის შეწყვეტის სიგნალს.

საყურადღებოა, რომ ჯერ კიდევ ჩვენს ერამდე V საუკუნეში, ჰიპოკრატეს სკოლის წარმომადგენლებმა კარგად იცოდნენ სადამდე შეიძლება ბრძოლა ადამიანის სიცოცხლისათვის. მათი ერთ-ერთი მაქსიმის მიხედვით, "ექიმმა უნდა უმკურნალოს და არ მოკლას ავადმყოფი, მაგრამ არ უნდა ცდილობდეს სიცოცხლეს დაუბრუნოს მკვდარი სული". "ბიოლოგიური სიკვდილის" შემთხვევაში რეანიმატოლოგიური ღონისძიებების შეწყვეტის საკითხი ალტერნატიული ხასიათის წინააღმდეგობებს აწყდება. ეთიკური თვალსაზრისით შეიძლება თუ არა გამართლებულად ჩაითვალოს რეანიმაციული ღონისძიებები მაშინ, როდესაც ბიოლოგიური სიკვდილი დაწყებულია და თავის ტვინის ფუნქციის აღდგენის არავითარი ობიექტური საფუძველი აღარ არსებობს? მეორე მხრივ კი, აღნიშნულ შემთხვევაში რეანიმაციული ღონისძიებების შეწყვეტა მიცვალებულის ახლობლების მიერ, ვისთვისაც მისი ცოცხალი გვამიც კი ძვირფასია, ხომ არ იქნება გაგებული როგორც ევთანაზია, რაც აგრეთვე ეთიკურ პრობლემებთან არის დაკავშირებული?

ცხადია, რეანიმატოლოგი უნდა ცდილობდეს გააკეთოს ყველაფერი, რომ მისი ავადმყოფი გამოჯანმრთელდეს. მაგრამ ამ კეთილშობილური ამოცანის განხორციელების გზაზე წარმოიშობა მრავალი პრობლემა, რომელთა შორის მნიშვნელოვანია სამკურნალო საშუალებათა შესაძლო დეფიციტი და მათი გამოყენების მიზანშეწონილობა. მეორე, ავადმყოფის გამოჯანმრთელების არაპერსპექტიულობიდან გამომდინარე, ხდება მისდამი საექიმო დახმარების შეზღუდვა, რაც შეიძლება არ იყოს დაზღვეული შეცდომისაგან. ამიტომ იმ კრიტერიუმების განსაზღვრას, რომლებიც უზრუნველყოფს ასეთი შეცდომების თავიდან აცილებას, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება თანამედროვე მედიცინაში. ამ შემთხვევაში ექიმის წინაშე დგას დილემა რამდენად მართებულია თავის ტვინის სიკვდილის გაიგივება ბიოლოგიურ სიკვდილთან, როდესაც ჯერ კიდევ ცემს გული, როგორ შეიძლება ის შეუთავსდეს მრავალსაუკუნოვან ტრადიციას, როდესაც სიკვდილის აღიარება დაკავშირებული იყო გულისა და სუნთქვის გაჩერებასთან? ცხადია, შეუქცევადი სიკვდილის გაიგივება "ტვინის სიკვდილთან" არ არის მორალური პრობლემა, ეს ბიოლოგიური პრობლემაა. აქ მორალური პრობლემა სხვაა, კერძოდ, ექიმის მიმართება იმ გვამისადმი, რომლის გული ჯერ კიდევ აგრძელებს მუშაობას და

კავშირი გარდაცვლილის ახლობლებთან, რომლებსაც შეუძლიათ უარყონ სიკვდილის ახლებული გაგება. აქ მორალის თვალსაზრისით სირთულეს ქმნის ის გარემოება, რომ "ტვინის სიკვდილის" დადასტურების შემთხვევაში ექიმმა უნდა შეწყვიტოს რეანიმაციული ღონისძიებები და გამორთოს ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის აპარატი. ეს ღონისძიებები კი აყენებს სხვა მორალურ პრობლემებს: რამდენად საიმედოა დიაგნოზი "ტვინის სიკვდილის" შესახებ? ხომ არ მოხდება, რომ ტრანსპლანტოლოგებს, რომლებიც დაინტერესებული არიან გვამებით, გადაეცემათ კომატოზურ მდგომარეობაში მყოფი ცოცხალი ადამიანები, ფსიქოლოგიურად რამდენად შესაძლებელია, რომ ექიმებმა შეწყვიტონ რეანიმაციული ღონისძიებები და უცქირონ ამით გამოწვეულ გულის მოქმედების გაჩერებას? როგორ აუხსნან ყოველივე ეს მიცვალებულის ახლობლებს? რამდენად დასაშვებია ექსპერიმენტი გვამზე ცოცხალი გულით? რამდენად გამართლებულად შეიძლება ჩაითვალოს ავადმყოფის უარი რეანიმაციულ ღონისძიებების ჩატარებაზე, რომ სიკვდილის დაჩქარებით თავი დააღწიოს საშინელ ტკივილებს და ნათესავები იხსნას ზედმეტი ხარჯებისაგან? ასეთია რიგი იმ მორალურ-ეთიკური პრობლემებისა, რომლებიც თან სდევს რეანიმატოლოგიის აღმოცენებასა და განვითარებას და ამიტომ ისინი იმ სამედიცინო-ბიოლოგიური ცოდნისა და ტექნოლოგიების განვითარების შედეგია, რომელთა შესწავლის, ახსნისა და გადაჭრის აუცილებლობით წარმოიშვა ახალი მეცნიერება - ბიოეთიკა.

არსებობს ანგარიშგასაწევი სხვა ფაქტორებიც. ერთი მხრივ - როდესაც ხდება სიკვდილის კონსტატირება, შემდგომი მკურნალობის გაგრძელებას აზრი ეკარგება. შესაძლებელი ხდება, გამოვათავისუფლოთ სამედიცინო პერსონალი, რომლებიც, როგორც წესი, მაღალი კვალიფიკაციისაა და გამოყენებული პრეპარატები და მოწყობილობები საკმაოდ ძვირადღირებული და ჩვეულებრივ დეფიციტური, ისეთები, რომელთა დახმარებითაც სხვა პაციენტები შეძლებენ სრულფასოვან ცხოვრებას დაუბრუნდნენ.

მეორე მხრივ, სიკვდილის კრიტერიუმი მნიშვნელოვანია იმ თვალსაზრისითაც, რომ იგი მოწოდებულია შეზღუდოს მედიკოსთა ძალისხმევა და თავიდან აიცილოს სიტუაცია, როდესაც სიკვდილის საათის გადაწევა თვითმიზნად იქცევა. ასეთი რამ გამორიცხული არ არის და ამის მოტივი შეიძლება იყოს ან მედიკოსთა კვლევის ინტერესები, რომლებიც სწავლობენ ადამიანის ორგანიზმის კვდომის პროცესს და მი-

სი შეჩერების შესაძლებლობებს ან შეიძლება არსებობდეს წმინდა კომერციული ინტერესი, თუ მკურნალობის საფასურს პაციენტის ნათესავები ან სადაზღვევო კომპანია იხდის. ხოლო იმ სიტუაციებში, როცა ნათესავები ვერ იხდიან სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მკურნალობის საფასურს, მათთვის ძალიან მძიმე ასატანია უყურონ ავადმყოფის უიმედო მდგომარეობას. ხშირია შემთხვევები, როცა ნათესავები ითხოვენ (ზოგჯერ სასამართლო წესითაც) შეწყდეს სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მკურნალობა და ავადმყოფს მიეცეს სიკვდილის საშუალება.

როგორც ვნახეთ, თანამედროვე მედიცინაში ისეთი მდგომარეობაა, როცა ობიექტური მიზეზების გამო და არა ვინმეს ბოროტი განზრახვითა და უსინდისობით, ცნება "ვიბრძოლოთ ავადმყოფის სიცოცხლისათვის უკანასკნელ ამოსუნთქვამდე" კარგავს უნივერსალურობის პრეტენზიას.

§3. განწირულ ავადმყოფებთან დამოკიდებულება — ჰოსპისები

ტერმინი "პალიატივი" ფრანგული სიტყვაა და გულისხმობს ისეთ ღონისძიებას, ნახევარზომას, რომელიც დროებით ამსუბუქებს ავადმყოფის მდგომარეობას. ხოლო ტერმინი "პალიატიური მზრუნველობა" წარმოადგენს ინგლისური "Palliative Care"-ს პირდაპირ თარგმანს. იგი საკმაოდ უცხოდ ჟღერს, რადგან ჩვენს სამედიცინო და სოციალურ რეალობაში ეს დარგი ახლა იწყებს დამკვიდრებას. თავისი შინაარსით ეს ტერმინი გულისხმობს ისეთ ავადმყოფთა მოვლა-მზრუნველობას, რომელთა მიმართაც მედიცინას მხოლოდ პალიატიური მიზანი ამოძრავებს. ესენი არიან პაციენტები, რომლებიც დაავადებულნი არიან სიმსივნის ბოლო სტადიით, ალცჰეიმერის, პარკინსონის, ფილტვების, გულის, ნერვული სისტემის ქრონიკული პათოლოგიებით, თირკმლის უკმარისობით, შიდსით და სხვ.

სიმსივნური და სხვა უკურნებელი პათოლოგიების რაოდენობის მატება მთელ მსოფლიოში განაპირობებს პალიატიური მზრუნველობის სისტემით სულ უფრო მზარდ დაინტერესებას დასავლეთის მოწინავე ქვეყნებში.

პალიატიური მზრუნველობა ეს არ არის მკურნალობა,

ეს არის მოვლა, რომლის მიზანია ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება. რაც შეეხება პალიატიური მზრუნველობის წმინდა სამედიცინო ასპექტებს, იგი შემოიფარგლება სიმპტომთა კონტროლით (symptom control) და ტკივილის ინტენსივობაზე ზემოქმედებით, მისი დაყუჩებით (pain management).

პალიატიურ მზრუნველობაში ძირითადად გვხვდება შემდეგი სიმპტომები: უმადობა, კახექსია, მოუსვენრობა, ასთენია, ყაბზობა, ხველა, ბოდვა, დემენაცია, დეპრესია, სუნთქვის გაძნელება, სლოკინი, ნაწლავთა გაუვალობა, გულის რევა და ღებინება, შარდის გამომყოფი სისტემის დისფუნქცია, პირის ღრუსა და კანის მოვლასთან დაკავშირებული პრობლემები და სხვ.

ამასთანავე, პალიატური მზრუნველობა გულისხმობს სოციალურ, ფსიქოლოგიურ, სულიერ და ემოციურ დახმარებას. ასეთი დახმარების უახლესი ამოცანაა დაიცვას პაციენტი ფსიქოფიზიკური ტანჯვისა და ტკივილისაგან.

უკანასკნელ ხანს საზოგადოებაში სულ უფრო ძლიერდება ტენდენცია, რომლის თანახმადაც კვდომა განხილულია, როგორც ადამიანის სიცოცხლის ბუნებრივი და კანონზომიერი ფაზა, რომელსაც დამოუკიდებელი ღირებულება და მნიშვნელობა გააჩნია და რომ ამ თვეების და წლების მანძილზე პაციენტმა შინაარსიანი, სავსე ცხოვრებით იცხოვროს, ე.ი. შესაძლებელია თვალყურის დევნება არა მარტო მედიკამენტების ზემოქმედებაზე, არამედ სოციალურ და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის საშუალებათა მთელ კომპლექსზე.

მომაკვდავებს სიკვდილის, ტკივილის შიში აქვთ. ისინი ელემენტარული მოთხოვნილების (კვება, სისუფთავის დაცვა და ა.შ.) დაკმაყოფილებისას დამოკიდებული არიან სხვებზე, ამასთან იმყოფებიან დეპრესიულ მდგომარეობაში. ამიტომ უკანასკნელ წლებში პალიატიური მზრუნველობის არეალი ფართოვდება. სადღეისოდ მის ფუნქციად მიიჩნევენ არა მარტო დაავადებულის, არამედ მისი ოჯახის წევრების ტანჯვის შემსუბუქებასა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას. ამ მიზნით შექმნილია ე.წ. ჰოსპისის ინსტიტუტი (Hospice Servise) - რაც პირდაპირ თარგმანში ჟღერს, როგორც "მოწყალების სახლი". თანამედროვე ჰოსპისების (მომაკვდავი ავადმყოფების ფიზიკური და მორალური მხარდამჭერი ორგანიზაციები) ფორმა დააარსა ინგლისელმა სონტერსმა, რომელიც ჯერ კიდევ 1948 წელს მივიდა უბრალო აზრამდე:

"მომაკვდავ ავადმყოფს უნდა დავეხმაროთ". ამის შემდეგ ჩამოყალიბებული ე.წ. "პალიატიური დახმარების" სისტემა გახდა ამ ჰუმანური მიზნის რეალიზაცია.

როგორც აღვნიშნეთ, "პალიატიური მკურნალობა" არ ამოიწურება მხოლოდ კლინიკური შინაარსით, იგი მოიცავს როგორც მკურნალობის, ასევე მომაკვდავი პაციენტებისათვის დახმარების გაწევის ახალ სოციალურ-ორგანიზაციულ ფორმებს, მორალური პრობლემების ახლებურ გადაწყვეტას და სამედიცინო საქმის ახალ ფილოსოფიას. პალიატიური მედიცინის ორგანიზაციის სხვადასხვა ფორმებია: სახლში დახმარების პატრონაჟული სამსახური, დღისა და ღამის სტაციონარები, გამსვლელი სამსახური ("სასწრაფო დახმარება") და ჰოსპისების სტაციონარი, საერთო პროფილის საავადმყოფოების სპეციალიზებული განყოფილებები და ა.შ. მომაკვდავთა დახმარების ქმედითობა განისაზღვრება მათი პრობლემების გადაჭრისადმი კომპლექსური მიდგომით, ამ საქმეში მონაწილე ექიმ-სპეციალისტთა მოღვაწეობის ბრიგადული ხასიათით, ასევე მედდებისა და ფსიქოლოგების, სასულიერო პირების, მოხალისეების ჩართვით, რომლებმაც სპეციალური მომზადება გაიარეს. ამასთან, შეუცვლელია პაციენტის ახლო ნათესავებისა და მეგობრების როლი, რომლებსაც თავად სჭირდებათ კვალიფიციური რჩევა და დახმარება.

ჰოსპისი-"მოწყალების სახლი" - არის სამედიცინო, სოციალური სფეროს სტრუქტურა. როგორც აღვნიშნეთ, მისი ამოცანაა პალიატიური ავადმყოფებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის სამედიცინო მოვლით (მზრუნველობით) სულიერი, სოციალური და ემოციური დახმარების აღმოჩენა. მთელ მსოფლიოში ჰოსპისები თანდათან პოპულარული ხდება. მაგალითისათვის: მხოლოდ აშშ-ში 1998 წელს 3100 ჰოსპისი იყო და მათ დახმარებისათვის 540 000-მა პაციენტმა მიმართა.

პალიატიური პაციენტების 60-70% 65 და მეტი წლისაა და მათი სიცოცხლის ხანგრძლივობა არ აღემატება ექვს თვეს. პაციენტების უმეტესობას აქვს სიმსივნის დიაგნოზი, თუცა, როგორც აღვნიშნეთ, არიან პირები ფილტვების, გულის, ნერვული სისტემის სხვადასხვა პათოლოგიებით, აღცჰეიმერის და პარკინსონის დაავადებებით, დიალიზზე მყოფნი, შიდსიანები - ანუ ისინი, რომელთა განკურნებაც ამ ეტაპზე შეუძლებელია და აუცილებელია დისკომფორტთან და ტკივილთან ბრძოლა, რომელიც წამყვანი ჩივილი ხდება მათი სიცოცხლის ბოლო პერიოდში.

არცთუ იშვიათად, პალიატიური ავადმყოფი ბავშვია.

მსოფლიოში არსებობს სპეციალურად ბავშვებისათვის შექმნილი ჰოსპისები. მაგალითად,: პოლონეთში არის ვარშავის ბავშვთა ჰოსპისი - Warsaw childrens pacient Hospise. პაციენტთა 57,3%-ს აქვს სიმსივნის დიაგნოზი, დანარჩენი 42,7%-დან პირველ ადგილზეა ნევროლოგიური პათოლოგიები (57,7%), შემდეგ მოდის გულის პათოლოგიები (22,0%), მეტაბოლიზური დარღვევები (20,3%) და სხვ.

საზოგადოდ მიჩნეულია, რომ ჰოსპისური მზრუნველობა არც ახანგრძლივებს სიცოცხლეს, არც აჩქარებს სიკვდილს. მისი ამოცანაა შეუმსუბუქოს პაციენტს ტანჯვა. ამითაა განპირობებული, რომ ჰოსპისს ესაჭიროება ზოგადი პროფილის ორი ან სამი ექიმი, გაცილებით მეტი ექთანი და ვოლუნტარისტი, აგრეთვე დამხმარეები პაციენტის ოჯახის წევრებისა და მეგობრების სახით.

ჰოსპისურ მზრუნველობაზე თანხმობა პაციენტის მიერ შეიძლება გაცხადებულ იქნეს ნებისმიერ ასაკში და დაავადების ნებისმიერ ეტაპზე. თუ პაციენტს განსჯის და გადაწყვეტილების მიღების უნარი აღარა აქვს, გადაწყვეტილებას იღებენ პაციენტის ნათესავები.

ამასთანავე, პაციენტს უფლება აქვს ნებისმიერ დროს დაბრუნდეს სახლში, ან ჩვეულებრივ სამკურნალო დაწესებულებებში.

გარდა სტაციონალური ტიპის ჰოსპისისა, არსებობს ე.წ. "Homo Hospice" "ჰოსპისი ბინაზე", რომელიც ძალიან პოპულარულია (მაგალითად,: აშშ-ში ჰოსპისთა 90% მოდის სწორედ ასეთი ტიპის ჰოსპისებზე). იგი, გარდა იმისა, რომ უფრო ეკონომიური და ხელმისაწვდომია, საშუალებას იძლევა ავადმყოფმა სიცოცხლის ბოლო წუთები სახლში, ახლობლების გარემოცვაში გაატაროს და თან მუდმივი სამედიცინო მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებოდეს.

პალიატიული მზრუნველობა, იქნება ეს Homo Hospice, თუ სტაციონარული ტიპის ჰოსპისის სახით, სოლიდურ დაფინანსებას მოითხოვს. მსოფლიოში ჰოსპისის დაფინანსების სხვადასხვა გზა არსებობს: დაზღვევა, მემორიალური შენატანები, შემოწირულობანი, გრანტები, ფონდები, ბიუჯეტი, პირდაპირი ანგარიშსწორება.

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჰოსპისური მზრუნველობა (და განსაკუთრებით Homo Hospice servise) გაცილებით უფრო იაფია, ვიდრე პალიატიური ავადმყოფების მკურნალობა ჩვეულებრივ კლინიკებში. იმ ფონდების, ორგანიზაციებისა და

კერძო პირებისათვის, რომელთა მოვალეობა (ან სურვილი) ზემოთ აღნიშნული კატეგორიის პაციენტთა მოვლა-მკურნალობის დაფინანსებაა, გაცილებით უფრო მომგებიანია ჰოსპისური მომსახურეობის ინსტიტუტის შექმნა.

მომაკვდავი ავადმყოფის ყველა პრობლემათაგან ტკივილთან ბრძოლის პრობლემა ყველაზე არსებითი და გადაუდებელია. ასეთ ავადმყოფებს კანონიერი უფლება აქვთ მოითხოვონ გაუტკივარების საშუალებანი.

ტკივილთან ბრძოლა აუცილებელი პირობაა პაციენტის ერთ-ერთი ფუნდამენტური უფლების რეალიზაციისათვის. ესა არის ღირსეული სიკვდილის უფლება, რაზეც ნაწილობრივ, სპეციალურადაა მითითებული მსოფლიოს სამედიცინო ასოციაციის მიერ მიღებულ "პაციენტის უფლებათა ლისაბონის დეკლარაციაში" (1981 წ.). თუმცა ამ მიზნის მიღწევა ადრე თუ გვიან ექიმისაგან მოითხოვს გაუტკივარების სამკურნალო საშუალებათა ისეთი დოზების დანიშვნას, რომლებიც თავისთავად იმოქმედებს პაციენტის სიცოცხლის შემოკლებაზე. ექიმები ამ შემთხვევაში იმ აზრით ხელმძღვანელობენ, რომ პაციენტისათვის უფრო მნიშვნელოვანია დარჩენილი სიცოცხლის ხარისხი, ვიდრე ხანგრძლივობა. ზოგჯერ, მომაკვდავის ტანჯვის შემსუბუქების მიზნით უფრო გონივრულია უარი ვთქვათ მკურნალობის რომელიმე მეთოდზე, რომლებიც გააგრძელებენ არა იმდენად სიცოცხლეს, რამდენადაც კვდომის პროცესს.

ტკივილის, ტანჯვის პრობლემას ტრადიციულად მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია სხვადასხვა რელიგიურ სისტემებში (მაგალითად, ბუდიზმის თანახმად გაუტკივარების პრეპარატებით დაბინდულ გონებას სასიკეთო მსჯელობის უნარი არ გააჩნია, რაც ასე მნიშვნელოვანია მომაკვდავისათვის). სწორედ ამიტომ მსა-ის ექსპერტთა კომიტეტი, იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ აუცილებელია ანგარიში გაეწიოს მორწმუნე ადამიანის გადაწყვეტილებას უარი თქვას გაუტკივარებაზე.

ცნება "სიცოცხლის ხარისხი" მოიცავს ორ ასპექტს: ობიექტურს და სუბიექტურს. მომაკვდავი ავადმყოფის ცხოვრების ხარისხის ობიექტური პარამეტრების გაუმჯობესება არ შემოიფარგლება მხოლოდ კლინიკურ პრობლემათა და საექთნო მოვლის პრობლემების გადაჭრით, არამედ მნიშვნელოვანია შეძლებისდაგვარად კომფორტული სასიცოცხლო პირობების შექმნა. მაგრამ, საბოლოო ჯამში, სიცოცხლის ხარისხს სუბიექტური გამოხატულება აქვს. მომაკვდავ პაციენტს საკუთარი გულწრფელად შეუძლია თქვას, რომ ის ბედნიერია,

თუ მას არ აწუხებს ტკივილი და შეუძლია ოჯახთან და მეგობრებთან ურთიერთობა. ამასთან, აუცილებელია აღვნიშნოთ, რომ დახმარება სჭირდება არამარტო მომაკვდავს, არამედ მის ახლობლებსაც, რომლებსაც მძიმე ფსიქიკური შოკის გადატანა უწევთ. ამიტომაც ჰოსპისური მოძრაობის ჩარჩოებში მომაკვდავთა ოჯახის წევრების ფსიქოლოგიურ და სოციალურ მხარდაჭერას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

სიცოცხლის ხარისხის კომპლექსურ დახასიათებაში განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს პაციენტის მორალურ განწყობას. მომაკვდავი ავადმყოფის წარმატებული პალიატიური მკურნალობის ერთ-ერთ საზომს წარმოადგენს ავადმყოფის თივითმომსახურების საშუალებათა გაფართოება, რაც ამხნევებს და იმედს აძლევს ავადმყოფს. ნორმალური ცხოვრებისეული ჩვევების ნებისმიერი სახით გამოვლენა (კითხვა, მნახველთა მიღება და ა.შ.) უნდა წახალისდეს. მომაკვდავი ადამიანი განსაკუთრებით განიცდის მზრუნველობის უკმარისობას. ასეთ მდგომარეობაში მყოფ ადამიანებს ეპატიებათ ჭირვეულობა და ბოროტი აზრებიც კი, რომლებსაც ისინი ხანდახან გამოთქვამენ. უნდა შევძლოთ დავეთანხმოთ ავადმყოფს, რომელიც უარს ამბობს კვებაზე ან მნახველთა მიღებაზე. ჰოსპისებში მიღებული ჩვეულება მომაკვდავს შევუსრულოთ უკანასკნელი სურვილი - პალიატიური მკურნალობის მთელი ფილოსოფიის ლოგიკური დასასრულია. პაციენტი, როცა იგებს, რომ მოურჩენელი ავადმყოფია, შოკის მდგომარეობაში ვარდება. მაგალითად, განვიხილოთ შიდსის აღმოჩენის შემდეგ ავადმყოფის ტიპიური რეაქცია: შოკის მდგომარეობას ცვლის დაავადების უარყოფა, დაბნეულობა, დეპრესია, პანიკა, ზოგჯერ დანაშაულის, რისხვის, საკუთარი თავის შეცოდების გრძნობა. კრიზისიდან გამოსვლის შემდეგ აღინიშნება პოზიტიური მოქმედებები და სინამდვილესთან შეგუება. ყველაზე მეტად სიკვდილის შიში შიდსით დაავადებულ ავადმყოფებში შეინიშნება. ეს ნაწილობრივ აიხსნება იმით, რომ მათი ასაკი ხშირად არ აღემატება ორმოცდახუთ წელს, ე.ი. იმ ასაკს, როცა ადამიანი ჯერ კიდევ ვერ შეჩვევია სიკვდილის გარდუვალობაზე ფიქრს, რაც ხანდაზმული ადამიანების თვისებაა.

შიდსით ან სხვა განუკურნებელი სენით დაავადებულ ადამიანებს ხშირად უჩნდებათ სუიციდური აზრები. ამიტომ ექიმს და იმ პირებს, ვინც ფსიქო-სოციალურ მხარდაჭერას უწევს ავადმყოფს, მხედველობიდან არ უნდა გამორჩეთ ეს გარემოება. პალიატიური მკურნალობის წარმატებამ შეიძლება

არსებითად შეამციროს პაციენტისათვის სუიციდის აქტუალობა. საქმე მხოლოდ მომაკვდავისათვის ტკივილის შიშის აცილებისა და დაცვის შეგრძნებების წარმოშობაში როდია. პალიატიური მკურნალობა არის საშუალება, რომელიც ეწინააღმდეგება განმარტოებას, ხალხისგან გარიყულობის გრძნობას, რასაც ყველა მომაკვდავი განიცდის.

მომაკვდავის დახმარება უძლიერეს სტრესულ გრძნობებსა და რეაქციებს იწვევს მედდებში, ექიმებსა და ახლობლებში. ძირითადი სტრესული ფაქტორები - ახლობლის აუცილებელი დაკარგვის განცდა, ვისთვისაც თავგამოდებით ზრუნავდნენ და ვისთვისაც დიდი სულიერი და ფიზიკური ძალა დაკარგეს. ასევე ძალიან მნიშვნელოვანია მკურნალობის წარუმატებლობის განცდა, ასეთი შემთხვევების დროს დამახასიათებელ კონფლიქტურ სიტუაციებში მონაწილეობა და ა.შ. სამედიცინო პერსონალის ემოციური და ფიზიკური გამოფიტვის მდგომარეობამ, რომელიც მომაკვდავს უწევს დახმარებას, ლიტერატურაში "გადაწვის სინდრომის" სახელწოდება მიიღო. პალიატური მკურნალობისადმი მიძღვნილ ჯანმო-ის ექსპერტთა კომიტეტის მოხსენებაში, რეკომენდაციების შემდეგ, რაც ასეთი დახმარების გაწევისათვის პერსონალის შერჩევის პრობლემებს ეხება, ნათქვამია: "სამედიცინო პერსონალი, ყველაზე მეტად სავარაუდოა, რომ ემოციურ მხარდაჭერას მიიღებს იმ კოლექტივებში, რომლის წევრები ურთიერთპატივისცემის მაღალ გრძნობას გამოხატავენ, აქვთ მკაცრად განსაზღვრული და ყველასათვის მისაღები მიზნები და სადაც ძალაუფლება პასუხისმგებლობას შეესაბამება".

ზორზებს თავიანთ წიგნში "გზა სიკვდილისაკენ, სიცოცხლე ბოლომდე" მოაქვთ ჰოსპისის მედდის სიტყვები: "დიდ სიხარულს მანიჭებს ის, რომ ვეხმარები ავადმყოფს, ვცდილობ მშვიდად და მოხერხებულად იყვნენ. ზოგჯერ ვუყურებ დატანჯულ, უბედურ ავადმყოფს, შემდეგ იგი მშვიდად, წყნარად იძინებს - რა სასიამოვნოა ამის ყურება, როცა იცი, რომ შენ დაეხმარე დაძინებაში. საამისოდ ძალისხმევაც კი არ მენანება".

ამას აუცილებლად უნდა დავუმატოთ, რომ ასეთი მორალური მხარდაჭერა შეუძლია ყველას, ვინც მომაკვდავ ავადმყოფებთან მუშაობს შეუძლიათ გაუწიონ და თვით ავადმყოფებსაც.

ექიმს, პროფესიული პასუხისმგებლობის გათვალისწინებით განსაკუთრებულ შემთხვევაში უფლება აქვს შეწყვიტოს პაციენტის მკურნალობა, თუ ამის სურვილს გამოთქვამს პაციენტი და მისი ნათესავები.

პალიატიური მკურნალობის სფეროში მომუშავე სპეციალისტები ხაზგასმით აღნიშნავენ, რომ მომაკვდავ პაციენტებს, გარკვეული აზრით, შეიძლება აღვუდგინოთ იმედი. იმედი - ეს ოდნავ მეტის მოლოდინია, ვიდრე რეალობა. ალბათ, საჭიროა გაიყოს საბოლოო (არარეალური) მიზანი რამდენიმე სერიად (უფრო რეალურ მინი-მიზნებად). ექიმები და მედდები ჰოსპისებში მნიშვნელოვან დიდ მიზნებს ისახავენ, ვიდრე მათი კოლეგები საავადმყოფოებში.

იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც მომაკვდავები არიან, იმედი კონცენტრირდება უფრო ყოფიერებაზე, ვიდრე "მოღვაწეობაზე" (ასევე გარშემომყოფებთან და ღმერთთან ან "უმაღლეს არსებასთან" ურთიერთობებზე). როცა სიცოცხლის იმედი იწურება, საკმაოდ რეალურია მშვიდი სიკვდილის იმედი მაინც ჰქონდეთ, რადგან მზრუნველი და მოსიყვარულე ადამიანებით არიან გარშემორტყმული. აშშ-ს 14 სამედიცინო-სოციალური ასოციაციისა და ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციების გაერთიანებული აკრედიტებული კომისიის მიერ შემუშავებულ და განსახილველად მიწოდებულ იქნა მომაკვდავი პაციენტის მოვლის 11 ძირითადი პრინციპი:

- პაციენტისა და მომვლელის ღირსების პატივისცემა;
- პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების სურვილების პატივისცემა, ანგარიშის გაწევა და თანაგრძნობა;
- მკურნალობის ყველაზე მისაღები საშუალებების გამოვლენა, რომლებიც პაციენტის არჩევანს შეესაბამება;
- ტკივილისა და სხვა მტანჯველი სიმპტომების შემსუბუქება;
- პაციენტის ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და სულიერ (რელიგიურ) პრობლემებში გარკვევა;
- პაციენტს უფლება აქვს მოითხოვოს, რომ მისი შემდგომი მკურნალობა განაგრძოს ჯანდაცვის სისტემის სხვა წარმომადგენელმა;
- პაციენტს აქვს უფლება, რომ ჩაიტაროს ნებისმიერი სახის მკურნალობა, რომელიც გააუმჯობესებს მისი სიცოცხლის ხარისხს (ეს შეიძლება იყოს როგორც ალტერნატიული, ასევე არატრადიციული მედიცინა);
- პაციენტი უზრუნველყოფილ უნდა იყოს პალიატიური და ჰოსპისური მზრუნველობით;

• პაციენტს უფლება აქვს უარი თქვას მკურნალობაზე;

ექიმს პროფესიული პასუხისმგებლობის გათვალისწინებით, განსაკუთრებულ შემთხვევებში უფლება აქვს შეწყვიტოს პაციენტის მკურნალობა, თუ ამის სურვილს გამოთქვამს პაციენტი და მისი ნათესავები;

პალიატიური მზრუნველობის სფეროში კლინიკურ ფაქტებზე დაფუძნებული სამედიცინო კვლევების ხელშეწყობა აუცილებელია.

ჩამოთვლილ პრინციპთა მნიშვნელოვანი ნაწილი მჭიდრო კავშირშია ბიოეთიკის პრობლემებთან.

სულ ახლო წარსულში საქართველოში ჩამოყალიბდა "ბიოეთიკის ნაციონალური საბჭო", რომლის ერთ-ერთ სამუშაო მიმართულებას სწორედ პალიატიური მზრუნველობის პრობლემა წარმოადგენს.

როგორც აღვნიშნეთ, ჰოსპისში სამედიცინო ჩარევის არეალი შემოიფარგლება მხოლოდ ტკივილზე ზემოქმედებით და სიმპტომთა კონტროლით. ამასთანავე, აშშ-ის ზემოხსენებული კომისიის მიერ შემუშავებულ შეთანხმებაში ნათქვამია, რომ პალიატიურ პაციენტების დასახმარებლად შეიძლება გამოვიყენოთ როგორც კლასიკური, ისე ტრადიციული "ალტერნატიული" მედიცინის არსენალი.

§4. „ტვინის სიკვდილი" — ბიოლოგიური სიკვდილის კრიტერიუმი

ბიოეთიკაში ევთანაზიის საკითხის კომპეტენტური განხილვა შეუძლებელია, თუ წინასწარ არ მოხერხდა: 1. "სიკვდილის" ცნების განსაზღვრა; 2. პაციენტის სიკვდილის დაფიქსირების საიმედო კრიტერიუმების გამოვლენა, რაც მეტისმეტად მნიშვნელოვანია, როგორც ეთიკური, ისე იურიდიული თვალსაზრისით.

სიკვდილის უნივერსალური კრიტერიუმის დადგენის აუცილებლობაში დასარწმუნებლად გავაანალიზოთ ორი პაციენტის მდგომარეობა. პირველი - ეს არის ავადმყოფი, რომლის მთელ ტვინს (ქერქს და ღეროს) შეუქცევადად აქვს დაკარგული ფუნქციური აქტივობა. პაციენტი პერმანენტურად კომატოზურ (უგონო) მდგომარეობაში იმყოფება, ხოლო მისი სუნთქვა და სისხლის მიმოქცევა მხოლოდ და მხოლოდ სათანადო აპარატურის საშუალებით არის შენარჩუნებული. პა-

ციენტის ამგვარ მდგომარეობას, ჩვეულებრივ, "ტვინისმიერ სიკვდილს" უწოდებენ. მეორე პაციენტის ტვინის ღეროები (მაგრამ არა ქერქი) ინარჩუნებენ ფუნქციურ აქტივობას, რის შედეგად სუნთქვა და გულის მოქმედება შენარჩუნებულია, ხოლო ცნობიერება დაკარგულია და მისი აღდგენა შეუძლებელია. ამგვარ ავადმყოფს შეუძლია დიდი ხნის განმავლობაში ასეთ მდგომარეობაში დარჩენა (სიცოცხლის და სიკვდილის ზღვარზე ყოფნა). შეიძლება თუ არა ეს პაციენტები ცოცხლად ჩაითვალოს?

ისტორიამ იცის მრავალი შემთხვევა, როდესაც ერთი შეხედვით, გარდაცვლილი ადამიანები "გაცოცხლებულან". მათგან ყველაზე ცნობილია პოეტ პეტრარკას შემთხვევა, რომელიც საკუთარ გასვენებამდე რამდენიმე საათით ადრე წამოდგა კუბოდან, რის შემდეგაც კიდევ 30 წელიწადს იცოცხლა. თანამედროვეთაგან აღსანიშნავია ნიუ-იორკის საცხედრეში 1964 წელს მომხდარი ამბავი, როდესაც გაკვეთის დაწყებისას სამი დღის გარდაცვლილი "გვამი" გონს მოვიდა და ყელში სწვდა პათანატომს, რომელსაც შიშისაგან "გული გაუსკდა". ჯერ კიდევ XX საუკუნის დასაწყისში ინგლისელმა მეცნიერებმა განხორციელებული კვლევის შედეგად გამოიტანეს დასკვნა, რომ მარტო ინგლისში ყოველწლიურად ცოცხლად მარხავენ დაახლოებით 2,5 ათას კაცს, მაგრამ მხოლოდ 60-იანი წლების დამლევს შეიქმნა პირველი აპარატი ლონდონში, რომელიც გულის სუსტ ელექტრონულ აქტივობას აფიქსირებდა. პირველივე გამოცდის დროს საცხედრეში დაწყობილ გვამებს შორის ცოცხალი ქალიშვილი აღმოჩნდა.

შეიძლება თუ არა ასეთი პაციენტები ცოცხლად ჩავთვალოთ? საჭიროა თუ არა მათი მკურნალობა, თუ საჭიროა, მაშინ ამისთვის კონკრეტულად რა თერაპიული მეთოდები უნდა იქნას გამოყენებული, დასაშვებია თუ არა მორალური თვალსაზრისით, მათი სასიცოცხლო თერაპიის შეწყვეტა? ან იქნებ დავაჩქაროთ მათი სიკვდილი, გამოვრთოთ სიცოცხლისშენარჩუნებისა და გახანგრძლივების სისტემები, შევიყვანოთ მათ ორგანიზმში პრეპარატის სასიკვდილო დოზა? ამ კითხვებზე პასუხის გაცემა აუცილებლად მოითხოვს, უპირველეს ყოვლისა, სიკვდილის ობიექტური ნიშნების დადგენას. ბიოეთიკის წარმოშობამდე სიკვდილის აუცილებელი და საკმარისი ნიშნების დადგენა არ იყო ძნელი. ასეთ ნიშნებად ითვლებოდა სუნთქვის გაჩერება და გულის მოქმედების შეწყვეტა, ე.ი. სწორედ ისეთი ფუნქციების დაკარგვა, რომლებიც სადღეი-

სოდ, სათანადო აპარატურის დახმარებით, დიდი ხნის განმავლობაში შეიძლება შენარჩუნებულ იქნას.

სიკვდილის კონსტატაცია და კრიტერიუმის დადგენა აუცილებლად მოითხოვს შემდეგი ფაქტორების გათვალისწინებას: 1. უდიდესი სიზუსტით უნდა განვასხვაოთ ერთმანეთისაგან ის, ვისი გადარჩენაც შეიძლება იმისაგან, ვისი გადარჩენაც უკვე შეუძლებელია; 2. სიკვდილის კრიტერიუმი პრაქტიკულად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა ექიმისიათვის. მისი გამოყენებისათვის საჭირო არ უნდა იყოს სპეციალისტების განსაკუთრებული ძალისხმევა და ძალიან დიდი დრო. ადამიანის სიკვდილის სამედიცინო კონსტატაცია საკმაოდ გავრცელებული პროცედურაა თანამედროვე საზოგადოებაში. იგი ისეთი უნდა იყოს, რომ გაიგოს და გამოიყენოს ნებისმიერმა კვალიფიციურმა სპეციალისტმა და რომ მისი გამოყენების სისწორის შემოწმება შეიძლებოდეს ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში. აუცილებელია, რომ კრიტერიუმი მისაღებად ჩაითვალოს იურიდიული თვალსაზრისით. 4. იგი მისაღები უნდა იყოს არამარტო მედიკოსებისა და იურისტებისათვის, არამედ საზოგადოებისთვის მთლიანად, მისი კულტურული, ეთნოგრაფიული და ეთნიკური ნორმებიდან გამომდინარე, რადგან, როგორც აღვნიშეთ, ადამიანის სიკვდილი არის მოვლენა, რომელიც უღრმესი კულტურული და მორალური აზრითაა სავსე და ამიტომ საზოგადოებამ ამ კრიტერიუმის სანქცირება უნდა მოახდინოს.

რთული მდგომარეობიდან გამოსვლის მიზნით ჰარვარდის სამედიცინო სკოლის სპეციალისტებისაგან დაკომპლექტებულმა სპეციალურმა კომიტეტმა ჯერ კიდევ 1968 წელს შეიმუშავა სპეციალური ტესტები, რომლებიც შესაძლებლობას იძლევა დადგინდეს ტვინის ფუნქციის შეუქცევადი შეწყვეტის მომენტი.

სწორედ "ტვინის სიკვდილი" მიიჩნია ამ კომიტეტმა სიკვდილის კრიტერიუმად. უნდა ითქვას, რომ სიკვდილის მომენტის ზუსტი განსაზღვრა არ არის წმინდა აკადემიური საკითხი. საქმე ის არის, რომ გვამის ორგანოები შეიძლება გამოყენებულ იქნას (შესაბამისი ნებართვის მიღების შემდეგ) გადანერგვის მიზნით. ტვინის სიკვდილის დაფიქსირების დრო რეგისტრირდება ნახევარსფეროების და ტვინის ღეროს ყველა ფუნქციის შეჩერება; ცნობიერების სრული დაკარგვა; ბუნებრივი სუნთქვის არარსებობა; ყოველგვარი მოძრაობის შეუძლებლობა, როგორც სპონტანურის, ასევე ძლიერ გამღიზიანებლებზე პასუხისაც; მკვეთრ სინათლეზე თვალის გუგების

რეაქციის უქონლობა, თვალის კაკლების უძრაობა და დაფიქსირება საშუალო მდგომარეობაში და სხვ.

ტვინის სიკვდილის გადამწყვეტი ნიშანია ღეროს სიკვდილი, სადაც სასუნთქი ცენტრია მოთავსებული. ამის გარდა, "ტვინის სიკვდილის" დიაგნოზის დასმის დროს ЭЭГ-ს დახმარებით დგინდება ტვინის ელექტრული აქტივობის უქონლობა და ანგიოგრაფიის დახმარებით ტვინის სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტა.

პირველი მიზეზი, რამაც განაპირობა ახალი კრიტერიუმის აუცილებლობა, ჰარვარდის კომისიამ ასე ჩამოაყალიბა: "სიცოცხლის შენარჩუნებისა და გამოცოცხლების საშუალებების სრულყოფამ წარმოშვა იმ ადამიანების გადარჩენის შანსი, რომლებიც უიმედოდ არიან დაშავებულნი. ზოგჯერ ამ ცდებს მოჰყვება წარმატება, მაგრამ მხოლოდ ნაწილობრივი. ინდივიდს გული ისევ უცემს, ტვინი კი შეუქცევადაა დაზიანებული. ასეთი ავადმყოფები მძიმე ტვირთად აწვებიან ოჯახს, საზოგადოებას და იმათაც, ვისთვისაც აუცილებელია საავადმყოფო საწოლები, რომლებიც უკვე დაიკავეს ამ კომატოზურმა პაციენტებმა".

შემდგომში ეს ახალი კრიტერიუმი დაკანონდა ამერიკაში, რისი საფუძველიც გახდა „მედიცინაში ეთიკური პრობლემებისა და ბიოსამედიცინო და ქცევითი გამოკვლევების შესწავლის საპრეზიდენტო კომისიის" დასკვნები.

1981 წელს ამ კომისიამ შემოგვთავაზა ფორმულირება ე.წ. "ტვინის სრული სიკვდილისა". მოცემულია სიკვდილის ორი კრიტერიუმი: 1. სისხლის მიმოქცევისა და სუნთქვის ფუნქციების შეუქცევადი შეწყვეტა; 2. მთლიანი ტვინის ყველა ფუნქციის შეუქცევადი შეწყვეტა, ტვინის ღეროს ჩათვლით. მოცემული კრიტერიუმებიდან პირველი ტრადიციულია, მეორე კი - ახალი.

ჰარვარდის კომიტეტის მიერ მოწოდებულმა სიკვდილის განსაზღვრებამ ფართო გავრცელება ჰპოვა და სადღეისოდ ყველაზე უფრო მისაღებ თვალსაზრისად ითვლება. იგი ბევრ ქვეყანაში დამკვიდრდა. რუსეთში იგი კანონმდებლობით დამტკიცდა 1992 წელს "რუსეთის ფედერაციის კანონში ადამიანის ორგანოთა და ქსოვილების ტრანსპლანტაციის შესახებ" (სტ. 9).

საქართველოში სიკვდილის კრიტერიუმად "ტვინის სიეკვდილი" გამოცხადდა 1999 წელს კანონით "საქართველოს კანონი ადამიანის ორგანოების, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილების აღებისა და გამოყენების შესახებ". მხედველობაში უნ-

და მივიღოთ, რომ "ტვინის სიკვდილის" დიაგნოზს მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში სვამს მაღალკვალიფიცირებულ სპეციალისტთა ბრიგადა. ჩვეულებრივ პირობებში კი ადრინდელ კრიტერიუმს იყენებენ. ინდივიდის სიკვდილის კრიტერიუმად ტვინის სიკვდილის გამოცხადებას ყველა როდი ეთანხმება. იგი კრიტიკას განიცდის ორი საწინააღმდეგო პოზიციის მხრიდან, ერთ-ერთ მათგანს შეიძლება ვუწოდოთ ტრადიციული, მეორეს - რადიკალური.

მოწინააღმდეგეთა აზრით, სიკვდილი, ისევე, როგორც სიცოცხლე, ბიოლოგიური ცნებაა და ამდენად შეიძლება განსაზღვრული იქნას "სიცოცხლის ნიშნების" არქონის საფუძველზე. ე.ი. ორგანიზმის მდგომარეობის წმინდა მეცნიერული ანალიზის საფუძველზე. ბიოლოგიური თვალსაზრისით სიკვდილი - ეს ის საბოლოო მდგომარეობაა, რითიც კვდომის პროცესი მთავრდება. როცა ბიოლოგი ამბობს, რომ ორგანიზმი მკვდარია, ის უბრალოდ იმაზე მიუთითებს, რომ ორგანიზმისათვის საჭირო და აუცილებელმა სასიცოცხლო სისტემებმა შეწყვიტა ფუნქციონირება. აქედან გამომდინარე, ამ ავტორთა აზრით, ორგანიზმი, რომლის სუნთქვა და სისხლის მიმოქცევა შესაბამისი აპარატურის წყალობით შენარჩუნებულია, ცოცხლად უნდა მივიჩნიოთ. ისინი აკრიტიკებენ ამერიკელი ბიოეთიკოსის ვითჩის პოზიციას, რომელიც სიკვდილს განსაზღვრავს როგორც ადამიანის ბუნებისათვის დამახასიათებელი თვისებების შეუქცევად დაკარგვას, უპირველეს ყოვლისა, ცნობიერებისა და სოციალურად მნიშვნელოვანი ურთიერთობების დაკარგვას. ამასთან დაკავშირებით, სპეციალისტები აღნიშნავენ, რომ ცნობიერება, რასაკვირველია, ადამიანის სიცოცხლის ღირებულების ერთ-ერთი განმსაზღვრელი პირობაა, მაგრამ ის მაინც არ არის აუცილებელი ადამიანის სიცოცხლისათვის. მათი აზრით, სიკვდილი არის არა ღირებულებითი (ეთიკური), არამედ ბიოლოგიური ცნება. ღირებულებითი და ბიოლოგიური მიდგომების ალრევამ, აცხადებენ ისინი, განაპირობა ჰარვარდის კომიტეტის პოზიცია - დაედგინა სიკვდილის ახლებური განსაზღვრა, რომელიც, მათივე აზრით, სინამდვილეში წარმოადგენს არა სიკვდილს, არამედ ორგანიზმის კვდომის ერთ-ერთ საფეხურს. ბიოლოგიური სიკვდილი, აღნიშნავენ ისინი, დგება ტვინის სიკვდილის და არა გულის გაჩერების ან სუნთქვის ცენტრის "გამოთიშვის" შემდეგ.

სიკვდილის ახალი კრიტერიუმის გარშემო დისკუსია მთელ მსოფლიოში ძალიან მწვავე ხასიათს იღებს. რაში მდგომარეობს ამ პოზიციათა არსი?

ტრადიციული გაგებით, ახალი კრიტერიუმი უარყოფილია რელიგიური და სოციალურ-ფსიქოლოგიური თვალსაზრისით. მთელ რიგ რელიგიებში ძირითადი არგუმენტი ის არის, რომ ადამიანის გულს განსაკუთრებული როლი აკისრია. ასე მაგალითად, გამოჩენილი რუსი ქირურგისა და მღვდელმსახურის ლუკა ეპისკოპოსის აზრით, გული წარმოადგენს უმაღლესი - არაგრძნობადი და არარაციონალური, არამედ ზერაციონალური სულიერი შემეცნების ორგანოს.

აქედან გამომდინარე, ძნელია მკვდრად ჩავთვალოთ ადამიანი, ვისაც ჯერ კიდევ უცემს გული.

სოციალურ-ფსიქოლოგიურ არგუმენტებში უმთავრესი აზრი ისაა, რომ ადამიანურ არსებას, რომელსაც "ტვინის სიკვდილის" დიაგნოზი დაესვა, გარკვეული დროის მანძილზე (რაც ჩვეულებრივ - 24 საათია) შეიძლება სუნთქვა და გულის ცემა შენარჩუნებული ჰქონდეს. თუ "ტვინის სიკვდილი" ბიოლოგიური სიკვდილის პროცესად ჩაითვლება, მაშინ ასეთი ადამიანი უნდა დავასაფლაოთ. რა გამოდის, უნდა დაიმარხოს ადამიანი, რომელიც ჯერ კიდევ სუნთქავს.

ამავე დროს, როგორც აღვნიშნეთ, ზოგიერთი ავადმყოფი ჩვეულებრივისაგან განსხვავებით 24 საათი კი არა თვეობით და წლობით ცოცხლობს. როგორ მოვიქცეთ?

ზოგიერთ ქვეყნებში კანონმდებლობით ნება დართულია უარის თქმა სიკვდილის კონსტატაციაზე ახალი კრიტერიუმის საფუძველზე, თუ პაციენტი ჯერ კიდევ ცოცხალია ძველი კრიტერიუმით ან პაციენტის ნათესავები არ ეთანხმებიან ამ კრიტერიუმს. ასეთი ნორმა ჩამოყალიბებულია დანიაში, ნიუ-იორკისა და ნიუ-ჯერსის შტატებში.

ტვინის სრული სიკვდილის ახალი კრიტერიუმის რადიკალური მოწინააღმდეგენი მიიჩნევენ, რომ ეს კრიტერიუმი სრულყოფილი არ არის მათი აზრით, ადამიანი გარდაცვლილად უნდა ჩაითვალოს არა მხოლოდ ტვინის სრული სიკვდილის შემდეგ (ქერქი და ღეროო), არამედ მაშინაც, თუ ტვინის ღერო ჯერ კიდევ ფუნქციონირებს, ანუ, თუ ადამიანი, როგორც პიროვნება, აღარ არსებობს, რადგან მას ცნობიერება შეუქცევადად აქვს დაკარგული.

ადამიანი სოციალურისა და ბიოლოგიურის ერთიანობაა, ის ბიოსოციალური არსებაა. ხოლო როცა "ტვინის სიკვდილის" შემთხვევაში სიცოცხლე, როგორც სუვერენული, ავტონომიური არსებობა ქრება, მაშინ ირღვევა სოციალურისა და ბიოლოგიურის ერთიანობა, ე.ი. ის, რაც შეადგენს ყოველი ადამიანის პიროვნებას. ამ შემთხვევაში ადამიანი მკვდა-

რია და აპარატი "ხელოვნური ფილტვები" გამორთვა, შესაძლოა, არც წარმოადგენდეს ევთანაზიას. აქ დგება წმინდა ეთიკური საკითხი: როდესაც დგინდება სიკვდილის გარდუვალობა და იწყება ადამიანის სიცოცხლის შეწყვეტის უფლების გამართლება, რეანიმატოლოგია ხომ არ შორდება ტრადიციულ სამედიცინო ჰუმანიზმს, შეიძლება თუ არა სრული მოცულობით გამოირიცხოს საექიმო შეცდომა? ცხადია, არა. რამდენად ზნეობრივია აღიარო იმის აუცილებლობა, რომელშიც სრული მოცულობით დარწმუნება შეუძლებელია? ამ კითხვებზე პასუხის გაცემა ადვილი არ არის. ყოველი ექიმი პატივისცემით უნდა იყოს განწყობილი არამარტო სიცოცხლისადმი, არამედ მოწიწების გრძნობა უნდა გააჩნდეს მიცვალებულის მიმართაც, რადგან სიკვდილი მხოლოდ შეწყვეტილი სიცოცხლეა, ყოფიერებიდან არაყოფიერებაში გადასვლაა. სიკვდილისადმი დამოკიდებულება მორალისადმი გარკვეული ნორმებით განისაზღვრება, რომლებიც ჰუმანიზმის განსახიერებას და გაგრძელებას წარმოადგენს.

ამერიკის საპრეზიდენტო კომისია თავის მოხსენებაში ერთმანეთს ადარებდა ამ ორ კრიტერიუმს. "უმაღლესი ტვინის" სიკვდილის კრიტერიუმად დაკანონება მან უარყო ორი ნაკლის გამო: 1. დღეისათვის არ არსებობს ისეთი ტესტები, რომლებიც საშუალებას მოგვცემდა საიმედოდ და ერთმნიშვნელოვნად მოგვეხდინა "უმაღლესი ტვინის" სიკვდილის კონსტატირება, უფრო მეტიც, უკანასკნელ წლებში გაჩნდა ცნობები იმის შესახებ, რომ მთელ რიგ შემთხვევაში შესაძლებელი ხდებოდა იმ პაციენტების გონზე მოყვანა, რომლებიც საკმაოდ დიდხანს იყვნენ კომატოზურ მდგომარეობაში. კომისიის მცირე არგუმენტი ასეთია: დღემდე ფილოსოფოსთა და, მით უფრო, რიგით ადამიანებს შორის უთანხმოება იმ საკითხზეა, თუ რა არის შემეცნება და რა არის პიროვნება. ამ მსჯელობის საფუძველზე დგინდება, რომ ძნელია მოიძებნოს სიკვდილის ისეთი კრიტერიუმი, რომელსაც ყველა ერთნაირად გაიგებს და გაიაზრებს.

სიკვდილის კრიტერიუმის ყველასათვის მისაღები ფორმულირების მოძებნა აუცილებელია, რადგან ორგანოთა ტრანსპლანტაციამ დღის წესრიგში დააყენა ჯერ კიდევ სიცოცხლის ნიშნების მქონე ადამიანებისაგან ორგანოების აღების პრაქტიკა, რაც თავის მხრივ, მრავალ ეთიკურ პრობლემას ქმნის.

1967 წელს, ე.ი. ერთი წლით ადრე, სანამ "ჰარვარდის კომიტეტი" "ტვინის სიკვდილის" კრიტერიუმს შეიმუშავებდა, კ. ბერნარდმა განახორციელა გულის გადანერგვის პირველი

ოპერაცია მსოფლიოში. ამ ფაქტს უდიდესი რეზონანსი ჰქონდა. სამედიცინო მეცნიერების უდიდესი მიღწევებით გამოწვეულ აღტაცებას თან სდევდა გაურკვევლობა და ტკივილის გრძნობა: ხდება ცოცხალი გულის გადანერგვა, რომელიც ჯერ ისევ ცემს, ხომ არ გახდა ერთი ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენა, მეორის სიკვდილის მიზეზი?

ამგვარად, ახალი მყარი კრიტერიუმის შემოღება აუცილებელია არამარტო იმისათვის, რომ შესაძლებელი იყოს სიკვდილ-სიცოცხლის ზღვარის გავლება და მკურნალობის გარკვეულ მომენტში შეწყვეტა, არამედ იმისთვისაც, რომ შექმნილიყო სამედიცინო, იურიდიული და მორალური საფუძვლები ტრანსპლანტაციის დროს გამოსაყენებელი ორგანოების ასაღებად.

§5. სიცოცხლისშემანარჩუნებელ თერაპიაზე უარის თქმის ეთიკური, რელიგიური და სამართლებრივი ასპექტები

ბიოსამედიცინო ლიტერატურაში ფართოდ განიხილება სასიცოცხლო თერაპიაზე უარის თქმის იურიდიული და ზნეობრივი ასპექტები. თუმცა ყოველ ადამიანს გააჩნია კონსტიტუციური უფლება განაგებდეს თავის საკუთარ სხეულს. ექიმს, რომელიც ავადმყოფს გადაუდებულ დახმარებას უწევს, უფლება აქვს უგულებელყოს პაციენტის სურვილი, რომლის კომპეტენტურობა ასეთ შემთხვევაში, როგორც წესი, დაქვეითებულია. ექიმს, ცხადია, უფლება აქვს უარყოს იმ პირების მოთხოვნა, რომელთაც ფსიქიკური მოქმედების დროებითი ან ხანგრძლივი მოშლა აღენიშნებათ. იურიდიული და მორალური თვალსაზრისით სასიცოცხლო თერაპიაზე უარის თქმა სუიციდის ტოლფასია, რადგან ორივე მოქმედება ერთნაირ შედეგს იძლევა.

სასიცოცხლო თერაპიაზე პაციენტის უარს გაგებით უნდა მოვეკიდოთ, იმისდა მიუხედავად, თუ რა მოსაზრებები უდევს მას საფუძვლად. საზოგადოების ინტერესები არ შეიძლება პიროვნების თავისუფლების შეზღუდვის საკმაო საფუძველი იყოს. პიროვნულ ავტონომიას, რელიგიურ თავისუფლებას ყველამ პატივი უნდა სცეს. განვიხილოთ ასეთი მაგალითი: ვთქვათ, საავადმყოფოში შემოვიდა კუჭის წყლულის მძიმე ფორმით დაავადებული პაციენტი, რომელსაც გადაუდებელი ოპერაცია ესაჭიროება. ის უარს აცხადებს ოპერაციაზე,

თუმცა კარგად ესმის, რომ ეს უარი ლეტალურ შედეგს გამოიწვევს. ავადმყოფი თავის უარს ასე ასაბუთებს: 1. რელიგიური რწმენა უკრძალავს მას სისხლის გადასხმას; 2. მას სიკვდილი სურს, რადგან გაკოტრდა და პირად ცხოვრებაში საშინელი მარცხი განიცადა; 3. რადგან მას, გარდა კუჭის წყლულისა, სხვა მტანჯველი და განუკურნებელი დაავადებები აწუხებს; 4. სასიცოცხლო თერაპიაზე უარი-ეს პროტესტის სიმბოლური აქტია მთავრობის მიერ გატარებული პოლიტიკის წინააღმდეგ. ყველა ეს არგუმენტი პატივისცემას იმსახურებს. სასიცოცხლო თერაპიაზე უარის თქმის იგნორირება შეიძლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ასეთი უარი მოდის იმ პიროვნებისაგან, რომელიც არასრულწლოვანი ან არაკომპეტენტურია.

მედიცინასა და ბიოლოგიაში მეცნიერულმა პროგრესმა დღის წესრიგში არა მარტო სიკვდილის დაფიქსირების და კრიტერიუმის დაზუსტების საკითხი დააყენა, არამედ იმ საშუალებების გამოყენების აუცილებლობის სათუობა, რომელსაც სიცოცხლის შესანარჩუნებლად იყენებს რეანიმატოლოგია, როდესაც პაციენტის ორგანიზმს სამუდამოდ აქვს დაკარგული ასეთი ამოცანის დამოუკიდებლად გადაწყვეტის უნარი. მორალურად რამდენად გამართლებულია ასეთი პაციენტების სიცოცხლის შენარჩუნების პრაქტიკა, კერძოდ, საჭიროა თუ არა ვეცადოთ გავუხანგრძლივოთ პაციენტს სიცოცხლე იმ შემთხვევაში, როდესაც: 1. მისი ცნობიერება შეუქცევადად დაკარგულია; 2. კვდება რა, ის განიცდის საშინელ ფიზიკურ ტანჯვას და ექიმები იძულებულნი არიან ყოველგვარი საშუალებებით შეინარჩუნონ მისი თითქმის უგონო მდგომარეობა; 3. ეს პაციენტი ახალშობილია, მისი ორგანიზმის ანატომიური დეფექტები ტოტალური და მოუშორებელია. მოკლედ, რომ ვთქვათ, ღირს კი ვიბრძოლოთ პაციენტის სიცოცხლის გადასარჩენად იმ დროს, როცა ის არსებითად უკვე მკვდარია და მასთან ურთიერთობა ჩვენ ნათლად გვარწმუნებს, რომ ჯობია ის მოკვდეს.

როგორც ბიოეთიკის ბევრ სხვა პრობლემას, სადღეისოდ ამ პრობლემასაც არა აქვს ერთადერთი და მკაფიოდ განსაზღვრული გადაწყვეტა.

მისი გადაწყვეტის ერთ-ერთი გზა ეყრდნობა ორდინარული და ექსტრა-ორდინარული (ზოგჯერ მათ "საგმიროს" უწოდებენ) მკურნალობის მეთოდების განსხვავებას. ამ თვალსაზრისის თანახმად, სავარაუდოა, რომ თუ სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მკურნალობისათვის საკმარისია ორდინარული

ზომები, მაშინ მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს. ხოლო თუ გვიხდება განსაკუთრებული, ექსტრაორდინარული ზომების მიღება, მაშინ მკურნალობის გაგრძელების ასეთი მკაცრი აუცილებლობა საჭირო არაა. ეს განსხვავება პირველად კათოლიკე ღვთისმეტყველებმა შეიმუშავეს ჯერ კიდევ რეანიმაციის თანამედროვე საშუალებების გაჩენამდე. მეორე პრობლემაა, როგორ შევაფასოთ პაციენტის უარი ქირურგიულ ჩარევაზე, როცა ეს მისი სიცოცხლის გადარჩენის ერთადერთი შანსია. ამასთან, ორდინარულ მეთოდებზე უარის თქმა შეფასებული იყო, როგორც მძიმე ცოდვა - თვითმკვლელობა, მაშინ როცა ის, ვინც უარს ამბობდა ექსტრაორდინარულ მეთოდებზე, თვითმკვლელად არ ითვლებოდა.

პაპის პიუ XVII მიმართვაში ექიმებისადმი 1957 წელს – ეს განსხვავება გამოყენებულ იქნა სიცოცხლისშემანარჩუნებელი მკურნალობის შეწყვეტის შესაძლებლობის დასასაბუთებლად (მაგალითად, ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის ან კარდიოსტიმულაციის). მიმართვაში აღნიშნული იყო, რომ დასაშვებია იმ მკურნალობის შეწყვეტა, რომელიც ექსტრაორდინარულ ძალისხმევას საჭიროებს, თუ აშკარაა, რომ ავადმყოფი უიმედოა. ეს თითქოს ეწინააღმდეგება ქრისტიანულ წარმოდგენას, რომ ადამიანი ღმერთმა შექმნა, ის ღვთის წყალობაა. სიცოცხლე ღმერთმა მოგვცა და ღმერთივე წაიღებს. მასში ჩარევის უფლება არა აქვს არც ავადმყოფს და არც სხვას.

თუმცა ზემოთმოყვანილი დაშვება მოცემულ შემთხვევაში არ გამორიცხავს იმ აზრს, რომ ისინი, ვინც ექსტრაორდინარულ "საგმირო" ზომებს იღებენ სიცოცხლის გახანგრძლივებისათვის, სწორედ რომ ღვთის ნებას არღვევენ.

1973 წელს ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის ყრილობამ მიიღო განცხადება, რომელშიც აკრძალული იყო "მკვლელობა თანაგრძნობის გამო" ან "ერთი ადამიანური არსების სიცოცხლის განზრახ შეწყვეტა მეორის მიერ". ამასთან მორალურად გამართლებულად ითვლება მკურნალობის შეწყვეტა იმ შემთხვევაში, როცა არსებობს უტყუარი მტკიცებანი იმისა, რომ მოახლოებულია ბიოლოგიური სიკვდილი და ამავე დროს პაციენტი ან მისი უახლოესი ნათესავები ექიმის ჩარევის შემდეგ, გადაწყვეტენ არ დაიწყონ ან შეწყვიტონ სიცოცხლის გაგრძელების ექსტრაორდინარული საშუალებების გამოყენება. თუმცა, აშკარა არც "ორდინარულისა" და "არაორდინარულის" ცნებებია. "ორდინარულის" ქვეშ ზოგჯერ გულისხმობენ ჩვეულებრივ მკურნალობას, "ექსტრაორ-

დინარულის“ ქვეშ კი არაჩვეულებრივ, მიღებული პრაქტიკიდან განსხვავებულ მკურნალობას. ამასთან, საუბარი შეიძლება იყოს იმაზე, რაც მიღებულია, ან პირიქით, არ არის მიღებული სამედიცინო პრაქტიკაში. ფხვ (ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის) აპარატის გამოყენება სიცოცხლისშემანარჩუნებელი საშუალების სახით, რაც გარკვეული პერიოდის წინ ექსტრაორდინარულ მეთოდად ითვლებოდა, ახლა შეიძლება ორდინარულად ჩაითვალოს. სხვა შემთხვევებში, ორდინარული განმარტებულია, როგორც უბრალო, ექსტრაორდინარული კი, როგორც რთული ან შესაბამისად, როგორც ბუნებრივი ან ხელოვნური, არაინვაზიური ან ინვაზიური, ძვირფასი ან არაძვირფასი.

თუმცა, ეს განსხვავება არაზუსტი და არსებითი ხასიათის მორალური დილემის შემცველია. ზოგიერთი ბიოეთიკოსი გვთავაზობს, რომ ორდინარული გავიგოთ, როგორც მორალურად სავალდებულო, გამოსაყენებლად აუცილებელი, არაორდინარული კი - როგორც ის, რაც შეიძლება გაკეთდეს ან არ გაკეთდეს, არჩევანის მიხედვით, რადგან იგი დაკავშირებულია გაუმართლებლად მაღალ რისკთან. მაგალითად, ვალდებულება შეიძლება განისაზღვროს პროფესიული სამედიცინო სტანდარტით, მაგრამ ზოგიერთ კონკრეტულ შემთხვევაში მისი ავტომატური გამოყენება არ შეიძლება. მაგალითად,, პნევმონიის (ფილტვების ანთების) ანტიბიოტიკებით მკურნალობა - საკმაოდ ორდინარული პროცედურაა, თუმცა, თუ პაციენტი განუკურნებელი სენით (მაგალითად, კიბოთი) არის დაავადებული და ამასთან მისი სიკვდილი მოახლოვებულია, მაშინ მოცემული მკურნალობის დაწყება ან არ დაწყება მორალურ არჩევანზე იქნება დამოკიდებული, ე.ი. ექსტრაორდინარული გადაწყვეტის სახით წარმოგვიდგება.

აუცილებელია აღვნიშნოთ, რომ ყველა ამ შემთხვევაში საუბარია არჩევანზე, რომელსაც ახორციელებს არა ექიმი, არამედ პაციენტი ან მისი ახლობლები. ანალოგიური ნორმა, რაც უფლებას აძლევს პაციენტს უარი თქვას მკურნალობაზე, მათ შორის სიცოცხლის შემანარჩუნებელზეც, მოცემულია მრავალი ქვეყნის, მათ შორის, რუსეთისა და საქართველოს კანონმდებლობაშიც. “მოქალაქეს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვთ უარი თქვან სამედიცინო ჩარევაზე ან მოითხოვონ მისი შეწყვეტა“.

ამასთან,, მოქალაქეს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს უნდა განემარტოს უარის შესაძლო შედეგები და ეს უარი დოკუმენტურად უნდა იყოს გაფორმებული. თუ გავითვალის-

წინებთ, რომ იგივე კანონის თანახმად, პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს ინფორმაცია საკუთარი დაავადების მოსალოდნელი ცუდი პროგნოზის შესახებაც, მაშინ გასაგებია ავადმყოფის სურვილი - დაეთანხმოს ან არ დაეთანხმოს სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მკურნალობის გაგრძელებას.

§6. ევთანაზია

როგორც აღვნიშნეთ, ევთანაზია ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს "კარგ სიკვდილს", "ბედნიერ სიკვდილს". "eu" ნიშნავს - კეთილი, კარგი, "thanatos". სიკვდილი. პირველად ეს ტერმინი ფრენსის ბეკონმა გამოიყენა. ბეკონი ევთანაზიაში მსუბუქ, უმტკივნეულო, ბედნიერ სიკვდილს გულისხმობდა. ჩვენს დროში ამ ტერმინს იყენებენ არა მარტო ბეკონისეული, არამედ სხვა მნიშვნელობითაც: 1. მათი სიკვდილის დაჩქარება, ვინც მძიმე ტანჯვას განიცდის; 2. "ზედმეტი", "უსარგებლო" ხალხის სიცოცხლის შეწყვეტა; 3. მომაკვდავ ადამიანებზე ზრუნვა (ბეკონისეული მნიშვნელობა), რომელიც ჩვენს დროში არ გამოიყენება. თუმცა ჯერ კიდევ 1826 წელს გერმანელმა ექიმმა კარლ მარქსმა გამოიყენა ტერმინი "ევთანაზია" და მასში გულისხმობდა "მეცნიერებას, რომელიც აკავებს მტანჯველ ტკივილს, ათავისუფლებს ტკივილისაგან და ყველაზე მძიმე და გარდუვალ წუთს ყველაზე მშვიდობიანს ხდის"; 4. ადამიანისათვის სიკვდილის შესაძლებლობის მინიჭება.

პირველყოფილი საზოგადოებისთვის მოხუცების ან ავადმყოფების მოკვდინება ჩვეულებრივ ნორმას წარმოადგენდა. ხოლო მომთაბარე ტომებს ადგილმდებარეობის შეცვლისას თან არ მიჰყავდათ ისინი, რაც შეესაბამება ზემოთმოყვანილი ჩამონათვალის მეორე და მეოთხე მნიშვნელობებს. ასევე კარგადაა ცნობილი ძველბერძნული სპარტის ჩვეულება, სადაც სუსტ, ავადმყოფ ბიჭუნებს (ზოგჯერ გოგონებსაც კი) უფსკრულში აგდებდნენ. მთლიანობაში ეს საქციელი არ ეწინააღმდეგებოდა საზოგადოებრივ წარმოდგენებს სხვა ძველებურ პოლისებშიც. მაგალითად, პლატონი "სახელმწიფოში" წერდა, რომ მედიცინა მოწოდებულია იზრუნოს მხოლოდ სხეულისა და სულის ჯანმრთელობაზე. არ არის საჭირო დავაბრკოლოთ ფიზიკურად სუსტი ადამიანის სიკვდილი, ხოლო ბილწი სულისანი საკუთარ თავს დაიღუპავენ. ძველ საბერძნეთში მხარს უჭერდნენ და აქებებდნენ იმათ თვით-

მკვლელობას, ვინც სამოც წელს მიაღწევდა. ასევე სოკრატე და პლატონიც ამართლებდნენ ძალიან სუსტების და მძიმე ავადმყოფების მოკვდინებას, მათი თანხმობის გარეშეც კი. მათი აზრით, თუ ადამიანი თავისი სისუსტის გამო მძიმე ტვირთად აწვება საზოგადოებას, მაშინ თავის მოკვლა მისი მორალური მოვალეობაა.

აღსანიშნავია, რომ არისტოტელე და პითაგორელები მძიმედ დაავადებულთა მოკვდინების წინააღმდეგნი იყვნენ. "ბიოეთიკის ენციკლოპედიის" თანახმად, სწორედ პითაგორელთა შეხედულებებმა ჰპოვა ასახვა ჰიპოკრატეს "ფიცში". ქრისტიანობამ იუდაიზმისაგან მიიღო წარმოდგენა ადამიანის სიცოცხლეზე, როგორც ღვთის წყალობაზე და თავიდანვე გამოვიდა თვითმკვლელობის წინააღმდეგ, გამონაკლისს არც ტანჯვით გამოწვეული თვითმკვლელობა წარმოადგენდა. ტანჯვა გააზრებული იყო, როგორც ინდივიდის ხვედრი, რომელიც ადამიანმა უნდა მიიღოს ღირსეულად, გმირულად. ტკივილისა და სიკვდილის წინაშე ადრინდელი ქრისტიანები ითვისებდნენ ქრისტეს მცნებას: "ჩემი ნება არაა, მაგრამ შენი იყოს". ნეტარმა ავგუსტინემ (IV-V ს.ჩვ.წ.) არისტოტელეს შემდეგ დაგმო თვითმკვლელობა აუტანელი ტკივილის შემთხვევაშიც კი, როგორც ლაჩრობის, ნებისყოფის სისუსტის გამოვლინება.

ასევე თვითმკვლელობისა და ევთანაზიის კატეგორიული წინააღმდეგი იყო თომა აქვინელი (1225-1274). ის თვლიდა, რომ თვითმკვლელობა და ევთანაზია ბუნების კანონების, საზოგადოებრივი კეთილდღეობის, ქრისტიანული ტრადიციის საწინააღმდეგოა და არღვევს ღმერთის სუვერენულ უფლებას განაგოს ადამიანის სიცოცხლეს.

ასეთი პოზიცია არსებობდა აღორძინების და განმანათლებელთა ეპოქამდეც. პირველ ხანებში მას მხარს უჭერდა პროტესტანტული მსოფლმხედველობაც, თუმცა სხვაგვარად დასაბუთებული: თვითმკვლელობა არ ითვლება მიუტევებელ ცოდვად, მაგრამ ამასთან მტკიცდება, რომ გადაწყვეტილება სულის მარადიულობაზე ეკუთვნის მარტო ღმერთს და შესაბამისად, მხოლოდ ღმერთს შეუძლია განიკითხოს თვითმკვლელი. მოგვიანებით პროტესტანტიზმში გამოითქვა აზრი, რომ ზოგჯერ თვითმკვლელობა ფსიქიკური გაუწონასწორებლობის რეზულტატს წარმოადგენს. ფრენსის ბეკონის აზრით, "ექიმები ბევრ დაავადებას განუკურნებლად მიიჩნევენ. აქედან გამომდინარე, ექიმები უსამართლოდ წირავენ სასიკვდილოდ ბევრ ავადმყოფს, მაგრამ, საბედნიეროდ, მათი დიდი ნაწილი

ექიმებისაგან დამოუკიდებლად ჯანმრთელდებიან. მტკიცება, რომ ეს დაავადებები განუკურნებელია, თითქოს გულგრილობის, დაუდევრობის უფლებას იძლევა და ამით უმეცრებას შერცხვენისაგან იცავს". ბეკონის აზრით, აუცილებელია მედიცინაში სპეციალური მიმართულების დაარსება, რომელიც უზრუნველყოფს განუკურნებელი, მომაკვდავი ავადმყოფების ეფექტურ დახმარებას და ტანჯვის შემსუბუქებას, რომ თვით სიკვდილი შედარებით მსუბუქი და მშვიდი გავხადოთ...

ცნობილი გერმანელი ექიმი გუფელანდი (1762-1836) კიცხავდა ექიმებს, რომლებსაც ეზიზღებოდათ მომაკვდავი ავადმყოფი და მოუწოდებდა მათ არ მიეტოვებინათ ეს უკანასკნელნი სიკვდილამდე, რათა მათთვის ტანჯვა შეემსუბუქებინათ. ასევე გერმანელი ექიმის ი. რეილის (1759-1813) სიკვდილის შემდეგ, გამოქვეყნდა მისი ნაშრომი ევთანაზიაზე, სადაც ავტორი მიუთითებდა, რომ ექიმის მოვალეობაა ნებისმიერი ავადმყოფის ტანჯვის შემსუბუქება. XIX საუკუნეში ბეკონის ექიმებისადმი მოწოდებანი მომაკვდავებისათვის დახმარების გაწევის აუცილებლობის შესახებ, ეთიკურ ნორმად იქცა.

XIX საუკუნის ბოლომდე მსგავსი მსჯელობანი საზოგადოების ინტერესს არ იწვევდა. დაახლოებით ასი წლის წინ რელიგიურობის დაცემისა და ევოლუციური თეორიის გავრცელების პირობებში ვრცელდება მოსაზრებები ნებაყოფლობითი ევთანაზიის შესახებ - პიროვნების უფლებაზე დაასრულოს საკუთარი სიცოცხლე, როდესაც განუკურნებელი დაავადება სიცოცხლეს ტანჯვად აქცევს და ახლობლებისთვისაც ვერანაირი სარგებლობა ვერ მოაქვს. ამ დროს ინგლისსა და ამერიკაში განიხილავდნენ ავადმყოფის უფლებას - მიმართოს ექიმს თხოვნით სიკვდილის დაჩქარების ან სიცოცხლის შეწყვეტის შესახებ. ამასთან ექიმის როლი განისაზღვრებოდა ზუსტი დიაგნოსტირების აუცილებლობასა და მომაკვდინებელი პრეპარატების მიწოდებაში.

რუსეთში XX საუკუნის დასაწყისში ჩამოყალიბდა "ფარული საზოგადოებები", რომლებიც მედიკამენტოზური საშუალებებით აჩქარებდნენ უიმედო ავადმყოფების სიკვდილს ნათესავებთან შეთანხმების შემდეგ. გამოჩენილი რუსი ადვოკატი ა.ფ. კონი ევთანაზიას შემდეგ პირობებში მიიჩნევდა დასაშვებად: "ავადმყოფის შეგნებული და დაჟინებული მოთხოვნით: თუ შეუძლებელია შეუმსუბუქო ტკივილები და ტანჯვა ავადმყოფს; თუ სიცოცხლის გადარჩენა შეუძლებელია და არსებობს ამის უდავოდ დამადასტურებელი მონაცემები, რომელსაც ექიმთა კოლეგია დაადასტურებს და თუ ამის შესა-

ხებ წინასწარ შევატყობინებთ პროკურატურას“. აღსანიშნავია, რომ იმ ქვეყნებში, სადაც აქტიური ევთანაზია დაკანონდა (ჰოლანდია, ავსტრალია-ნაწილობრივ) იგი ნებადართულია სწორედ ამ პირობების დაცვის შემთხვევაში. 1922 წელს რუსეთში სისხლის სამართლის კოდექსით დაკანონდა ადამიანის მოკვდინება თანაგრძნობის მიზნით, მაგრამ მალევე ეს სამართლებრივი ნორმა ლიკვიდირებულ იქნა.

XX საუკუნის პირველ ნახევარში ნაცისტურ გერმანიაში ევთანაზია ხორციელდებოდა მასობრივი მასშტაბით ბოროტი მიზნით. ევთანაზიის სახელმწიფო პოლიტიკა ძალდატანებით ხორციელდებოდა და იგი მიმართული იყო იმათ წინააღმდეგ, ვინც საზოგადოებისათვის “ეკონომიკურ ტვირთს“ წარმოადგენდა. მეცნიერები და ექიმები “რასობრივი ჰიგიენის“ ფართო პროპაგანდას ეწეოდნენ. მათი ზეგავლენით, ჰიტლერმა 1939 წელს, გამოსცა ბრძანებულება იმ ბავშვების რეგისტრაციის შესახებ, რომლებიც დაავადებულნი იყვნენ მონღოლოიდურობით, ჰიდროცეფალიით, ცერებრული დამბლითა და სხვადასხვა სიმახინჯეებით. მათგან ხუთი ათასს ჩაუტარეს ევთანაზია – ფენობარბიტატის ჭარბი დოზა მიაღებინეს. მეორე ბრძანებულების საფუძველზე, შემდგომ თვეებში, ევთანაზიის მიზნით გაზის კამერებში მოათავსეს ათი ათასობით მოზარდი და უფროსი ასაკის ადამიანი გონებრივი აშლილობებით. ნაცისტების მიერ ჩატარებული ექსპერიმენტები არასრულფასოვანი და ავადმყოფი ბავშვების მოსაკვდინებლად მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციამ დაგმო ფაშიზმის დამარცხების შემდეგ. საზოგადოებრივმა აზრმა მთელ მსოფლიოში უარყო ევთანაზია, როგორც ჰუმანურობის წინააღმდეგ მიმართული ქმედება. მაგრამ 15-20 წლის გასვლის შემდეგ ევთანაზიის საკითხი ისევ აქტუალური გახდა, რისი მიზეზიც სიცოცხლისშემანარჩუნებელი ტექნოლოგიების განვითარება გახდა. ისევ დაიწყო საზოგადოებრივი მოძრაობა “უფლება ღირსეულ სიკვდილზე“.

ბიოსამედიცინო ეთიკის ძირითადი პრინციპები, რომელსაც ევთანაზიის შესახებ თანამედროვე დისკუსიებში იყენებენ არის პიროვნების ავტონომიის პატივისცემის პრინციპი და ჰიპოკრატეს პრინციპი “არ ავნო“. პირველი მათგანი გულისხმობს, რომ გადაწყვეტილება ევთანაზიაზე უნდა მიიღოს პაციენტმა (ან მისმა ახლობლებმა); პაციენტი უნდა იყოს კომპეტენტური; ადგილი არ უნდა ჰქონდეს ძალადობას. აქ აუცილებლად უნდა გავიაზროთ საკითხი, საჭიროა თუ არა ასეთი “ავტონომია“ ან რამდენად შეგნებულად შეიძლება ჩა-

ითვალოს პაციენტის არჩევანი (გადაწყვეტილება), რომელიც კრიტიკულ მდგომარეობაშია. პრინციპი "არ ავნო" განხილულ უნდა იქნას პაციენტისათვის ზიანის მიყენების მინიმალილური პოზიციიდან. ამასთან საკითხის სირთულე იმაში მდგომარეობს, რომ გავარკვიოთ რა წარმოადგენს ბოროტებას ამ შემთხვევაში: გავუხანგრძლივოთ სიცოცხლე ავადმყოფს და იტანჯოს, თუ მივცეთ საშუალება "დაისვენოს", როცა მისი სიცოცხლის ახლო დასასრული მაინც მოახლოებულია.

ტერმინი "ევთანაზია" დეტალიზაციას მოითხოვს, რადგან ის ასახავს ამ მოვლენის სხვადასხვა ფორმას. კერძოდ, არსებობს აქტიური და პასიური ევთანაზია. აქტიურია ევთანაზია, თუ ხდება წინასწარგანზრახული ჩარევა პაციენტის სიცოცხლის შეწყვეტის მიზნით; მაგალითად, მედიკამენტების გამოყენება, რომელიც ლეტალურ ეფექტს იძლევა. პასიური ევთანაზიის დროს სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მკურნალობის შეწყვეტა ხდება ან საერთოდ არ იწყებენ მკურნალობას. პასიურ ევთანაზიად უნდა განვიხილოთ ყველა შემთხვევა, როცა ავადმყოფს სამკურნალო დაწესებულებიდან წერენ, როგორც უიმედოს და განუკურნებელს, იმისდა მიუხედავად, ეს პაციენტის ნებით ხდება თუ სამედიცინო პერსონალის ინიციატივით. ასეთი შემთხვევები კი, საკმაოდ ხშირია სამედიცინო პრაქტიკაში. ხშირად ხდება იმის აღიარება, რომ "მედიცინა უძლურია". მორალური თვალსაზრისით, მკურნალობაზე უარის ანალიზისას მნიშვნელოვანია განსხვავება სიტუაციებს შორის, როცა იღებენ გადაწყვეტილებას —არ დაიწყონ მკურნალობა და როცა წყდება უკვე დაწყებული მკურნალობა. პირველ შემთხვევაში, შეიძლება დარღვეულ იქნას მოვალეობა (მას უწოდებენ "პოზიტიურ მორალურ ვალდებულებას") -გადავარჩინოთ, ან არ მივცეთ სიკვდილის საშუალება, მეორეში კი ("ნეგატიური მორალური ვალდებულება") - არ მოვაკვდინოთ. ინტუიციურად გასაგებია, რომ მეორე ვალდებულება უფრო ძლიერია, ვიდრე პირველი: ადამიანს არ სჭირდება რაიმე სპეციფიკური ძალისხმევა, რომ არ მოკლას ახლობელი. პირიქით, იმისათვის, რომ ადამიანმა შეძლოს ვინმეს გადარჩენა, მას დასჭირდება შესაძლებლობის ზღვრამდე მისული ძალისხმევა: უფრო მეტიც, ამ მიმართულებით ექიმს გააჩნია სპეციალური პროფესიული ვალდებულება, რამდენადაც ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენა - მისი დანიშნულებაა (აქ უკვე მოქმედებს პრინციპი "აკეთე სიკეთე"). ასე რომ, თუ პირველ შემთხვევაში ჩვენ შემოვიფარგლებით იმით, რომ არაფერს ვაკეთებთ, მეორეში ხდება რაღაც მოქმედების ჩატარება - მაგალითად,,

რესპირატორის გამორთვა. თუ განვაზოგადებთ, შეიძლება ითქვას, რომ მორალური ტვირთი, რაც ექიმს აწევს, მეორე შემთხვევაში უფრო მძიმე იქნება. თუმცა მოქმედებასა და უმოქმედობას შორის ამ განსხვავების აბსოლუტიზირება არ ღირს. მაგრამ თუ ექიმს სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მკურნალობის დაწყების შიში ექნება, რომ არ ჩავარდეს ისეთ სიტუაციაში, როცა აპარატურის გამორთვის ტვირთი მას დააწვება მხრებზე, ეს შეიძლება უფრო მეტ ბოროტებას წარმოადგენდეს იმ პაციენტთა მიმართებაში, რომელებსაც ასეთი მკურნალობა ნამდვილად დაეხმარებოდა.

თუ მკურნალობაზე უარის თქმის ზოგიერთ ფორმებს, რომელსაც პაციენტის სიკვდილამდე მივყავართ, ვურიგდებით როგორც გარდაუვალ ბოროტებას, აქტიური ევთანაზიის წინააღმდეგ მორალური ხასიათის არა მხოლოდ საკმაოდ მძიმე არგუმენტები არსებობს. უფრო მეტიც, მთელ ქვეყანებში იგი კანონითა არის აკრძალული. აქტიური ევთანაზიის პრობლემატურობიდან გამომდინარე უფრო დაწვრილებით განვიხილოთ ეს საკითხი. აქტიური ევთანაზიის სამ ფორმას გამოყოფენ: მკვლელობას თანაგრძნობის გამო, ნებაყოფლობით აქტიურ ევთანაზიას და თვითმკვლელობას ექიმის დახმარებით. პირველ შემთხვევაში სიცოცხლე, რომელიც პაციენტისათვის ტანჯვას წარმოადგენს, ასე თუ ისე წყდება მეორე ადამიანის, მაგალითად ექიმის მიერ; ამასთან არა აქვს მნიშვნელობა კეთდება თუ არა ეს გატანჯული პაციენტის თანხმობით (შემთხვევები როცა პაციენტი უგონოდაა). მეორე და მესამე შემთხვევაში პირიქით, ნამდვილად გვაქვს პაციენტის თანხმობა. განსხვავება კი ევთანაზიის ამ ორ ფორმას შორის იმაში მდგომარეობს, რომ მეორე შემთხვევაში ექიმი ავადმყოფის თხოვნით უკეთებს მას სასიკვდილო ინექციას, მაშინ როცა მესამე შემთხვევაში, ექიმი ავადმყოფს ხელში გადასცემს საშუალებას, რომელიც მას დაეხმარება თავის მოკვლაში. ასეთი საქმიანობით ფართოდაა ცნობილი სომხური წარმოშობის ამერიკელი ექიმი ჯეკ გევორქიანი - "ექიმი სიკვდილი", რომელმაც ამ ქვეყნიდან ბევრი პაციენტი გაისტუმრა სწორედ ასეთი "გულმოწყალებისა და ჰუმანური მოსაზრებების" გამო. მან შექმნა მოწყობილობა, რომელიც იწვევს პაციენტის სიკვდილს მხოლოდ მაშინ, როცა თვით პაციენტი აამოქმედებს მას. სწორედ ამიტომ ხელისუფლება ვერ ახერხებს მის დაპატიმრებას. მიჩიგანის შტატში ევთანაზია კანონით არ იკრძალება.

2001 წლის გაზაფხულზე ჰოლანდიაში ევთანაზიის ოფიციალურად დაკანონებას მსოფლიო საზოგადოებრიობის

მკვეთრად უარყოფითი რეაქცია მოჰყვა. თუმცა, XX საუკუნის 90-იანი წლების დასაწყისიდან ამ გზით ჰოლანდიაში უკვე 16000 მეტი პაციენტია "დასვენებული".

უკანასკნელ ხანს მკვეთრად გაიზარდა ცალკეული საზოგადოებრივი მოძრაობების აქტიურობა, რომლებიც ევთანაზიის ლეგალიზაციის დაკანონებას მოითხოვენ. ასე მაგალითად, ამერიკაში მოქმედებს საზოგადოება "ხემლოკი" (ციკუტა), რომელიც ქვეყნის სხვადასხვა შტატებში კანონმდებლობის შეცვლის აგიტაციას ეწევა იმ მიზნით, რომ ექიმებს ნება დართონ თვითმკვლელობის დროს დახმარება გაუწიონ პაციენტს. რამდენიმე წლის წინ, მთელი რიგი წარუმატებლობის შემდეგ, ამ საზოგადოების მომხრეთა მიერ ინიცირებულ რეფერენდუმზე ორიგონის შტატში მათ შეძლეს გამარჯვების მიღწევა. თუმცა, დიდი ხნის განმავლობაში მათ მიღებული კანონის გამოყენება ვერ მოახერხეს. აქ ორი დაბრკოლებაა: ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის პოზიცია, რომელიც კატეგორიულად უკრძალავს ექიმებს თვითმკვლელობისათვის ხელის შეწყობას ("ექიმები არ უნდა იყვნენ ჯალათები") და ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის ანალოგიური პოზიცია. საქმე იმაშია, რომ მიღებული კანონის თანახმად ფსიქიატრმა აუცილებლად უნდა დაადასტუროს, რომ ავადმყოფის ფსიქიკური მდგომარეობა შესაძლებლობას იძლევა თუ არა, რომ მან მიიღოს გაცნობიერებული გადაწყვეტილება აშშ-ში მოქმედი კანონმდებლობით, ამერიკის ექიმთა სამედიცინო ასოციაციას და ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციას აკრძალვების დარღვევა პრაქტიკის გაგრძელების შესაძლებლობას არ იძლევა. ზოგიერთი კრიტიკოსი ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის პოზიციაში ფარულ ფინანსურ ინტერესს ხედავს. ამ კანონის მიხედვით მხოლოდ 1998 წელს ჩატარდა ორიგონში ევთანაზია.

საინტერესო მონაცემები გამოაქვეყნა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ. სოციალური გამოკითხვები, რომლებიც ბევრ ქვეყანაში ჩატარდა, ადასტურებს, რომ ევთანაზიის ლეგალიზაციას ექიმები და სამედიცინო პერსონალი უფრო ნეგატიურად აფასებს, ვიდრე მთლიანად მოსახლეობა. ასეთივე განსხვავებაა ახალგაზრდა ექიმებსა და ძველ თაობას შორის. ახალგაზრდები უფრო დასაშვებად მიიჩნევენ ევთანაზიას, ვიდრე უფროსები. ეს შეიძლება იმის საბაბი გახდეს, რომ მომავალში ექიმები ევთანაზიას უფრო მოთმინებით მოეკიდებიან. როგორი დამოკიდებულებაა ევთანაზიისადმი საქართველოში?

საქართველოს კანონმდებლობით სამედიცინო პერსონალის მეშვეობით ევთანაზიის განხორციელება აკრძალულია.

აქტიური ევთანაზია ისჯება სისხლის სამართლის კანონმდებლობით. თუმცა პასიურ ევთანაზიას ამა თუ იმ ფორმით, ხშირად აქვს ადგილი (შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფი უარს აცხადებს მკურნალობაზე ან არა აქვს მატერიალური საშუალება ჩაიტაროს სათანადო გამოკვლევა და მკურნალობა, ან როდესაც ექიმი უიმედო ავადმყოფს სტაციონარიდან გამოწერს და ა.შ.).

ევთანაზიის აქსიოლოგური ბუნების გარკვევისას უნდა გავითვალისწინოთ კულტურული ღირებულებები, რომელიც ამა თუ იმ ქვეყანას გააჩნია. განსხვავებული კულტურები კი განსხვავებული აქსიოლოგიური ორიენტაციებით ხასიათდება, სწორედ ეს ფაქტორი განსაზღვრავს ქართული საზოგადოების ჰუმანურ პოზიციას ევთანაზიის პრობლემისადმი.

ჩვენ გამოვიკვლიეთ საქართველოს მოსახლეობის სხვადასხვა ფენისა და ასაკობრივი ჯგუფის დამოკიდებულება ევთანაზიის ლეგალიზაციისადმი. ამ მიზნით კვლევას ვაწარმოებთ 1995 წლიდან. კვლევის მეთოდს ანკეტური გამოკითხვა წარმოადგენდა. გამოკითხულია 3000-მდე მოქალაქე. რესპოდენტთა დაახლოებით 90%-ს - თბილისის სახ. სამედ. უნივერსიტეტის სტუდენტები წარმოადგენდნენ, 7%-ს - პრაქტიკოსი ექიმები, 3%-ს არასამედიცინო განათლების მქონე მოქალაქენი. გამოკითხულთაგან აქტიურ ევთანაზიას მხარს უჭერს 7,5%, პასიურ ევთანაზიას - 23,7%-ს. ევთანაზიის მომხრეთა რიცხვი უფრო მეტია სტუდენტთა შორის. ყველაზე დაბალია არასამედიცინო განათლების მქონე ადამიანთა შორის. განსაკუთრებით აღსანიშნავია 70 წელს გადაცილებულ რესპოდენტთა აზრი: ისინი საერთოდ უარყოფენ ევთანაზიის დაშვების შესაძლებლობას. აქტიური ევთანაზიის მომხრეთა რაოდენობა მკვეთრად მაღალია, როცა საქმე ეხება სერიოზული დეფექტებით დაავადებულ ახალშობილებს. ამ შემთხვევაში აქტიური ევთანაზიის მომხრეთა რიცხვი დაახლოებით 22%-ს შეადგენს, პასიური ევთანაზიის - 35%-ს - წინააღმდეგია 43%. გამოკითხულ ექიმთა 44% ევთანაზიის მომხრეა, თუ საქმე გვაქვს "ტვინის სიკვდილთან", როცა ცნობიერება შეუქცევადად დაკარგულია და ადამიანი, როგორც სოციალური არსება ფაქტობრივად აღარ არსებობს.

შედარებისთვის: აშშ-ში 1997 წელს ჩატარებული გამოკითხვის შედეგების მიხედვით 66% ეთანხმებოდა ევთანაზიას, ამა თუ იმ ფორმით, ხოლო რუსეთის ფედერაციაში გამოკითხულ ექიმთა 53%.

ევთანაზიის საწინააღმდეგო არგუმენტთაგან ყველაზე

მეტად ფიგურირებს რელიგიური მოტივაცია "არა კაც ჰკლა", მეორე ადგილზეა საექიმო ჰუმანიზმი, რომლის უმთავრესი პრინციპია "არ ავნო".

დასასრულს შევეცადოთ შევაჯამოთ ევთანაზიის მომხრეთა და მოწინააღმდეგეთა არგუმენტები. ისინი, ვინც ევთანაზიის ლეგალიზაციას უჭერენ მხარს, თავიანთ პოზიციას შემდეგი არგუმენტებით ასაბუთებენ:

1. ადამიანს უნდა ჰქონდეს თვითგამორკვევის უფლება ანუ მას უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა გააკეთოს არჩევანი, გააგრძელოს სიცოცხლე თუ შეწყვიტოს ის.

2. ადამიანი დაცული უნდა იყოს მტკივნეული და არაჰუმანური მკურნალობისაგან.

3. ადამიანს აქვს უფლება იყოს ალტრუისტი. თავიდან ააცილოს ახლობლებს და ოჯახის წევრებს ტანჯვა, უაზრო ფინანსური ხარჯები და შრომა, რომლის შედეგიც ნულია. ამავე დროს შესაძლებელია ეს რესურსები გამოყენებული იქნას სხვა ადამიანისათვის, ვისი გადარჩენაც ნამდვილად შეიძლება.

4. არსებობს "ეკონომიკური" არგუმენტიც. ზოგჯერ ამტკიცებენ, რომ განწირულთა მკურნალობა და მოვლა-პატრონობა საზოგადოებას დიდ ტვირთად აწევს, რომლის გამოყენებაც შესაძლებელი იქნებოდა უფრო რაციონალურად, თუ ევთანაზია დაკანონდებოდა. აქვე უნდა აღვნიშნოთ შემდეგი: ამგვარი არგუმენტიც ძალიან ახლოსაა ნაცისტების მოსაზრებასთან, რომელზე დაყრდნობითაც ახორციელებდნენ თავიანთ არაადამიანურ პროგრამებს "ნაციის გაჯანსაღებისათვის"; რომ არაფერი ვთქვათ იმაზე, რომ ეკონომიკური მოსაზრებანი ყოველთვის არ წარმოადგენს მისაღებ საბაბს მორალური პროგრამების განხილვისას.

შთამბეჭდავია ევთანაზიის საწინააღმდეგო არგუმენტები. ევთანაზიის ლეგალიზაციის წინააღმდეგ გამოდის უამრავი სამედიცინო ასოციაცია, გაერთიანება და კორპორაცია. მისი წინააღმდეგია საღად მოაზროვნე ადამიანთა დიდი უმრავლესობა.

1. ავადმყოფთა უმრავლესობათაგან ნებაყოფლობით სიკვდილის მოთხოვნა ძირითადად მოტივირებულია აუტანელი ტკივილებით, ე.ი. ეს თხოვნა გამოწვეულია იძულებით და არა ობიექტური მდგომარეობით. საკმარისია მათ ტკივილი მოვუხსნათ, რომ სიკვდილის მოთხოვნა თავისთავად მოიხსნება.

2. მედიცინის განვითარების ტემპები, ახალი ტექნოლოგიები და საშუალებები ავადმყოფთა გადასარჩენად ადასტურებს, რომ ბევრი დაავადება, რომელიც განუკურნებლად ითვლებოდა, დღეს ექვემდებარება მკურნალობას. ამიტომ ევთა-

ნაზია ამ მოტივით, დაუშვებელია.

3. ევთანაზიის ლეგალიზაცია მიუღებულია რელიგიური თვალსაზრისით. "არა კაც კლა" და "გიყვარდეს თავი შენი" ის უმთავრესი ზნეობრივი პოსტულატებია, რაზეც ქრისტიანული (და არა მარტო ქრისტიანული) მორალია აგებული.

4. ევთანაზია მიუღებელია ზნეობრივი თვალსაზრისითაც. ყოველი ადამიანის სიცოცხლე უნიკალური და განუმეორებელია და ექიმი მოვალეა ბოლო წუთამდე ყველა საშუალებების გამოყენებით იბრძოლოს მისი გადარჩენისათვის. მედიცინამ (რეანიმატოლოგიამ) დაამტკიცა, რომ სიკვდილი, როგორც სიცოცხლის შედეგი, გარდუვალია, მაგრამ დროში წინასწარ განსაზღვრული არ არის. ამიტომ სიკვდილთან ბრძოლა შეიძლება და ამას აკეთებს კიდეც რეანიმატოლოგია, რომელსაც, თუ დროულად ჩაერია კვდომის პროცესში, შეუძლია შეაჩეროს ის და ადამიანი სიცოცხლეს დაუბრუნოს.

5. კატეგორიულად მიუღებლად მიგვაჩნია სერიოზული დეფექტების მქონე ახალშობილთა ევთანაზია; რადგან ის წარმოადგენს არსებას, რომელსაც სიცოცხლის უფლება აქვს. მათი ევთანაზია ამორალურია, ხოლო ოჯახის, სამედიცინო პერსონალისა და საზოგადოების ინტერესების გათვალისწინების აუცილებლობაზე მითითება არადამაკმაყოფილებლად მიგვაჩნია.

წმინდა პრაქტიკული თვალსაზრისით შესაძლებელია გამართლებული იყოს დეფექტური და "უპერსპექტივო" მოზარდებისაგან "გათავისუფლება", მაგრამ რა ჰუმანური მოსაზრებითაც არ უნდა ამოვდიოდეთ, ამის გაკეთება არ შეიძლება. საზოგადოებამ უნდა მოიფიქროს, თუ როგორ უნდა მოექცეს ასეთ ბავშვებს და იფიქროს მათ კვებაზე, მოვლაზე, დასაქმებაზე და ა.შ., როდესაც გადაწყვეტილებას მიიღებ ადამიანის მოკვლაზე (სხვა სახელს ამას ვერ დაარქმევ), პირველ რიგში, საკუთარ თავს და სინდისს ვუმზადებთ სამუდამო სასჯელს - იტანჯებოდე მუდმივი დანაშაულის გრძნობით.

როდესაც გადაწყვეტილებას მიიღებ დეფექტური ახალშობილის ევთანაზიაზე ანუ, თუ დავუშვებთ საერთოდ ევთანაზიას, ვერ შეეჩერდებით მხოლოდ ამ კატეგორიაზე. დღის წესრიგში დადგება ფსიქიკური ავადმყოფების, ღრმად მოხუცების (გერიატრული ავადმყოფების), ინვალიდების და სხვათა თავიდან მოშორების საკითხიც.

საზოგადოებრივი მორალის საზომად კი ყოველთვის ასეთი კატეგორიის ადამიანებთან დამოკიდებულება ითვლებოდა ანუ იმ ტვირთის ტარების სურვილი, რომელსაც საზოგადოება ნებაყოფლობით და უსასყიდლოდ იღებს თავის თავზე,

როცა მათ არსებობას უზრუნველყოფს.

ასეთი სახის საშიშროება რომ სრულიად რეალურია, ამას ადასტურებს ამ იდეის წინასწარი განხილვაც. მოსაკვდინებელთა შორის ასახელებენ გონებასუსტებს, დეფექტურ და სხვა "არასაჭირო", "უპერსპექტივო" ადამიანებს.

ევთანაზიური აგრესია გადაყლაპავს ქრონიკულად დაავადებულებს, არაშრომისუნარიან პირებს, მოხუცებს, ინვალიდებს და საზოგადოება ასეთი სახის "ბალასტის" განადგურების იდეამდე მივა. ეს კი საზოგადოების მორალური დეგრადაციის ნათელი დადასტურება გახდება.

6. ასევე არსებობს შესაძლებლობა, რომ დიაგნოზის დასმის დროს საექიმო შეცდომასთან გვქონდეს საქმე. ასეთი შემთხვევები ხომ უამრავია საექიმო მოღვაწეობის დროს. დაავადება, რომელიც განუკურნებელია დღეს, შესაძლოა სრულიად დაექვემდებაროს მკურნალობას ხვალ. ყველა მოურჩენელი დაავადება ხომ "ერთ მშვენიერ დღეს" განიკურნა. და არა მხოლოდ მეცნიერების განვითარების მაგისტრალურ მიმართულებებში, სადაც მას ველოდით. რამდენი იყო მათ შორის შემთხვევითი აღმოჩენა. როდის გათენდება ეს ბედნიერი დღე, ვინ იცის. რამდენი ადამიანის ბედი დღეებმა, იქნებ საათებმაც გადაწყვიტა. ევთანაზიის შემთხვევაში როგორ გამოვასწორებთ ასეთ შეცდომებს?

7. ასევე, შესაძლებელია ევთანაზია გამოყენებულ იქნას ბოროტი მიზნებისათვის (იგულისხმება წინასწარ განსაზღვრული მკვლელობა ან ორგანოთა გადანერგვისთვის ნებართვის მიღება, რისი შემთხვევებიც საკმაოდ არსებობს).

8. თუ კი ოდესმე ევთანაზია იურიდიულ საფუძველს შეიძენს, აუცილებლად დადგება რთული ეთიკური საკითხი. ვინ უნდა გააკეთოს ეს? ექიმმა? არავითარ შემთხვევაში, ექიმისათვის პაციენტის განადგურების დავალდებულება უზნეობაა. ასეთი უფლება, პოტენციურ ფორმაშიც კი, საზოგადოებრივი მორალის დესტრუქციას, მედიცინისადმი ნდობის დაკარგვას გამოიწვევს, საზოგადოებრივი ცნობიერების შინაარსში მედიცინის დეფორმაციას მოახდენს.

9. ევთანაზია დაუშვებელია არა მხოლოდ ზემოთ ჩამოთვლილ მიზეზთა გამო, არამედ იმიტომაც, რომ ყოველი ადამიანის ცნობიერებას, რომელმაც ეს ნაბიჯი გადადგა, "რასკოლნიკოვის კოშმარი" და ექიმ ჯონ კრაის ბედი ემუქრება.

ევთანაზიის ყოველი შემთხვევა ეთიკისა და სამართლის პოზიციიდან უნდა შეფასდეს. ეთიკური რეგულირების დონე, ცხადია, უფრო მაღალია, ვიდრე სამართლებრივი. კანონი იმ-

დენადაა პროგრესული, რამდენადაც ზნეობრივია.

თითოეული ავადმყოფი ბიოლოგიურად და სოციალურად დამოუკიდებელი ერთეულია. მას საკუთრივ მისთვის დამახასიათებელი ფსიქოლოგია, გარემოსთან ურთიერთობის ინდივიდუალური ხასიათი აქვს. პიროვნებათა, ამ შემთხვევაში ავადმყოფთა, დიფერენციაცია ექიმს კარნახობს, რომ თვითონაც დიფერენციული იყოს მათთან ურთიერთობისას.

ადამიანის სიცოცხლის უმაღლესი ღირებულებიდან გამომდინარე, ექიმი და საზოგადოება ვალდებულია ყველაფერი იღონოს ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნებისათვის. იმის მტკიცება, რომ საზოგადოებამ არ უნდა გაიღოს დიდი ხარჯი სრულიად უპერსპექტივო ავადმყოფების სიცოცხლის გასახანგრძლივებად, იმის მანიშნებელია, რომ საზოგადოების ფინანსური ინტერესები დომინირებდეს მის ზნეობრივ ნორმებზე, რასაც, საბოლოო ჯამში, შეუძლია გამოიწვიოს კაცობრიობის მიერ საუკუნეების განმავლობაში შემუშავებული ეთიკური ნორმების კრახი.

საზოგადოებრივი მორალის საზომად ყოველთვის ითვლებოდა მისი დამოკიდებულება ავადმყოფ, განწირულ, დაჩაგრულ ადამიანებთან, ანუ იმ ტვირთის ტარების სურვილი, რომელსაც საზოგადოება ნებაყოფლობით და უსასყიდლოდ იღებს თავის თავზე, როცა მათ არსებობას უზრუნველყოფს.

სამედიცინო პერსონალს მორალი და ზნეობა უნდა კარნახობდეს ცხოვრების გზის არჩევას, სიკეთის თესვის აუცილებლობას, მიუხედავად იმისა, თუ რამდენ ხანს გასტანს იგი და რა მსხვერპლის ფასად განახორციელებს მას.

ზოგადი კრიტერიუმის შერჩევის საკითხს ამძიმებს თითოეული პიროვნების, ავადმყოფის უნიკალობა, მათი ინდივიდუალური თვისებები, მიდრეკილებები, სურვილები, რელიგიურობა, სიცოცხლესთან დამოკიდებულების აქსიოლოგიური გადაწყვეტის მრავალფეროვნება, ტრადიციები და ა.შ.

სიკვდილი სიცოცხლეზე ძლიერია, ეს ბუნების ლოგიკაა და ცოცხალი სამყაროს გადახალისებისა და გაჯანსაღების საფუძველია. ექიმი მხოლოდ ცალკეულ შემთხვევებში იმარჯვებს სიკვდილზე, რასაც დიდი ხვედრითი კოეფიციენტი აქვს და საკაციობრიო მნიშვნელობის საქმეს წარმოადგენს.

ბიოეთიკის აქსიოლოგიური და ანთროპოლოგიური ასპექტები ასაბუთებენ ადამიანის სიცოცხლისა და სიკვდილის ექსისტენციალური გადაწყვეტის აუცილებლობას, ამ პრობლემების მრავალფეროვნებას და სიღრმისეულ საწყისებს.

თავი V. ადამიანის რეპროდუქციის ეთიკური პრობლემები

ახალი რეპროდუქციული ტექნოლოგიების გამოყენება დაკავშირებულია რთულ ფილოსოფიურ, რელიგიურ, სამართლებრივ და მორალურ პრობლემებთან, რომელთა დიდი ნაწილი ცალსახად ვერ გადაწყდება. თანამედროვე ბიოეთიკაში რეპროდუქციული ტექნოლოგიების მართვასთან დაკავშირებული პრობლემები ყველაზე აქტუალურ და მწვავე განსახილველ თემათა რიგს განეკუთვნება.

ახალ რეპროდუქციულ ტექნოლოგიათა შორის გამოყოფენ:

- ხელოვნურ ინსემინაციას დონორის ან ქმრის სპერმით;
- განაყოფიერებას ორგანიზმის გარეთ (ექსტრაკორპორული — in vitro) ემბრიონის შემდგომი იმპლანტაციით ქალის საშვილოსნოში;
- "სუროგატულ დედობას", როცა ერთი ქალის კვერცხუჯრედისაგან განაყოფიერება ხდება in vitro, შემდეგ კი ემბრიონი იმპლანტირდება მეორე (სხვა) ქალის საშვილოსნოში.
- დონორის (ქალის) კვერცხუჯრედების გამოყენება.

§1. ხელოვნური ინსემინაცია

ხელოვნური ინსემინაციის მეთოდი მდგომარეობს საშვილოსნოში სპერმის შეყვანაში სქესობრივი კონტაქტის გარეშე, ტექნიკური საშუალებების გამოყენებით. ეს მეთოდი დაახლოებით ორი საუკუნის წინათ იქნა გამოყენებული. იტალიელმა აბატმა სპალანცანიმ ჩაატარა ძაღლის ხელოვნური განაყოფიერება, 1799 წელს კი ინგლისელმა შ. ხანტერმა ხელოვნური განაყოფიერება ადამიანზე გამოიყენა (ქალს შეუყვანეს ქმრის სპერმა, რომელსაც სასქესო ასოს ანატომიური ანომალია გააჩნდა). 1885 წელს პარიზის უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტს წარუდგინეს ჟერარის დისერტაცია, სადაც განზოგადებული იყო შიდაოჯახური ხელოვნური განაყოფიერების 600 შემთხვევა. ფაკულტეტის სამეცნიერო საბჭომ უარყო ეს დისერტაცია და მისი დაწვა ბრძანა. XX სა-

უკუნის 60-იანი წლებიდან ეს მეთოდი თანდათანობით უნაყოფობის სამკურნალო ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კლინიკური საშუალება ხდება.

ხელოვნური ინსემინაცია შეიძლება იყოს ჰომოლოგიური – ქმრის სპერმის გამოყენებით (ხგქ) და ჰეტეროლოგიური – დონორის სპერმის გამოყენებით (ხგდ). აღსანიშნავია, რომ ეს განსხვავება გამოიყენება იმ შემთხვევაშიც, როცა საქმე ეხება კვერცხუჯრედს. ჰომოლოგიური განაყოფიერებისას განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი იმპლანტირდება იმავე ქალში, რომლისგანაც ის აიღეს, ჰეტეროლოგიურის დროს კი – სხვა ქალში.

ჰომოლოგიური მეთოდის წარმატებულად გამოყენებისას ბავშვის ბიოლოგიური და სოციალური მშობლები ერთი და იგივეა, ამიტომაც ასეთი მეთოდი შედარებით ნაკლებ ეთიკურ წინააღმდეგობას იწვევს და, როგორც წესი, არ ეწინააღმდეგება ოჯახურ-საქორწილო ურთიერთობათა ჩამოყალიბებულ სამართლებრივ ნორმებს. ბავშვის გაჩენა ჰეტეროლოგიური მეთოდის გამოყენებით მორალური ხასიათის ბევრ წინააღმდეგობასთანაა დაკავშირებული. როგორც უკანასკნელი ათწლეულების გამოცდილებამ გვიჩვენა, ამ სახის პრობლემების გადაჭრა სპეციალურ იურიდიულ ნორმებს მოითხოვს.

საერთოდ, ჰეტეროლოგიურ მეთოდს მხოლოდ პირობითად შეიძლება ვუწოდოთ თერაპიული მეთოდი. ნამდვილად კი ჰეტეროლოგიური მეთოდის გამოყენების უფრო ხშირ ჩვენებად მიჩნეულია კაცის უნაყოფობა, განსაკუთრებით მისი საბოლოო საფეხური – სტერილურობა.

ამასთანავე აშკარაა, რომ მოცემულ შემთხვევაში საუბარი არ ეხება თვითონ ამ მდგომარეობის მკურნალობას. ჰეტეროლოგიური მეთოდი, როგორც თერაპიული ჩარევა, "უნაყოფო ქორწინებაზე" ზეგავლენაა.

გამეტთა დონაცია (სპერმის, კვერცხუჯრედების), რომელიც გენეტიკური მასალის დონაციის ერთ-ერთი ფორმაა, სამედიცინო პრაქტიკაში განცალკევებით დგას ანალოგიური მეთოდების რიგში. სისხლის უსასყიდლო დონორობის მორალური ხასიათი დღეისათვის პრაქტიკულად ეჭვს არ იწვევს (თუმცა დასაწყისში იგი ასევე იწვევდა ეჭვს ტრადიციონალიზმის მომხრეებში), სპერმის ან კვერცხუჯრედის დონორობასთან დაკავშირებით კი არსებობს ურთიერთსაწინააღმდეგო შეფასებები.

პოზიტიური შეფასებით: ნებისმიერი სახის დონორობა მედიცინაში ალტრუიზმის გამოვლინებაა; იგი გამართლებუ-

ლია იმ ოჯახის ბედნიერებით, რომელსაც მისი წყალობით გაუჩნდა ბავშვები და ა. შ.

ნეგატიური შეფასებით: ესაა უპასუხისმგებლო დამოკიდებულება ღვთის ნების მიმართ, რომელმაც ყოველ ჯანმრთელ ადამიანს სიცოცხლის გაგრძელების უნარი მისცა; ეს საერთოდ დაბალი ინტელექტუალური დონის მაჩვენებელია; ესაა ეგოიზმის გამოვლენა, საკუთარი ფიზიკური ნაკლის კომპენსირების საშუალება; მასში შეიძლება მონაწილეობდნენ პირები ფარული ჰომოსექსუალური გადახრებით, ფსიქიკური მოშლილობით და ა. შ.

როგორც ვხედავთ, მორალური თვალსაზრისით გამეტთა დონაცია არაერთმნიშვნელოვნად ფასდება. უწოდებენ რა მკურნალობას ჰეტეროლოგიურ მეთოდს, ექიმები და თვით დონორები მორალურად ამართლებენ ასეთ პრაქტიკას. ჰეტეროლოგიური მეთოდის მოწინააღმდეგეებს კი ყველა თავისი არგუმენტი დაჰყავთ "სუროგატული მამობის და დედობის" კატეგორიულ მიუღებლობაზე.

საბჭოთა კავშირში ხელოვნური განაყოფიერებისადმი ინტერესი ექიმებმა ჯერ კიდევ XX საუკუნის დასაწყისში გამოიჩინეს, თუმცა ხელოვნური ინსემინაციის მეტნაკლებად ფართო გამოყენება 80-იან წლებში დაიწყო, როცა მოსკოვის, ლენინგრადის და ხარკოვის წამყვანმა სპეციალისტებმა ინსემინაციის მეთოდიკის ადაპტაცია მოახდინეს ჯანდაცვის სამამულო გადაწყვეტილებებსა და მატერიალურ-ტექნიკურ შესაძლებლობებთან. 1987 წელს სსრკ-ის ჯანდაცვის სამინისტრომ 11 წამყვან მეან-გინეკოლოგიურ დაწესებულებას ხელოვნური ინსემინაციის გამოყენების ნება დართო, 1989 წელს კი არსებითად განავრცო ეს პრაქტიკა. 1993 წლამდე ხელოვნური ინსემინაციის მეთოდის გამოყენებას სსრ კავშირში და შემდეგ რუსეთში "გაფართოებული ექსპერიმენტის" იურიდიული სტატუსი ჰქონდა, რომლის მნიშვნელოვან ამოცანას წარმოადგენდა სამართლებრივი საკითხების გადაჭრა და სპერმის დონორობის სამსახურის შექმნა. 1993 წელს მიღებული "რუსეთის ფედერაციის კანონმდებლობის საფუძვლების მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" 85-ე მუხლის მიხედვით, ყველა სრულწლოვან ქალს ბავშვის გაჩენის ასაკში ჩვენს ქვეყანაში აქვს ხელოვნური განაყოფიერებისა და ემბრიონის იმპლანტაციის უფლება, ამასთან, დაშვებული ხელოვნური განაყოფიერების ორივე მეთოდის გამოყენება. 90-იანი წლების პირველ ნახევარში ჰეტეროლოგიური მეთოდი უკვე გამოიყენებოდა რუსეთის ფედერაციის ბევრ რესპუბ-

ლიკასა და ოლქში. რუსეთის ფედერაციის ჯანდაცვის სამინისტროს ინსტრუქციის თანახმად, "სპერმის დონორები შეიძლება იყვნენ ჯანმრთელი მამაკაცები 20-40 წლის ასაკში, რომლებსაც არა აქვთ უროლოგიური, ვენერიული, ანდროლოგიური და მემკვიდრული დაავადებები; რომლებმაც ჩაიტარეს სრული გამოკვლევა და აქვთ ფერტილური სპერმა... "

ხელოვნური ინსემინაციის, განსაკუთრებით ჰეტეროლოგიური მეთოდის გამოყენების პრაქტიკაში ძალიან მნიშვნელოვანია პრინციპი "არ ავნო!" აქ ჩვენ რამდენიმე წინააღმდეგობა და სიძნელე გვხვდება:

1. დონორის განცხადება-მოვალეობაში, რომელსაც იგი ხელს აწერს, ნათქვამია: "მოვალეობას ვიღებ... არ დავმალო ჩემს მიერ გადატანილი ჩემთვის ცნობილი დაავადებები, ასევე ვალიარო უტყუარი მონაცემები ჩემი მემკვიდრეობის შესახებ..." როგორც ვხედავთ, ექიმების მიერ "არ ავნოს" პრინციპის დაცვა გარკვეულწილად დამოკიდებულია არა მათზე, არამედ დონორის პატიოსნებასა და წესიერებაზე.

2. "არ ავნოს" პრინციპის უგულვებელყოფის რისკი იზრდება იქ და მაშინ, სადაც და როცა დონორთა სამედიცინო გამოკვლევა ხდება არასაკმარისი მოცულობითა და ხარისხით (საერთაშორისო სტანდარტებიდან გამომდინარე). მაგალითად, 1987 წელს სსრ კავშირის ჯანდაცვის სამინისტროსა და საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს 1993 წლის ანალოგიურ ინსტრუქციაში მითითებული იყო დონორთა სეროლოგიური გამოკვლევის ჩატარება შიდსზე სამ თვეში ერთხელ.

3. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ინსტრუქციაში, რომელიც ხელოვნური განაყოფიერების ჰეტეროლოგიურ მეთოდს არეგულირებს, ნათქვამია, რომ უნდა გავითვალისწინოთ ცოლ-ქმრის სურვილები დონორის ეროვნებისა და მისი გარეგნობის ძირითად პარამეტრებთან დაკავშირებით (სიმაღლე, თმის, თვალების ფერი, სახის, ცხვირის ფორმა). ამავე დროს მეუღლე-განმცხადებლებმა, რომლებმაც გადაწყვიტეს ხელოვნური ინსემინაციის ჰეტეროლოგიური მეთოდის (ხიჰმ) გზით ეყოლოთ შვილი, უნდა იცოდნენ, რომ ბავშვის დაბადება დიდად არის დამოკიდებული გენეტიკურ ლატარეაზეც. ამის გათვალისწინებით "განცხადებაში", რომელსაც ავსებენ და ხელს აწერენ მეუღლეები, ნათქვამია: "ჩვენ ვალდებულებას ვიღებთ არ წავუყენოთ პრეტენზია ექიმს... ხელოვნური ინსემინაციის მეთოდის გამოყენებისას ეფექტის უქონლობის შემთხვევაში, თუ ბავშვი განვითარების ანომალიებით დაიბადა ან მკვეთრად გამოხატული, ჩვენი ეროვნებისაგან განსხვავე-

ბული ფონოტიპური ნიშნები ექნა". სხვაგვარად რომ ვთქვათ, პრინციპი "არ ავნო!" საეჭვო ხდება, თუ გავითვალისწინებთ, რომ შეუძლებელია გავთვალოთ "გენეტიკური ლატარიის" არასასურველი შედეგი. თუკი ამ მიზეზის გამო ბავშვი განვითარების ანომალიებით დაიბადება და მეურლე-განმცხადებლები მასზე უარს იტყვიან, მაშინ ამ ქმედების მორალური ზიანი ვერ განეიტრალდება მათი განცხადებით: "ჩვენ ვალდებულებას ვიღებთ, პრეტენზიები არ წავუყენოთ ექიმს...".

კონფიდენციალობის (საექიმო საიდუმლოების) საკითხები ხელოვნური განაყოფიერებისას დონორისეული ჩანასახოვანი მასალის გამოყენების პრაქტიკაში მნიშვნელოვანიცაა და რთულიც. სპერმის დონორის "განცხადებაში" განმცხადებელი ვალდებულებას იღებს არ დაადგინოს რეციპიენტის პიროვნება, ასევე ბავშვისაც, რომელიც დაიბადა მისი სპერმით ქალის განაყოფიერების შედეგად. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ინსტრუქციის თანახმად, რომელიც არეგულირებს ხელოვნური ინსემინაციის პრაქტიკას, ყველა შესაბამისი დოკუმენტაცია სეიფში უნდა ინახებოდეს. თავის "განცხადებაში" მეურლე-განმცხადებლები ვალდებულებას იღებენ, არ დადგინონ დონორის პიროვნება... დაიცვან ბავშვის ჩასახვის საიდუმლო.

სამწუხაროდ, აქ გათვალისწინებულ ზომებს ხელოვნური ინსემინაციის საშუალებით გაჩენილი ბავშვების მომავალში შესაძლო დისკრიმინაციისაგან დასაცავად მოსდევს სერიოზული წინააღმდეგობანი. არსებობს აზრი, რომ თანამედროვე პოზიცია და შვილად აყვანილი ბავშვების უფლება — მიიღონ ინფორმაცია თავიანთი ბიოლოგიური მშობლების შესახებ — უნდა ვრცელდებოდეს იმ ბავშვებზეც, რომლებიც ხელოვნური ინსემინაციის მეთოდით გაჩნდნენ. ეს საკითხი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს სამედიცინო გენეტიკის განვითარებასთან დაკავშირებით. ადამიანისათვის, რომელიც ხელოვნური ინსემინაციის შედეგად დაიბადა, მონაცემები მისი "ბიოლოგიური მშობლების" გენეტიკური თვისებების შესახებ შესაძლოა ძალზე მნიშვნელოვანი იყოს. ყოველ შემთხვევაში, მეურლე-განმცხადებლები მომზადებული და ინფორმირებული უნდა იყვნენ ექიმის მიერ, რომ მომავალში გადაჭრან ის წინააღმდეგობები, რომლებსაც მოიცავს სპერმის დონორთა ანონიმურობის კონცეფცია.

ხელოვნური ინსემინაციის შესახებ გამოქვეყნებულ ლიტერატურაში ყურადღებას იქცევს ცნება "აქტიური დონორები". დონორს, რომელიც თანახმაა რეგულარულად ჩააბაროს სპერმა, ეწოდება "აქტიური დონორი". აქტიურ დონორად

ყოფნა შეიძლება არა უმეტეს ხუთი წლისა. ასევე აღნიშნავენ, რომ ყოველთვიურად ასეთ დონორს უფლება აქვს ჩააბაროს სპერმის არა უმეტეს ხუთი ნიმუში. სამედიცინო პრაქტიკული მოსაზრებით სპერმის აქტიური დონორობის ინსტიტუტი, რა თქმა უნდა, მოსახერხებელია თუნდაც იმიტომ, რომ მარტივდება მათი სამედიცინო-ბიოლოგიური გამოკვლევა, შესაძლებელი ხდება მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე საკმაოდ ეფექტური დისპანსერული ზედამხედველობა.

ამავე დროს დგება საკითხი, თუ რამდენად რეალურია იმის საფრთხე, რომ ხელოვნური განაყოფიერების თანამედროვე მეთოდები ინცესტის მიზეზი გახდეს (ზოგიერთი "აქტიური დონორის" ბავშვების თეორიულად შესაძლო რაოდენობა 100-ს უახლოვდება). ხელოვნური განაყოფიერების სფეროში მოღვაწე ავსტრალიელი სპეციალისტი ამასთან დაკავშირებით წერს: "სპერმის კონსერვაციის თანამედროვე ტექნიკის პირობებში ის შეიძლება გადავაგზავნოთ ქვეყნის სხვადასხვა მხარეებში და ამით შევამციროთ ეს რისკი".

მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში სპერმის დონორები შეიძლება იყვნენ როგორც უცოლო მამაკაცები, ასევე დაქორწინებულები. სამწუხაროდ, მეორე შემთხვევაში დონორის ცოლის პოზიცია ჩვენთან საერთოდ არ მიიღება მხედველობაში. ზოგიერთ სხვა ქვეყანაში დონორის ცოლმა უნდა დაადასტუროს, რომ მისი ქმრის სპერმის დონაციის ფაქტს იგი არ გამოიყენებს შემდგომ ოჯახური უთანხმოების მიზეზად.

ხელოვნური განაყოფიერება საქართველოში, ისევე როგორც მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყანაში, მიეკუთვნება სამედიცინო დახმარების ფასიან სახეობას, რაც არ ეწინააღმდეგება სამართლიანობის პრინციპის მოთხოვნებს. ეთიკური მოსაზრებით შედარებით რთულად გადასაწყვეტია სპერმის ან კვერცხუჯრედის დონორთა გასამრჯელოს საკითხი.

მთელ მსოფლიოში ორგანოებითა და ქსოვილებით ვაჭრობა ამორალურად ითვლება. ეს პროცესი კი, სამწუხაროდ, თან სდევს ტრანსპლანტაციის განვითარებას. ტრანსპლანტაციის კომერციალიზაცია არა მარტო ამორალური, არამედ სისხლის სამართლის დანაშაულიცაა.

სპერმის დონორებს ეძლევათ გასამრჯელო, რომელიც მხოლოდ სიმბოლურია და რომელიც შეიძლება ინტერპრეტირებულ იქნას, როგორც დახარჯული დროის, ჯანმრთელობის კარგი მდგომარეობის შენარჩუნების, კვებისა და დასვენების ხელშეწყობის გარანტი, ასევე მორალური ხასიათის უხერხულობის განცდის კომპენსაცია.

1996 წლის ოქტომბერში გინეკოლოგიისა და მეანობის საერთაშორისო ფედერაციის მიერ მიღებულ რეკომენდაციებში ნათქვამია, რომ "გენეტიკური მასალის დონორობა უნდა იყოს ალტრუისტული და თავისუფალი კომერციული ექსპლოატაციისაგან". ამასთან, "მისაღებად ითვლება გონივრული კომპენსაცია დასაბუთებულ დანახარჯებზე", ე. ი. ასეთი ფულადი კომპენსაცია ეთიკურად გამართლებულად შეიძლება ჩაითვალოს, რომ არა "დონორის განცხადება-მოვალეობის" შემდეგი სტრიქონები: "მე გაფრთხილებული ვარ, რომ სპერმის ნიმუშის საფასურის გადახდა არ მოხდება დონორობის პროცესში, თუ სპერმოგრამის მაჩვენებლები არ შეესატყვისება ნორმას". ამ სიტყვებიდან გამომდინარეობს, რომ დონორის მიერ მიღებული საფასური სხვა არაფერია, თუ არა ადამიანის ხარისხიანი სპერმის ფასი. რა არის ეს, თუ არა დონორისეული მასალის ყიდვა-გაყიდვა? მოცემული თვალსაზრისი გვაიძულებს ეჭვით მოვეკიდოთ "დონორის განცხადება- მოვალეობის" შემდეგ სტრიქონებს: "ვალდებულებას ვიღებ ვაცნობო უტყუარი მონაცემები ჩემი მემკვიდრეობის შესახებ; ვალდებულებას ვიღებ დავიცვა ექიმის მიერ გამოწერილი რეჟიმი..." დონორის ინტერესი გასამრჯელოს მიღებისადმი, რაც დამოკიდებულია დონორისეული მასალის ხარისხის შეფასებაზე, ეწინააღმდეგება დონორისადმი მოთხოვნას გამოააშკარაოს ის მონაცემები, რომელმაც შეიძლება ნეგატიური გავლენა მოახდინოს შეფასებაზე. ამაზეა გამახვილებული ყურადღება გინეკოლოგიისა და მეანობის საერთაშორისო ფედერაციის რეკომენდაციებში: "უნდა აღვნიშნოთ, რომ როცა ადგილი აქვს საფასურის გადახდას, დონორებს შეიძლება გაუჩნდეთ ცდუნება დაფარონ პერსონალური ინფორმაცია, რომელიც გამოაშკარავების შემთხვევაში შეუძლებელს გახდის მათ დონორობას.

ხგქ-ის მეთოდისადმი ინტერესი გაიზარდა მისი ფართოდ გავრცელებისა და განსაკუთრებით სპერმის კონსერვაციის (კრიოკონსერვაციის) საიმედო მეთოდიკის შექმნის შემდეგ. ქმრის "სათადარიგოდ" მომზადებული სპერმა შეიძლება გამოყენებულ იქნას ხიქ-ის (ხელოვნური ინსემინაცია ქმრის სპერმით) მიზნით ვაზეგტომიის (სტერილიზაციის), დასხივების ან მედიკამენტური თერაპიის შედეგად განვითარებული უნაყოფობის შემთხვევაში. გაყინულ მდგომარეობაში შენახული სპერმა შეიძლება გამოყენებულ იქნას ქმრის ნაადრევი სიკვდილის შემთხვევაშიც. ბავშვის დაბადება მამისაგან, რომელიც უკვე აღარ არის ცოცხალი, ქმნის ახლებურ სიტუაციას არა მხოლოდ მორალური, არამედ სამართლებრივი

თვალსაზრისითაც.

იმას, თუ რამდენად ფართოდ გამოიყენება ხელოვნური განაყოფიერების მეთოდები დასავლეთში, მოწმობს ფაქტები, რომლებიც დაკავშირებულია აშშ-ის საომარ მოქმედებებთან ერაყის წინააღმდეგ. ომში მიმავალი ახალგაზრდა ჯარისკაცები და ოფიცერთა ნაწილი აბარებდა სპერმას შესანახად (ე. წ. სპერმობანკებში, მათთვის ორმოცდაათპროცენტიანი შეღავათები იყო დაწესებული). დაღუპვის ან მძიმე დასახიჩრების შემთხვევაში მათ მშობლებს "სუროგატული დედობის" საშუალებით შეეძლოთ შვილიშვილის ყოლა.

1997 წელს ინგლისში ფართოდ განიხილებოდა "მისის ბლაიდის საქმე". ქმრის კომატოზურ მდგომარეობაში ყოფნის დროს ამ ახალგაზრდა ქალმა დაითანხმა ექიმები ამოეღოთ მისთვის სპერმა, რომ შემდგომში დაფეხმძიმებულიყო და გაეჩინა ბავშვი მკვდარი ქმრისაგან. თუმცა მის ხელოვნურ განაყოფიერებაზე ექიმებმა უარი თქვეს, რადგან საღ აზრზე მყოფი მისი ქმარი არ იყო თანახმა სპერმის ალებაზე. მრავალი სასამართლო პროცესის მიუხედავად, მისის ბლაიდმა მაინც ვერ მიიღო ნებართვა დაფეხმძიმებაზე ინგლისში, თუმცა მან ეს ბელგიაში შეძლო.

განვიხილოთ კიდევ ერთი დელიკატური საკითხი: რამდენადაა დასაშვები უქმრო ქალის ხელოვნური განაყოფიერება?

სხვადასხვა ქვეყანაში ეს საკითხი სხვადასხვაგვარად არის გადაწყვეტილი. ზოგან მარტოხელა ქალებს ხელოვნური განაყოფიერების უფლება არა აქვთ, სხვაგან ასეთი ნორმა არ არსებობს. ამასთან დაკავშირებით შევეხოთ, მაგალითად, "რეპროდუქციული ტურიზმის" ქვეყანას უწოდებენ, სადაც ხელოვნური განაყოფიერებისათვის ჩამოდიან ქალები სხვადასხვა ქვეყნებიდან, სადაც უფრო მკაცრი კანონებია.

საქართველოს კანონმდებლობის საფუძვლებში "მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" ასეთი უფლება ეძლევა თითოეულ სრულწლოვან ქალს (გაუთხოვარსაც). ჯანდაცვის სამინისტროს ინსტრუქციაში "ქალის ხელოვნური ინსემინაცია დონორის სპერმის გამოყენებით" (სამედიცინო ჩვენებით) ნათქვამია: "ნებადართულია ხგდ-ის ჩატარება ფერტილური ასაკის ქალებისათვის, რომლებიც ქორწინებაში არ იმყოფებიან. ამასთან, განცხადებას აფორმებს ერთი ქალი".

აქედან შეიძლება ასეთი დასკვნები გამოვიტანოთ:

1. კანონქვემდებარე აქტების სახელწოდებები, რომლებიც მხოლოდ სამედიცინო მაჩვენებლებით აწესებენ ხელოვ-

ნურ განაყოფიერებას, ეწინააღმდეგება თვით კანონს, რომელიც ყველა სრულწლოვან ქალს ხელოვნური განაყოფიერების უფლებას აძლევს.

2. გაუთხოვარი ქალის ხელოვნური განაყოფიერება ჩვენს ქვეყანაში დასაშვებია, მაგრამ ამასთან ნათელი არ არის, მოეთხოვება თუ არა ასეთ ქალს დადგენილი სტანდარტული სამედიცინო მაჩვენებელი ან რა პოზიცია ექნება ჯანდაცვის სამინისტროს, თუ ქალი აბსოლუტურად ჯანმრთელია.

3. საკითხი მარტოხელა ქალის უფლების შესახებ ეკგ-ის (ექსტრაკორპორული განაყოფიერება) და ეგ-ის (ემბრიონის გადანერგვა) მეთოდის გამოყენებაზე საერთოდ ღიად რჩება ჩვენს ქვეყანაში.

§2. ექსტრაკორპორული განაყოფიერება

განაყოფიერება "სინჯარაში" (IVF - in vitro fertilisation) ერთ-ერთ თანამედროვე რეპროდუქციულ ტექნოლოგიად ითვლება, რომელსაც სხვაგვარად "ექსტრაკორპორული განაყოფიერება და ემბრიონის გადატანა" (ეკგ და ეგ) ეწოდება. ქალის ორგანიზმის გარეთ განაყოფიერების იდეა გასულ საუკუნეში წარმოიშვა, პრაქტიკული განხორციელება კი XX საუკუნის 40-იან წლებში პოვა, როცა ამერიკელმა მეცნიერებმა "სინჯარაში ჩასახვა" განახორციელეს, თუმცა ჩასახული სიცოცხლის შენარჩუნება მხოლოდ რამდენიმე საათით მოხერხდა. LVE მეთოდის შექმნის პატივი ეკუთვნით ინგლისელ მეცნიერებს ემბრიოლოგ ედვარდსსა და მეან-გინეკოლოგ სტეპტოუს. რთული ფილოსოფიური, მორალური და სხვა საკითხები, რომლებიც თან სდევდა ადამიანის გამრავლების ამ უახლესი ტექნოლოგიის გამოყენებას, მწვავედ განიხილებოდა ჯერ კიდევ მეთოდის ექსპერიმენტული დამუშავების სტადიაზე. 1971 წელს სამედიცინო გამოკვლევების ბრიტანულმა კომიტეტმა უარი განაცხადა ედვარდსისა და სტეპტოუს პროგრამის დაფინანსებაზე, რადგან მათი გამოკვლევები ეთიკური ნორმების საწინააღმდეგოდ მიიჩნია. 1975 წელს გაუქმდა მარატორიუმი ეკგ-ის მეთოდის გამოყენებაზე. ამის შემდეგ ედვარდსისა და სტეპტოუს ათწლიანი გამოკვლევები დასრულდა მოცემული მეთოდის პრაქტიკაში დანერგვით და 1978 წლის ივლისში კემბრიჯის უნივერსიტეტის კლინიკაში დაიბადა პირველი "ბავშვი სინჯარიდან" ლუიზა ბრაუნი.

საბჭოთა კავშირში ეკგ-ის და ეგ-ის მეთოდის ათვისება 70-იანი წლებიდან დაიწყეს, განსაკუთრებით აქტიურად მეანობისა და პერინატოლოგიის რუსეთის სამედიცინო მეცნიერებათა აკადემიის სამეცნიერო ცენტრის კლინიკური ემბრიოლოგიის ლაბორატორიაში. სწორედ აქ 1986 წელს პირველად საბჭოთა კავშირში დაიბადა "ბავშვი სინჯარიდან".

ეკგ-ისა და ეგ-ის მეთოდის გამოყენების მაჩვენებლად პირველ რიგში ქალის აბსოლუტური უნაყოფობა ითვლება (მაგალითად, თუ ქალს საკვერცხეები არა აქვს). მეცნიერთა გამოანგარიშებით, ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებში ამჟამად 3 მილიონი ქალი აბსოლუტურად უნაყოფოა. ისინი კი იმ ასაკში არიან, როცა ხელოვნური განაყოფიერება დადებით შედეგს გამოიღებს და ექსტრაკორპორული განაყოფიერების მეთოდითა და ემბრიონის გადანერგვით შეძლებენ დედები გახდნენ.

არსებითად ეკგ-ისა და ეგ-ის მეთოდის გამოყენების ყველა ფაზა დაკავშირებულია რთულ მორალურ საკითხებთან. 1987 წელს მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციამ (მსა) მიიღო "დებულება in vitro განაყოფიერებისა და ემბრიონთა ტრანსპლანტაციის შესახებ", რომელშიც ნათქვამია, რომ ეკგ-ისა და ეგ-ის მეთოდის გამოყენება გამართლებულია, როცა უნაყოფობის მკურნალობის სხვა მეთოდები (მედიკამენტური, ქირურგიული) არაეფექტურია. ამ შემთხვევაში აღინიშნება კლინიკური პრაქტიკის შეზღუდვის ცდა, რომელიც ძნელად გადასაწყვეტ მორალურ-ეთიკურ საკითხებთან არის დაკავშირებული.

დედობის ინსტინქტის ძალა, ბევრი ქალის შეუპოვრობა, რომლებიც უნაყოფობის წინააღმდეგ მკურნალობისას წლობით იტანჯებიან, კარგადაა ცნობილი. ექიმის აუცილებელი მორალური ვალდებულებაა პაციენტის სრული და ადექვატური ინფორმირება იმ რისკის სერიოზულობაზე, რაც მოსდევს ეკგ- ისა და ეგ-ის მეთოდის გამოყენებას. ქალისაგან (ან მეულლისაგან) მიღებული ინფორმირებული თანხმობა ეკგ-ისა და ეგ-ის მეთოდის გამოყენებაზე მხოლოდ ამ პირობით იქნება მორალურად დასაშვები. ეკგ-ისა და ეგ-ის პროცესში ხორციელდება მანიპულაციების მთელი სერია კვერცხუჯრედებითა და სპერმატოზოიდებით მათი შერწყმის მომენტამდე. დასაშვებია თუ არა მსგავსი მანიპულირება ადამიანის გამეტებით? უკვე მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის "დებულებაში" აღნიშნულია, რომ ეკგ-ისა და ეგ-ის მეთოდი

მთლიანობაში გამართლებულია, რადგან "შეიძლება სასარგებლო იყოს როგორც ცალკეული პიროვნებისათვის, ასევე მთლიანად საზოგადოებისათვის. არა მარტო იმით, რომ არეგულირებს უნაყოფობას, არამედ იმითაც, რომ ხელს უწყობს გენეტიკური დაავადებების მოსპობას და ფუნდამენტური გამოკვლევების სტიმულირებას ადამიანური რეპროდუქციისა და კონტრაცეპციის სფეროში". საკუთრივ მორალური თვალსაზრისით უნაყოფობასთან ბრძოლის მოცემული მეთოდის გამოყენება აუცილებელია გავიგოთ, როგორც ქალის (მეუღლეების) ხელშეუვალი უფლება ისარგებლოს სამეცნიერო პროგრესის სიკეთით ("ადამიანის უფლებების მსოფლიო დეკლარაცია", მუხლი 27).

განაყოფიერებიდან XIV-XVI საათზე ხდება ზიგოტის ჩამოყალიბება. ეს არის უკვე განაყოფიერებული 2 პრონუკლეუსიანი (2 PN) კვერცხუჯრედი. თუ ემბრიონის განვითარება მიმდინარეობს ნორმალურად, დაახლოებით 28-36 საათში უნდა ველოდოთ 2 უჯრედიან (ან 2 ბლასტომერიან) ემბრიონს, ხოლო 32-48 საათში ემბრიონი განიცდის შემდგომ განვითარებას, ის იყოფა 4 უჯრედად (ან 4 ბლასტომერად). მესამე დღე-ღამის ბოლოსთვის უკვე წარმოიქმნება 8 ბლასტომერი. ეკგ-ისა და ეგ-ის მეთოდის გამოყენებისას 2, 4 და 8 ბლასტომერიანი ემბრიონები ვარგისია საშვილოსნოში გადასატანად.

ამ სტადიაზე სპეციალისტები გამეტებით მანიპულაციებიდან გადადიან ემბრიონებით მანიპულაციებზე. ამავე დროს გვიხდება დაპირისპირება იმ ფილოსოფიურ და მორალურ პრობლემებთან, რომლებსაც განსჯის უძველესი ტრადიცია გააჩნიათ ფეხმძიმობის ხელოვნურ შეწყვეტასთან დაკავშირებით: "როგორია ემბრიონის ონტოლოგიური და მორალური სტატუსი?", "რომელი სტადიიდან შეიძლება ჩანასახი ჩაითვალოს ადამიანურ არსებად?", "რა მოცულობით ფლობს იგი ადამიანის უფლებებს?" ეს საკითხები დაწვრილებით არის გაანალიზებული თავში, სადაც აბორტის პრობლემაა განხილული. აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ, როცა ემბრიონი ხელოვნური გზით იქმნება და იძულებული ვართ ანგარიში გავუწიოთ სხვადასხვა ფაქტორს, ემბრიონის სტატუსის მორალურ-ეთიკური და სამართლებრივი საკითხები სპეციფიკურ ხასიათს იღებს.

ბიოეთიკურ ლიტერატურაში განხილულია საკითხი — ჩანასახის განვითარების რომელი სტადიიდან შეიძლება ჩაითვალოს ემბრიონი ადამიანურ არსებად? ამ კითხვაზე სხვადას-

ხვაგვარი პასუხი არსებობს. კრიტერიუმთა მრავალფეროვნება მიუთითებს, რომ საკითხი ემბრიონის ონტოლოგიური და მორალური სტატუსის შესახებ დღესდღეობით ვერ გადაწყდება ადამიანის ემბრიოგენეზის თანამედროვე მონაცემების გათვალისწინების გარეშე. დასაბუთებულია პოზიცია, რომლის თანახმად ჩანასახს (ზიგოტით დაწყებულს) განსაკუთრებული ონტოლოგიური და მორალური სტატუსი გააჩნია. ეს ნიშნავს, რომ ადამიანის ემბრიონი, როგორც ადრევე იყო აღნიშნული, გარკვეული აზრით, ადამიანური ღირსების მატარებლად ითვლება.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ ემბრიონი არ არის ქალის შინაგანი ორგანოების "ერთი უბრალო ნაწილი". მის ბუნებაზე ასეთ მოძველებულ შეხედულებას დღემდე ქადაგებენ ის მედიკოსები, რომლებიც აბორტული ქსოვილების გამოყენებას მათთვის საჭირო ყველა მიზნისათვის ამართლებენ იმით, რომ ეს ქსოვილები "მაინც იკარგება" და რომ მედიცინაში მიღებულია პაციენტის მოშორებული ნებისმიერი ორგანოს გამოყენება სამეცნიერო ან სასწავლო მიზნებისათვის.

მეორეც, ემბრიონის განსაკუთრებული ონტოლოგიური სტატუსი, რომელზეც ჩვენ ვმსჯელობთ, იმაში მდგომარეობს, რომ თვით მისი არსებობა არის უნაყოფობის მკურნალობის მეთოდის გამოყენების რგოლი (კლინიკური მეთოდის, რომელიც სამეცნიერო ცოდნისა და ტექნოლოგიების სინთეზის შედეგია). ემბრიონის წარმოშობის ხელოვნური მასა მისი ყოფიერების ორგანული მომენტი ხდება (ისევე, როგორც მდგომარეობა "ტვინის სიკვდილი" წარმოადგენს იატროგენური წარმოშობის ფაქტს, ე. ი. ექიმის მიერ გამოყენებული რეანიმაციული დახმარების შედეგს). მაშინ ემბრიონის განსაკუთრებული მორალური სტატუსი განსაზღვრულია მოცემული თერაპიული მეთოდის გამოყენების ეთიკური და სამართლებრივი ნორმებით. მაგალითად, თანამედროვე ეთიკური და სამართლებრივი ნორმების თანახმად, მანიპულაციები ადამიანური ჩანასახით და in vitro დასაშვებია მხოლოდ მისი საშვილოსნოს ყელთან მიმაგრების მომენტამდე, სანამ ის გარკვეული თვალსაზრისით ჯერ კიდევ არ წარმოადგენს ბიოლოგიურ მთლიანობას.

ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი გარემოება თანამედროვე ტერმინოლოგიაშიც აისახება. ჩანასახს განვითარების XIV დღემდე ბევრი სპეციალისტი "წინაემბრიონს" ან "ადრეულ ემბრიონს" უწოდებს. მისგან ერთი-ორი ბლასტომერის

ამოღება, მაგალითად, სქესის განსაზღვრისათვის ან ქრომოსომული ან გენური მუტაციის არსებობისათვის, მავნე ზეგავლენას არ ახდენს მის შემდგომ განვითარებაზე.

ახალ ეთიკურ საკითხებს აყენებს ბავშვის სქესის არჩევის რეალური შესაძლებლობაც, რომელიც ეკგ-ისა და ეგ-ის შემთხვევებში წარმოიშობა. ამასთან დაკავშირებით მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის "დებულებაში" ნათქვამია: "მსა რეკომენდაციას აძლევს ექიმებს თავი შეიკავონ კვლავწარმოების პროცესში სამედიცინო ჩარევისაგან ნაყოფის სქესის არჩევის მიზნით, თუ ეს კეთდება არა იმისთვის, რომ თავიდან ავიცილოთ სქესთან დაკავშირებელი სერიოზული დაავადების გადაცემა".

იმ ნორმატიულ დოკუმენტებში, რომლებიც არეგულირებენ ჩვენს ქვეყანაში ასეთ პრაქტიკას, ნაყოფის სქესის არჩევის საკითხი საერთოდ არ არის ასახული.

სტიმულირების შედეგად მიღებულ ჰიპეროვულაციისას ექიმებს შეუძლიათ ქალის ორგანიზმიდან ამოიღონ რამდენიმე (ზოგჯერ ათამდე და მეტიც) კვერცხუჯრედი. განაყოფიერების ალბათობის ამაღლების მიზნით ყველა კვერცხუჯრედი ინსემინაციას ექვემდებარება და მათი უმრავლესობა ზიგოტები ხდება. განაყოფიერების შემდეგ მესამე დღე-ღამეს დგება შემდეგი უმნიშვნელოვანესი ეტაპი — ჩანასახის გადატანა საშვილოსნოში. ორსულობის ალბათობის ასამაღლებლად ღრუში გადააქვთ რამდენიმე ემბრიონი. წინასწარ გათვალისწინებული შეზღუდვის მიუხედავად, მრავალნაყოფიანი ორსულობის რისკი ბევრად უფრო დიდია, ვიდრე ბუნებრივი ჩასახვისას. ბიოეთიკის მოთხოვნა აქაც აუცილებელი ხდება: პაციენტები, მეუღლეები, ინფორმირებული უნდა იყვნენ მრავალნაყოფიანი ორსულობის რისკის ხარისხის შესახებ.

მრავალნაყოფიანი ორსულობის ნეგატიური შედეგების თავიდან ასაცილებლად, რომელიც განსაკუთრებით საშიში შეიძლება იყოს ეკგ-ის პროცედურების გამოყენებისას, ზოგჯერ ახორციელებენ ოპერაციას, რომელსაც "ემბრიონის რედუქცია" ეწოდება. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, თუ საშვილოსნოში გადატანის შემდეგ სამზე მეტი ემბრიონის განვითარება ხდება, მათ ნაწილს იღებენ და ანადგურებენ. თუმცა ასეთი პრაქტიკა მთელ რიგ ქვეყნებში იურიდიულად და ეთიკურად მიუღებლად ითვლება. ნამდვილად კი, როგორც ჩანს, მკურნალობას, რომლის არსიცაა უნაყოფობის დაძლევა, ახალი სიცოცხლის განვითარების უზრუნველყოფა, თვით ამ ახალი სიცოცხლის ხელოვნურ შეწყვეტასთან მივყავართ.

ამიტომაც, მაგალითად, გერმანული კანონმდებლობის თანახმად, "ყველას, ვინც ახორციელებს ქალისათვის სამ ემბრიონზე მეტის გადატანას ერთი ციკლის განმავლობაში", აპატიმრებენ სამ წლამდე ვადით ან აჯარიმებენ. საფრანგეთის ეთიკის ნაციონალური საკონსულტაციო კომიტეტის წევრთა აზრით, ემბრიონთა რედუქცია არ უნდა ემსახურებოდეს იმ ექიმის უპასუხისმგებლობის ლეგალიზაციას, რომელიც ხელოვნური განაყოფიერების მეთოდს იყენებს.

დიდი კამათი მიმდინარეობს დარჩენილი, ე. წ. "ჭარბი" განაყოფიერებული კვერცხუჯრედების (გაყინულ მდგომარეობაში ისინი შეიძლება ძალიან დიდი ხნის განმავლობაში ინახებოდეს) მომავალთან დაკავშირებით. თუ ორსულობა მაშინვე არ მოხდა, მაშინ მათი გამოყენება მომდევნო ციკლებშიც შეიძლება. ხოლო თუ ქალი დაორსულდა, ამ შემთხვევაში "ჭარბი" განაყოფიერებული კვერცხუჯრედები სრულიად "ზედმეტი" აღმოჩნდება. ამ "ზედმეტი" ემბრიონების მომავალი შეიძლება სამგვარი იყოს:

1. ისინი შეიძლება გალღვენ და დაიღუპონ;
2. "ზედმეტი" ემბრიონები შეიძლება გახდნენ დონორობის საგანი;
3. "ზედმეტი" ემბრიონები შეიძლება გახდნენ სამეცნიერო გამოკვლევების ობიექტები.

ეკგ-ისა და ეგ-ის პროგრამაში "ჭარბი" ემბრიონების ბედის საკითხი მრავალგზის აისახა როგორც საერთაშორისო, ასევე ბევრ ნაციონალურ, ეთიკურ და სამართლებრივ ნორმატულ დოკუმენტში. 1988 წელს მიღებული ევროპის პარლამენტის სპეციალური რეზოლუციები აწესებენ, რომ "in vitro" განაყოფიერებისას განაყოფიერებული კვერცხუჯრედების რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს საშვილოსნოს შესაძლებლობას და რომ სიცოცხლისუნარიან ემბრიონთა კრიოგენში შენახვას მხოლოდ იმ შემთხვევაში მიმართონ, როცა განაყოფიერების დროს წარმოშობილი ამა თუ იმ გარემოების გამო შეუძლებელია ემბრიონის სწრაფად შეყვანა საშვილოსნოში".

ადამიანის რეპროდუქციის უახლესი ტექნოლოგიის გამოყენების სერიოზული მორალური პრობლემები დაკავშირებულია ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან, ხელოვნური განაყოფიერების მეშვეობით დაბადებული ბავშვების ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარების მაჩვენებლებთან. და ბოლოს, არსებობს თუ არა ანომალიების წარმოშობის რისკი "ხელოვნური" ბავშვების შთამომავლობაში?

ზოგიერთი უცხოური ლიტერატურის მონაცემებით ეკგ-ისა და ეგ-ის მეთოდის გამოყენებისა და ბუნებრივი ჩასახვის შედარებამ გვიჩვენა რისკის ხარისხის ზრდა. მუცლის მოშლის (აბორტის) რაოდენობა 2-3-ჯერ იზრდება, საშვილოსნოს გარე ორსულობისა 2-5-ჯერ, მრავალნაყოფიანი ორსულობისა 20-27-ჯერ. "in vitro" ჩასახული ბავშვები ნახევარზე მეტ შემთხვევაში საკეისრო კვეთის საშუალებით იბადებიან. მათში დღენაკლულობის რისკი 3-ჯერაა გაზრდილი, თანდაყოლილი დეფექტებისა 2- ჯერ.

ადამიანის ხელოვნური გამრავლების პრაქტიკა ბევრ სირთულეს ქმნის ასეთი სახით დაბადებულ ბავშვთა სოციალური და სამართლებრივი მდგომარეობის თვალსაზრისით. რა თქმა უნდა, შედარებით მარტივ სიტუაციად ითვლება ჰომოლოგიური განაყოფიერება, როცა ბავშვის ბიოლოგიური და სოციალური მშობლების თანხვედრა და ბავშვის კანონიერად დაბადების საკითხი საერთოდ არ დგება. თუმცა ასეთ შემთხვევებშიც არსებობს იმ ბავშვების დისკრიმინაციის საშიშროება, რომლებიც ხელოვნური ჩასახვის შედეგად დაიბადნენ. მსა-ის "დებულებაში" (1987 წ.) ამასთან დაკავშირებით ხაზგასმულია: "ექიმი, უპირველეს ყოფლისა, უნდა მოქმედებდეს ბავშვის ინტერესებიდან გამომდინარე". აქ აუცილებელია კიდევ ერთხელ ხაზგასმით აღვნიშნოთ კონფიდენციალობის წესის მნიშვნელობა რეპროდუქციულ პროცესებში ნებისმიერ სამედიცინო ჩარევასთან დაკავშირებით, განსაკუთრებით კი ხელოვნური განაყოფიერების დროს.

რაც შეეხება ჰეტეროლოგიურ განაყოფიერებას, როცა ბავშვის ერთი ან ორივე "სოციალური მშობელი" არ ემთხვევა მის "ბიოლოგიურ მშობელს", მაშინ საკითხი დონორთა ანონიმურობის შესახებ კიდევ ერთ სირთულესთანაა დაკავშირებული. დონორის ანონიმურობა ხომ არ ითვლება ჯერ კიდევ არდაბადებული ბავშვის უფლებების დარღვევად?

სლოვაკი იურისტები დროგონეცი და ჰოლენდერი სამართლიანად აღნიშნავდნენ: "მედიცინამ ხელოვნური განაყოფიერება უფრო ადრე დაიწყო, ვიდრე ამის სპეციალური სამართლებრივი რეგულირება მოხდებოდა". 80-იანი წლების დასასრულამდე დონორის სპერმით ხელოვნური ინსემინაციის შედეგად დაბადებული ბავშვი ზოგიერთ ქვეყანაში (შვეიცარია, იტალია და ა. შ.) უკანონოდ შობილად ითვლებოდა. დღეისათვის ბევრ ქვეყანაში მიღებულია იურიდიული ნორმა, რომლის თანახმად, მამაკაცს, რომელმაც ნებაყოფლობით გა-

ნაცხადა შეგნებული თანხმობა მეუღლის ხელოვნური განაყოფიერების ჩატარებაზე, უფლება არა აქვს სადავო გახადოს ამგვარად დაბადებული ბავშვის მამობა. 1990 წელს ანალოგიური ნორმა რუსეთის კანონმდებლობაშიც იქნა შეტანილი. ზოგიერთ ქვეყანაში მეუღლეთა თანხმობა ხელოვნური განაყოფიერების გამოყენებაზე მათი განცხადებებით ფორმდება. რუსეთში მეუღლეები ხელს აწერენ საერთო განცხადებას. სამედიცინო პრაქტიკაში ცნობილია შემთხვევა, როცა ხელოვნური განაყოფიერების ცენტრს თხოვნით მიმართა ქალმა, ქმრისგან მალულად გაეკეთებინათ მისთვის ხელოვნური განაყოფიერება დონორის სპერმით. ფრანგი ექიმების პრაქტიკაში კი იყო შემთხვევა, როცა მათ მიმართა აფრიკული წარმოშობის მამაკაცმა თხოვნით, ჩაეტარებინათ ხელოვნური განაყოფიერება დონორის სპერმით მისი ორი ცოლისათვის, რომლებსაც უნდა სცოდნოდათ, რომ ჩაუტარდათ ჰომოლოგიური ხელოვნური განაყოფიერება.

როგორი დამაჯერებელიც უნდა იყოს მორალური არგუმენტები "წმინდა ტყუილის" სასარგებლოდ, ასეთ შემთხვევებში პროფესიული ეთიკაცა და კანონიც (ასევე რელიგიური მორალის მოთხოვნებიც) არ იძლევა უფლებას, რომ ხელოვნური განაყოფიერება მოხდეს ქორწინებაში მყოფი მხარეების თანხმობის გარეშე.

კვერცხუჯრედის დონორობისას წარმოქმნილი ერთ-ერთი რთული საკითხი დაკავშირებულია დედობის დადგენის ფაქტთან. ვინ უნდა ჩაითვალოს დაბადებული ბავშვის დედად? ლიტერატურაში წარმოდგენილია სამი შესაძლო პასუხი ამ საკითხზე:

1. დედა ყოველთვის არის ის ქალი, ვინც ბავშვი დაბადა;
2. ქალი, რომელიც შობს, დედად ითვლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ გამოყენებული კვერცხუჯრედი მას ეკუთვნის;
3. კვერცხუჯრედის დონორი ქალი ითვლება დედად იმ ქალთან ერთად, ვინც ბავშვი გააჩინა.

ამ საკითხთან დაკავშირებული კანონების თანახმად, მთელ რიგ ქვეყნებში (ბულგარეთი, ავსტრალიის ზოგიერთი შტატი და სხვა) დედად ითვლება ქალი, რომელმაც ბავშვი გააჩინა. რუსეთის კანონმდებლობით ბავშვის დედად ითვლება არა კვერცხუჯრედის დონორი ქალი, არამედ ვინც წერილობითი თანხმობა მისცა ემბრიონის იმპლანტაციაზე.

§3. სუროგატული დედობა

მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში კამათი მიმდინარეობს ე.წ. "სუროგატული დედობის" შესახებ. ამ შემთხვევაში ერთი ქალის კვერცხუჯრედი ნაყოფიერდება "in vitro", შემდეგ კი ხდება ემბრიონის გადატანა მეორე ქალის საშვილოსნოში ("დედა-მატარებლის", "ქალი – რეციპიენტის", "დროებითი დედის" და ა. შ.). ამასთან სოციალური დედა – "არენდატორი", დამქირავებელი, შეიძლება იყოს ის პირი, რომელმაც საკუთარი კვერცხუჯრედი მისცა ან საერთოდ მესამე პირი. ამგვარად, მსგავსი მანიპულაციების შედეგად დაბადებულ ბავშვს შეიძლება აღმოაჩნდეს ხუთი მშობელი: სამი ბიოლოგიური (კაცი – სპერმის დონორი, ქალი – კვერცხუჯრედის დონორი, ქალი – მუცლის დონორი) და ორი სოციალური – შემკვეთი მშობლების სახით.

სუროგატული დედობის "მომხიბვლელობა" აშკარაა იმ შემთხვევებში, როცა უნაყოფობის მიზეზს ქალის საშვილოსნოს უქონლობა წარმოადგენს. ცნობილია შემთხვევები, როცა "დედა მატარებლის" თავისებური დონორის ფუნქციას ასრულებდა უნაყოფო ქალის დედა ან და. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ნათესაური კავშირები ამ დროს ძალიან ჩახლართულია: "დედა-მატარებელი" გარკვეული აზრით არის როგორც დედა, ასევე დაბადებული ბავშვის ბებიაც, ასევე არა მარტო დედა, არამედ "დამკვეთი" ქალის დაც.

თუმცა ასეთი პრაქტიკა ხშირად ხორციელდება კონტრაქტის საფუძველზე, რომელიც ითვალისწინებს "ქალი მატარებლისა" და იურისტის, რომელიც კონტრაქტს ადგენს, მომსახურების გასამრჯელოს. ასეთ შემთხვევებში წარმოშობილ მორალურ-ეთიკურ დილემასა და იურიდიულ სიძნელეებზე მოწმობს სასამართლო კამათი, რომელსაც ადგილი ჰქონდა აშშ-ში 1987-88 წლებში: დადებული კონტრაქტის მიუხედავად, "სუროგატულმა დედამ" მერი უაიტჰედმა უარი თქვა მიეცა ბავშვი ცოლ-ქმარ სტერნებისათვის (კვერცხუჯრედი ეკუთვნოდა ელიზაბეტ სტერნს, სპერმა კი მის მეულლე უილიამ სტერნს). პირველმა სასამართლო ინსტანციამ დედობა ჩამოართვა მ. უაიტჰედს და მშობლის უფლებები გადასცა სტერნებს. თუმცა ათი თვის შემდეგ ნიუ-ჯერსის შტატის უმაღლესმა სასამართლომ ეს საქმე სხვაგვარად გადაჭრა. შეუნარჩუნა რა სტერნებს ზედამხედველობის უფლება, მ. უაიტჰედს მისცა "დედა-ვიზიტიორის" სტატუსი. განსაკუთრე-

ბულად უნდა აღვნიშნოთ, რომ სასამართლოს საბოლოო განაჩენით კონტრაქტი "სუროგატული დედობის" შესახებ გაუქმებულად ჩაითვალა, როგორც კანონის საწინააღმდეგო და ქალის ადამიანური ღირსების დამამცირებელი.

ანალოგიურ მოსაზრებებს გამოთქვამენ "სუროგატული დედობის" სხვა მოწინააღმდეგენიც. ისინი საუბრობენ მასზე, როგორც საკუთარი სხეულით ვაჭრობის ახალ ფორმაზე, როგორც ქალის გადაქცევაზე "ცოცხალ ინკუბატორად", "ბიოპრეპარატად" და ა. შ. თუმცა არც მოცემული მეთოდის დამცველთა არგუმენტებია უსაფუძვლო, რომლებიც მას განიხილავენ უნაყოფობის დაძლევის ერთადერთ შესაძლებლობად. ბევრი მათგანი თვლის, რომ ქალს, რომელიც საკუთარ თავზე აიღებს "დროებითი დედის" როლს, შეიძლება ამოძრავებდეს არა მარტო მატერიალური, არამედ ჰუმანური მოსაზრებებიც. საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად, ისევე როგორც ევროპის ქვეყნებისა და რუსეთის კანონმდებლობით, "სუროგატულ დედას" მოეთხოვება თანხმობა "შემკვეთების" ბავშვის მშობლებად აღიარებაზე.

მსა "დებულებაში" (1987 წ.) ნათქვამია: "იმ შემთხვევაში, თუ ასაკოვან ქალს არა აქვს საშვილოსნო, შეიძლება გამოყენებულ იქნას "სუროგატული დედობის" მეთოდი, თუ ეს არ არის აკრძალული კანონით ან ნაციონალური სამედიცინო ასოციაციის ან სხვა შესაბამისი სამედიცინო ორგანიზაციის წესებით". ამასთან მსგავსი პროცედურის ყველა მონაწილემ ნებაყოფლობითი ინფორმირებული თანხმობა უნდა განაცხადოს მის ჩატარებაზე.

მსა უარყოფს ნებისმიერ კომერციულ მიდგომას, როცა კვერცხუჯრედი, სპერმა ან ემბრიონი ყიდვა-გაყიდვის საგანი ხდება.

ი. ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი ევროპაში პირველი კლინიკა იყო, სადაც ქალებისა და მამაკაცების უშვილობას მკურნალობდნენ. ე. წ. რეპროდუქტოლოგიის დამხმარე ტექნოლოგიები, კერძოდ, ექსტრაკორპორული განაყოფიერება და საშვილოსნოს შიგა ინსემინაცია, რომელსაც უშვილობის მკურნალობის სფეროში ძირითადი ადგილი უჭირავს, ი. ჟორდანიას სახელობის ინსტიტუტში ბოლო წლებში წარმატებით ხორციელდება. უფრო მეტიც, სწორედ ამ ინსტიტუტში ამიერკავკასიაში პირველად დაინერგა რეპროდუქციის დამხმარე ტექნოლოგიები (in vitro განაყოფიერება).

აღნიშნულ სფეროში ექსპერიმენტალური სამუშაოები ჯერ კიდევ 30 წლის წინათ დაიწყო და საკმაოდ კარგი შედეგებიც იყო. შემდგომ ეს სამუშაოები შეფერხდა გამოჩენილი ქართველი ექიმის, ირაკლი ჟორდანიას გარდაცვალების გამო, რომლის სახელსაც ატარებს ეს ინსტიტუტი. ირაკლი ჟორდანია დაიღუპა საჰაერო კატასტროფის დროს, როდესაც მან საკუთარი სიცოცხლის ფასად გადაარჩინა მისთვის უცნობი პატარა გოგონა, რომელიც დედამ ცეცხლმოკიდებულ თვითმფრინავში დატოვა და თვითონ თავს უშველა.

ადამიანზე ექსტრაკორპოლური განაყოფიერების ჩატარება შესაძლებელი გახდა მხოლოდ 1997 წელს, რასაც თავისი მიზეზები ჰქონდა. ამჟამად ი. ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო კვლევით ინსტიტუტში ხორციელდება როგორც საშვილოსნოს შიგა ინსემინაცია, ასევე ექსტრაკორპორული განაყოფიერება – (IVF-ET; ZIFT, CIFT); IVF-ET – ეკგ და ეგ; ZIFT – ზიგოტის გადატანა ფალოპის მილში; GIFT – გამეტის გადატანა ფალოპის მილში, (icsi) – ინტრაციტოპლაზმურად სპერმის ინექცია (მიკრომანიპულაციური მეთოდით იოციტის განაყოფიერება).

ხელოვნური განაყოფიერება ორივე მეთოდით ხორციელდება მედიცინისა და სამედიცინო ტექნოლოგიების მსოფლიო სტანდარტების დონეზე. In vitro განაყოფიერების დროს უკვე შესაძლებელია გენეტიკური ტესტირება სავარაუდო მემკვიდრულ დაავადებებზე.

2000 წლის 21 ივნისს წარმატებით დამთავრდა ჟორდანიას სახელობის ადამიანის რეპროდუქციის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის კოლექტივის და ექსტრაკორპორული განაყოფიერების განყოფილების თანამშრომლების დაუღალავი შრომა. საქართველოსა და ამიერკავკასიაში პირველად in vitro (სინჯარაში) განაყოფიერების შედეგად დაიბადა ბიჭი (3600 კგ წონით და 52 სმ სიგრძით). მალე იშვა მეორე ახალშობილი. დაიწყო ამ მეთოდით შობადობის პროცესი, რაც მედიცინის შემდგომი განვითარების მომასწავებელია, ამასთან ერთ მთელ რიგ ეთიკური ხასიათის პრობლემებს წარმოშობს. საქართველოში 2015 წლისათვის in vitro განაყოფიერების მეთოდით უკვე დაიბადა 425-ზე მეტი ბავშვი, ყველა მათგანი ჯანმრთელია. დღეის ვითარებით ვერ ვფლობთ სრულ ინფორმაციას ხელოვნური განაყოფიერების გზით დაბადებულ ბავშვთა რაოდენობის შესახებ. რადგან საქართველოში უკვე 5 სპეციალურ კლინიკაში დაინერგა ეს ტექნო-

ლოგიები. 2011 წლიდან 2017 წლის ჩათვლით „**in vitro** განაყოფიერების და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კლინიკაში“ 3485-მა პაციენტმა ჩაიტარა მკურნალობა ამ მეთოდით. ორსულობა დაფიქსირდა 1270 შემთხვევაში (ინფორმაცია მოგვაწოდა მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორმა ნატო ხონელიძემ).

§4. რელიგია ახალი რეპროდუქციული ტექნოლოგიების შესახებ.

რეპროდუქციის უახლესი ტექნოლოგიები ღვთისმეტყველთა განსაკუთრებულ ყურადღებას იქცევს. სხვადასხვა რელიგიური კონფესიების ღვთისმეტყველთა ყურადღება, თავისთავად გასაგებია.

მედიცინის ეთიკური პრობლემების განხილვის უძველესი ტრადიცია კათოლიციზმში მოიპოვება. კათოლიკური მორალი საბოლოო ჯამში უარყოფითად ეკიდება ხელოვნურ განაყოფიერებას, განსაკუთრებით ჰეტეროლოგიურ მეთოდს, რადგან მათი აზრით ეს ეწინააღმდეგება ქორწინების წმინდა საიდუმლოებას, მეუღლეთა ღირსებას, თვით მშობელთა დანიშნულებას და ბავშვის უფლებას ჩასახული და დაბადებული იყოს ქორწინებაში და ქორწინების წყალობით. “სუროგატული დედობა” უარყოფილია ყველა კათოლიკე ავტორის მიერ. ამასთან, კათოლიკე ავტორთა შორის არიან თეოლოგები, რომლებიც ეკგ-ისა და ეგ-ის მეთოდს ეთიკურად მისაღებად თვლიან, თუ ის გამორიცხავს “ჭარბი” ემბრიონების პრობლემას.

ხელოვნურ განაყოფიერებასთან დაკავშირებით რუსული მართლმადიდებელი ეკლესიის პოზიციას სხვადასხვა ასპექტები უკანასკნელ პერიოდში აქტიური განსჯის საგანი გახდა. რუსული მართლმადიდებელი ეკლესიის პოზიციის კარგად გამოხატავს მამა ნიკოლოზი (ბალაშოვი): 1. გაუთხოვარი ქალის ხელოვნური განაყოფიერება გასაკიცხია, უპირველეს ყოვლისა, ბავშვის ინტერესებიდან გამომდინარე, რომელსაც შეგნებულად აქვს თავიდანვე ჩამორთმეული სრულფასოვან ოჯახში აღზრდის შესაძლებლობა. 2. დაუშვებელი გათხოვილი ქალის ხელოვნური განაყოფიერება ქმრის ნებართვისა და მონაწილეობის გარეშე, რამეთუ სიცრუე და ორპირობა არღვევს ქორწინების საიდუმლოების მთლიანობას. 3. ქმრის ნებართვითა და დონორის გენეტიკური მასალის გამოყენებით

ჩატარებული ხელოვნური განაყოფიერება არღვევს ცოლ-ქმრულ ერთგულებას. თუ ქმარი უნაყოფოა და თუ მედიცინას მისი განკურნება არ შეუძლია, მაშინ ცოლმა იგი უნდა მიიღოს ისეთი როგორიც არის და არ ეცადოს მას ამა თუ იმ ფორმით მოუძებნოს შემცვლელი. 4. ჰომოგენური განაყოფიერების თაობაზე მამა ნიკოლოზი იზიარებს სტენლი ხარაკასის თვალსაზრისს, და თვლის რომ ქმრის სპერმით განაყოფიერება სამედიცინო ცოდნის გამოყენების სავსებით მისაღები საშუალებაა, რომელიც ქრისტიანულ ქორწინებას აძლევს შესაძლებლობას განახორციელოს გვარის გაგრძელების ფუნქცია. 5. ხელოვნური განაყოფიერების „in vitro“ მეთოდი მიუღებელია ზედმეტი ემბიონების განადგურების აუცილებლობიდან გამომდინარე, რაც შეუთავსებელია ეკლესიის თვალსაზრისთან ადამიანის ემბრიონის შესახებ, როგორც ადამინური ღირსების მატარებელთან. 6. თუმცა შესაძლებელია განაყოფიერების მოდიფიკაცია ერთ-ერთი კვერცხუჯრედის გამოყენებით სინჯარაში ან ყველა გაჩენილი ემბრიონის დედის საშოში იმპლანტაციის შემთხვევაში. მაგრამ როგორც მამა ნიკოლოზი აღნიშნავს, ყველა მართლმადიდებელი ავტორი არ იზიარებს ამ პოზიციას. მაგალითად,, მამა სტენლი ხარაკასი არცთუ უსაფუძვლოდ თვლის, რომ ადამიანის სიცოცხლის საწყისებთან მანიპულირებას შეიძლება გაუთვალისწინებელი შედეგები მოჰყვეს მენტალიტეტის ჩამოყალიბებასთან დაკავშირებით. 7. ოჯახური ურთიერთობების მთლიანობისა და უნიკალობის დაცვის თვალსაზრისიდან გამომდინარე, მორალურად დაუშვებელია კვერცხუჯრედებისა და განაყოფიერებული ემბრიონების დონორობის პრაქტიკა. 8. ამ შეფასებას ექვემდებარება სუროგატული დედობის ყველა სახეობა. ამ მეთოდის საფუძველში ძევს უძირითადესი ემოციური და სულიერი კავშირის უგულებელყოფა, რომელიც მყარდება დედასა და ბავშვს შორის ფეხმძიმობის დროს, არაფერი რომ არ ვთქვათ, ასეთი სახით გაჩენილი ადამიანის იდენტურობის დადგენის სირთულეზე.

რომის კათოლიკური ეკლესიის სწორხაზოვანი პოზიციისაგან განსხვავებით მართლმადიდებელი ღვთისმეტყველები (ძირითადად უცხოელი, უპირველეს ყოვლისა ამერიკელი) დიფერენცირებულად უდგებიან ხელოვნური განაყოფიერების სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებას:

1.გაუთხოვარი ქალის ხელოვნური განაყოფიერება დასაძრახია, ძირითადად, ბავშვის ინტერესებიდან გამომდინარე;

2. გათხოვილი ქალის ხელოვნური განაყოფიერება ქმრის თანხმობის გარეშე დაუშვებელია, რადგან უთანასწორდება "ჩვეულებრივ" ცოლ-ქმრულ ღალატს;

3.ხელოვნური განაყოფიერება ქმრის სპერმით განიხილება, როგორც სამედიცინო ცოდნის გამოყენების სრულიად მისაღები საშუალება, რომელიც ნებას აძლევს ქრისტიანულ ქორწინებას ერთ-ერთი მთავარი მიზნის გვარის გაგრძელების რეალიზაციაში;

4. "in vitro" განაყოფიერების მეთოდისადმი უარყოფითი დამოკიდებულების მთავარი მიზეზი იმაში მდგომარეობს, რომ ამ დროს აუცილებლად წარმოიშვობა "ჭარბი" ემბრიონები. ის, რომ მათ მომავალს ექიმები განსაზღვრავენ, შეუთავსებლად ითვლება ქრისტიანულ მორალთან, რომელსაც განსხვავებული წარმოდგენა აქვს ადამიანის ემბრიონზე, როგორც ადამიანური ღირსების მატარებელზე;

5.რაც შეეხება ერთადერთი კვერცხუჯრედის გამოყენებას "in vitro" განაყოფიერებისათვის, ზოგი მართლმადიდებელი ღვთისმეტყველი მას უარყოფს როგორც საშიშ ნაბიჯს, რომელსაც ადამიანური ცხოვრების დეჰუმანიზაციამდე მივყავართ. ზოგიერთი კი "in vitro" განაყოფიერების მეთოდის ასეთ მოდიფიკაციას ეთიკურად მისაღებად თვლის და მის სარგებლობას აღიარებს.

ქართულ მართლმადიდებელ ეკლესიას უარყოფითი დამოკიდებულება აქვს ხელოვნური განაყოფიერების მიმართ, განსაკუთრებით დონორის გამოყენების შემთხვევაში. ეს მოსაზრებები დაწვრილებით მოცემულია თავებში: „ხელოვნური აბორტის ეთიკური პრობლემები" და „კლონირება და მორალი".

პროტესტანტული ეკლესია განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ბავშვის მომავალ ინტერესებს, მისი უფლებების გარანტიებს ნათესაურ ურთიერთობებზე. რაც შეეხება ჰეტეროლოგიური განაყოფიერების შესაძლებლობას, მას არ გამორიცხავენ, მაგრამ არცთუ დიდი ენთუზიაზმით ხვდებიან.

პროტესტანტული ტიპის რელიგიური კონფესია "მეშვიდე დღის ადვენტისტები" თავიდანვე ხაზგასმით აღნიშნავენ, რომ უშვილობის ბევრ შემთხვევაში ცოლ-ქმრის სურვილი, ჰყავდეთ ბავშვები, შეიძლება მხოლოდ მედიცინის თანამედროვე მეთოდების საშუალებით განხორციელდეს. ხელოვნური განაყოფიერების მეთოდების პრაქტიკულ გამოყენებასთან დაკავშირებით წამოჭრილი ბევრი საკითხის ანალიზის შემდეგ "ადვენტისტური საერთაშორისო სამედიცინო საზოგადოების

კონცეფციის" ავტორები მთლიანობაში დადებითად აფასებენ ეკგ-ისა და ეგ-ის მეთოდს: "in vitro" განაყოფიერების გამოყენება უშვილო მშობლებისათვის შეიძლება დალოცვა იყოს, რაც ნებას აძლევს მათ იყოლიონ შვილი".

ისლამი მუსულმანური ფილოსოფიის სუფიზმის, მორალისა და შარიათის (სამართლის) საწინააღმდეგოდ თვლის ხელოვნური განაყოფიერების ყველა მეთოდს (მათ შორის ეკგ-ისა და ეგ-საც), თუ ამისთვის არ გამოიყენება კანონიერი ქმრის სპერმა. აუცილებელია გამოვყოთ ისლამის ავტორიტეტთა მიმართება დონორის საშვილოსნოს გამოყენებისადმი, "სუროგატული დედობისადმი", რადგან ისლამი აღიარებს პოლიგამიას, ამიტომ მუცლადმატარებელი დედა შეიძლება იყოს მეორე ცოლი ქმრისა, რომელიც თავის სპერმას აძლევს პირველ ცოლს კვერცხუჯრედის განაყოფიერებისათვის". მუსულმანი ავტორები კატეგორიულად აღნიშნავენ, რომ შვილის გაჩენის უახლესი სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენებისას აუცილებელია გვქონდეს დონორის სასქესო უჯრედების შესახებ სრული ინფორმაცია, "რათა გამოვრიცხოთ სისხლის აღრევა და უზრუნველვყოთ კანონიერი ნათესაური კავშირი მუსულმანური სამართლის შესაბამისად".

იუდაიზმის პოზიციიდან ხელოვნური ინსემინაციის დაშვების გასამართლებლად, ჩვეულებრივ, მოჰყავთ შემდეგი ადგილი ძველი აღთქმიდან: "თუ უბიწო ქალი იბანავებს წყალში, რომელიც სპერმას შეიცავს, მაშინ ის შეიძლება დაორსულდეს". იმავდროულად რაბინების უმრავლესობა გმობს დონორის სპერმით განაყოფიერებას. მაგრამ თუ დამტკიცებულია, რომ არანაირი სხვა თერაპია შესაძლებელი არ არის, მოცემულ საშუალებას კი შეუძლია დახმარების გაწევა, მაშინ უკანასკნელი საშუალების სახით დასაშვებია ქმრის სპერმით განაყოფიერება.

ბუდიზმის ავტორიტეტული წარმომადგენლები პრინციპში დადებითად აფასებენ დონორის სპერმის გამოყენებას ხელოვნური განაყოფიერების მიზნით, ისევე როგორც "სუროგატულ დედობას". ისინი ხაზს უსვამენ შემდეგი პირობების აუცილებლობას: მეულლეთა თანხმობის ნებაყოფლობა, დონორის ანონიმურობა, მისთვის გასამრჯელოს მიცემის გამორიცხვა. თუმცა არსებობს ამ პოზიციიდან არსებითი გადახვევა: ცოლ-ქმარი უნდა დავარწმუნოთ აღსაზრდელად აიყვანონ უდედ-მამო ბავშვი. შვილად აყვანილი ბავშვის აღზრდას ისინი დიდ უპირატესობას ანიჭებენ. მაშასადამე, ტრადიციული

რელიგიური სისტემები, იცავენ რა ორთოდოქსულობის პრინციპებს, უარყოფითად ეკიდებიან რეპროდუქციულ ტექნოლოგიებს. არატრადიციული რელიგიები, უპირველეს ყოვლისა, პროტესტანტული რიგის კონფესიები და დომინაციები, ითვალისწინებენ რა ეპოქის თავისებურებებს, აღნიშნული პრობლემის გადაწყვეტის დროს შედარებით ლიბერალური პოზიციის დაჭერას ამჯობინებენ.

თავი VI. ადამიანის გენეტიკა: აწმყოსა და მომავლის ეთიკური პრობლემები

§1. სამედიცინო გენეტიკის მორალური პრობლემების სპეციფიკა

გენეტიკა მეცნიერული ცოდნის ერთ-ერთი სწრაფად განვითარებადი დარგია. მისი ბევრი მიღწევა დროულად პოულობს პრაქტიკულ გამოყენებას მედიცინასა და ბიოლოგიაში. ფიქრობენ და არცთუ უსაფუძვლოდ, რომ მომავალში მედიცინა და ბიოლოგია უფრო მეტად დაეყრდნობა გენეტიკის მონაცემებს.

სამედიცინო გენეტიკის მზარდ პროგრესს თან ახლავს მორალური და სამართლებრივი ხასიათის ბევრი პრობლემის წარმოშობა, რომელთა გადაჭრა დიდ ადამიანურ ტკივილთან და საკაცობრიო ღირებულებების გადაფასებასთან არის დაკავშირებული. მაგალითად, საზოგადოების ყურადღებას იქცევს პრობლემა, რომელიც ცოცხალი ან გარდაცვლილი ადამიანების გენეტიკურად იდენტური ასლების მიღების შესაძლებლობას ეხება. სხვა, არანაკლებ მწვავე და მნიშვნელოვანი პრობლემები, ძირითადად, სპეციალისტთა წრეებში განიხილება.

ტრადიციულად სამედიცინო ეთიკის უმთავრესი პრობლემა ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთდამოკიდებულების ზნეობრივად მისაღები ნორმების დადგენაა. მათი ურთიერთმიმართების ეთიკური რეგულაცია მოქმედებებში, ურთიერთმოთხოვნებსა და ვალდებულებებში დაიყვანება შეფასებამდე: "რა არის სიკეთე" და "რა არის ბოროტება". მაგრამ არის მედიცინის ორი სფერო — ინფექციური და მემკვიდრული დაავადებები, სადაც ექიმს უხდება ურთიერთობა არა მხოლოდ ერთ პაციენტთან, არამედ ადამიანებთან, რომლებიც მომეტებული რისკის ჯგუფებს მიეკუთვნებიან — დაავადებული არიან ერთი და იმავე სენით და ამასთანავე, დაავადება გადააქვთ ჯგუფის ერთი წევრიდან მეორეზე (ან სხვებზე).

სამედიცინო გენეტიკის ეთიკური პრობლემების ერთ-ერთი ძირითადი თავისებურება სწორედ ისაა, რომ მემკვიდრული დაავადებები (თუმცა ისინი ცალკეულ ინდივიდებში ვლინდებიან) შთამომავლობას რეპროდუქციული პროცესების შედეგად გადაეცემა. ამდენად სამედიცინო გენეტიკის პრობ-

ლემებს არა ინდივიდუალური, არამედ საოჯახო (ან საგვარეულო) ხასიათი აქვთ.

სამედიცინო გენეტიკის მეორე თავისებურება ის არის, რომ მემკვიდრული დაავადებების ძალიან მცირე პროცენტი იკურნება მეტ-ნაკლები წარმატებით. მედიცინა, უპირატესად, ამ დაავადებების პროფილაქტიკითა და დიაგნოსტიკის მეთოდებით შემოიფარგლება. სწორედ ამ გარემოებითაა გაპირობებული ისეთი სპეციფიკური პრობლემების არსებობა, როგორიცაა სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობის დიაგნოსტირების მორალურობა, თუ არ არსებობს მისი მკურნალობის ეფექტური საშუალებები.

ასევე საეჭვოა, მოუნდება თუ არა ადამიანს საკუთარი ბედის ცოდნა, თუკი არ შეუძლია გაექცეს მას. როგორც სპეციალური გამოკვლევებით დადგინდა, ჰანტინგტონის დაავადების რისკის ჯგუფში შემავალ 150 ათასი ადამიანიდან მხოლოდ 200 დათანხმდა დიაგნოსტიკური პროცედურის ჩატარებაზე. სხვებმა ამჯობინეს არ სცოდნოდათ მოურჩენელი დაავადების დიაგნოზი. მოცემულ დარგში ერთ-ერთი ავტორიტეტული სპეციალისტის მაკიუსიკის აზრით, თანამედროვე ადამიანის გენეტიკის შესწავლის სფეროში პროგრესი მინიმუმ ორ რისკს მოიცავს: 1. ახალი ინფორმაცია გაადიდებს შუალედს იმათ შორის, რისი დიაგნოსტიკა და მკურნალობაც შეგვიძლია. უკვე ამჟამად მწვავედ დგას ჰანტინგტონის და მთელ რიგ სხვა მემკვიდრულ დაავადებებთან დაკავშირებული მორალური პრობლემები; 2. მნიშვნელოვნად იზრდება სხვაობა იმას შორის, რასაც ჩვენ (ექიმები, მეცნიერები, საზოგადოება) ვფიქრობთ, რომ ვიცით, და იმას შორის, რაც ჩვენ ნამდვილად ვიცით. მაკიუსიკის აზრით, ეს უკანასკნელი გარემოება დაკავშირებულია უნებურ ენთუზიაზმთან, რომლითაც მოცულია სამეცნიერო საზოგადოება საერთაშორისო პროექტის, ''ადამიანის გენომის'' რეალიზაციიდან მოსალოდნელი სიკეთის მიღებისა და ადამიანის მოქმედების ფორმირებაზე გენეტიკური ფაქტორების ზეგავლენის ხარისხის გადაფასების გამო.

სამედიცინო გენეტიკის ეთიკურ პრობლემათა სპეციფიკა იმაშიც მდგომარეობს, რომ გენეტიკური პრაქტიკის საგანს, ძირითადად, ჯერ კიდევ დაუბადებელი ბავშვის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა წარმოადგენს. ამიტომაც, როგორც სამედიცინო დახმარების ნაირსახეობა, სამედიცინო გენეტიკა შეიძლება მხოლოდ ისეთ სოციალურ სიტუაციაში განვითარდეს, სადაც როგორც ცალკეული მოქალაქენი, ასევე საზოგადოებაც მთლიანად აღიარებს პასუხისმგებლობას ჯერ კიდევ დაუბა-

დებელ ბავშვზე, ისევე როგორც "ცოცხალ" თანამოქალაქეთა ჯანმრთელობაზე. ამ პასუხისმგებლობის აღიარება გვაიძულებს დავფიქრდეთ საზოგადოებრივი რესურსების განაწილებაზე იმ თაობათა შორის, რომელიც უკვე ცხოვრობს და რომელიც მომავალში იცხოვრებს. სამედიცინო გენეტიკის ინტერესთა იგნორირება არსებითად "თაობათა ეგოიზმის" ფორმად იქცევა: ეს იქნება განვითარების რესურსების მიღებისა და გარანტიების უსამართლო და უთანასწორო წესი. ამასთან, სამართლიანობა ვერ გაიმარჯვებს იმ შემთხვევაშიც, თუ გაუმართლებელ უპირატესობას მიიღებენ "მომავალი ადამიანები". თუმცა ზოგიერთი სპეციალისტი იცავს "მომავალი ადამიანის" უფლებათა და ინტერესთა უდავო პრიორიტეტის პრინციპს უკვე მცხოვრებ ადამიანთა უფლებებისა და ინტერესების წინაშე". მაგრამ აწმყო ხომ მომავალი განვითარების შესაძლებლობათა ერთობლიობაა. თუ ადამიანთა ახლანდელი თაობა არ იქნება საკმარისად განვითარებული და ჯანმრთელი, მაშინ მას თითქმის არაფერი ექნება შთამომავლობისათვის გადასანაწილებელი. თაობათა შორის სამართლიანობა, ალბათ, ინტერესთა უფრო რთულად ჩამოყალიბებულ ბალანსში უნდა ვეძებოთ. ასე რომ, სამედიცინო გენეტიკისა და მისი მეთოდების საგნის სპეციფიკა განსაზღვრავს მის მორალურ-ეთიკური პრობლემატიკის სპეციფიკას. ამერიკელი მკვლევარის უოლტერსის აზრით, თანამედროვე სამედიცინო გენეტიკის ძირითად ეთიკურ პრობლემებს ისეთი საკითხები წარმოადგენს, როგორიცაა: სამედიცინო საიდუმლოების დაცვა (გენეტიკური ინფორმაციის კონფიდენციალობა), ინდივიდთა გენეტიკური ტესტირებისა და პოპულაციის სკრინინგების ჩატარების ნებაყოფლობა, სამედიცინო გენეტიკური დახმარების ხელმისაწვდომობა (ტესტირების, კონსულტირების და სხვა) მოსახლეობის განსხვავებული ფენებისათვის, პოტენციური სიკეთისა და ბოროტების ურთიერთმიმართება სხვადასხვა სახის გენეტიკურ ჩარევათა რეალიზაციისას.

ბიოსამედიცინო ეთიკისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სამედიცინო გენეტიკური ინფორმაციის მიღებისა და გამოყენების მორალური პრობლემები.

§2. სამედიცინო გენეტიკური ინფორმაციის მოპოვებისა და გამოყენების მორალური პრობლემები

სამედიცინო გენეტიკა მრავალ მეთოდს იყენებს, მაგრამ განსახილველ პრობლემასთან დაკავშირებით განსაკუთრებით საინტერესოა გენეალოგიური ანალიზი, ტესტირება და სკრინირება გენეტიკური პათოლოგიის გამოსავლენად: თითოეული ამ მეთოდის გამოყენება გარკვეულ მორალურ პრობლემასთან არის დაკავშირებული. ერთ-ერთი ცენტრალური ადგილი გენეტიკური ინფორმაციის კონფიდენციალობის საკითხს ეთმობა.

ადამიანის რომელიმე დაავადების გენეტიკური ბუნების დადგენის კლასიკური საშუალება გენეალოგიის შედგენაა. გენეალოგიური ანალიზის ასეთი პრაქტიკა თავიდანვე წინააღმდეგობრივია. გენეტიკოსი ინდივიდს, ან წყვილს რომ დაეხმაროს, ამისთვის საჭიროა მიიღოს ინფორმაცია სომატური და ფსიქიკური ნიშნების შესახებ, რომლებიც ადამიანთა ჯგუფს (ნათესავებს) ეხება. თუ კვლევის ობიექტები ნათესავებიც ხდებიან, მაშინ იმათგანაც უნდა მივიღოთ ინფორმაციული თანხმობა.

საქართველოს კონსტიტუციისა და "საქართველოს კანონი მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" თანახმად, ნებაყოფლობითი ინფორმირებული თანხმობის გარეშე ადამიანებზე გამოკვლევების ჩატარება ან რაიმე სახის სამედიცინო ჩარევა არ შეიძლება. ასევე რთული საკითხია, უნდა მიიღოს თუ არა პაციენტმა თავის მშობლებისა და უახლოესი ნათესავებისაგან თანხმობა ექიმისათვის მისი დაავადების შესახებ მონაცემების (აქვე იგულისხმება მავნე ჩვევები, ხასიათის თავისებურებები და სხვა) მიწოდებაზე, იმაზე, რასაც ექიმ-გენეტიკოსი მისთვის საინტერესო მემკვიდრეობით ნიშნად ჩათვლის? აქვს თუ რა უფლება ექიმ-გენეტიკოსს იმუშაოს პაციენტის ნათესავების სამედიცინო ბარათებთან მათი ნებართვის გარეშე?

ექიმ-გენეტიკოსი სრული ინფორმაციის მიღებისა და ანალიზის შემდეგ "ააგებს" გენეალოგიურ რუკას. ამის შემდეგ აქვს თუ არა პაციენტს უფლება იცოდეს მთლიანი სურათი, რომელსაც გამოცდილი სპეციალისტი გენეალოგიის შესწავლისას მიიღებს, ან თუნდაც იმ ინფორმაციის მიღების უფლება, რაც მას და მის შთამომავლობას ეხება უშუალოდ? შეიძლება თუ არა პაციენტმა ექიმს გენეალოგიური რუკის

ასლი გამოართვას? აქვთ თუ არა მის ნათესავებს უფლება მიიღონ ეს ინფორმაცია მისი თანხმობის გარეშე ან, მით უმეტეს, მისი უარის მიუხედავად? ყველა აქ დასმულ კითხვაზე აზრთა სერიოზული განხვავება არსებობს.

პრობლემათა საფუძველი იმაში მდგომარეობს, რომ სამედიცინო პრაქტიკის ეთიკური სტანდარტები ტრადიციულად აგებული იყო ინდივიდუალური ურთიერთმოქმედების "ექიმ-პაციენტის" მოდელიდან გამომდინარე. მისაღებია თუ არა გენეტიკისათვის ისეთი წესები, რომლებიც პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობაზეა აგებული? ინფორმაცია დაავადების შესახებ, ფსიქიკურ და სომატურ თავისებურებებზე, ჩვევებსა და ცხოვრების წესზე — ყველაფერი ეს ხომ პაციენტის პირად ცხოვრებას ეხება. მაგრამ გენეალოგიის ჩარჩოებში ამავე ინფორმაციას შეიძლება სხვა ნათესავისთვისაც ჰქონდეს სამედიცინო-გენეტიკური მნიშვნელობა. ფლობენ რა მას, პაციენტის ნათესავებს შეუძლიათ უფრო მეტი პასუხისმგებლობით მოეკიდონ შთამომავლობის გაგრძელების საკითხს, დროულად მიიღონ აუცილებელი კონსულტაციები, გაიარონ აუცილებელი გამოკვლევები, მიიღონ პროფილაქტიკური ზომები დაავადების განვითარებისადმი მიდრეკილების შესაჩერებლად და ა. შ.

კონფიდენციალობის დაცვა, ისევე როგორც პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა, მკურნალობის უმნიშვნელოვანესი მორალური საფუძველია. მაგრამ ადამიანის დახმარების მოვალეობა, რაც გამომდინარეობს პრინციპიდან "აკეთე სიკეთე", ასევე აუცილებელი მორალური მოთხოვნაა მედიცინის მუშაკის მოღვაწეობაში. პრაქტიკულად შეუძლებელია უნივერსალური მეთოდის მოძებნა მსგავსი მორალური დილემის გადასაჭრელად. ნებისმიერი შემთხვევა ინდივიდუალურ, სიტუაციურ ანალიზს მოითხოვს, რომლის მსვლელობისას უნდა გვახსოვდეს, რომ ბიოეთიკის ყველა პრინციპი მისაღებია არა აბსოლუტურად, არამედ მხოლოდ ზოგიერთი გადაწყვეტილების მიღების შედეგების გულდასმით შეფასების შემდეგ.

თუმცა, სიტუაცია შეიძლება რამდენადმე გამარტივდეს, თუ უკიდურეს შემთხვევას განვიხილავთ: თუ ინფორმაცია ეხება იმ ნიშნებს, რომლებსაც არსებითი კლინიკური მნიშვნელობა არ გააჩნიათ ან, პირიქით, თუ ინფორმაცია ეხება მძიმე ფსიქიკური ან სომატური დაავადების ალბათობას. პირველ შემთხვევაში, ჩვეულებრივ, შეიძლება გადამწყვეტი მნიშვნელობა კონფიდენციალობის მოთხოვნას მივანიჭოთ და თავი შევიკავოთ პაციენტის ნათესავებისათვის ინფორმაციის მიწო-

დებაზე. მეორე შემთხვევაში კი, როცა სახეზეა მძიმე მემკვიდრული დაავადების განვითარების (შთამომავლობით გადაცემის) აშკარა საშიშროება, რაც სიცოცხლეს საფრთხეს უქმნის ან რამაც შეიძლება ავადმყოფი დააინვალიდოს, ექიმ-გენეტიკოსის მოვალეობაა, ინფორმაციის დროულად მიწოდებისა და კონსულტაციების მეშვეობით, შეძლებისამებრ, პაციენტს, მის ახლობლებსა და ნათესავებს თავიდან აცილოს უბედურება. თუმცა ამ შემთხვევაშიც ყველაფერი უნდა ვილონოთ, რომ ინფორმაციის გადაცემაზე პაციენტისაგან ნებართვა მივიღოთ. თუ ეს ვერ მოხერხდა, მაშინ აუცილებელია მას ვაცნობოთ, რომ კლინიკურად მეტად მნიშვნელოვანი ინფორმაცია, მისი წინააღმდეგობის მიუხედავად, მის ნათესავს (რომელიც ამას საჭიროებს) გადაეცემა. რა თქმა უნდა, ნათესავისათვის ინფორმაციის მიწოდების დროს მხოლოდ მისი იმ ნაწილით უნდა შემოვიფარგლოთ, რომელიც მისი ან მისი შთამომავლობის მოცემული კონკრეტული მძიმე დაავადების ალბათობას ეხება. განსაკუთრებულ შემთხვევებში ეთიკური გადაწყვეტილებების მიღება, რომლებსაც უკიდურესს ვერ მივაკუთვნებთ, მიზანშეწონილია ე. წ. "ეთიკური კომიტეტების" ჩარჩოებში განვახორციელოთ, რომელიც იმ სამედიცინო დაწესებულებაში შეიძლება ჩამოყალიბდეს, სადაც სამედიცინო-გენეტიკური კვლევა და კონსულტაციები ტარდება.

მორალურად რთული სიტუაციის ერთობლივი განხილვა პრობლემის შედარებით გაწონასწორებული გადაწყვეტილების მოძებნის საშუალებას მოგვცემს. უფრო მეტიც, მსგავსი განხილვების დროს საზოგადოებაში ჩამოყალიბდება და გაფორმდება პროფესიონალთა ჯგუფი, რომელსაც საკუთარი ზნეობრივი ღირებულებანი და ტრადიციები ექნება. ამასთან, შეძლებისდაგვარად, თავიდან უნდა ავიცილოთ ფინანსური და კვლევითი ინტერესების, თვით მედიცინის, გენეტიკოსთა ზეგავლენა მისაღები გადაწყვეტილების ხასიათზე, ასევე გავითვალისწინოთ პაციენტთა სოციალურ- კულტურული თავისებურებანი.

ქართული საზოგადოების ეთნოკულტურული ნაირგვარობა უპერსპექტივოს ხდის რომელიმე ერთი მოდელის მოძებნის მისწრაფებას, რომელიც ექიმებს, გენეტიკოსებსა და პაციენტს შორის ურთიერთობას დაარეგულირებდა. პაციენტთა ნაწილმა რელიგიური, ნაციონალური ან პიროვნული თავისებურებების გათვალისწინებით შეიძლება უპირატესობა პატერნალისტურ ურთიერთობას მიანიჭოს ან, პირიქით, პიროვნების ავტონომიის პატივისცემის პრინციპზე დაფუძნებული ურთიერთობა ამოირჩიოს. ასევე გასათვალისწინებელია,

რომ ეთნიკურ ჯგუფებში განმსაზღვრელ როლს დღემდე გვაროვნული ურთიერთობები ასრულებენ. ამ შემთხვევაში, ალბათ, სასურველი იქნება გვარის ავტორიტეტული წარმომადგენლის (უხუცესი ან უბრალოდ ასაკით უფროსი საერთო ნათესავისათვის) შუამავლობა.

მსგავსი პრობლემები წარმოიშობა პაციენტთა გენეტიკური ტესტირებისას, რომელიც შეიძლება როგორც პაციენტის მოთხოვნით, ასევე აუცილებელი წესით ჩატარდეს (მაგალითად, პროფესიული ჯგუფებისათვის).

უკანასკნელ წლებში მემკვიდრული დაავადებების ტესტირების შესაძლებლობანი პრაქტიკაში დნმ დიაგნოსტიკის მეთოდების დანერგვის წყალობით მკვეთრად იზრდება. ადრე რომელიმე მუტანტური გენის გამოვლენა გარკვეული მეტაბოლიტების აღმოჩენას ემყარებოდა, რომლებსაც იგი აკონტროლებდა. დნმ-ს დიაგნოსტიკა საშუალებას იძლევა ჩავატაროთ გენების პირდაპირი აღმოჩენა ნებისმიერ ბირთვის შემცველ უჯრედში.

პაციენტისათვის სერიოზულ საშიშროებას იმ გენეტიკური ინფორმაციის არასანქცირებული გამოყენება წარმოადგენს, რომელიც მას ეხება. მაგალითად, აუცილებელი სამედიცინო გამოკვლევის შედეგად მიღებული გენეტიკური ინფორმაცია საწარმოს ადმინისტრაციამ შეიძლება გამოიყენოს როგორც დისკრიმინაციის საშუალება, დათხოვნის საბაბი, სამსახურში არ მიღების ან დაწინაურების შეჩერების საფუძველი და ა. შ. ამასთანავე გაიზრდება მესამე პირთა რიცხვი, რომლებიც დაინტერესდებიან დნმ ტესტირების შედეგებით (ოჯახის წევრთა გარდა, ოჯახის ექიმები და ჯანდაცვის ორგანოების წარმომადგენლები, მაგალითად, სადაზღვევო და შრომითი დასაქმების სააგენტოები), რაც უფრო სავარაუდოს ხდის კონფიდენციალობის დარღვევასა და დისკრიმინაციას გენეტიკურ მოტივებთან დაკავშირებით. იმის გათვალისწინებით, რომ დნმ-ის ნიმუშები, ხშირად, საჭირო იქნება მივიღოთ ოჯახის რამდენიმე წევრიდან რამდენიმე შთამომავლობაში, მოსახლეობის გათვითცნობიერება დნმ ტესტების მნიშვნელობის შესახებ გაიზრდება, ტესტირების საიდუმლოების დაცვა კი ფაქტიურად პრაქტიკულად შეუძლებელი იქნება. საქიმო საიდუმლოების დაცვის პრობლემები გაიზრდება პათოლოგიური გენების ადრეული წინაკლინიკური დეტექციის შესაძლებლობასთან დაკავშირებით იმ პირთათვის, რომლებიც დაავადების მაღალი რისკის ჯგუფებს მიეკუთვნებიან, იმ დაავადებებისა, რომლებიც გვიანდელ ონტოგენეზში ვითარდება.

მხედველობაში მისაღებია ის ფაქტი, რომ ადამიანთა გარკვეულ ჯგუფს გენეტიკური ინფორმაციის გამოყენებისათვის საკმაოდ რაციონალური და გასაგები მოტივები აქვს. მაგალითად, თუკი წარმოების ხელმძღვანელი სამუშაოდ არ მიიღებს იმ პირებს, რომლებსაც გარკვეული დაავადებისადმი გენეტიკური მიდრეკილება აქვთ, იგი ამცირებს ფინანსური დანაკარგების რისკს, რაც მუშის ავადმყოფობასთან ან ინვალიდობასთან არის დაკავშირებული. რა თქმა უნდა, ადმინისტრაციის ეგოისტური ქცევის ეს რაციონალობა სულაც არ ხსნის მისი მორალურობისა და შრომით კანონმდებლობასთან შესაბამისობის საკითხს. მით უფრო, თუ გამოსაკვლევს ნამდვილად აღმოაჩნდება დაავადებისადმი გენეტიკური მიდრეკილება, რომლის განვითარება შეიძლება პროვოცირებული იქნას წარმოებაში შრომის პირობებით, მაშინ პრობლემა მორალურად რთულ სახეს მიიღებს.

გენეტიკური ინფორმაცია შეიძლება გამოყენებულ იქნას არა მარტო რაციონალურად, არამედ ირაციონალურადაც. რამდენიმე წლის წინ პოპულარული ტელეპროგრამის "Если" ერთ-ერთ სიუჟეტში, რომელიც პოზნერს მიჰყავდა, განხილული იყო სიტუაცია, რომელიც სამედიცინო- გენეტიკური ინფორმაციის კონფიდენციალობის დარღვევის შედეგად წარმოიშვა. რაიონული გაზეთის კორესპონდენტმა ადგილობრივი ეკოლოგიის პრობლემებისადმი მიძღვნილ სტატიაში, გვაუწყა, რომ ერთ-ერთი სოფლის მკვიდრს ბავშვი — "მუტანტი" გაუჩნდა. თუმცა დედის სახელი მოხსენიებული არ იყო, მაგრამ, რამდენადაც ამ სოფელში ბოლო დროს მხოლოდ ერთი ბავშვი დაიბადა, ფაქტიურად ინფორმაციის გამომჟღავნდება მოხდა. სიტყვა "მუტანტი" დაღად დააჩნდა ბავშვს და მთელ ოჯახს, რამაც მათ მიმართ თანასოფლელთა მტრული განწყობა და სოციალური იზოლაცია გამოიწვია. მსგავსი კოლექტიური აგრესიისათვის, რომელიც მიმართულია მემკვიდრეობით დაავადებულ პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისადმი, არავითარი რაციონალური საფუძველი არ არსებობს. არ შეიძლება მხედველობაში არ მივიღოთ ცრურწმენათა საშიშროება, რომელიც გვაროვნულ ურთიერთობებთან ("სისხლის ყივილთან") და მემკვიდრეობაზე მცდარ წარმოდგენებთან არის დაკავშირებული. გენეტიკური დიაგნოზი შეიძლება ბავშვს და მის ოჯახს დაღად დააჩნდეს და მათი სოციალური დისკრიმინაციის საფუძვლად იქცეს.

პოპულაციის გენეტიკური სკრინირება მძიმე მემკვიდრუ-

ლი დაავადებების გენის მატარებელთა განსაზღვრის მიზნით ხორციელდება. კლასიკურ მაგალითად ითვლება სკრინინგის პროგრამა, რომელიც იმ ახალშობილთა გამოსავლენადაა მიმართული, რომლებიც ფენილკეტონურიით – უმძიმესი მემკვიდრული დაავადებით არიან ავად, რომლის დროსაც, პირველ რიგში, თავისა და ზურგის ტვინი ზიანდება. გენეტიკური დეფექტის დროული დიაგნოსტიკა და სპეციალური დიეტის შემდგომი გამოყენება, რაც ფენილალანინს გამორიცხავს, ფსიქიკო-რეაქციული თერაპიის და სოციალური ადაპტაციის მეთოდებთან ურთიერთშერწყმაში, მთელ რიგ შემთხვევებში კარგ საერთო შედეგს იძლევა. ფენილკეტონურიის გამოვლენის სკრინინგული მეთოდის უბრალოება და შედარებითი სანდოობა მის ფართო გამოყენებას უწყობს ხელს.

სკრინინგის პროგრამების გამოყენებისას შესაძლოა წარმოიქმნას მორალური კონფლიქტი, რაც კონფიდენციალობის წესის დაცვასა და მოვალეობის შესრულებასთან არის დაკავშირებული, რომელიც ექიმ- გენეტიკოსს ავალდებულებს აცნობოს პაციენტს მძიმე დაავადების წარმოშობის შესაძლებლობა. ამასთან ერთად, განსაკუთრებული მორალური პრობლემა, რომელიც მემკვიდრული დაავადებების სკრინირებისას წარმოიშობა, მდგომარეობს არა მარტო სკრინინგის პროცედურების ეფექტურ მატერიალურ უზრუნველყოფის აუცილებლობაში, არამედ შემდგომ სრულფასოვანი მკურნალობის, დიეტოთერაპიის და ფსიქოკორექციული დახმარების ჩატარებაში. საქართველოში არსებული მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობის გამო ხშირია არასრული და არასრულყოფილი გამოკვლევები და შესაბამისად არასრულფასოვანი მკურნალობაც, რასაც ხშირად ძალზე მძიმე ფსიქიკური პათოლოგიის ნაცვლად, რომელიც ბავშვის დაღუპვას იწვევს სიცოცხლის პირველივე წლებში, ყალიბდება ნაკლებად მძიმე, მაგრამ ასევე დამაინვალიდებელი პათოლოგია, რაც ათწლეულების მანძილზე პაციენტისა და მისი ოჯახის ტანჯვას იწვევს. აქედან გამომდინარე, წარმოიშობა რეზონული კითხვა – მსგავსი სამედიცინო პრაქტიკა ამცირებს თუ ზრდის ადამიანის ტანჯვის მოცულობას?

პრაქტიკაში სკრინირების ახალი პროგრამების შემუშავებისა და დანერგვის დროს სერიოზული პრობლემები წარმოიშობა. დიაგნოსტიკის არსებულ მეთოდთაგან არცერთი არ არის აბსოლუტური. ყოველთვის არსებობს მცდარი დიაგნოზების გარკვეული პროცენტი. ავადმყოფთა ნაწილს ჯანმრთელის დიაგნოზი აქვს, ჯანმრთელთა ნაწილს – ავადმყოფის,

როგორც პათოლოგიური გენების მატარებლის. მცდარი დადებითი და მცდარი უარყოფითი დიაგნოზების რაოდენობრივ მიმართებას დინამიური ხასიათი აქვს. რაც უფრო ვეცდებით მცდარი უარყოფითი დიაგნოზების რაოდენობის მინიმუმამდე დაყვანას, უფრო მეტ მცდარ დადებით რეზულტატს ვიღებთ და პირიქით. მცდარ უარყოფით დიაგნოსტიკას აშკარად უარყოფითი შედეგები მოსდევს — ავადმყოფს არ უტარდება აუცილებელი მკურნალობა. მცდარმა დადებითმა დიაგნოსტიკამ შეიძლება სერიოზული ფსიქიკური ზიანი მიაყენოს ჯანმრთელ ბავშვს და მის მშობლებს, გაუმართლებელ მკურნალობას კი — მისი ჯანმრთელობის საზიანო შედეგი მოყვეს.

თუ გავითვალისწინებთ, რომ პოპულაციაში მძიმე მემკვიდრული დაავადებების გენების კონცენტრაცია დაბალია, მაშინ დიაგნოსტიკის ძალიან ზუსტი მეთოდების არსებობის დროსაც კი იმ ჯანმრთელ ადამიანთა რაოდენობა, რომლებსაც მცდარი დიაგნოზი აქვთ დასმული პათოლოგიური გენის მატარებლის სახით, შეიძლება შესაბამისი იყოს. გენეტიკოსები გადაწყვეტენ რა ავადმყოფი ბავშვების განკურნებას, აქვე უნდა იცოდნენ, რომ ჯანმრთელი ბავშვების გარკვეულ რაოდენობას აუცილებლად ავნებენ. ამიტომ სკრინირების პროგრამების გამოყენების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას ზედმიწევნით უნდა "ავწონ-დავწონოთ" მათი არა მარტო (და არა იმდენად) ფინანსური, არამედ წმინდა ადამიანური "ღირებულება".

ანალოგიური პრობლემები შეიძლება ტესტირების დროსაც წარმოიშვას, მაგრამ რამდენადაც იგი, ჩვეულებისამებრ, გარკვეული სამედიცინო მაჩვენებლების მიხედვით ტარდება, მათ შორის, ოჯახში მემკვიდრული დაავადებების შემთხვევათა გათვალისწინებით, ასევე ინდივიდუალური წესით — ტესტირებისას მცდარი დიაგნოზის ალბათობა ნაკლებია, თუმცა გამორიცხული არ არის.

სპეციფიკური პრობლემები წარმოიშობა იმ შემთხვევებში, როცა თვით სამედიცინო-გენეტიკური ტესტირების პროცედურა ზიანის მიყენების საფრთხეს შეიცავს. მაგალითად, მემკვიდრული დაავადებების მთელი რიგი (ორსულობის შემთხვევაში) მუცლის შიგნით ამნიოცენტეზის საშუალებით შეიძლება იყოს დიაგნოსტირებული, რომელიც ორსულობის სპონტანური მოშლის რისკთანაა დაკავშირებული. თუკი არსებობს სამედიცინო-გენეტიკური მაჩვენებლები, რომლებიც ბავშვის გენეტიკური პათოლოგიით დაბადების მნიშვნელოვან ალბათობაზე მიუთითებს, მაშინ ჩვეულებრივ, ითვლება რომ ეს რისკი შეიძლება უგულებელვყოთ.

თუკი პრაქტიკულად ჯანმრთელი ქალი ექიმებს მიმართავს თხოვნით ამნიოცენტეზის ჩატარებისა და ნაყოფის ტესტირების თაობაზე, თუ ამ ქალს არ გააჩნია შესაბამისი მონაცემები და მემკვიდრული პათოლოგიის რისკი მინიმალურია, მაშინ ასეთ შემთხვევაში სერიოზული მორალური პრობლემა წარმოიშობა. თუმცა დაუბადებელი ნაყოფი ჩვენში კანონით დაცული არ არის, მაგრამ მორალურად მას სიცოცხლის უფლება გააჩნია და მისი ინტერესები მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული.

საეჭვოა, მორალურად გამართლებული იყოს ზოგიერთი მედიკოსის "ნეიტრალური პოზიცია, რომლებიც მზად არიან შესაბამისი გასამრჯელოს მიღების იმედით "კლიენტის შეკვეთა" შეასრულონ. ნაყოფი, მართალია, არ წარმოადგენს "ადამიანს ბოლომდე", მაგრამ იგი მაინც "არ ავნოს" პრინციპის შესაბამისად უნდა იყოს დაცული.

§3. საერთაშორისო პროექტის „ადამიანის გენომი" ეთიკური პრობლემები

1990 წლიდან ამერიკაში ტარდება გამოკვლევები, რომელსაც ითვალისწინებს პროექტი "ადამიანის გენომი". მასში დასავლეთ ევროპის, იაპონიისა და ზოგიერთი სხვა ქვეყნის სამეცნიერო ცენტრები მონაწილეობენ. პროგრამა "ადამიანის გენომი" 1989 წლიდან არსებობს და, სერიოზული ეკონომიკური სიძნელეების მიუხედავად, რუსეთშიც ფინანსირდება. პროექტის ამოცანაა მოახდინოს რუქის შედგენა და დაადგინოს დაახლოებით 80 000 გენისა და სამი მილიარდი ნუკლეოტიდების თანმიმდევრობა, რომლებისგანაც ადამიანის დნმ შედგება.

პროექტის რეალიზაციას ფუნდამენტური მეცნიერებისათვის სერიოზული მნიშვნელობა აქვს, იგი გააღრმავებს ჩვენს ცოდნას ადამიანის გენეტიკური აპარატის ორგანიზაციისა და ფუნქციონირების შესახებ. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ადამიანის გენომის სამედიცინო თვალსაზრისით შესწავლა. უკვე დღეისათვის შემუშავებული და სამედიცინო პრაქტიკაში დანერგილია ადამიანის მემკვიდრული დაავადებების დიაგნოსტიკის ბევრი ახალი ტესტი. მაგალითად, ამერიკაში იმ ტესტების დანერგვამ, რომლებიც ტეი-საქსის დაავადებას ადგენს, ამ პათოლოგიით დაავადებულ ბავშვთა შობა-

დობა 90%-ზე მეტით შეამცირა. იმ გენების ლოკალიზაციის, სტრუქტურისა და ფუნქციონირების საშუალებათა განსაზღვრა, რომლებიც ადამიანის ამა თუ იმ გენეტიკური დარღვევის წარმოშობაზე არიან პასუხისმგებელნი, გენური ინჟინერიის მეთოდებით მემკვიდრული მასალის გასწორების შესაძლებლობას განსაზღვრავს.

პროექტის "ადამიანის გენომი" განხორციელებას თან ახლავს რევოლუციური მოლეკულურ-ბიოლოგიური ტექნოლოგიების გაჩენა, რომლებიც მომდგომში გენეტიკურად დეტერმინირებული დაავადებების დიაგნოსტიკასა და კორექციაში, ასევე სამრეწველო ბიოტექნოლოგიებში გამოიყენება. ყოველდღიურად იზრდება იმ კერძო ფირმების რიცხვი, რომლებიც გრანდიოზული მოგების მიღების მიზნით გენომური გამოკვლევების განვითარებაში მნიშვნელოვან რესურსებს აბანდებენ. როგორც აკადემიკოსი ა. აბაევი წერდა: "ამგვარად, ადამიანის გენომი ეს უკვე არა მხოლოდ ფუნდამენტური სამეცნიერო პრობლემაა, არამედ როგორც ფინანსური, ასევე მწარმოებლური მნიშვნელოვანი სოციალური მოვლენაც. გენომის შესწავლამ იმ მდგომარეობას მიაღწია, რომ ჰუმანისტები, ფილოსოფოსები, სოციოლოგები, სამართალმცოდნეები და რელიგიური მოღვაწეები და საერთოდ საზოგადოება, ბოლოს და ბოლოს ბიოეთიკის საკითხებით უნდა დაინტერესდეს.

"ადამიანის გენომი" საერთაშორისო პროექტია, ამიტომ იგი საერთო პასუხისმგებლობას წარმოშობს შესაძლო უარყოფითი შედეგების გამო. ამასთანავე, თუ განვიხილავთ ამერიკელი სპეციალისტების ჯ. ანასის და შ. ელიასის მოსაზრებებს, ვნახავთ, რომ ისინი სამ დონეს გამოყოფენ, რომელთა მიხედვითაც მიზანშეწონილია თვალყური ვადევნოთ პროექტის "ადამიანის გენომი" განხორციელების სოციალურ-ეთიკურ შედეგებს. ჯერ ერთი, ესაა ინდივიდისა და ოჯახის დონე. მეორე — საზოგადოების დონე და მესამე — საკუთარ თავზე ადამიანის ფუნდამენტური ფილოსოფიური წარმოდგენის დონე. განვიხილოთ ინდივიდისა და ოჯახის დონე. ათასობით ახალი დიაგნოსტიკური მეთოდი, რომლებიც ახლო მომავალში იქნება შემუშავებული, ადამიანებს უნიკალური ინფორმაციის მოპოვების შესაძლებლობას მისცემს მათი გენეტიკური თავისებურებების შესახებ, რომელიც თანდათანობით დაგროვდება. ამასთან მსგავსი "საკუთრების" ფლობისა და გამგებლობის უფლებების ბუნებრივი ასიმეტრია წარმოიშობა. მშობლებს, როგორც არასრულწლოვანთა კანონიერ წარმო-

მადგენლებს, მათი გენეტიკური ინფორმაციის გაგების უფლება აქვთ. მაგრამ კანონი არ ითვალისწინებს ბავშვის უფლებებს თავიანთ მშობლებზე გენეტიკური ინფორმაციის მიღებაზე, რამდენადაც ბავშვის გენომი მიღებულია ნაწილობრივ მამისაგან, ნაწილობრივ კი დედისაგან. მშობლების შესახებ გენეტიკური ინფორმაციის მიღებაზე უფლების შეზღუდვა (ან არარსებობა) ნიშნავს, რომ ხანდახან შეუძლებელი ხდება უაღრესად მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მიღება საკუთარ თავზე. ეს უსამართლობის აშკარა ფორმაა თაობათა შორის ურთიერთობაში ოჯახის შიგნით.

ამ სიტუაციაში აუცილებელია ტრადიციული ეთიკის საფუძვლები ისეთი ცნებებით შევავსოთ, როგორიცაა "კონფიდენციალობა", "პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა" და "პიროვნების ავტონომია", რომლებიც მხოლოდ ინდივიდს კი არ უნდა ეხებოდეს, არამედ ოჯახს და ნათესაური კავშირით გაერთიანებულ ოჯახთა ჯგუფებს (გვარს). მხოლოდ შიდა საოჯახო სოლიდარობა, სამართლიანობა და ურთიერთპასუხისმგებლობა დაიცავს ოჯახის თითოეულ წევრს მესამე პირების არასასურველი შემოჭრისაგან, ინდივიდთა გენეტიკური დახასიათების "გამჭვირვალობისაგან", „საქმის მიმცემების", სადაზღვევო აგენტების ან სახელმწიფო ორგანოებისაგან.

საზოგადოების დონეზე, უპირველეს ყოვლისა, მოსახლეობის ზოგადბიოლოგიური და, განსაკუთრებით, გენეტიკური განათლების ხარისხობრივი გაუმჯობესების საჭიროება წარმოიშობა. გენეტიკური ინფორმაციის ფლობა გულისხმობს პასუხისმგებლობას ამ ინფორმაციის გამოყენებაზე. ეს უკანასკნელი შეუძლებელია თანამედროვე გენეტიკური ცოდნის საფუძვლების შესწავლის გარეშე, ალბათობითი კანონზომიერებების ენის გაგების გარეშე, რომლებიც აღწერენ მემკვიდრული ნიშნების გამოვლენის თავისებურებებს. გამარტივებული, ერთმნიშვნელოვნად დეტერმინირებული აღწერების გამოყენების ჩვევამ, რაც მასობრივ ცნობიერებაშია გავრცელებული, შეიძლება უაღრესად ნეგატიური ზეგავლენა მოახდინოს ინდივიდის ქცევაზე, რომელიც საკუთარ გენეტიკურ ინფორმაციას განაგებს. მოსახლეობის გენეტიკური უმეცრება იყო (თუ გავითვალისწინებთ ევგენიკის გამოცდილებას) და იქნება ხელსაყრელი გარემო სამარცხვინო პოლიტიკური სპეკულაციისათვის და არაკეთილსინდისიერი კომერციული მოღვაწეობისათვის გენეტიკური ტესტირების და სამედიცინო-გენეტიკური კონსულტაციების სფეროში.

მეორე სოციალური პრობლემა, რომელთანაც პროექტის

"ადამიანის გენომი" რეალიაზაციისას უხდება საზოგადობას შეჯახება, არის საკითხი გენეტიკური დიაგნოსტიკის, სამედიცინო-გენეტიკური კონსულტაციის და მემკვიდრული დაავადებების პროფილაქტიკისა და მკურნალობის სამართლიანი ხელმისაწვდომობა.

პროექტის "ადამიანის გენომი" განხორციელება ძირითადად საზოგადოებრივ საწყისებზე ხდება. თუ მოლეკულურ-ბიოლოგიური გამოკვლევების უშუალო საბიუჯეტო ფინანსირების წილი მცირეა (როგორც ეს საქართველოში ხდება), მაშინ უნდა გავითვალისწინოთ საზოგადებრივი დაბანდებები ლაბორატორიათა მატერიალერ-ტექნიკურ ბაზაში, განათლებასა და სპეციალისტთა პროფესიულ მომზადებაში მეცნიერთა მიერ წარმოებაში გამოყენებული სამეცნიერო ცოდნის პოტენციალი და ა. შ... რამდენადაც პროექტში ძევს მნიშვნელოვანი საზოგადოებრივი რესურსები, ამიტომ მიღებული სიკეთის გამოყენების უფლება გარკვეულწილად ყველას გააჩნია. სამართლიანობა მოითხოვს შეიქმნას საზოგადოებრივი მექანიზმები სამედიცინო-გენეტიკური მომსახურების უნივერსალური გამოყენების უზრუნველსაყოფად. დღეისთვის, ისევე, როგორც ნებისმიერი სხვა ტექნიკური მიღწევები, პროექტის "ადამიანის გენომი" რეალიზაციის დროს მიღწეული სიახლეები, უპირველეს ყოვლისა, ხელს აძლევს მათ, ვისაც სხვებთან შედარებით უპირატესობა აქვთ ძალაუფლებისა და ფულის მხრივ. მაგალითად, ტესტი ჰანტინგტონის დაავადების დიაგნოსტიკისათვის ამერიკაში დაახლოებით 8 000 დოლარი ღირს, აუცილებელი სამედიცინო-გენეტიკური კონსულტაციების საფასურის გარდა. გარკვეულწილად მსგავსი პრობლემები წარმოიშობა გენების პატენტირების დროს (ნუკლეოიდური თანამიმდევრობის). 1983 წელს პატენტირებული იყო დნმ-ის თანამიმდევრობა, პასუხისმგებელი პლაზმოგენის გამააქტივებელი ცილის სინთეზის კონტროლზე, 1987 წელს — ერიტროპოეტინი; დღეისათვის პატენტის მისაღებად წარდგენილია ლაბორატორიული გზით მიღებული ათასი თანამიმდევრობები. პაციენტი იცავს საკუთრებისა და გამგემლობის უფლებას. თუ ვინმემ რაიმე დააპატენტა, სხვა ადამიანს უფლება არა აქვს გამოიყენოს დაპატენტებული ნივთი, თუ მფლობელს გარკვეულ თანხას არ გადაუხდის.

როცა საუბარია ტექნიკურ გამოგონებებზე, მაშინ ყველაფერი მეტ- ნაკლებად აშკარაა. მაგრამ თანამიმდევრობები ხომ ადამიანის სხეულის "ნაწილებია". როგორ შეიძლება თითოეული ადამიანის სხეულის ნაწილი ვინმე ერთის საკუთრე-

ბა იყოს? მნიშვნელოვანი საზოგადოებრივი რესურსების გამოყენებით მიღებული პროდუქტი შეიძლება თუ არა კერძო დაპატენტების და საკუთრების საგანი იყოს? ეს საკითხები ძნელი გადასაწყვეტია. დამმუშავებლებს არ გააჩნიათ საპატენტო უფლებები, ამიტომ არ შეუძლიათ დანახარჯთა ანაზღაურება, რაც აუბრალოებს კერძო ინვესტიციებისათვის მათ მოღვაწეობას მოცემულ სფეროში. ამავე დროს პატენტირება ზღუდავს საზოგადოების ყველა წევრის მიერ იმ სიკეთის გამოყენებას, რაც მნიშვნელოვანწილად მიღებულია საზოგადოებრივი რესურსების ხარჯზე.

აუცილებელია მხედველობაში მივიღოთ ისიც, რასაც ზოგი სპეციალისტი "ბიოლოგიური ინფორმაციის სოციალურ ძალაუფლებას" უწოდებს. რადგან გენეტიკური თვისებების (მათ შორის პათოლოგიური გენებისაც) განაწილება არათანაბარია სხვადასხვა სოციალურ და ეთნიკურ ჯგუფებს შორის, ამიტომ წარმოიშობა მათი დისკრიმინაციის რეალური საფრთხე, როგორც "ანომალიურისა", გენეტიკური ტესტირების შედეგების მიხედვით. უკვე ახლა გამოითქმის მოსაზრება, რომ უსახლკარონი და უმუშევრები "გენეტიკურად არასრულფასოვან" ინდივიდებს წარმოადგენენ და ამ სოციალური პრობლემის გადაწყვეტა დროთა განმავლობაში შეიძლება განხორციელდეს გენური ინჟინერიის მეთოდებით. თუ გავითვალისწინებთ, რომ თითოეული ადამიანი ფლობს გენების მნიშვნელოვან რაოდენობას, რომლებიც საშუალო სტატისტიკურ "ნორმებს" სცილდება, მაშინ "ნორმალურობის დიქტატურის" საფრთხე საკმაოდ რეალურია. ისტორია გვიჩვენებს, რაოდენ ადვილად უერთდება გენეტიკური ინფორმაცია (ჩვეულებრივ არაწესიერად ინტერპრეტირებული) რასისტულ სტერეოტიპებს დისკრიმინაციისა და სხვადასხვაგვარი ურთიერთობების გასამართლებლად სხვადასხვა ინდივიდუმებთან და ჯგუფებთან.

ადამიანის ბუნების ზოგადფილოსოფიური გაგების დონეზე პროექტმა "ადამიანის გენომი" შეიძლება ხელი შეუწყოს რედუქციონისტური მიდგომის გავრცელებას. საფრთხე იმაში მდგომარეობს, რომ საბოლოო ჯამში ადამიანი განიხილება როგორც მოლეკულათა ნაკრები, რომელიც კარგადაა ორგანიზებული. გოეთეს გენიით აღდგენილი უძველესი მითი ჰომონკულუსზე ახალ სიცოცხლეს იძენს.

გენური ინჟინერიის, ექსტრაკორპორული განაყოფიერების, სუროგატული მუცლადტარების, დიაგნოსტიკის მეთოდების გამოყენებით, რომელიც შეიძლება განხორციელდეს არა

მარტო მუცლადყოფნის პერიოდში, არამედ ჩასახვამდეც, ადამიანი სულ უფრო და უფრო იწყებს ემბრიონების, ჩანასახებისა და ბავშვების "შეკვეთით დამზადებას" ე. ი. ორიენტაციას იღებს "მიიღოს" ბავშვები გარკვეული კატეგორიის მშობლებისათვის (შეიძლება გაბატონებული ელიტისთვის) სასურველი გენეტიკური თვისებებით. უკანასკნელ წლებში გააქტიურდა კლონირების მეთოდებით ცოცხალი არსებების გენეტიკური ასლების შექმნა. ამგვარად, ადამიანის მიერ დაბადების ბუნებრივი პროცესი თანდათან ტექნოლიზდება და თავისებურ ლაბორატორიულ წარმოებად იქცევა.

როგორია ამ დროს მშობლების პასუხისმგებლობა ბავშვების წინაშე, თუ მათ არ დააკმაყოფილებთ მშობლებისეული არჩევანი? უცხოურ პრაქტიკაში რეგისტრირებულია შემთხვევები, როცა ინვალიდებს, რომლებსაც მძიმე მემკვიდრული დაავადებები ჰქონდათ, მშობლების წინააღმდეგ სასამართლო სარჩელი შეჰქონდათ, რადგან მათ თავის დროზე უარი თქვეს აბორტზე და ამით ხელი შეუწყვეს მათ ტანჯვას.

თუ კულტურის სამყარო განისაზღვრება როგორც იმის ერთობლიობა, რაც ადამიანმა ბუნებისაგან განსხვავებით შექმნა, მაშინ ბავშვები "სინჯარიდან", რომლებიც შემკვეთთა (მშობლების ან ხელისუფალთა) სურვილით "გაუმჯობესებული" გენოტიპის მატარებლები არიან, თანამედროვე ცივილიზაციის კანონთა შესაბამისად, უფრო "უკეთეს ადამიანებად" უნდა ჩაითვალონ, ვიდრე ისინი, ვინც ბუნებრივი "არაკულტურული" გზით დაიბადნენ. ჯერ კიდევ 1971 წელს ამერიკელი ბიოლოგი გლასი წერდა, რომ თანამედროვე ბიოლოგიას შეუძლია ყველა ახალშობილის ჯანმრთელობის ხარისხის გარანტირება, ასე რომ არცერთ მშობელს არა აქვს უფლება დატვირთოს საზოგადოება მახინჯი ან გონებრივად ჩამორჩენილი ბავშვის დაბადებით.

ენთუზიაზმი, რომლითაც საზოგადოება ადამიანის გენომის კვლევისას მოპოვებულ წარმატებებს აღიქვამს, ადამიანური თვისებების გენეტიკური დეტერმინაციის როლის გაზვიადებას იწვევს. გენების როლის გაზვიადება, საბოლოო ჯამში, პირადი პასუხისმგებლობის მოხსნას ნიშნავს. ნიჭი ან პირიქით, შეზღუდული უნარი, ნორმიდან გადახრილი ქცევა და ა. შ., ყველაფერი ეს და ბევრი სხვა განიხილება, როგორც მემკვიდრული წინასწარგანსაზღვრულობანი, ამიტომაც სამართლიანად აღნიშნავენ ანასი და ელიასი: "მეორე საშიშროება მდგომარეობს ტენდენციაში ვივარაუდოთ, რომ გენები უფრო ძლიერია, ვიდრე გარემოს გავლენა და ამიტომ ჩვენი ქცევები

უნდა განვიხილოთ როგორც "გენეტიკურად დეტერმინირებული" და არა როგორც თავისუფალი ნების რეზულტატი. მსგავსი აზროვნების მოწმეები ჩვენ უკვე ვართ "47, XYY დაცვის" შემთხვევასთან დაკავშირებით. არსებობს მოსაზრება, რომ კარიოტიპის 47, XYY მატარებლებს გენეტიკურად მისწრაფება აქვთ დანაშაულის ჩადენისაკენ, შესაბამისად, ზოგიერთი ინდივიდუმები ზედმეტი Y ქრომოსომით, რომლებსაც დანაშაულის ჩადენა ედებათ ბრალად, ამტკიცებენ, რომ მათ პასუხისმგებლობა არ ეკისრებათ, რადგან მათი გენების ნაკრები დანაშაულებრივი ქმედების ჩადენისაკენაა მიმართული. ჩვეულებრივ, მოსამართლეები არ ითვალისწინებენ მსგავს არგუმენტაციას და იმ იშვიათ შემთხვევებში, როცა ის მხედველობაში იყო მიღებული, ბრალდებულებს იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობა მიესაჯათ.

ადამიანის ქცევის გენეტიკური წინასწარგანსაზღვრულობის პრობლემა პარადოქსს წარმოშობს, რასაც ჩვენი აზროვნება საუკუნეთა მანძილზე ეჯახება, როცა ადამიანი საკუთარ თავში ჩაღრმავებას ცდილობს. როგორ უნდა გავიაზროთ ადამიანის თავისუფალი ნება, თუ ყველაფერი, რაც სამყაროში ხდება, წინასწარგანსაზღვრულია ღვთის ნებით? რა აზრი აქვს თანამედროვე სამყაროში თავისუფლების, პასუხისმგებლობის, მორალის იდეებს, თუკი ყველაფერი ბუნებრივი აუცილებლობის ძალით ხდება? ერთი მხრივ, დროის ყოველ მომენტში ადამიანის ორგანიზმის მდგომარეობა ,,გენეტიკურად დეტერმინებულია და გარკვეული ფიზიოლოგიური, ბიოქიმიური და სხვა ბიოლოგიური კანონზომიერებიდან გამომდინარე მიზეზობრივად დაკავშირებულია წინა მდგომარეობებთან. ამაზეა აგებული სამეცნიერო ცოდნა. მეორე მხრივ, ჩვენი საზოგადოება იმ ფუნდამენტურ საფუძველზეა აგებული, რომ ადამიანს თავისუფალი ნება გააჩნია. რაც უნდა გააკეთოს მან — ყველაფერი შეიძლება განხილულ იქნეს, როგორც მისი საქციელი, ე.ი. ის, რაზედაც მას პასუხისმგებლობა ეკისრება: შეიძლება დასაჩუქრდეს ან გაიკიცხოს, მოწონებულ ან განკითხულ იქნეს. ამ პოზიციის თანახმად, სოციალური სამყარო თითქოს დაყოფილია სიკეთისა და ბოროტების სფეროებად და საზოგადოებაში ადამიანთა ურთიერთობა მორალური და სამართლებრივი ორიენტაციის გარეშე შეუძლებელია.

გენეტიკური მასალით მანიპულაციის ახალ შესაძლებლობათა წარმოშობა ინდივიდის მემკვიდრული თვისებების გაუმჯობესებისა და გენეტიკური დაავადებების გავრცელების

თავიდან აცილების მიზნით ევგენიკის იდეების აღორძინებას უწყობს ხელს, რაც XIX საუკუნის ბოლოსა და XX საუკუნის პირველ ნახევარში ბიოლოგებსა და პოლიტიკოსებს შორის ფართოდ იყო გავრცელებული.

§4. ევგენიკის პრობლემები

ტერმინი ევგენიკა 1883 წელს მოგვაწოდა ფრენსის გალტონმა, ჩარლზ დარვინის ბიძაშვილმა, რომელიც მრავალი სამეცნიერო აღმოჩენითაა ცნობილი, მაგალითად, პიროვნების იდენტიფიკაციის მეთოდი თითების ანაბეჭდის შედარების გზით. გალტონის მიხედვით, ევგენიკა მოწოდებულია შეიმუშაოს სოციალური კონტროლის მეთოდები, რომლებსაც "შეუძლიათ შეასწორონ ან გააუმჯობესონ მომავალი თაობების რასობრივი თვისებები, როგორც ფიზიკური, ასევე ინტელექტუალური". XX საუკუნის პირველ ნახევარში, როცა ევგენიკა განსაკუთრებით გავლენიანი სამეცნიერო და პოლიტიკური მოძრაობა იყო, მისი ცნობილი წარმომადგენლები ბევრი ქვეყნის მთავრობებში აბორტის, სტერილიზაციის, ფსიქიატრიული დახმარების, განათლების, ემიგრაციის და სხვა საკითხებში კონსულტანტების როლში გამოდიოდნენ.

ევგენიკის მომხრეთა აზრით, საზოგადოებამ მედიცინის განვითარების, ინვალიდთა სოციალური მხარდაჭერის, ცხოვრების დონის ამაღლებით და სხვა "ხელოვნური" ზომების ხარჯზე შეასუსტა ბუნებრივი შერჩევის მოქმედება, რის შედეგადაც რასობრივი გადაგვარების საფრთხე წარმოიშვა. "სუბნორმალური" ინდივიდები, მონაწილეობდნენ რა გამრავლებაში, ე. წ. "ერის გენოფონდს" უხარისხო გენებით "ანაგვიანებდნენ". პოზიტიური ევგენიკა მიზნად ისახავს უზრუნველყოს უპირატესობა (მაგალითად,, ფინანსური) ფიზიკური და ინტელექტუალური ნიჭით დაჯილოებულთა კვლავწარმოებისათვის. ნეგატიური ევგენიკის ისტორიულად საყვარელ ობიექტებს ლოთები, ფსიქიკურად დაავადებულები, ნარკომანები, სიფილისითა და შიდსით დაავადებულები, სისხლის სამართლის დამნაშავენი, "სქესობრივად გარყვნილები" და ა. შ. წარმოადგენდნენ.

1907 წელს ამერიკაში, ინდიანას შტატში მიღებულ იქნა პირველი კანონი იძულებითი სტერილიზაციის შესახებ. კანონი გენეტიკურ საფუძველს ეყრდნობოდა. მსგავსი კანონი

შემდგომში თითქმის ოცდაათ შტატში მიიღეს. მეორე მსოფლიო ომამდე ამერიკაში სულ რეგისტრირებული იყო იძულებითი სტერილიზაციის დაახლოებით 50 000 შემთხვევა. ევგენიკურმა მოსაზრებებმა პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ ამერიკის იმიგრაციულ პოლიტიკაზე არსებითი გავლენა მოახდინა, როცა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებიდან გადმოსახლებულთა ნაკადმა თითქმის წალეკა ამერიკა. ამის შემდეგ, 20- იანი წლების ბოლოს, გარკვეულწილად ევგენიკოსთა რეკომენდაციითაც, იმიგრაცია 95%-ით შემცირდა.

მეორე მსოფლიო ომამდე დაახლოებით ამერიკის 30 შტატში ევგენიკურ საფუძვლებზე დაყრდნობით შემოიღეს კანონები, რომლებიც კრძალავდნენ რასათა შორის ქორწინებებს. ადამიანი "შანგად" ითვლებოდა, თუკი მას "შანგური სისხლის" 1/32 ნაწილი ჰქონდა. ეს ძალიან მკაცრი რასობრივი კრიტერიუმი იყო, უფრო მკაცრი, ვიდრე ის, რომელიც ნაცისტურ გერმანიაში გამოიყენებოდა, სადაც ებრაელად რომ ჩათვლილიყვნენ, აუცილებელი იყო "ებრაული სისხლის" არანაკლებ 1/4 ჰქონოდათ.

საბოლოო ჯამში ევგენიკის იდეებმა ფაშისტური რასობრივი თეორიის ფორმირებაზე არსებითი ხასიათის ზეგავლენა მოახდინა. ევგენიკის სფეროში ნაცისტმა სპეციალისტებმა "ერის გენეტიკური ჯანმრთელობის" ცნება შეიტანეს. ასევე, შეიმუშავეს პრევენციული მედიცინის სპეციალიზირებული დარგი — "რასობრივი ჰიგიენა". 1933 წელს გერმანიაში მიღებულ იქნა "კანონი გენეტიკური დაავადებებისაგან შთამომავლობის დაცვის შესახებ", რომლის გამოყენებამაც იძულებითი სტერილიზაციის 350 000-ზე მეტ შემთხვევამდე მიგვიყვანა. ნაცისტურ გერმანიაში ქორწინების ნებართვის მისაღებად აუცილებელ პირობას გენეტიკური კონსულტაცია წარმოადგენდა.

ომამდელი ევგენიკის გამოცდილება მოწმობს, რა როლის შესრულება შეუძლია გენეტიკური ცოდნისა და უმეცრების ნარევს სახელმწიფოს რეპრესიულ პოლიტიკაში. ასევე ცხადია, როგორ ადვილად შეუძლიათ მეცნიერებს მონაწილეობა სახელმწიფოს რეპრესიულ პოლიტიკაში, როდესაც მას რესპექტაბელური ლეგიტიმურობის სახეს ანიჭებენ. მეცნიერება და სამეცნიერო ცოდნა ბრბოს ყველაზე ბნელი ცრურწმენების გავრცელებისა და პოლიტიკური რეალიზაციის საშუალებად მიაჩნდა.

ბოლო წლებში ევგენიკამ, როგორც სახელმწიფო პოლიტიკის ფორმამ, განვითარება სინგაპურში ჰპოვა. 1982

წლიდან ამ ქვეყანაში განსაკუთრებული პროგრამა მოქმედებს, რომელიც განათლებული ქალების ნაყოფიერებას სტიმულს აძლევს და ზღუდავს მას გაუნათლებელთა შორის.

სინგაპურის მთავრობის პოლიტიკა პოზიტიური და ნეგატიური ევგენიკის ნებაყოფლობით ზომებს მოიცავს. პოზიტიური ევგენიკის ღონისძიებებს მიეკუთვნება: წყვილთა კომპიუტერული შერჩევა, რომელთა ქორწინების შედეგად ნიჭიერი შთამომავლობა შეიძლება დაიბადოს; კრუიზები "სიყვარულის ნავებში", რომლებსაც განათლებული, მარტოხელა სახელმწიფო მოღვაწეთათვის (ქალების) ხაზინა იხდის; სხვადასხვაგვარი ფინანსური შეღავათები, ასევე პრივილეგიები მათი ბავშვების ელიტარულ სკოლებსა და უნივერსიტეტებში სწავლისას. ნეგატიური ევგენიკის ღონისძიებებს ასევე "ნებაყოფლობითი" ხასიათი აქვთ. ამ ფაქტის დამადასტურებელ არგუმენტად მოაქვთ ფინანსური მოსაზრებები. სახელმწიფო ქალს სახელმწიფო ხარჯით აგებულ სახლში იაფფასიანი ბინის შესაძენად უპროცენტო სესხს აძლევს შემდეგი პირობების დაცვით: ასაკი 30 წლამდე, არა უმეტეს ორი ბავშვისა, განათლების დაბალი დონე, შემოსავალი არა უმეტეს 300 დოლარისა თვეში და თანხმობა სტერილიზაციაზე. მიუხედავად საკმაოდ მკაცრი პირობებისა, ეს ზომა იმ ქალთა შორის, რომლებსაც განათლებისა და შემოსავლის დაბალი დონე აქვთ, დიდი პოპულარობით სარგებლობს. ამგვარად, აქ ნებაყოფლობითი არჩევანი, ამ სიტყვის პირდაპირი გაგებით, არ არის, რამდენადაც ხელისუფლება მანიპულირებს არჩევანით, რომელსაც ქალი აბორციელებს.

საბჭოთა გენეტიკოსთა შორის გავრცელებული იყო მოსაზრება, რომ ევგენისტური პოლიტიკა, რა მეთოდებითაც არ უნდა ტარდებოდეს იგი, თეორიული და პრაქტიკული თვალსაზრისით სერიოზულ წინააღმდეგობას იწვევს.

ევგენიკურად მნიშვნელოვანი ბევრი ნიშანი, ისეთები როგორიც ინტელექტია, დეტერმინირდებიან, ალბათ, ასობით გენებით. ყველა ეს გენი ერთნაირად მნიშვნელოვანია. ამ რაოდენობის გენების გადარჩევის ჩატარება არარეალური სელექციური ამოცანაა. ასევე არარეალურია ამ ასობით გენის გენური ინჟინერიის მეთოდებით შეცვლის მცდელობა.

ევგენიკა, როგორც ადამიანის გენეტიკის შემადგენელი ნაწილი, საბჭოთა კავშირში აქტიურად ვითარდებოდა გასული საუკუნის 20-იანი წლების დასაწყისამდე. გამოჩენილი მეცნიერები იყვნენ მ. კ. კოლცოვი, ა. ს. სერებროვსკი, ი. ა. ფილიპჩენკო. თუმცა ევგენიკა საბჭოთა კავშირში არასოდეს

წარმოადგენდა სახელმწიფო პოლიტიკის ნაწილს. უფრო მეტიც, 20-იანი წლების ბოლოს იგი იდეოლოგიური ზეწოლის ქვეშ მოექცა და მალევე აიკრძალა. ამასთან, ზედმეტი არ იქნება აღვნიშნოთ, რომ საბჭოთა კავშირში სამედიცინო გენეტიკა ფაქტიურად ევგენიკიდან წარმოიშვა.

ამჟამად ვერ ვიტყვით, რომ პროსაბჭოური საზოგადოებრივი აზროვნებისათვის ევგენიკური იდეოლოგია სრულიად უცხოა. თუმცა, ტერმინი "ევგენიკა" პრაქტიკულად არ გამოიყენება, მაგრამ მისი იდეები იმ იდეოლოგებისა და პოლიტიკოსების მსჯელობებში, რომლებიც ცალკეული ინდივიდების ინტერესებთან შედარებით ერის გენოფონდის ინტერესებს ანიჭებს უპირატესობას, საკმაოდ მკვეთრად გამოიხატება. ცნობილი იურისტის მ.კოვალიოვის აზრით, საკითხები, რომლებიც გენოფონდის ნებისმიერი აქციისაგან უეჭველ დაცვას ეხება: სამეცნიერო, სამედიცინო, სამრეწველო, რელიგიური და კომერციულისაგან, რომლებსაც შეუძლიათ საფრთხეში ჩააგდონ კაცობრიობის გენოფონდი, უნდა დარეგულირდეს საერთაშორისო სამართლით, ნორმებით, რომლებიც ყველაზე ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციების დონეზეა მიღებული. ამასთან, გენოფონდის ინტერესები ცალკეულ პიროვნებათა ინტერესებისა და უფლებების წინაშე უეჭველი უპირატესობით უნდა სარგებლობდეს.

ევგენიკური განწყობილებები თანამედროვე ქართულ საზოგადოებაში საკმაოდ ფართოდ არის გავრცელებული. ამას ჩვენ მიერ 1998 წელს ჩატარებული სტუდენტთა სოციოლოგიური გამოკითხვის შედეგებიც მოწმობს. რესპოდენტთა 36% დაეთანხმა იმ მოსაზრებას, რომ საქართველოს ფიზიკური გადაგვარების საფრთხე ემუქრება. სტუდენტთა დაახლოებით 32%-მა გამოთქვა აზრი ნარკომანთა, შიდსით და ფსიქიკურად დაავადებულთა იძულებითი სტერილიზაციის სასარგებლოდ. დაახლოებით ამდენივემ გამოთქვა თანხმობა იმ ნაყოფთა იძულებითი აბორტის სასარგებლოდ, რომლებსაც განვითარების სერიოზული ნაკლი და გენეტიკური გადახრები აქვთ. ამასთან, გამოკითხულთა მხოლოდ უმნიშვნელო ნაწილი დაეთანხმა ისეთ მკაცრ ევგენიკურ ზომებს, როგორიცაა "ერის ელიტის" გაზრდის მიზნით განსაკუთრებით ნიჭიერი მშობლების მიზანმიმართული შერჩევა.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება, მათ შორის იმ გენების კონცენტრაციის დაწევით, რომლებიც მძიმე პათოლოგიის განვითარებას განსაზღვრავენ, მორალურად ჯანდაცვის გამამართლებელ მიზნად შეიძლება ჩაითვალოს.

მორალურად მიუღებელია მსგავსი მიზნების რეალიზაციისათვის იძულებითი საშუალებების გამოყენება, რასაც XX საუკუნის პირველ ნახევარში ამერიკელი და გერმანელი ევგენიკოსების პრაქტიკაში ჰქონდა ადგილი. მაგრამ ყველა ევგენიკოსი არ იყო და არ არის იძულებითი ზომების მომხრე. მაგალითად, საუკუნის დასაწყისის ერთ-ერთი წამყვანი ევგენიკოსი, ბრიტანელი ელისი დაჟინებით მოითხოვდა მხოლოდ ნებაყოფლობითი ევგენიკური ზომების მიღებას: "ერთ-ერთი იძულება, რომელიც ევგენიკაში შეიძლება გამოვიყენოთ, არის იძულება, რომელიც შიგნიდან მოდის", ე. ი. ინდივიდის პირად რწმენასთან არის დაკავშირებული. თუკი კიდევ ერთხელ მივუბრუნდებით უმნიშვნელოვანეს ეთიკურ პრობლემას — ნების თავისუფლების პრობლემას — მაშინ ძალდატანების პრობლემისადმი ორი ურთიერთსაწინააღმდეგო მიდგომა შეგვიძლია განვასხვავოთ. კონსერვატიული ლიბერალების აზრით, მოქმედება შეიძლება განხილულ იქნეს როგორც თავისუფალი, ე. ი. ისეთი, რომელიც ძალდატანების ნიშნებს არ შეიცავს, იმ შემთხვევაში, თუკი მისი არჩევისა და განხორციელებისათვის სამართლებრივი, ან სხვა ფორმალური (მაგალითად,, ადამიანისტრაციული) ბარიერი არ არსებობს. სოციალისტური ტრადიციის ჩარჩოებში ითვლება, რომ ძალდატანება არ არსებობს, თუ ადამიანს პრაქტიკულად შესაძლებლობა აქვს თანხმობა ან უარი განაცხადოს გარკვეული მოქმედების შესრულებაზე.

მოგონებები, რომლებიც XX საუკუნის პირველ ნახევარში ევგენიკის ბოროტად გამოყენებასთან არის დაკავშირებული, განსაზღვრავენ იმ მწვავე რეაქციას, რასაც თანამედროვე სამეცნიერო და სამედიცინო საზოგადოება იჩენს იმ პოზიციისადმი, რომლებიც ადამიანის პოპულაციის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავებისკენ არის მიმართული. თუმცა ამ პირობებში სახელმწიფოს ჩაურევლობა ბაზრის ძალაუფლების განმტკიცებას ნიშნავს.

გენეტიკური ინფორმაციის უპასუხისმგებლო გამოყენების ნეგატიური შედეგების მიღების რისკის სერიოზულობა მორალური პრინციპის "არ ავნოს" განსაკუთრებულ მნიშვნელობას განსაზღვრავს. ადამიანის გენეტიკაში, ისევე როგორც მეცნიერების სხვა დარგებში, ჰიპოთეზებსა და თეორიულ მოდელებს, რომლებსაც ჯერ არ გააჩნიათ საკმარისი ემპირიული მტკიცება და თეორიული დასაბუთება, მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა.

ამასთან დაკავშირებით მხედველობაში უნდა მივიღოთ,

რომ სამეცნიერო ჰიპოთეზები, როდესაც მასობრივ ცნობიერებაში აღმოჩნდებიან, "შერჩევის" მკაცრი მექანიზმების კონტროლიდან გამოდიან, საკუთარ სიცოცხლეს იძენენ, მოტივირებენ და წარმართავენ სოციალურ მოქმედებებს, რომლებსაც ხშირად არაერთმნიშვნელოვანი შედეგები მოჰყვება. მეცნიერებმა კარგად უნდა გაიაზრონ იმ ზიანზე პასუხისმგებლობა, რომელიც არასაკმარისად მოფიქრებულ ან მცდარ ჰიპოთეზის "განთავისუფლებას" შეიძლება მოჰყვეს.

მორალური პრინციპის — "არ ავნოს" თვალსაზრისიდან გამომდინარე, სამეცნიერო ჰიპოთეზები, რომლებსაც სერიოზული სოციალური შედეგები მოჰყვება, განსაკუთრებით მკაცრად უნდა იქნას შერჩეული და შემოწმებული. ეს პრინციპი ასევე საკმაოდ სერიოზულ მნიშვნელობას იძენს გენური თერაპიის პრობლემების განხილვის დროს.

§5. გენური თერაპიის მორალური პრობლემები ბიოეთიკაში

გენური თერაპიის მორალური შეფასება ერთ-ერთი ურთულესი საკითხია თავისი სპეციფიკიდან გამომდინარე. გენური თერაპია მედიცინის განვითარების ერთ-ერთი უახლესი მიმართულებათაგანია. დღეისთვის ის უკვე ასობით პაციენტმა გამოიყენა, ამასთან, ზოგ შემთხვევაში საკმაოდ დამაიმედებელი შედეგებით. მეთოდი დაფუძნებულია გენეტიკური მასალის გადატანაზე ვირუსული ან ფაგური ვექტორების (გადამტანების) საშუალებით, ან თავიდან ავადმყოფის ლაბორატორიულად იზოლირებულ უჯრედებში, რომელიც მას შემდგომში გადაენერგება.

შედარებით პერსპექტიულად ითვლება გენური თერაპიის გამოყენება მონოგენური მემკვიდრული დაავადებების სამკურნალოდ, რადგან უფრო ადვილია ერთი გენის მუტაციის დადგენა და შესაბამისად ერთი გენის ჩანაცვლება, რომელთა დროსაც ვარაუობენ, რომ ორგანიზმში გენეტიკური მასალის შეყვანა, რომელიც ნორმალურად ფუნქციონირებულ გენს შეიცავს, გადამწყვეტ თერაპიულ ეფექტს გამოიწვევს. ასევე პერსპექტიულია ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების სამკურნალოდ გენური თერაპიის მეთოდების შემუშავება. ასევე დიდი იმედია დაკავშირებული შიდსის სამკურნალოდ გენური თერაპიის ეფექტური მეთოდის შექმნასთან. შედარებით არაერთმნიშვნელოვანია გენური თერაპიის პერსპექტივები მულ-

ტფაქტორიალური დარღვევების მიმართებით, როგორებიცაა, მაგალითად, გულსისხლძარღვოვანი დაავადებები. თუმცა აქაც, დაავადების "ვიწრო" ადგილების გამოვლენისას, შესაძლოა გენეტიკური კორექციის ვარიანტები, რომლებიც ყოველ შემთხვევაში პათოლოგიის განვითარების შენელების საშუალებას მაინც მოგვცემს. მაგრამ აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჯერ-ჯერობით გენური თერაპიის არსებულ მეთოდთაგან საკმარისად დამუშავებულად და საიმედოდ არცერთი არ შეიძლება ჩაითვალოს. წარმატებულ შემთხვევებს, რომლებიც საზოგადოების აღფრთოვანების ენთუზიაზმს იწვევდა, ტრაგიკული წარუმატებლობანი ენაცვლებოდა, რასაც ამ საშიში ექსპერიმენტების შეწყვეტის დაჟინებული მოთხოვნები მოჰყვებოდა. ასეთი სიტუაცია ბუნებრივია, თუ გავითვალისწინებთ, რომ, მაგალითად, ზურგის ტვინისა და შინაგანი ორგანოების გადანერგვის ახლა უკვე რუტინულ და პრაქტიკაში ფართოდ გამოყენებული მეთოდების კლინიკურ დამუშავებას, თითქმის მეოთხედი საუკუნე დასჭირდა.

ამიტომაც შეიძლება დამაჯერებლად ვივარაუდოთ, რომ გენური თერაპია უახლოეს ათწლეულებში ექსპერიმენტებს არ შეწყვეტს და შესაბამისად აუცილებელია სამართლებრივი და ეთიკური ნორმების გამოყენება, რომლებიც ამ სფეროში წარმოებულ გამოკვლევებს დაარეგულირებენ.

რამდენადაც გენური თერაპია ცხოველმოქმედების შედარებით ინტიმურ მექანიზმებში შეჭრასთან არის დაკავშირებული, ამდენად გამართლებულია იმ სახელმწიფოების პოლიტიკა, რომლებიც სპეციალურ ნაციონალურ ეთიკურ კომიტეტებს აარსებენ. ამ სფეროში ექსპერიმენტებისა და კლინიკური გამოკვლევების ჩატარებაზე ყველა შეკვეთის ექსპერტიზის მიზნით ბიოეთიკის კომიტეტები დაკომპლექტებულია დამოუკიდებელი ექსპერტებისა და საზოგადოების წარმომადგენლებისაგან.

ამჟამად გრძელდება მნიშვნელოვანი გაურკვევლობა პაციენტის ორგანიზმში გენეტიკური მასალის გადატანის შედეგად განვითარებული ნეგატიური მოვლენების არსებობასთან და გენური თერაპიის ეფექტურობის შეფასებასთან დაკავშირებით. ამიტომაც მოიპოვა საერთაშორისო აღიარება აკრძალვამ, რომელიც ადამიანის სასქესო უჯრედების გენური თერაპიის მეთოდით კვლევას ეხება. ამით პოტენციურად არასასურველი გენეტიკური ცვლილებების შთამომავლობისათვის გადაცემისა და მათ შემდგომ თაობებში გავრცელების თავიდან აცილებას ცდილობენ. ამასთან უნდა გავითვალისწინოთ,

რომ სასქესო უჯრედები ორგანიზმში იზოლირებული არ არის. ასე რომ, რჩება ალბათობა სომატური უჯრედების გენოთერაპიის დროს მოხდეს სასქესო უჯრედებზე გენეტიკური მასალის ვექტორების ზეგავლენა.

გენური თერაპიის სფეროში კლინიკური ცდების ჩატარების ნებართვისათვის აღიარებელად ითვლება შემდეგი პირობების შესრულება:

1.ცხოველებზე ექსპერიმენტებისას აუცილებელია დავამტკიცოთ, რომ საჭირო გენი შეიძლება გადატანილ იქნას შესაბამის უჯრედ-სამიზნეში, სადაც იგი საკმაოდ დიდი ხნის მანძილზე ფუნქციონალურად აქტიური იქნება.

2.დარწმუნებული უნდა ვიყოთ, რომ გენი, რომელიც გადატანილი იქნება მისთვის ახალ გარემოში, შეინარჩუნებს ეფექტურობას.

3.საჭიროა აბსოლუტური გარანტია, რომ გადატანილი გენი ორგანიზმში არასასურველ შედეგებს არ გამოიწვევს.

მოჩვენებითი სიმარტივის მიუხედავად, აღნიშნული პირობები არ შეიძლება საკმარისად კონკრეტიზებული იყოს, რომ უნივერსალურ წესად იქცეს. გენური თერაპიის გამოყენების თითოეულ შემთხვევაში მოგვიწევს იმის განსაზღვრა, თუ რა ვადები ჩაითვლება საკმარისად გენის ეფექტურობის შენარჩუნებისათვის, როგორი შეიძლება იყოს პაციენტისათვის პოტენციური რისკი და როგორ მიმართებაში იქნება იგი სავარაუდო დადებით სამკურნალო ეფექტთან.

მსგავსი კონკრეტული სამეცნიერო და მორალური ანალიზი შედარებით წარმატებით განხორციელდება ე. წ. "ეთიკური კომიტეტების" მუშაობის ჩარჩოებში. ერთი მხრივ, ასეთ კომიტეტებში დამოუკიდებელ ექსპერტთა მონაწილეობა გამოკვლევისათვის საჭირო მეთოდების მეცნიერული და ობიექტურად შეფასების საშუალებას მოგვცემს. მეორე მხრივ, ეთიკოსების, იურისტებისა და სხვათა (ვისაც "საზოგადოების წარმომადგენლებს" უწოდებენ), მონაწილეობამ იმის გადალახვა უნდა უზრუნველყოს, რასაც ზოგჯერ "სამოქალაქო გაუნათლებლობას" უწოდებენ, და რაც ასე დამახასიათებელია ბევრისთვის და კერძოდ, თავიანთ სფეროში საკმაოდ კომპეტენტური მეცნიერებისთვისაც.

უკანასკნელ ათწლეულებში გენეტიკისა და გენეტიკური ცოდნის პრაქტიკული გამოყენების სფეროში ეთიკური და სამართლებრივი რეგულირების აუცილებლობამ განსაკუთრებული მნიშვნელობა შეიძინა. ამის გათვალისწინებით ბევრი საერთაშორისო და ეროვნული ორგანიზაცია შესაბამისი სამარ-

თლებრივი და მორალური ნორმების შექმნას ცდილობს. მათ შორის, უპირველეს ყოვლისა, აღსანიშნავია: ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის დოკუმენტები—"მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ადამიანის გენეტიკის პროგრამა", "კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ", რომლებიც ევროსაბჭომ 1996 წელს მიიღო; ადამიანის გენომის საერთაშორისო ორგანიზაციის რეკომენდაციები: მსოფლიო სამედიცინო ორგანიზაციის 1992 წლის დეკლარაცია, იუნესკოს მიერ 1997 წელს დამტკიცებული დეკლარაცია ადამიანის გენომის შესახებ.

ყველა ამ დოკუმენტისათვის საერთოა შეხედულება იმის შესახებ, რომ სამედიცინო-გენეტიკური დახმარება თითოეული ადამიანის უფლებას უნდა წარმოადგენდეს, რაც შესაბამისად სახელმწიფოს მიერ იქნება გარანტირებული. ამავე დროს, ხაზგასმულია იმის აუცილებლობა, რომ უზრუნველყოფილ იქნას გენეტიკური ინფორმაციის კონფიდენციალობა, მოქალაქეთა პირადი არჩევანის თავისუფლება, არაქმედითუნარიან პირთა დაცვა. შემოღებულია აკრძალვები გენეტიკური ინფორმაციის ეროვნული, ეთნიკური, ეკონომიკური, პოლიტიკური ან მოქალაქეთა სხვაგვარი დისკრიმინაციის საფუძვლად გამოყენებაზე.

თავი VII. ხელოვნური აბორტის ეთიკური პრობლემები

§1. საკითხის ისტორია

აბორტის ლეგალიზაციის შესახებ გაცხოველებული დისკუსიაა გაჩაღებული მთელ მსოფლიოში. ძირითადი მორალური პრობლემები დაკავშირებულია ხელოვნურად გამოწვეულ აბორტთან. ამ სახის სამედიცინო ჩარევის მორალური ასპექტების სწორი გაგებისათვის აუცილებელია გავიაზროთ, რომ ორსულობა ნორმალური ფიზიოლოგიური პროცესია, რომელიც ქალის ორგანიზმში მიმდინარეობს და ამავე დროს ახალი ადამიანის ბიოლოგიური ფორმირების პროცესიცაა. ამიტომ, როცა აბორტის პრაქტიკას ვუშვებთ „ნაკლები ბოროტების“ პრინციპით, მხედველობაში უნდა ვიქონიოთ, რომ იგი სერიოზულ ტრავმას (მორალურსა და ფიზიკურს) წარმოადგენს ქალისათვის. ის ბოროტებაა, რადგან წყვეტს ახალი ადამიანის უკვე დაწყებულ სიცოცხლეს. აბორტი არ შეიძლება ჩაითვალოს „ოჯახის დაგეგმვის“ ჩვეულებრივ საშუალებად კონტრაცეპტივებთან ერთად.

1996 წელს გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის სპეციალური კომისია თავის დასკვნაში აღნიშნავდა: „ბევრ ქვეყანაში, როგორც განვითარებულ, ისე განვითარებადში, ორსულობის ხელოვნურ შეწყვეტას საზოგადოება განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს და სერიოზულ შეშფოთებას გამოთქვამს, როგორც აბორტის სამედიცინო შედეგების (დედის დაავადება, რასაც ხშირად უნაყოფობა და სიკვდილიანობა მოსდევს), ასევე მორალურ-სამართლებრივი მხარის გამოც, რაც დაკავშირებულია მისი დაშვების პრობლემასა და ორსულობის კანონმდებლობითი რეგლამენტაციის სხვადასხვა ვადებთან“.

აბორტი განეკუთვნება სამედიცინო ეთიკის, ფილოსოფიის, იურისპრუდენციისა და თეოლოგიის უძველეს პრობლემას. ჰიპოკრატეს ფიცის თანახმად, ექიმს ეკრძალება ორსულობის შეწყვეტა („არ მიეცე არც ერთ ქალს მუცლის მოსაშლელი პესარიუმი“). ამასთანავე არისტოტელე აბორტს დასაშვებად მიიჩნევდა. არისტოტელეს პოზიციაში ყურადღებას იმსახურებს ორი მომენტი: მასთან აბორტების აუცილებ-

ლობა ეფუძნებოდა დემოგრაფიულ მიზნებს (შობადობის რეგულირებას): ამასთან, იგი აბორტს დასაშვებად თვლიდა მანამ, სანამ ჩანასახში ჩამოყალიბდებოდა „მგრძნობელობა“ და „აქტიურობა მოძრაობისათვის“.

ძველ რომში, აბორტი სამარცხვინოდ არ ითვლებოდა და ფართოდ გამოიყენებოდა პრაქტიკაში. იმპერიის დაცემის ეპოქაში შეძლებულ მოქალაქეებს არ სურდათ არც ოჯახი და არც შვილები.

თავდაპირველად რომის სამართალში ჩანასახი განმარტებული იყო, როგორც დედის სხეულის ნაწილი (**pars viscerum**), ამიტომ ქალს არ სჯიდნენ ნაყოფის მოკვლის ან მუცლიდან მისი მოცილებს გამო.

მოგვიანებით ემბრიონს (**nasciturus** – „დაბადების უფლების მქონე“) მიენიჭა ზოგიერთი სამოქალაქო უფლება. ხელოვნურ აბორტს განმარტავდნენ, როგორც დანაშაულს მშობლების უფლებათა წინააღმდეგ, თუკი ვინმე შეეცდებოდა ამ გზით მიეღწია ქონებრივი უფლებებისათვის.

ემბრიონის, როგორც ღირებულების გააზრება დაკავშირებულია ქრისტიანობის წარმოშობასთან. უკვე ადრეული ქრისტიანულ ეპოქაში აბორტი გაიგივებული იყო ადამიანის მკვლელობასთან. მამა ვასილ დიდი (სს.) წერდა: „მუცლად ჩასახული ნაყოფის განზრახ მოკვდინება ისეთივე გაკიცხვას იმსახურებს, როგორც მკვლელობა“. აბორტთან მიმართებით ქრისტიანულ ტრადიციაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს სულის ჩასახვის საკითხს, როცა ემბრიონი იძენს უკვდავ სულს, ანუ როცა ხდება მისი გასულიერება. თუ ადრე ქრისტიანებში მითიოებული იყო მეორმოცე დღე ვაჟებისათვის და მეოთხმოცე დღე გოგონებისათვის, შუა საუკუნეების ღვთისმეტყველნი და ფოლოსოფოს სქოლასტიკოსები უკვე არ ასხვავებდნენ სქესს და უთითებდნენ ხან მეორმოცე, ხან კი მეოთხმოცე დღეზე. ეს დებულებები მოულოდნელად „ეხმიანება“ თანამედროვე კანონმდებლობას აბორტის შესახებ, რაც ბევრ ქვეყანაშია მიღებული და რომელიც ხშირ შემთხვევაში დასაშვებად თვლის ორსულობის შეწყვეტას პირველ ტრიმესტრში (12 კვირამდე). შუა საუკუნეებში, როცა ეკლესია ამტკიცებდა, რომ მუცლადყოფნის განვითარების განსაზღვრულ მომენტში ემბრიონი უკვდავ სულს იძენს, აბორტი მკაცრად ისჯებოდა. გერმანულ კანონთა კრებულ „კაროლინას“ თანახმად (XVIს.), აბორტის ცოცხალი (სულიერი) ნაყოფის განადგურების შემთხვევაში დედა სიკვდილით ისჯებოდა. აბორ-

ტისათვის სიკვდილით დასჯა რუსეთშიც შემოიღეს 1649 წელს და გაუქმდა ერთი საუკუნის შემდეგ.

ჩვენ განსაკუთრებით გვაინტერესებს ექიმებისა და საზოგადოების დამოკიდებულების ევოლუცია აბორტის პრობლემისადმი ბოლო ორი ასწლეულის მანძილზე. XVIII საუკუნეში საქართველოში უკვე განიხილავდნენ სამედიცინო მაჩვენებლების კონცეფციას ორსულობის ხელოვნურ შეწყვეტასთან დაკავშირებით და მხარს უჭერდნენ კრიტიკულ შემთხვევებში დედის სიცოცხლისათვის უპირატესობის მიცემას. ევროპის მედიცინაში მოცემული კონცეფციის საბოლოო ფორმირებაში შემობრუნების პუნქტად იქცა დისკუსია პარიზის სამედიცინო აკადემიაში 1852 წელს. დედების სიკვდილიანობის სტატისტიკა (საკეისრო გაკვეთის შემდგომ) მთავარ არგუმენტად იქცა ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის ეთიკური გამართლებისათვის. ხელოვნური აბორტის ქირურგიული ტექნიკა (საშვილოსნოს ღრუში სამედიცინო ინსტრუმენტების შეტანა) ცნობილია დაახლოებით 1750 წლიდან. თუმცა თავიდან მაღალი რისკის მიზეზით ამ ოპერაციას დიპლომირებული ექიმები ძალზე იშვიათად მიმართავდნენ და თუ ეს მეთოდი მაინც გამოიყენებოდა იმ წლებში, მას მხოლოდ უკანონო პრაქტიკოსი მკურნალები იყენებდნენ. იმ დროის სამედიცინო პრაქტიკაში დიპლომირებული ექიმები ორ მომენტზე ამახვილებდნენ ყურადღებას: ჯერ ერთი, ისინი არცთუ გულწრფელად თვლიდნენ, რომ პროფესიული ეთიკის ერთგულნი რჩებოდნენ (ორსულობის ფაქტის დადგენა მისი მიმდინარეობის პირველ ნახევარში შეუძლებელი იყო): მეორეც, იმ წლებში სამედიცინო პრაქტიკაში გავრცელებული იყო საეჭვო თეორია, რომლის თანახმადაც, შხამიანი ნივთიერებების დოზა, რომელსაც შეუძლია ჩანასახის მოკვდინება და აბორტის გამოწვევა, დედისათვის საზიანოდ არ ითვლებოდა.

XIX საუკუნის II ნახევარში აშშ-ში აბორტის აკრძალვისათვის საყოველთაო ნაციონალური მოძრაობა წარმოიშვა. მასში წამყვან როლს ასრულებდა ამერიკის ავტორიტეტული სამედიცინო ასოციაციის ხელმძღვანელობა. ემბრიოლოგიურ აღმოჩენებზე დაყრდნობით ექიმები ამტკიცებდნენ, რომ ნაყოფი თავისთავად წარმოადგენს ცოცხალ არსებას ჩასახვის მომენტიდან და არა დედის მიერ აღქმული სხეულის მოძრაობის მომენტიდან (ამ მომენტს ეწოდება „ნაყოფის გაცოცხლება“). ამიტომაც მედიკოსები დაჟინებით იმეორებდნენ, რომ აბორტი ორსულობის დასაწყისშივე წარმოადგენს ნაყოფის მკვლელობას. საბოლოო ჯამში ამერიკაში 1880 წლისათვის

აბორტები, თუ საქმე არ ეხებოდა ქალის სიცოცხლის გადარჩენის შემთხვევას, აკრძალული იყო. იმ დროს მიღებული კანონები ძირითადად შენარჩუნებულ იქნა XX საუკუნის 60-იან წლებამდე.

1869 წელს ბრიტანეთის პარლამენტმა მიიღო „აქტი პიროვნების წინააღმდეგ და დანაშაულებათა შესახებ", რომლის თანახმადაც, აბორტი, ჩასახვის მომენტიდან დაწყებული, ითვლებოდა უმძიმეს დანაშაულად. აბორტი, რომელიც თვითონ ქალმა ჩაატარა, უფრო მკაცრად ისჯებოდა, თუკი ეს მოხდებოდა ნაყოფის მოძრაობის დაწყების შემდგომ. ამავე წლების გერმანიაში აბორტის გაკეთება მატერიალური დაინტერესების გამო დამამძიმებელ გარემოებად ითვლებოდა. საფრანგეთში სასჯელი მკაცრდებოდა ექიმების მიმართ ამავე დროს იყო პერიოდი (1791 წლიდან 1810 წლის ჩათვლით), როცა თვითონ ქალი არ ისჯებოდა.

რევოლუციამდელ რუსეთის კანონმდებლობაში მკვეთრად განასხვავებდნენ კანონით ნებადართულ ხელოვნური აბორტს, რომელსაც ატარებდა ექიმი ქალის სიცოცხლის გადასარჩენად და აბორტს, რომელსაც თვით დედა იტარებდა ან ვინმე უცხო პირი ორსულობის შეწყვეტის დანაშაულებრივი მიზნით. სამედიცინო პროფესიისადმი იმ პირთა მიკუთვნება, რომლებიც კრიმინალურ აბორტს ატარებდნენ (ამათ მიეკუთვნებოდნენ ბებიაქალები), დამამძიმებელ გარემოებად ითვლებოდა.

პროფესიულ სამედიცინო სფეროში ხელოვნური აბორტის მორალური შეფასებები ბოლომდე არ ესადაგებოდა იურიდიულ კვალიფიკაციას. XIX ს. II ნახევარსა და XX ს. დასაწყისში საბჭოთა ექიმებს შორის ამ პრობლემებისადმი ალტერნატული დამოკიდებულება არსებობდა. განსაკუთრებულ ინტერესს წარმოადგენს დისკუსია აბორტის შესახებ და გადაწყვეტილებანი, რომლებიც 1913 წელს პიროგოვის საზოგადოების XII ყრილობაზე მიიღეს. პროფ. დ. ლიჩკუსი ამბობდა: „დანაშაულებრივი მუცლის მოშლა, შვილთა სიკვდილი და ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებათა გამოყენება თანამედროვე კაცობრიობის ავადმყოფობის სიმპტომია". არანაკლებ უკომპრომისო პოზიცია ეკავა დოქტორ დ. ჟბანკოვს, რომელიც წერდა: „უდავო კავშირი თანამედროვე კულტურასა და სიცოცხლის ფასეულობათა დაკნინებას შორის (როგორც საკუთარი, ისე სხვისი), მუცლის მოშლა და თვითმკვლელობა — ერთი რიგის მოვლენებია". თუმცა უფრო ადრე თავის წიგნში „ექიმების შესახებ" პროფ. დ. ჟბანკოვი

აბორტს უწოდებს „თანამედროვეობის გარყვნილებას“: ქალებს, რომლებიც აბორტის გაკეთებას გადაწყვეტენ, უწოდებს „ნეომალთუსიანელებს“. ექიმთა მოღვაწეობას კი, რომლებიც მათ ეხმარებიან — „დანაშაულებრივს“, „უსინდისოს“.

ორთოდოქსულ-ამკრძალავი პოზიცია აბორტთან დაკავშირებით ღრმავდება დ.ჟბანკოვთან შობადობის რეგულირების უპირობო გაკიცხვით, რა მეთოდითაც უნდა ხდებოდეს ეს: სტერილიზაციის, „მექანიკური მოწყობილობების“ გამოყენებების, „სქესობრივი კავშირების დროს სხვადასხვა მანიპულაციებისა“ და ა. შ.

სავსებით ეთანხმებოდნენ რა აბორტის მორალურ დაგმობას, სხვა ექიმები ყრილობაზე ხაზგასმით აღნიშნავდნენ მოცემული პრობლემის ასეთ ასპექტებსაც:რამდენად შეესაბამება ხელოვნური აბორტი სამედიცინო პროფესიის მიზნებს: დასაშვებია თუ არა ამ სახის სამედიცინო პრაქტიკის კომერციალიზაცია და ა.შ. ასევე საინტერესოა ექიმ ი. ვოგოდსკის აზრი: „პრინციპული შეხედულება მუცლის მოშლაზე, როგორც ბოროტებასა და მკვლელობაზე, შენარჩუნებულ უნდა იქნეს. მუცლის მოშლა, როგორც პროფესია, ექიმისათვის დაუშვებელია“.ყველა ექიმი და პოლიტიკოსი მკვეთრად განასხვავებს „აბორტს თხოვნით“ და „აბორტს სამედიცინო ჩვენებით“.

პიროგოვის ორგანიზებულმა ყრილობამ მიიჩნია რა ამორალურად ხელოვნური მუცლის მოშლა, მაინც იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ სახელმწიფომ აუცილებლად უნდა თქვას უარი როგორც დედის, ასევე ექიმის სისხლის სამართლის კანონით დასჯის პრინციპზე მუცლის მოშლის (ნაყოფის გამოდევნის) გამო. ყრილობის რეზოლუციაში ნაწილობრივ ნათქვამია: „1. ხელოვნური აბორტის გამო დედის სისხლის სამართლის წესით დევნას არ უნდა ჰქონდეს ადგილი. 2. ასევე სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობისაგან უნდა განთავისუფლდნენ ექიმები, რომლებიც აბორტს აკეთებენ სამედიცინო დაწესებულებაში და დედის წინადადებით. ამ წესიდან გამონაკლისს წარმოადგენენ ექიმები, რომლებმაც ხელოვნური მუცლის მოშლა ჩაატარეს ანგარების მიზნით არსებული კანონმდებლობის გაუთვალისწინებლად“.

XX საუკუნეში აბორტის გარშემო გაჩაღებულ დისკუსიაში აქტიურად ჩაერთო ფემინისტური მოძრაობები. ფემინიზმის მომხრეთა პროტესტი საზოგადოებაში ქალის ტრადიციული მდგომარეობის წინააღმდეგ მის სექსუალურ როლსაც ეხებოდა. ამ დისკუსიაში ყურადღება გამახვილდა სქესობრივი მორალის საკითხებზეც.

XIX საუკუნის 50-იან წლებში ერთ-ერთი პირველი ამერიკელი ფემინისტი ს. გრიმკე სტატიაში „ცოლქმრობა“ წერდა: „ქალის უფლებაა გადაწყვიტოს, როდის, რამდენჯერ ხშირად და რა ვითარებაში გახდეს იგი დედა“. XX საუკუნის დასაწყისში ამერიკელმა ფემინისტმა მ. სანგერმა პირველად გამოიყენა ცნება „კონტროლი შობადობაზე“, რომელიც თავდაპირველად კონტრაცეფციის საშუალებათა პროპაგანდის მნიშვნელობით გამოიყენებოდა, უფრო მოგვიანებით კი ასევე განიხილებოდა ევგენიკური იდეების კონტექსტშიც.

ქართული სამედიცინო აზროვნება და ქართული მედიცინა XX საუკუნეში წარმოადგენდა საბჭოთა მედიცინის ერთ-ერთ შემადგენელ ნაწილს. მისი საკანონმდებლო სივრცე საკავშიროს ანალოგიური იყო. ამიტომ ჩვენ უფრო ვრცლად განვიხილავთ აბორტის ლეგალიზაციის საკითხებს საბჭოთა კავშირში, რაც თავისთავად გულისხმობს ანალოგიურ მდგომარეობას საქართველოშიც. რაიმე სოციოლოგიური კვლევა საქართველოში ამ კუთხით არ ჩატარებულა (ყოველ შემთხვევაში, შედეგები გამოქვეყნებული არსად არ არის). სტატისტიკური მონაცემები ჩატარებული აბორტის რაოდენობასა და მოტივაციაზე ვფიქრობ გაყალბებულია, რადგან იგი რეალობას არ ასახავს (ეს ჩვეულებრივი სიყალბეა, რაც ყველა სფეროს სტატისტიკაში იყო გამეფებული). მიუხედავად ზემოთქმულისა, მოგაწვდით ამ სფეროში არსებულ ოფიციალურ ინფორმაციას: 1998 წელს ქვეყანაში 24000-მდე აბორტი გაკეთდა. შედარებისთვის – 1989 წელს საქართველოში რეგისტრირებული იყო 69800 აბორტი. აღნიშნულიდან გამომდინარე ხელოვნური აბორტის რაოდენობა საქართველოში ბოლო ათი წლის მანძილზე სამჯერ შემცირდა. უდავოა, რომ ეს ფაქტი მოსახლეობაში რწმენის განმტკიცებისა და ქრისტიანული მორალის დამკვიდრების შედეგია, რაც, უპ.ყ., საქართველოს მართლმადიდებელი ეკლესიის დამსახურებაა. ასევე, არ არსებობს სარწმუნო სტატისტიკა, რომელიც ბავშვთა შობადობას, სიკვდილიანობასა და სიკვდილიანობის მიზეზებს დაადგენდა. აქ მხოლოდ მიახლოებითი წარმოდგენა შეიძლება გვქონდეს (ექიმები ასახელებენ დაბადებულ ბავშვთა სავარაუდო რაოდენობას ყოველ მორიგეობაზე, ამ ციფრს გავამრავლებთ 30 დღეზე და ა. შ.). ამასთან რაიონებში არქივები პრაქტიკულად განადგურებულია.

§2. აბორტის ლეგალიზაცია საბჭოთა კავშირში

პირველი სახელმწიფო, რომელმაც „პაციენტის მოთხოვნით აბორტი“-ს ლეგალიზება მოახდინა, საბჭოთა კავშირი იყო. ჯანდაცვის საბჭოთა სისტემის ერთ-ერთმა შემოქმედმა ზ. პ. სოლოვიოვმა „დოკუმენტი“ უწოდა 1920 წლის 18 ნოემბრის ჯანდაცვის სახალხო კომისარიატის ისტორიულ დადგენილებას, რომელშიც ნათქვამი იყო: „დასაშვებია ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის ოპერაციის უფასო ჩატარება საბჭოთა საავადმყოფოების პირობებში, სადაც უზრუნველყოფილია მისი მაქსიმალური უსაფრთხოება“.

ეს ღონისძიება პირველ რიგში მიმართული იყო კრიმინალური აბორტების, როგორც ბოროტების წინააღმდეგ. ამიტომაც გარკვეულწილად სოლოვიოვი მართალი იყო, როცა დადგენილების მისეულ შეფასებაში წერდა: „...ამით აბორტის ფაქტს აეხსნა პირფერობის, ტყუილისა და უსულგულობის ფარდა, რაც დამახასიათებელია დღევანდელი კანონმდებლობისათვის“. თავისთავად აბორტი გაგებული იყო, როგორც ბოროტება, მაგრამ „კოლექტივისათვის“, „მშრომელ ქალთა მასებისათვის“ და არა როგორც ბოროტება ქალისათვის.

დადგენილების ავტორები აბორტთა რაოდენობის ზრდის მიზეზს ხედავდნენ, სწორედ წარსულის მორალურ გადმონაშთებსა და აწმყოს მძიმე ეკონომიურ პირობებში. ჩვენი მედიცინისა და მთლიანად საზოგადოების შემდგომმა ისტორიამ გვიჩვენა, რომ აბორტის პრობლემა ვერ გადაიჭრება ავტომატურად, ქვეყანაში ეკონომიკური ზრდის შესაბამისად, აბორტის მავნებლობისა და მისი შედეგების შესახებ ცოდნის გავრცელების, დედისა და ბავშვთა დაცვის დაწესებულებათა განვითარების პარალელურად. საბჭოთა სახელმწიფოს დამოკიდებულება აბორტისადმი წინააღმდეგობრივი იყო. მიუხედავად იმისა, რომ ხელოვნური აბორტი დადგენილებაში განისაზღვრებოდა როგორც ბოროტება, რეალურ ცხოვრებაში მასთან დამოკიდებულება მნიშვნელოვნად რთული იყო. სახელმწიფოს ახალი, ჭეშმარიტად რევოლუციური პოლიტიკა აბორტთან დაკავშირებით მასების შეგნებაში სავსებით კანონიერად ასოცირდებოდა ახალი ხელისუფლების შეურიგებელ ბრძოლასთან რელიგიის წინააღმდეგ, ასევე ნიჰილისტურ დამოკიდებულებასთან მონოგამური ოჯახის ინსტიტუტის მიმართ, რაც დამახასიათებელი იყო 20-იანი წლების პარტიული და საბჭოთა ელიტისათვის. ამის შედეგად მასობრივ შეგნებაში

თანდათანობით ჩამოყალიბდა აბორტის მორალური ასპექტების შეუფასებლობა. საბჭოთა ხელისუფლების პოლიტიკამ მიგვიყვანა მთელი თაობების ცნობიერების დეფორმაციამდე. ორსულობის შეწყვეტამ დაკარგა მტანჯველი მორალური არჩევანის აზრი, რამდენადაც, უბრალოდ, სოციალურ ნორმად იქცა.

კრიმინალური აბორტების რაოდენობის ზრდამ ომისშემდგომ წლებში აიძულა საბჭოთა სახელმწიფო კვლავ შეეცვალა პოლიტიკა. 1955 წელს საბჭოთა კავშირის უმაღლესმა საბჭომ მიიღო ბრძანებულება „აბორტების აკრძალვის გაუქმების შესახებ". ამ იურიდიული აქტით ლეგალიზებულ იქნა „აბორტები პაციენტთა თხოვნით", რომელთა ჩატარების უფლება ჰქონდათ მხოლოდ სპეციალური სამედიცინო განათლების მქონე პირებს ორსულობის 12 კვირამდე ვადაში და აუცილებლად საავადმყოფოს პირობებში. თუნდაც ერთ-ერთი ამ პირობების შეუსრულებლობისას აბორტი კრიმინალურად ითვლებოდა, რისთვისაც დანიშნული იყო სასჯელი 8 წლამდე გამასწორებელი მუშაობა. 1920 წელს „აბორტზე პაციენტის მოთხოვნით" სისხლის სამართლის წესით სასჯელის გაუქმება „ნაკლები ბოროტების" მოტივით დასაშვები გახდა.

სამწუხაროდ, შემდგომ ათწლეულებში შობადობის კონტროლის ალტერნატიულმა საშუალებებმა და მეთოდებმა ჩვენს ქვეყანაში საკმაო განვითარება ვერ ჰპოვა. 60-იანი წლების ბოლომდე ხელოვნური აბორტების რაოდენობა საბჭოთა კავშირში სწრაფად იზრდებოდა (ასეთივე მდგომარეობა იყო საქართველოშიც). 70-80-იან წლებში კი ზრდის ტემპი შეჩერდა. „საჯაროობის ეპოქაში" აბორტების ოფიციალურმა სტატისტიკამ გვიჩვენა, რომ მსოფლიოში საბჭოთა კავშირი პირველ ადგილზე იყო ხელოვნური აბორტის მაჩვენებლით. აბორტის რაოდენობა ფერტილური ასაკის (15-49 წლები) 1000 ქალზე დაახლოებით 120-ს შეადგენდა. უცხოეთის ექსპერტთა მონაცემებით, არარეგისტრირებული აბორტების გათვალისწინებით ეს მაჩვენებელი დაახლოებით ერთნახევარჯერ მეტი იყო, ე.ი. დაახლოებით 180-ს უდრიდა. მხოლოდ 80-იანი წლების შუა ხანებიდან იკლო ბოლოს და ბოლოს აბორტების სიხშირის მაჩვენებელმა და 1996 წელს 89-ს გაუტოლდა. (იგულისხმება ოფიციალურად რეგისტრირებული აბორტები).

ბევრი სპეციალისტის აზრით, ჩვენს ქვეყანაში ჩამოყალიბდა თავისებური „აბორტული კულტურა". ყოფილ საბჭოთა კავშირში ორსულობის შეწყვეტით მთელი სამუშაო დღის მანძილზე დაკავებული იყო დაახლოებით 3500 ექიმი. ორსული ქალებისათვის სამედიცინო „დახმარების" გაწევის ორგა-

ნიზაციული სტრუქტურა ორიენტირებული იყო აბორტების გაკეთებაზე, ითვალისწინებდა რა ახალი, მეცნიერულად დაფუძნებული მეთოდიკების შემუშავებას ამ სამედიცინო ჩარევისათვის, კერძოდ, ანესთეზიოლოგიურ უზრუნველყოფას, სპეციალურ სამედიცინო კადრების მომზადებას და სხვა. თანამედროვე ტექნიკური კომფორტულობა, ხელმისაწვდომობა, უფასო მომსახურეობა ხელსაყრელია არა მარტო აბორტების ჩასატარებლად, არამედ საზოგადოებაში მათი რეაბილიტაციისათვის. თუ გავითვალისწინებთ, რომ აბორტი ხშირ შემთხვევებში უნაყოფობის მიზეზია, მაშინ „აბორტულ ინდუსტრიებს" ორგანულად ერთვის ეკონომიკურად ეფექტური „რეპროდუქციული ცენტრების ინდუსტრია", რომელიც უნაყოფობის მკურნალობის პირობებს გვთავაზობს.

აბორტის ლეგალურობის ჩარჩოები რადიკალურად გაფართოვდა 1987 წელს, როცა საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის სამინისტრომ გამოსცა სპეციალური ბრძანებულება „სოციალური მაჩვენებლების მიხედვით ორსულობის შეწყვეტის შესახებ". ეს დოკუმენტი უფლებას აძლევდა ქალს სურვილისამებრ შეეწყვიტა დიდი ვადის ორსულობა (28 კვირამდე) იმ შემთხვევაში, თუ დოკუმენტურად დამტკიცებული იყო ისეთი გარემოებები, როგორიცაა: განქორწინება ორსულობის პერიოდში, მრავალშვილიანობა და სხვა. საბჭოთა კავშირში ყოველთვის არსებობდა სამედიცინო მონაცემების გრძელი სია, რაც უფლებას იძლეოდა ორსულობის შეწყვეტაზე 28 კვირამდე. უკანასკნელი ათწლეულების განმავლობაში კანონი აბორტის შესახებ უფრო და უფრო ლიბერალური ხდება.

ჯანდაცვის ორგანოების რეალური ძალისხმევა, ასევე ექიმებისა და საზოგადოების მცდელობა აბორტის პრაქტიკის შეზღუდვისაკენ, ბევრად უფრო მარტივი იყო იმ წლებში, როცა არა მარტო განვითარებულ, არამედ ბევრ განვითარებად ქვეყნებიც იქმნებოდა ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე სისტემები. საკავშირო ჯანმრთელობის სამინისტრომ გამოსცა ინსტრუქცია (1975 წ), სადაც ექიმ-გინეკოლოგებს მოუწოდებდა დაერწმუნებინათ ქალები არ გაეკეთებინათ აბორტი და შეენარჩუნებინათ ნაყოფი. ამავდროულად გაჩნდა საზოგადოებრივი მოძრაობები აბორტის საწინააღმდეგოდ. ასოციაციები „სიცოცხლე", „სიცოცხლის უფლება", „Pro Life", „Vita" და სხვა. დისკუსიებში აქტიურად მონაწილეობს ქართული მართლმადიდებელი ეკლესია, რომლის პოზიციაც კატეგორიულია: „აბორტი — მკვლელობაა".

§3. აბორტი: ეთიკური PRO ET CONTRA

უკანასკნელ ათწლეულში მეცნიერების ეთიკის იმ მრავალ პრობლემათაგან, რომელიც საზოგადოების განსაკუთრებულ ინტერესსა და ვნებათაღელვას იწვევს, ყველაზე მწვავე აბორტის საკითხია. საზოგადოებრივი აზრი მკვეთრად პოლარიზებულია. აბორტის ლეგალიზაციის საკითხი ერთადერთი იყო, რაზეც ვერ შეთანხმდნენ გდრ-ისა და გფრ-ის კანონმდებლები. მიუხედავად იმისა, რომ დისკუსიებს ფილოსოფიური, თეოლოგიური და სამეცნიერო დახვეწილობა არ აკლია, აბორტის პრობლემა მაინც გადაუჭრელი რჩება და კონსენსუსი პერსპექტივაშიც კი არ ჩანს. ბიოეთიკოსები ასე აყალიბებენ მის შინაარსს: „აბორტის უფლებების დამცველები და მათი ოპონენტები ვერ თანხმდებიან თვით ტერმინოლოგიაშიც კი ოპონენტები დაჟინებით ამტკიცებენ, რომ აქ პრობლემა ასე დგას: უნდა ჰქონდეს თუ არა ემბრიონს უფლება იცოცხლოს და არ დაიღუპოს? აბორტის მომხრეების აზრით, კი, საკითხი ასე უნდა დავაყენოთ: შეიძლება თუ არა ქალი ვაიძულოთ ატაროს არასასურველი ნაყოფი საკუთარი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის ფასადაც კი“?

არგუმენტაცია, რომელიც ასაბუთებს ქალის უფლებას თავისუფალ, საპასუხისმგებლო არჩევანზე, ატაროს თუ არა ჩასახული ნაყოფი ან გაიკეთოს აბორტი, შედარებით სრულადაა წარმოდგენილი ოჯახის დაგეგმის საერთაშორისო ფედერაციის (ოდსფ) დოკუმენტებსა და პუბლიკაციებში. საკითხი აბორტის შესახებ — ესაა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხის ნაწილი, რომელიც რეპროდუქციული არჩევანისა და ადამიანის რეპროდუქციულ უფლებებს ეხება. რეპროდუქციული ჯანმრთელობა ასახავს საერთოდ ჯანმრთელობის ძალიან მნიშვნელოვან ასპექტს და გულისხმობს: ა) შთამომავლობის შექმნის უნარს: ბ) ამ სფეროში გადაწყვეტილებათა თავისუფალ მიღებას: გ) კმაყოფილების მომტან და უსაფრთხო სქესობრივ ცხოვრებას: დ) რეპროდუქციული არჩევანის შესაძლებლობაზე პიროვნების მორალური ავტონომიის გამოვლენას სექსუალურობისა და შობადობის საკითხებში. პირველ რიგში საკითხი ეხება პიროვნების შეგნებულ დამოკიდებულებას ამ საკითხებისადმი. ადამიანის რეპროდუქციული უფლება ნიშნავს შეიქმნას სოციალური წანამძღვრები რეპროდუქციული ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფად. ეს უფლება აისახა ბევრ საერთაშორისო დოკუმენტში ადამიანის

უფლებების შესახებ და ნაციონალურ კანონმდებლობაში. რეპროდუქციული უფლება რეალური ხდება მხოლოდ ოჯახის დაგეგმვის თანამედროვე საშუალებების გამოყენების ხელმისაწვდომობის დროს. გარკვეულ სიტუაციებში ერთ-ერთ მათგანად (თუმცა ნაკლებად შესაფერისად) შეიძლება ჩაითვალოს ხელოვნური აბორტიც. ქალი აჩენს იმდენ ბავშვს, რაც შეესაბამება იმ სიტუაციას, რომელშიც ის იმყოფება (აქ არ იგულისხმება მორწმუნე ქალი, რომელიც ყველა შემთხვევაში გააჩენს ბავშვს).

ნამდვილ სოციალურ ბოროტებას ქალისათვის აბორტის შედეგი წარმოადგენს. ყოველწლიურად მსოფლიოში მისგან იღუპება დაახლოებით 70 000 ქალი. თუკი ჩრდილოეთ ევროპისა და ჩრდილოეთ ამერიკის ქვეყნებში შობადობის უნარის მქონე ყოველ 1000 ქალზე კეთდება 2-ზე ნაკლები ჯანმრთელობისათვის სახიფათო აბორტი, აღმოსავლეთ და დასავლეთ აფრიკაში, ლათინურ ამერიკაში, კარიბის აუზში ეს მაჩვენებელი 30-ს შეადგენს. მსოფლიო ჯანდაცვის ასოციაციის მონაცემებით, სახიფათო აბორტების ასეთივე მაჩვენებელია ყოფილი საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებში.

ქალთა რეპროდუქციულ უფლებებზე მსჯელობისას აუცილებელია აღვნიშნოთ კიდევ ორი მომენტი: პირველი — საკუთრივ ჰუმანიტარული. რეპროდუქციული უფლებები, გარკვეული აზრით, წარმოადგენენ ფუძემდებლურ უფლებებს, განსაკუთრებით ქალებისათვის. როგორც ქალთა მოძრაობის ერთ-ერთი ლიდერი ა. დევისი აღნიშნავდა: „როგორი უფლებებიც უნდა მიანიჭონ ქალებს — არჩევნებში მონაწილეობის უფლება, განათლების მიღება და ა. შ. — ყველაფერი ეს არაფერს ნიშნავს, თუკი არა გვაქვს უფლება განვაგოთ საკუთარი სხეული და ვაკონტროლოთ ის, რაც ჩვენს სხეულში ხდება. თუკი ჩვენი ბედის შეცვლა შეუძლიათ მათ, ვისგანაც ჩვენ შეიძლება დავორსულდეთ შემთხვევით, მოტყუებით ან ძალადობით“.

მეორე მომენტი დაკავშირებულია სოციალური პროგრესის კრიტერიუმებთან, ცივილიზაციის კრიტერიუმებთან. დსფ (ოჯახის დაგეგმის საერთაშორისო ფედერაცია) — ექსპერტები აღნიშნავენ: „ყველა ევროპული სახელმწიფოსათვის მათი განვითარების გზა უნდა გადიოდეს არა რეპროდუქციული არჩევანის შეზღუდვაზე, არამედ პირიქით, მისი გაფართოებაზე“.

ამგვარად, ოდსფ(ოჯახის დაგეგმის საერთაშორისო ფედერაციის) იდეოლოგები საუბრობენ „ორმაგ სტრატეგიაზე“, თანამედროვე საზოგადოებაში ქალს ხელი უნდა მიუწვდებო-

დეს სექსუალურ განათლებაზე, მას უნდა ჰქონდეს ფერტილურობის რეგულირების საშუალებათა არჩევანი. მაგრამ ამ შესაძლებლობათა არსებობის დროსაც კი შემთხვევითი ორსულობის დროს უნდა ჰქონდეს უსაფრთხო და ლეგალური აბორტის გამოყენების საშუალება. საკითხი აბორტის შესახებ – ეს არა მარტო საშიშროებისა ან უსაფრთხოების საკითხია, არამედ ქალის უფლებების შესახებაც.

აბორტის პრობლემისადმი ტრადიციულ სამედიცინო მიდგომის დროს ძირითადად ყოველთვის ითვლებოდა ნაყოფის სიცოცხლისუნარიანობის საკითხი, ე. ი. იმ ზღვრის მოძებნა, როცა მას უკვე შეუძლია გადარჩეს დედის ორგანიზმის გარეთ იმის გათვალისწინებით, რის შესაძლებლობასაც იძლევა დღენაკლულის გადარჩენის ტექნოლოგიები. ჩვენს ქვეყანაში 90-იანი წლების დასაწყისამდე ითვლებოდა, რომ ასეთ ზღვრად მიჩნეულია ორსულობის 28 კვირა, ნაყოფის წონა 1000 გრამზე მეტი. ნათელია, რომ სამედიცინო მეცნიერებისა და პრაქტიკის პროგრესთან ერთად დასახელებული მაჩვენებლები იკლებს. როცა 1999 წელს რუსეთის ფედერაციის სამეანო სამსახური მჯა-ს მიერ რეკომენდებულ ცოცხლადშობადობისა და მკვდრადშობადობის კრიტერიუმებზე გადავიდა, სიცოცხლისუნარიანობის ზღვარი შემცირდა ორსულობის 22 კვირამდე, ნაყოფის სხეულის მასის მაჩვენებელი – 500 გრამამდე...

აბორტის მოწინააღმდეგენი, რა თქმა უნდა, საკმაოდ უსაფუძვლოდ თვლიან ნაყოფის სიცოცხლისუნარიანობის კონცეფციას ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის საბუთად. ჯერ ერთი, მათი აზრით, ემბრიონს სიცოცხლის უფლება გააჩნია ჩასახვის მომენტიდან. მეორეც, ისინი გამუდმებით უსვამენ ხაზს ცნება „სიცოცხლისუნარიანობის“ პირობით ხასიათს: მესამე, აბორტის მოწინააღმდეგეთა პუბლიკაციებში მოყვანილია ბავშვთა გადარჩენის დოკუმენტურად დასაბუთებული შემთხვევები, როცა მათი წონა იყო 450, 420, 350, 340 გრამი.

განსაკუთრებული თემა (რამაც უნდა ააღელვოს აბორტის მომხრეები, თუმცა მას ძირითადად მოწინააღმდეგენი წამოჭრიან ხოლმე), გრძნობს თუ არა ნაყოფი ტკივილს? სამეცნიერო თვალსაზრისით ეს საკმაოდ რთული საკითხია, რადგან ტკივილი ფსიქოფიზიოლოგიური ფენომენია. 1997 წელს სამუშაო ჯგუფმა, რომელიც დიდი ბრიტანეთის მეანობისა და გინეკოლოგიის სამეფო კოლეჯმა ჩამოაყალიბა, გა-

მოაქვეყნა მოხსენება „ნაყოფის ცნობიერება“. ეს მოხსენება, რომელიც ლიტერატურის დაწვრილებით ანალიზს ეფუძნება, ამასთანავე ეხება საკითხს, თუ რა ასაკიდან შეიგრძნობს ტკივილს ნაყოფი.

აღნიშნულია, რომ განვითარების ოცდამესამე კვირას ნაყოფს აღმოაჩნდება რეფლექტორული რეაქციები, მხოლოდ მავნე (ზიანის მომტან) სტიმულებზე. პერიფერიული ნერვების, ზურგის ტვინის, ტვინის ღრუს, თავის ტვინის ქერქისა და თალამუსის სტრუქტურული ინტეგრაცია, რაც ნებას გვაძლევს ვისაუბროთ ნაყოფის აზროვნებაზე, იწყება არა უადრეს ორსულობის ოცდამეექვსე კვირისა. ორსულობის შეწყვეტის პროცედურების ჩატარებისას, თუ ნაყოფი 24 კვირაზე მეტი ასაკისაა, რეკომენდებულია გაუტკივარების ჩატარება ან სედატიური საშუალებების გამოყენება. ამასთანავე, მოხსენებაში გამოყოფილია სფეროები, რომლებიც შემდგომ შესწავლას მოითხოვს.

აბორტის მოწინააღმდეგენი ექიმებს სამართლიანად საყვედურობენ, რომ გვიანი აბორტების ჩატარებისას ისინი არ იყენებენ ნაყოფის გაუტკივარების საშუალებებს. მხედველობაშია მისაღები, რომ ყველა დოკუმენტში, რომლებიც ცხოველებზე ბიოსამედიცინო ექსპერიმენტების ჩატარების ნორმებს ეხება, პირველ რიგში აღნიშნულია გაუტკივარების აუცილებლობა. თუკი მივუბრუნდებით საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის მეთოდურ რეკომენდაციებს – „ორსულობის ხელოვნური შეწყვეტის ოპერაციის გაუტკივარება“ (1988 წ), საკითხს ნაყოფის გაუტკივარების შესახებ აქ ვერ შეხვდებით. რეკომენდაციებში მხოლოდ ორსულ ქალზეა საუბარი.

აბორტის მოწინააღმდეგენი ანალიზს უკეთებენ ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის პრობლემის ბევრ სხვა ასპექტს. ბევრი მათი აზრი ფართო საზოგადოებრივ ყურადღებას იმსახურს. მაგ: როცა ისინი ერთმანეთს ადარებენ ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტასა და სხვა ქირურგიულ ჩარევას, ყურადღებას ამახვილებენ საკითხზე, რომ აბორტის დროს ხშირია შემთხვევა, როცა ექიმები პაციენტს ურჩევენ ოპერაციაზე თანხმობას. განიხილავდნენ რა ხელოვნური აბორტის ზოგიერთ სამედიცინო მონაცემს, ექიმები მაშინვე იზღვევენ თავს და ზეწოლას ახდენენ ქალზე, რომლის გადაწყვეტილებაც ხშირად ორსულობის შეწყვეტის აუცილებლობის შესახებ არასაკმარისად გააზრებული და არანებაყოფლობითია.

აბორტის ჩატარებისას ექიმების მიერ საკუთარი მომსა-

ხურეობის რეკლამირება დამკვიდრებული პრაქტიკაა. აბორტის მოწინააღმდეგენი სამართლიანად ადანაშაულებენ ექიმებს, ვისთვისაც აბორტი მომგებიანი ბიზნესია.

აბორტების მოწინააღმდეგენი დიდ ყურადღებას აქცევენ რისკის პრობლემასაც, რასაც აბორტის ხელოვნურად შეწყვეტა იწვევს: გართულება, რაც საკმაოდ ხშირია და ქალისთვის ხშირად სახიფათოც: გართულება, რაც იჩენს თავს შემდგომი ორსულობების დროს და მიზეზი ადრე გაკეთებული აბორტია: ფსიქოემოციური პრობლემები („პოსტაბორტული სინდრომი") და ა. შ.

აბორტის მოწინააღმდეგენი რისკის პრობლემას უკავშირებენ ქალთა ადექვატური ინფორმირების პრობლემას. დამტკიცებულია, რომ ექიმები პაციენტებს ხშირად არ აწვდიან საჭირო ინფორმაციას ან ეწევიან დეზინფორმაციას ნაყოფის „სისრულის" ხარისხის და ამ სამედიცინო ჩარევის არსის შესახებაც კი.

დიდი ემოციური ძალა აქვს ნაყოფის განვითარების შესახებ ემბრიოლოგიურ მონაცემებს, რომლებსაც აბორტის მოწინააღმდეგენი იყენებენ სააგიტაციოდ: ნაყოფს გულისცემა ეწყება ჩასახვიდან მეჩვიდმეტე დღეს, ოცდამეერთე დღეს მას გააჩნია სისხლის მიმოქცევის ჩაკეტილი სისტემა, მეორმოცე დღეს შეიძლება შევნიშნოთ ტვინის ელექტრული იმპულსები, მეექვსე-მეშვიდე კვირას ნაყოფი დამოუკიდებელ მოძრაობას იწყებს, მერვე კვირას კი — თითის ლოკვას, მეთერთმეტე — მეთორმეტე კვირას იგი აქტიურად სუნთქავს გარემომცველ წყლებში და ა.შ. აქვე უნდა გაესვას ხაზი სამი ფაქტის განსაკუთრებულ მნიშვნელობას: გულისცემის დაწყებას და დამოუკიდებელი სუნთქვის და ტვინის ელექტრონული აქტივობის გაჩენას.

როგორ წარმოიშობა და ფორმირდება შეგნებული ადამიანური პიროვნება? შესაძლოა ეს საკითხი სიცოცხლის არსისა და ადამიანის წარმოშობის საკითხებთან ერთად ყველაზე ძნელად გადასაჭრელია მეცნიერებისა და ადამიანის გონებისათვის. ამ საკითხთან დაკავშირებით არსებობს უამრავი ფილოსოფიური, რელიგიურ-თეოლოგიური და ფსიქოლოგიური კონცეფცია: მაგალითად,, ფილოსოფთა და ფსიქოლოგთა შორის საკმაოდ ბევრი იზიარებს კონცეფციას, რომლის თანახმადაც ადამიანური ინდივიდის შეგნების ფორმირება დეტერმინირებულია კულტურის სამყაროსთან მისი შეერთებით, თვით ეს ზიარება კულტურის სამყაროსთან ხორციელდება სოციალური კომუნიკაციის მრავალფეროვანი ფორმის წყა-

ლობით და აუცილებლად ადამიანური მეტყველების საშუალებით. ამ თვალსაზრისიდან გამომდინარე, აბორტის მოწინააღმდეგეთა ბევრი თეზისი არაკონკრეტულად გამოიყურება. მაგალითად,, უილკის მიერ მოწოდებული: ,,ცნობილია, რომ დაუბადებელი ბავშვი შეგნებული, რეაგირებადი ადამიანური არსებაა, რომელიც ექვსი თვიდან (და შესაძლოა, უფრო ადრეც კი) ეწევა აქტიურ ემოციურ ცხოვრებას".

რა თქმა უნდა, ემბრიონი — ეს არა მარტო დედის სხეულის ნაწილია. მართალია, როგორც ბიოლოგიური სტრუქტურა, ემბროინი არ ჰგავს არც ერთ მის ორგანოს, რადგანაც იგი სხვაგვარი ადამიანური არსებაა (ბიოლოგიურად უნიკალური და მთლიანი), რომელიც მის სხეულში იზრდება. თუმცაა, აბორტის მოწინააღმდეგენი, მუდმივად უსვამენ ხაზს ამ ორ მდგომარეობას და რატომღაც თითქოს ვერც კი ამჩნევენ მეორე აშკარა ჭეშმარიტებას — ეს მისი ,,სისხლი" და ,,ხორცია".

ცნებების ,,ემბრიონისა" და ,,ადამიანის" გაიგივება (როგორც სუბიექტი, რომელიც ჩართულია საზოგადოებრივ კავშირებსა და ურთიერთობებში და საბოლოო ჯამში, როგორც შეგნებისა და ნებისყოფის სუბიექტი) არაკორექტულია. ადამიანურ ემბრიონს გააჩნია განსაკუთრებული ანთროპოლოგიური სტატუსი: ,,იგი პოტენციური ადამიანია". მისი ბუნება უპირატესად ბიოლოგიურია, სოციალურად კი ის ჯერ კიდევ ობიექტია, რომლისკენაც ნორმალური და ხელოვნური აბორტის არა ,,დევიანტურ" შემთხვევებში მიმართულია ჩვენი მზრუნველობა. შემდეგ, მისი ბუნება — ესაა უნიკალური ბიოლოგიური ინდივიდუალურობის ჩამოყალიბება, ფორმირება სულის უნიკალური წყობის წანამძღვარი. მომავალი ადამიანის ხასიათის არც ერთი ობიექტური ფაქტი, რომელიც ემბრიოგენეზის შეუწყვეტელ პროცესს ასახავს (ემბრიონის ჩასახვისა და განვითარების) არ შეიძლება ჩაითვალოს იმის დამადასტურებელად, რომ უკვე გაჩნდება ,,ადამიანი, როგორც ასეთი". ამასთანავე, სრულიად აშკარაა, რომ რაც მეტია ემბრიონის ასაკი, მით უფრო ახლოსაა იგი ადამიანის სტატუსთან.

ნაყოფის მორალური სტატუსის კრიტერიუმად გვევლინება მისი ჩართვა მორალურ ურთიერთობებში, რაც წარმოიქმნება მაშინ, როცა ემბრიონი ხდება მორალური გააზრების ობიექტი დედისთვისაც კი არჩევანის ამა თუ იმ კრიტიკულ მომენტში და ადამიანური კულტურისთვისაც, რომელიც უკვე ემბრიონის მორალური სტატუსის პრობლემის წამოყენებით უკვე აქცევს მას ფუნდამენტური მორალური უფლებების სუ-

ბიექტად: ამასთანავე ავლენს ადამიანური მოდგმისათვის დამახასიათებელ მორალურ თვისებებს, როგორებიცაა: სოლიდარობა, მოვალეობა, ურთიერთპასუხისმგებლობა, თავისუფლება, სიყვარული, გულმოწყალება.

ემბრიონის განსაკუთრებული ონტოლოგიური და მორალური სტატუსი, პირველ რიგში, იმას იწვევს, რომ ეს ობიექტი ხდება ჩვენი ურთიერთობის (გააზრებისა და შეფასების) საგანი კლინიკურ და საგამომძიებლო სამედიცინო პრაქტიკასთან დაკავშირებით. ამიტომაც ჩვენი სოციალური ნორმების სრულყოფაში, რაც ემბრიონთან ჩვენს ურთიერთობას განაპირობებს, სულ უფრო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სამეცნიერო ცოდნის პროგრესს ემბრიოგენეზის შესახებ (მაგალითად„ ცოდნის გაფართოება ემბრიონის უნარის შესახებ იგრძნოს ტკივილი). ნათქვამის დამაჯერებელ ილუსტრაციას წარმოადგენს პრინციპული განსხვავება, რაც ბევრ თანამედროვე მეცნიერს მოაქვს, ადრეული ემბრიონისა განვითარების 14 დღემდე) და საკუთრივ ემბრიონს შორის. მითითებული ვადა ემთხვევა ემბრიონის ე. წ. „პირველადი ზოლის“ (საშვილოსნოს კედელში მისი იმპლანტაციის შემდგომ) შექმნის მომენტს, რომლისაგანაც ფორმირდება მომავალი ადამიანის სხეული. ემბრიოგენეზის შესახებ ფუნდამენტური სამეცნიერო ცოდნის შესაბამისად ავტორიტეტულმა საერთაშორისო სამართლებრივმა, სამეცნიერო-სამედიცინო, ბიოეთიკურმა ორგანიზაციებმა მიიღეს ეთიკური ნორმები, რომლებიც კრძალავენ ნებისმიერ მანიპულაციას ადამიანის ემბრიონით. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ემბრიონის განსაკუთრებული ონტოლოგიური და მორალური სტატუსი მოითხოვს მომავალში, სამეცნიერო ცოდნის განვითარების შესაბამისად მომავალში, ახალ და ახალ საერთაშორისო შეთანხმებებს, რომლებიც სამართლის, სამედიცინო და სამეცნიერო ეთიკის ნორმებს განსაზღვრავენ, განასხვავებენ დასაშვებსა და დაუშვებელ ზეგავლენას ამ „პოტენციური ადამიანის“ მიმართ.

ქალი, რომელიც გადაწყვეტს ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტას, ყოველთვის ცდილობს აიცდინოს „უფრო მეტი ბოროტება“. თანამედროვე საზოგადოება ამ არჩევანის სამართლიანობას ადასტურებს ორსულობის შეწყვეტის პრაქტიკის მკვეთრი იურიდიული რეგლამენტაციით. XX საუკუნეში აბორტის შესახებ დიდი რაოდენობის საკანონმდებლო აქტის მიღების თვით ფაქტი მოწმობს, რომ ცივილიზაციის განვითარების მოცემულ ეტაპზე (ყოველ შემთხვევაში, დასავლური ფასეულობებისადმი მიმართული) საზოგადოებრივი

მორალი გარკვეული თვალსაზრისით ამართლებს ასეთ სოციალურ პრაქტიკას.

§4. აბორტთან დაკავშირებული ძირითადი მორალური პოსტულატები

აბორტის პრობლემებთან დაკავშირებული მრავალფეროვანი პოზიციები შეიძლება დაიყოს ჯგუფებად იმისდა მიხედვით, თუ როგორ პასუხს სცემენ ქვემოთ ჩამოთვლილ საკითხებს:

1. ცოცხალი მატერიის განვითარებისა და გარდაქმნის პროცესში სად, როდის, რომელ მომენტში შეგვიძლია დარწმუნებით ვთქვათ რომ აქ და ახლა იწყება ადამიანი? აქედან გამომდინარე, ცოცხალი არსება, რომელიც ადრე მხოლოდ ბუნების ფრაგმენტი, დედის სხეულის ნაწილი იყო, ამ მომენტიდან აღიარებული ხდება ერთ-ერთი ჩვენთაგანის სახით, მორალური საზოგადოების წევრად, რომელსაც გარკვეული უფლებები გააჩნია, პირველ რიგში, კი — სიცოცხლის უფლება.

2. აქვს თუ არა მოცემულ შემთხვევაში შეზღუდვა ცნებას „არა კაც კლა“? და თუ აქვს, რა სახისაა ეს შეზღუდვები?

3. როგორია მორალური და სოციალური სტატუსი იმ ცოცხალი არსებებისა, რომლებიც ჯერ კიდევ არ არიან აღიარებული ადამიანური სახით? მაგალითად,, შეიძლება თუ არა ამ არსებათა გამოყენება სამეცნიერო ექსპერიმენტების ჩასატარებლად? შეიძლება თუ არა მათი გამოყენება ნედლეულის სახით ფარმაკოლოგიურ ან პარფიუმერულ მრეწველობაში? დასაშვებია თუ არა სიცოცხლისუუნარო (მაგრამ ცოცხალი) ნაყოფების გამოყენება თავისებური „ფერმის“ სახით ორგანოთა მოსამზადებლად ტრანსპლანტაციისათვის იმ ავადმყოფი ახალშობილების გადასარჩენად, რომლებსაც ჯერ კიდევ შეუძლიათ გადარჩნენ და ადამიანის შესაფერი, ღირსეული სიცოცხლით ცხოვრება? შეიძლება თუ არა გადავაქციოთ ეს არსებანი საქონლად და თუ შეიძლება, ვისი საკუთრებაა იგი?

ეს უმძაფრესი საკითხები გვევლინება იმ სივრცის კოორდინატების თავისებური სისტემების როლში, რომლის ჩარჩოებში ხდება განსახილველი პრობლემების განხილვა. კოორდინატთა ამ სისტემების შიგნით ტრადიციულად გამო-

ყოფილია სამი ძირითადი პოზიცია: ლიბერალური, ზომიერი და კონსერვატიული.

ე.წ. „ლიბერალური“ თვალსაზრისიდან გამომდინარე, ბუნებრივი მშობიარობის მომენტამდე ქალს აქვს სრული უფლება მიიღოს გადაწყვეტილება აბორტის ჩატარების შესახებ, ექიმი კი ვალდებულია მოამზადოს ამ უფლების რეალიზაცია. დაუბადებელი ნაყოფი არაა აღიარებული „ადამიანურ პიროვნებად“ და შესაბამისად არ წარმოადგენს მორალური საზოგადოების წევრს. დაუბადებელ ნაყოფზე არ ვრცელდება სიცოცხლის უფლება, შესაბამისად მას არ გააჩნია თვისება, რაც დაავალდებულებდა სხვებს თავი შეეკავებინათ იმ ქმედებებისაგან, რომლებიც მის არსებობას შეწყვეტდა. აქედან გამომდინარე, „ლიბერალებისათვის“ აბორტი არ წარმოადგენს მკვლელობას. დაუბადებელი ადამიანური არსებების სტატუსი განხილულია მხოლოდ მესამე პირების ინტერესებიდან გამომდინარე. მაგალითად, ნაყოფის სიცოცხლის შენარჩუნებით შეიძლება დაინტერესებული იყვნენ უშვილო წყვილები, რომლებიც ბავშვის შვილად აყვანის რიგს ელოდებიან მშობლების მიერ მათზე უარის თქმის შემთხვევაში. ლიბერალური გაგებით აბორტების აკრძალვა არ არის მისაღები, რამეთუ იზღუდება ადამიანის უფლებები — დედის უფლებები, რომელიც ნაყოფის მესაკუთრედაა აღიარებული. ნაყოფი არაა აღიარებული ადამიანად და უფლებები არ გააჩნია. მისი გამოყენება შეიძლება სამეცნიერო და სამედიცინო მიზნებისათვის. უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჩვენი კანონმდებლობა აბორტებთან დაკავშირებით მსოფლიოში ერთერთი ყველაზე ლიბერალურია.

„ზომიერი“ თვალსაზრისისათვის დამახასიათებელია წარმოდგენა იმის შესახებ, რომ ჩანასახის გადაქცევა (აღვნიშნოთ, რომ კვერცხუჯრედების განაყოფიერების მომენტიდან ორსულობის VIII კვირამდე განვითარებულ ორგანიზმს მიღებულია ვუწოდოთ „ემბრიონი“, VIII კვირიდან დაბადებამდე — „ნაყოფი“) ადამიანურ არსებად ხორციელდება თანდათანობით, განვითარების პროცესში ჩასახვიდან დაბადებამდე. ფორმირების პროცესში იგი თითქოსდა აგროვებს თავისი ადამიანურობის „მოცულობას“ და შესაბამისად სიცოცხლეზე უფლების „მოცულობასაც“. თუ დავყოფთ ორსულობას სამ თანაბარ ნაწილად (თითოეულ ნაწილს სამი თვის ხანგრძლივობით ეწოდება „ტრიმესტრი“), მაშინ პირველ სამ თვეში ნაყოფის უფლება მოცულობით მინიმალურია და მას „აღემატება“ დედის სოციალური ან ეკონომიური ინტერესები. ბოლო სამ თვეში ის უკვე საკმაოდ მნიშვნელოვანია და ზომიე-

რი პოზიციის შესატყვისად დედის ინტერესები შეიძლება „აღემატებოდეს“ ნაყოფის უფლებას სიცოცხლეზე მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა მის სიცოცხლეს უშუალოდ ემუქრება საფრთხე. რა თქმა უნდა, საქმე კალენდარულ ასაკს კი არ ეხება, არამედ ადამიანურ თვისებათა განვითარების ხარისხს. ამიტომაც „ზომიერები ჩვეულებრივ განიხილავენ ნაყოფებს, როგორც განვითარების უხეში, კორექციისადმი დაუქვემდებარებელი ანომალიებით დაავადებულ არსებას, რომელსაც საკმაოდ უმნიშვნელო ადამიანური მოცულობა აქვს. გადაწყვეტილების მიღება აბორტის მართებულობის შესახებ შედარებით რთულია მეორე ტრიმესტრში. აქ პოზიციათა ნაკლები თანხვედრაა და ეთიკური არგუმენტაციის ან დედისა და ნაყოფის უფლებათა მორალური „აწონისათვის“ ყველაზე მეტი შესაძლო ვარიანტია. ამასთანავე, რამდენადაც ნაყოფს გააჩნია ადამიანთა უფლებების გარკვეული მოცულობა (განსაკუთრებით მესამე ტრიმესტრში), მაშინ, მოცემული თვალსაზრისიდან გამომდინარე, აბორტი შეიძლება კვალიფიცირებულ იქნეს, როგორც „უდანაშაულოს მკვლელობა“. ბუნებრივია, რომ წარმოიშობა სიტუაცია, რომელიც მოითხოვს არგუმენტებს „უდანაშაულოს მკვლელობის“ გასამართლებლად.

„ზომიერი“ ინტერპრეტაციის ავტორები აბორტირებული ნაყოფის სტატუსს განიხილავენ, როგორც საშუალოს ადამიანურსა და ცხოველურს შორის, რაც განსაზღვრავს განსაკუთრებული ეთიკური და სამართლებრივი ნორმების შემუშავების აუცილებლობას, რაც დაარეგულირებს ამ არსებათა გამოყენებას.

„კონსერვატორთა“ აზრით, აბორტს არა აქვს მორალური გამართლება. იგი განხილულია, როგორც უშუალოდ განზრახ მკვლელობა. ჩანასახი ჩასახვის მომენტიდან განხილულია როგორც პიროვნება, რომელსაც აუცილებლად უნდა მივანიჭოთ ადამიანის უფლებათა ძირითადი მოცულობა — სიცოცხლის უფლება.

ბუნებრივია, არანაირი „ადამიანობამდელი“ მდგომარეობა კონსერვატორთა პოზიციის ჩარჩოებში არ არის აღიარებული და შესაბამისად, არც მისი სტატუსი განიხილება. ზოგადი კონსერვატიული გაგებით. არსებობს ულტრაკონსერვატორთა პოზიცია, რომელიც კრძალავს ნებისმიერ აბორტს ნებისმიერი შემთხვევის დროს. არსებობენ შედარებით ზომიერი კონსერვატიზმის მომხრეებიც, რომლებიც აღიარებენ აბორტის უფლებას ქალისათვის „უშუალო საფრთხის არსებობისას ან იმ შემთხვევებში, როცა ორსულობა წარმოადგენს ძალდატანების

ან ინცესტის შედეგს. საქართველოში ულტრაკონსერვატული პოზიცია დამახასიათებელია მართლმადიდებლური ქრისტიანობისა და სხვა კონფესიებისათვის.

ამერიკულ და ევროპულ ბიოეთიკურ ლიტერატურაში არ განიხილება მართლმადიდებელი ეკლესიების შეხედულებები ხშირად, მაშინ, როდესაც ზედმიწევნითაა გაანალიზებული კათოლიკური და პროტესტანტული კონფესიების, იუდაისტური, ისლამური, ბუდისტური, ინდუისტური და სხვა რელიგიების პოზიციები. ვეცდებით ეს არაობიექტური ტრადიცია დავძლიოთ.

§5. აბორტი და რელიგია

მართლმადიდებლურ ღვთისმეტყველებაში, როცა საუბარი ეხება ზნეობრივ საკითხებს, ყველაზე ხშირად პირველი ადგილი ეთმობა ქრისტიანობის დამფუძნებლის სიცოცხლეს, როგორც გადარჩენის უსრულყოფილესი გზის ხორცშესხმულ იდეალს. ამ აზრით, გაბრიელ მთავარანგელოზის ხარება მარიამისადმი „ღვთისმშობელო ქალწულო, გიხაროდენ! მიმადლებულო მარიამ უფალი შენთანა! კურთხეულ ხარ შენ დედათა შორის, და კურთხეულ არს ნაყოფი მუცლისა შენისა, რამეთუ მაცხოვარი გვიშვე სულითა ჩვენითა“. წარმოადგენს ადამიანის სიცოცხლის დაწყების ქრისტიანული გაგების სიმბოლურ ფორმას. ზემოთ მოყვანილი პრინციპი ეჭვქვეშ აყენებს მტკიცებას, რომ ნაყოფი არის მხოლოდ დედის ქსოვილის ნაწილი. „ეს არ არის მისი სხეული: ესაა სხეული და სიცოცხლე სხვა ადამიანური არსებისა, რომელიც მინდობილია დედისეულ ზრუნვას ძუძუს წოვებისათვის“.

ბიბლიურ ლექსიკონში „დედის სტომაქი, რომელიც ტანჯვაში შობს“ თავისთავად წარმოადგენს „ყოველგვარი წყალობისა და შეცოდებისა“ სინონიმს. ცნობილი კულტუროლოგი ს.ს. ავერინცევი თვლის, რომ „თბილი“ და „მუცლის“ დედისეული სიყვარულის სიმბოლიკა დამახასიათებელია ბერძნულ-სლავური მართლმადიდებლური კულტურისათვის და ეს სიმბოლიკა ტრანსფორმირდება „ღვთისმშობლის გამორჩეული ქალწულებრივი დედობის სახეში“.

მართლმადიდებელი ზნეობრიობის პირველი მცნება სიყვარულია. აბორტი არის სიყვარულის მცნების დარღვევა, ამასთან, თვით მისი ადამიანური სიღრმისეული არსის — დე-

დის მიერ შვილის მოკვლის გამო. ასეთი მიდგომა უკომპრომისოდ გმობს ნაყოფის გამოდევნას, ათანაბრებს რა დედის მუცელში მყოფ ჩანასახს ცოცხალ ადამიანურ არსებასთან, რომლის მკვლელობა ძველი აღთქმის მცნების — „არ კაც კლა“ დარღვევაა და ახალი აღთქმის სიყვარულის მცნების დარღვევაც.

მართლმადიდებელი ეკლესიის ტრადიციაში არ არსებობს ოფიციალური დოკუმენტების მიღების პრაქტიკა ჯანდაცვის საკითხებზე. ამიტომაც შეგვიძლია მოვიყვანოთ მხოლოდ ცალკეული იერარქიების თვალსაზრისი ხელოვნური აბორტის შესახებ. მაგალითად,, მოსკოველი დეკანოზი დიმიტრი სმირნოვი თანამიმდევრობით აანალიზებს რა „რთულ“ საკითხებს აბორტთან დაკავშირებით (რა საჭიროა სიღარიბის გამრავლება? როგორ მოვიქცეთ, თუ ორსულობა ძალადობის შედეგია? რა ვქნათ, თუ ფეხმძიმედაა 13 წლის გოგონა? თუ დედისთვის ორსულობის გაგრძელება სიცოცხლესთან შეუთავსებელია და სხვ.), არ ეთანხმება აბორტის არანაირ გამართლებას. თვლის რა ნებისმიერ ხელოვნურ აბორტს მკვლელობად და არ უშვებს არავითარ კომპრომისს. იგი ამბობს: „ხომ ბუნებრივია დედა დაიღუპოს მშობიარობისას. თუ გოგონა გარყვნილია და ასე იქცევა, მან, ბუნებრივია, უნდა ატაროს თავისი ჯვარი (უნდა დაისაჯოს), როგორც საკუთარი ქცევის შედეგი: ხშირად გაუპატიურებისას თვითონ დაზარალებულია დამნაშავე — გამომწვევი ჩაცმულობის, ქცევის, გაუფრთხილებლობის, უფროსების დაუჯერებლობის და ა. შ. გამო“.

ქართული მართლმადიდებლური ეკლესიის პოზიციას აბორტთან დაკავშირებით კარგად გამოხატავს ღვთისშობლის ტაძრად მიყვანების ტაძრის წინამძღვარი დეკანოზი მიქაელ ბოტკოველი: — ,,გავიხსენოთ, რა სიტყვებით მიმართა უფალმა მკვლელ კაენს: „ხმაი სისხლისა ძმისა შენისა ღაღადებს ჩუენდა მომართ ქუეყანით“ (დაბ. 4,10). უდანაშაულო ბავშვების სისხლი აბელის სისხლივით ცას შეღაღადებს. მკვლელები მხოლოდ საუკუნო ცხოვრებაში როდი ისჯებიან, ისინი საზღაურს ამქვეყნადაც იღებენ. გასვრილი სინდისი ყველაზე მთავარს — სულიერ სიმშვიდეს — ართმევს ადამიანს. მხოლოდ სინანულით ძალუძს სულს მისი დაბრუნება.

ის, რაც ჩვენ თვალწინ, ჩვენი დანაშაულებრივი დუმილისა და აუღელვებლობის გამო ხდება, ისეთივე საშინელებაა, როგორიც ბეთლემში უცოდველ ყრმათა მოწყვედა. უარესიც: იქ დედები მკერდით ეფარებოდნენ ჩვილებს, დღეს კი

ამაზრზენი სიმშვიდით ეთათბირებიან და საზღაურსაც კი აძლევენ მათი შვილების მკვლელს. დედის წიაღში მოკლული არსების განადგურება ნათლობის მადლით განუბანელი სულის მკვლელობაა: ასეთი სული ბრმასავით გადადის მარადისობაში და თან წინაპართა ცოდვების ბეჭედი მიაქვს“.

დედის წიაღში ჩასახული ნაყოფის კვლა ჩვენი დღევანდელი ყოფის ერთადერთი ცოდვა არ არის. ყველგან და ყველაფერში იგრძნობა ღვთისაგან განდგომა. ადამიანს, მიწიერ პრობლემებში გზააბნეულს, ღმერთი დაავიწყდა, სიყვარული დაკარგა. ღვთაებრივი სიყვარული კი სახარებისეულ პრინციპებზე აგებულ ოჯახში იბადება და ღვივდება. ამგვარი ოჯახები თანამედროვე ყოფაში ერთგვარ ოაზისებს წააგავს. ბოროტი კი ყოველმხრივ ებრძვის და ცდილობს დაანგრიოს, მოსპოს, გაანადგუროს და წაწყმიდოს იგი. ოჯახის განადგურების ყველაზე საშინელი ფორმა მშობელთა მიერ საკუთარი შვილების ჟლეტაა. ეს ღვთის ნების უარყოფა, ოჯახის იდეისა და არსის დამახინჯებაა.

ყველანაირი ცოდვა ადამიანის სულში თანდათან მწიფდება. დედამ რომ შვილის მოკვლა შეძლოს, ჯერ ის სიყვარული უნდა გაანადგუროს, რომელიც მას საკუთარ ჩვილთან, მისდაუნებურად, აკავშირებს. ამით კი იგი უარს ამბობს ქრისტეზე, რადგან „სიყვარული ღმრთისაგან არს“.

შვილთა მკვლელობა ცოლქმრულ სიყვარულსაც ანადგურებს. ხშირად მეულლეებს ერთმანეთისადმი ყოვლად გაუგებარი სიძულვილი იპყრობს და სხვაგან იწყებენ ბედნიერების ძიებას.

დედა სიცოცხლესაც არ დაიშურებს, ოღონდ შვილებს არაფერი გაუჭირვოს. მაგრამ დაუბადებელი ბავშვი, მათი აზრით, ჯერ კიდევ არ არის ადამიანი, ამ სიტყვის სრული მნიშვნელობით — ის მხოლოდ ნაწილია მათი სხეულისა, საკუთარ ორგანიზმს კი შეუძლიათ მოექცნენ ისე, როგორც სურთ. ეს გახლავთ ტრაგიკული შეცდომა, რასაც აღრე თუ გვიან ხვდებიან და ჩადენილი დანაშაულის გრძნობა მთელი სიცოცხლე აწამებთ. საეკლესიო კანონის თანახმად, ცოდვის ჩამდენი ქალი აბორტისათვის მკაცრად ისჯება.

წმიდა ეკლესიამ თავის უზენაეს საეკლესიო კრებებზე განიხილა ეს საკითხი და ჩვილთა კვლა კაცის კვლის დანაშაულს გაუტოლა. ხოლო მღვდელმთავარ ბასილი დიდის კანონებში ვკითხულობთ: „წინასწარი განზრახვით მუცელში ჩვილის მომკვლელს კაცისკვლის სასჯელი ედება... აქ გამოიძიება და დასასჯელი იქნება არა მხოლოდ დამნაშავე დასაბა-

დებელის მოსპობისათვის, არამედ მისი მშობელიც, რომელმაც თავის თავზე აღმართა ხელი, რადგან ამ მიზეზით მრავალი ქალი კვდება. ამას უერთდება გახრწნა ნაყოფისა, როგორც სხვა სახე კაცისკვლისა. ვინც ამის წინასწარი განზრახვით გაკეთებას გაბედავს, მკვლელია, მაგრამ მისი სინანული არ უნდა გაგრძელდეს სიკვდილამდე, არამედ მისი შეწყნარება შეიძლება ათი წლის შემდეგ. მათი სრული განკურნება შეუძლია არა დროს, არამედ სინანულის სახეს": „ისინიც, ვინც ფეხმძიმეებს მუცლის მოსაწყვეტ წამალს მისცემენ, კაცისმკვლელნი არიან და მათთან ერთად იგივე ბრალი ედება მიმღებსა და მომხმარებელს მათგან მომზადებული საწამლავისა".

მაგრამ ეკლესიის ეს კანონი, ისევე, როგორც მრავალი სხვა, მოგეხსენებათ, რჩება „ხმად მღაღადებლისა უდაბნოსა შინა".

სანამ დაუბადებელ ჩვილთა კვლა კანონით არ აიკრძალება, სანამ ამ საშინელ ბოროტმოქმედებას დუმილით დაუჭერს მხარს საზოგადოება, მანამ ყოველი ქადაგება ძმობის, სამართლიანობისა და სიყვარულის შესახებ მხოლოდ თვალთმაქცობა და ფარისევლობა იქნება.

თუკი კანონი თავად ადგენს აღმაშფოთებელ უსამართლობას უმწეოთათვის სიცოცხლის წასაგლეჯად, სულ ამაოა სულის სიმშვიდეზე ფიქრი, მისი ძიება.

მართლმადიდებლობასთან შედარებით სოლიდურია აბორტის ეთიკური პრობლემების განხილვის ტრადიცია კათოლიციზმში. კათოლიკური ეკლესიის პოზიციის დამახასიათებელ განსხვავებას წარმოადგენს ოფიციალური დოკუმენტების არსებობა სამედიცინო ეთიკის საკითხების შესახებ. ამ დოკუმენტთაგან უმნიშვნელოვანესია რომის პაპის პავლე VI-ის ენციკლიკა "Humanae vitae" (1970 წ.), რომელიც ადამიანის რეპროდუქციაში სამედიცინო ჩარევას განიხილავს. მასში ნათქვამია: „ადამიანის სიცოცხლის გადაცემის სერიოზული მოვალეობა, რაც მეუღლეებს თავისუფლებად და შემოქმედის თანამონაწილებად აქცევს, ყოველთვის იყო მათთვის უდიდესი სიხარულის წყარო, რასაც ზოგჯერ თან სდევდა არანაკლები სიძნელეები და მწუხარება". სწრაფი ზრდისა და მეცნიერების მიღწევათა გათვალისწინებით სახელმწიფო ხელისუფლებათა წინაშე დიდი ცდუნება წარმოიშობა – ამ საფრთხეს დაუპირისპიროს შობადობის კონტროლის რადიკალური ზომები, მათ შორის აბორტიც.

ენციკლიკის თანახმად, შობადობის კონტროლის პრობლემა უნდა განიხილებოდეს ადამიანზე სრული შეხედულების კონტექსტში, რადგან თავისთავად ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური არგუმენტები ყოველთვის ცალმხრივი იქნება. ამ პოზიციის შესაბამისად ცოლქმრული სიყვარული თავის ნამდვილ არსს ხსნის უმაღლეს ჭეშმარიტებაში — ღმერთში. ეს სიყვარული სრული მნიშვნელობით ადამიანურია (ე.ი. ერთდროულად გრძნობისმიერი და სულიერი), ერთგული, სრული და ნაყოფიერია, თავისი ბუნებით განკუთვნილია ბავშვების გაჩენისა და აღზრდისათვის. ცოლქმრული სიყვარული მეულლეებისაგან მოითხოვს მშობლების პასუხისმგებლობის შესაბამის გააზრებას. იგივე ცნება გულისხმობს სიყვარულით შეერთებას და ბავშვის ყოლის სურვილს. ყოველი საქორწინო აქტი მიმართული უნდა იყოს ახალი სიცოცხლის ჩასახვისაკენ.

აქედან გამომდინარეობს არა მარტო ხელოვნური აბორტის არამედ კონტრაცეფციის ყველა საშუალებისა და ხერხის სრული აკრძალვა: „ჩვენ კიდევ ერთხელ უნდა განვაცხადოთ, რომ აბსოლუტურად უნდა გამოირიცხოს დასაშვები საშუალების სახით შობადობის რეგულირება, უკვე დაწყებული გაჩენის პროცესის უშუალო აღკვეთა — განსაკუთრებით კი აბორტის — ჩატარებული ჯანმრთელობის დაცვის მოტივებითაც კი. ზუსტად ასევე უნდა გამოირიცხოს, როგორც არაერთხელ აღნიშნეს რელიგიურმა მოღვაწეებმა, პირდაპირი სტერილიზაცია (მუდმივი ან დროებითი, როგორც კაცის, ასევე ქალის). ასევე გამოირიცხება ყოველგვარი მოქმედება, შესრულებული საქორწილო აქტის წინ, მისი მიმდინარეობისას ან მისი ბუნებრივი შედეგების განვითარებისას, რომელიც მიზნად ან მიზნის მიღწევის საშუალებად ისახავს შობადობის ხელის შეშლას“.

1994 წელს პაპის სამოციქულო საბჭოს ინიციატივით შეიქმნა „ჯანდაცვის მუშაკთა ქარტია“, სადაც ნათქვამია: „თუმცა მართალია ისიც, რომ გარკვეულ შემთხვევებში აბორტით ზიანი მიადგება მნიშვნელოვან სიკეთეებს, რომლებიც უნდა დავიცვათ. ეს შემთხვევები დაკავშირებულია დედის ჯანმრთელობასთან, კიდევ ერთი შვილის ყოლის სიმძიმესთან, მძიმე ფატალურ ავთვისებიან წარმონაქმნებთან, ორსულობასთან, რომელიც სექსუალურმა ძალადობამ გამოიწვია“. ამასთანავე, ამ დოკუმენტში დასტურდება ენციკლიკაში მოცემული პოზიცია: არც ერთ ჩამოთვლილ მიზეზს არ ძალუძს ობიექტურად წარმოადგინოს სხვისი სიცოცხლის გამგებლობის უფლება, თუნდაც დაწყებით სტადიაში“. „ქარტია“

ამართლებს მხოლოდ ხელოვნურ აბორტს, როგორც გვერდითი მოვლენის შედეგს ორსული ქალისათვის მკაცრად განკუთვნილი სამედიცინო ჩარევისას: „როცა აბორტი ტარდება როგორც ნავარაუდევი, მაგრამ არაწინასწარდაგეგმილი და არასასურველი, არამედ მხოლოდ როგორც უცილობელი თერაპიული აქტის დასაშვები შედეგი დედის ჯანმრთელობის გამო, ეს მორალურად კანონიერად ითვლება“.

ენციკლიკა უშვებს შობადობის რეგულირებას, თუმცა მხოლოდ შემდეგი მითითებების თანახმად: „ღმერთმა მეტად ბრძნულად დაადგინა ჯადოქრობის ბუნებრივი კანონები და რითმები“. თუკი არსებობს ბავშვების გაჩენას შორის შუალედების რეგულირების სერიოზული მიზეზები, „მეუღლეებისათვის დასაშვებია გამოიყენონ ბუნებრივი უნაყოფო პერიოდები“, სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, მეუღლეებს ნება ეძლევათ გამოიყენონ კონტრაცეფციის მხოლოდ „კალენდარული“ და „რითმული“ მეთოდები.

მეშვიდე დღის ადვენტისტების ეკლესიამ (პროტესტანტობის ერთ-ერთი მიმდინარეობა) 1990 წელს გამოაქვეყნა „განცხადება — კონსენსუსი“ აბორტის შესახებ — „ქრისტიანული შეხედულება ადამიანის სიცოცხლეზე“, რომელშიც გამოხატულია კომპრომისული პოზიცია აბორტის მიმართ, რომელიც ასახავს, ერთის მხრივ, ქრისტიანთა პასუხისმგებლობას ადამიანის სიცოცხლის დასაცავად მშობიარობამდელ სტადიაზე, მეორე მხრივ, კი ქალთა პირადი თავისუფლების უზრუნველყოფის აუცილებლობას. ადამიანის სიცოცხლე მშობიარობის წინა სტადიაზე უდიდესი ღვთის წყალობაა. თუმცა გადაწყვეტილება, რომელიც სიცოცხლის შეწყვეტას ეხება, მიღებულ უნდა იქნეს ზნედაცემული სამყაროს კონტექსტში „აბორტი — ესა ჩვენი ცოდვის ერთ-ერთი ტრაგიკული დილემა... არ შეგვიძლია შერიგება აბორტებთან, რომლებიც კეთილდღეობის გამო ან შობადობაზე კონტროლის მიზნით ტარდება. თუმცა ვალიარებთ, რომ არსებობს განსაკუთრებული გარემოებანი, რომელთა დროს აბორტი შეიძლება განხილულ იქნეს ალტერნატივის სახით. ასეთ გარემოებათა შორის შეიძლება იყოს შემდეგი: თუ ორსული ქალის სიცოცხლეს ან მის ფიზიკურ და გონებრივ ჯანმრთელობას სერიოზული საფრთხე ემუქრება, თუ ნაყოფი სერიოზული თანდაყოლილი დეფექტის მქონეა, თუ ფეხმძიმობა გაუპატიურების ან ინცესტის შედეგია. საბოლოო გადაწყვეტილებას აბორტის შესახებ ქალი იღებს. ამასთან, როგორც ნათქვამია, „განცხადება-კონსენსუსში“ „გაკიცხვის მიმართება მიულებე-

ლია მათთვის, ვინც მიიღო სახარება“.

„სამედიცინო ეთიკის ისლამურ კოდექსში“, ნათქვამია: „ადამიანის სიცოცხლის სიწმინდე ყოვლადძლიერია ყველა მის სტადიაში, დაწყებული ემბრიონიდან და ნაყოფიდან. დაუბადებელი ბავშვის სიცოცხლე უნდა გადავარჩინოთ, აბსოლუტური სამედიცინო აუცილებლობის შემთხვევების გარდა, რაც ისლამური კანონითაა აღიარებული. აბორტის გადაჭრის თანამედროვე ტენდენციებს ისლამი არ აღიარებს. ისლამი ნაყოფს ანიჭებს გარკვეულ უფლებებს. მაგალითად, მემკვიდრეობის უფლებას. თუ ორსულ ქალს სასიკვდილო განაჩენი აქვს გამოტანილი, განაჩენის სისრულეში მოყვანა ხდება მას შემდეგ, რაც იგი გააჩენს და მოვლით მოარჩენს საკუთარ შვილს“. ერთ-ერთი მუსულმანი ავტორი, ფაკხერ ბენ ხამიტა, ასე წყვეტს საკითხს ემბრიონის ბუნებისა და სტატუსის შესახებ: „რამდენადაც, ყურანის მიხედვით, განქორწინებულ ქალს არ შეუძლია ხელმეორედ გათხოვება 90 დღეზე ადრე, დაქვრივებულს კი – არა უადრეს 130 დღისა, არაპირდაპირ ეს ნიშნავს, რომ სწორედ 90-დან 130 დღემდე ვადაში ჩანასახი იღებს ადამიანის ფორმას“. იგივე ავტორი თვლის, რომ ნაყოფის გენეტიკური ანომალიების აღმოჩენის შემთხვევაში, ორივე მეულლის ნებაყოფლობითი თანხმობის პირობებში ორსულობის მეცხრე ან მეათე კვირას ორსულობის შეწყვეტის საკითხის განხილვა დასაშვებია.

ბუდიზმის თანახმად, მოკვლა – ეს ნიშნავს ჩაიდინო ყველაზე საშინელი უარყოფითი საქციელი. ბუდიზმის ეთიკა იწყება მცნებით: „არავის წაართვა სიცოცხლე, ეს იქნება ადამიანი თუ ცხოველი“. ემბრიონის ბუნებისა და სტატუსის პრობლემების გადაწყვეტა ბუდიზმში შემდეგნაირია: „ჩანასახი წმინდაა და ატარებს ადამიანური არსების მთელ პოტენციალს“. ამიტომაც აბორტი „შეესაბამება სიცოცხლის განადგურებას სტადიისაგან დამოუკიდებლად“.

როგორც იუდაიზმის ავტორიტეტები თვლიან, რომ აბორტი (და საერთოდ – ბავშვების არყოლის სურვილი) ეწინააღმდეგება ისტორიას და ებრაელი ხალხის მესიანურ მოწოდებას. ამავდროულად, თუ ორსულობა საფრთხეს უქმნის დედის ფიზიკურ ჯანმრთელობას, ამ გარემოებას ყურადღება უნდა მიექცეს.

§6. აბორტის შესახებ კანონმდებლობა თანამედროვე სამყაროში

ევროპის ქვეყნებში აბორტის შესახებ საკანონმდებლო ბაზა შეიძლება პირობითად ოთხ მიმართულებად დაიყოს:

1. ყველაზე ლიბერალური კანონით ნებადართულია „აბორტი თხოვნით“ (ქვეყნების პატარა ჯგუფი).

2. საკმაოდ თავისუფალი კანონები ნებას იძლევა ჩატარდეს აბორტი მრავალრიცხოვანი სამედიცინო და სოციალური მაჩვენებლის მიხედვით (ექვს ქვეყანაში: ინგლისი, უნგრეთი, ისლანდია, კვიპროსი, ლუქსემბურგი, ფინეთი).

3. საკმაოდ მკაცრი კანონები აბორტის ნებას იძლევა მხოლოდ გარკვეული გარემოების დროს: ქალის ფიზიკური ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის მძიმე მდგომარეობა, ნაყოფის ინკურაბელური დეფექტების, გაუპატიურებისა და ინცესტის შემთხვევა (ესპანეთი, პორტუგალია და შვეიცარია).

4. ძალიან მკაცრია კანონები, რომლებიც ან საერთოდ კრძალავს აბორტებს ან ნებას რთავს გამონაკლის შემთხვევებში, როცა ორსულობა საფრთხეს უქმნის ქალის სიცოცხლეს (ჩრდილოეთ ირლანდია, ახლო წარსულამდე — ირლანდიის რესპუბლიკა და მალტა).

მსოფლიო მასშტაბით, ქვეყანათა 98%-ში აბორტი ნებადართულია ქალის სიცოცხლის გადარჩენის მიზნით, 62%-ში მისი ფიზიკური ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნების მიზნით, 42%-ში თუ ორსულობა მოჰყვა გაუპატიურებას ან ინცესტს, 40%-ში — თუ ნაყოფი სერიოზული დეფექტის მქონეა, 29%-ში ეკონომიური და სოციალური მიზეზებით და მხოლოდ 21%-ში თხოვნით.

რუსეთში მოქმედებს ერთ-ერთი ყველაზე ლიბერალური კანონი. „აბორტი თხოვნით“ ნებადართულია ორსულობის მეთორმეტე კვირამდე, სამედიცინო ჩვენების მიხედვით — ორსულობის ვადის მიუხედავად: სოციალური მაჩვენებლებით — 22 კვირამდე. სოციალური მაჩვენებლების სია მოიცავს: ორსულობისას ქმრის სიკვდილი, ქალის ან მისი ქმრის ყოფნა თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში, დედობის უფლების ჩამორთმევა, მრავალშვილიანობა (3 ან მეტი შვილი), განქორწინება ორსულობის დროს, ორსულობა გაუპატიურების შემდეგ, უმუშევარი ქალი ან მისი ქმარი, ოჯახის ერთ სულზე საყოფაცხოვრებო მინიმუმზე ნაკლები შემოსავალი, ქალისათვის საკუთარი საცხოვრებლის უქონლობა (საერთო საცხოვ-

რებელში ცხოვრება).

საქართველოს კანონმდებლობაში აბორტის შესახებ, როგორც აღვნიშნეთ, მხოლოდ ზოგადი დებულებებია დამტკიცებული. უახლოეს დროში მიღებულ იქნება კანონი „აბორტის შესახებ“, რომელიც მეტ სიცხადეს შეიტანს ზემოაღნიშნულ საკითხებში.

მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციამ 1970 წელს მიიღო „დეკლარაცია სამედიცინო აბორტების შესახებ“, შემდეგ კი — მისი დამატებანი (1983წ.).

განსხვავებანი აბორტის პრობლემებისადმი დამოკიდებულებაში, რომლებიც თავს იჩენდა ბიოეთიკის საკითხებისადმი მიძღვნილ დისკუსიებში, აუცილებელს ხდის დიალოგს აბორტის მოწინააღმდეგეთა და მომხრეთა შორის, სხვადასხვა სოციალურ და პროფესიონალურ ჯგუფებში, რომელთა შორის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სამედიცინო გაერთიანების პოზიცია. ვფიქრობთ, მომავალში უფრო გაიზრდება სხვადასხვა პოზიციაზე მყოფ სპეციალისტთა შორის კამათი და ურთიერთდაპირისპირება აბორტთან დაკავშირებით.

მაგალითად, რუსეთის კანონმდებლობის თანახმად, ორსული ქალი, თუკი მას უკვე 15 წელი შეუსრულდა, უფლებამოსილია მშობლებისაგან ნებართვის აუღებლად, საკუთარი სურვილით, მოითხოვოს აბორტის გაკეთება. ამავე დროს მას შეუძლია მოთხოვოს სამედიცინო პერსონალს ამ ფაქტის დაფარვა მშობლებისაგან.

საქართველოში „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონით, გოგონებს 15 წლის ასაკიდან ასევე აქვთ უფლება თავისი შეხედულებისამებრ გაიკეთონ აბორტი და არ შეატყობინონ ამის შესახებ მშობლებს. პრაქტიკაში კი კანონის ეს ნორმა ხშირად ირღვევა. რადგან ქართულ სინამდვილეში, ჩვენი ტრადიციების გათვალისწინებით, ამ ნორმის განხორციელება არარეალურია.

შვეიცარიაში ორსული ქალი თავად წყვეტს აბორტის საკითხს, ასაკის მიუხედავად (ე.ი. მოცემული სამედიცინო ჩარევისას კონფიდენციალობა პრიორიტეტულად ითვლება): საფრანგეთში კი ასეთი უფლება ქალს ენიჭება 18 წლის ასაკიდან. რუსეთში მოცემულ საკითხს კანონი პირდაპირ არ წყვეტს, თუმცა „მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონმდებლობის საფუძვლებიდან“ (სტ. 32. თანხმობა სამედიცინო ჩარევაზე) გამომდინარეობს, რომ პაციენტის უფლებამოსილება მოცემულ შემთხვევაში 15 წლის ასაკიდან იწყება. სავსებით აშკარაა, რომ წინააღმდეგობა უნდა გადაიჭ-

რას ან კანონის შეცვლით, ან მისი შესატყვისობით სამედიცინო პრაქტიკასთან. ამასთან, არც ერთი ეს ფორმა არაა დასაშვები საკითხის გადაჭრის, ექიმების პოზიციის, მათი პროფესიული გამოცდილების, ცხოვრებისეული კოლიზიების გაუთვალისწინებლად შეუძლებელია. სამედიცინო პერსონალის, ექიმისა და საზოგადოების ფუნქციაა მაქსიმალურად უზრუნველყონ ოჯახის დაგეგმვის სამსახურების სრულყოფა, შობადობაზე კონტროლის, აბორტის ალტერნატიული მეთოდების კომპეტენტური გამოყენება, რაც საბოლოოდ აბორტების რიცხვის შემცირებამდე მიგვიყვანს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კრიმინალური აბორტების წილის შემცირება, რომელიც ხშირად ქალის სიკვდილით ან სხვა მძიმე შედეგით მთავრდება.

საქართველოს კანონით „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს ყველა მოქალაქეს უფლება აქვს თავად განსაზღვროს შვილების რაოდენობა და მათი დაბადების დრო. სახელმწიფო უზრუნველყოფს დედის უფლებებს რეპროდუქციის სფეროში (მუხლი 140). კონტრაცეპტივების წარმოება, იმპორტი და გავრცელება უნდა მოხდეს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით.

ქალთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესება აბორტების შემცირების გზით სახელმწიფოს პრიორიტეტული ამოცანაა. ორსულობის ნებაყოფლობითი შეწყვეტა ნებადართულია:

- მხოლოდ ლიცენზირებული სამედიცინო დაწესებულებებში ლიცენზირებულ ექიმების მიერ;
- თუ ფეხმძიმობა საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ვადაზე ნაკლები ხანგრძლივობისაა;
- თუ ორსულს ექიმმა ჩაუტარა წინასწარი გასაუბრება და გასაუბრებიდან ოპერაციამდე გასულია კანონმდებლობით დადგენილი მოსაფიქრებელი ვადა. გასაუბრების დროს ექიმმა უპირატესობა ნაყოფის სიცოცხლის დაცვას უნდა მიანიჭოს, არჩევანი ქალის პრეროგატივაა (მუხლი 142).

აბორტის საწინააღმდეგო პროპაგანდა და საგანმანათლებლო მუშაობა სახელმწიფოსა და საზოგადოების მოვალეობაა. აბორტის რეკლამა აკრძალულია საქართველოს კანონმდებლობით. განსაზღვრულ ვადაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის შემთხვევაში აბორტი ნებადართულია მხოლოდ სამედიცინო და სოციალური ჩვენებების მიხედვით.

ფერტილიზაცია ნებადართულია: ა) უშვილობის მკურ-

ნალობის მიზნით, თუ მიღებულია როგორც უშვილო წყვილის, ისე დონორის წერილობითი თანხმობა, დადასტურებული სანოტარო წესით: ბ) გენეტიკური დეფექტების აღმოცენების მიზეზების, მათი გადაცემის გზების, პროფილაქტიკისა და მკურნალობის შესასწავლად სამეცნიერო მიზნით. სახელმწიფო საზოგადოებასთან ერთად ხელმძღვანელობს და აკონტროლებს გამოკვლევებს ხელოვნური განაყოფიერების სფეროში: გ) მხოლოდ სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულებაში, თუ მას ატარებს შესაბამისი ლიცენზიის მქონე ექიმი.

ნებაყოფლობითი ქირურგიული კონტრაცეფციის, სტერილიზაციის გამოყენება (მუხლი 145) ნებადართულია მხოლოდ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში ლიცენზირებული ექიმის მიერ, თუ არსებობს პაციენტის წერილობითი მოთხოვნა, პაციენტს ექიმმა წინასწარ ჩაუტარა გასაუბრება და გასაუბრებიდან სტერილიზაციამდე გასულია კანონმდებლობით დადგენილი მოსაფიქრებელი ვადა.

აბორტის, დედისა და ნაყოფის პრობლემა უნდა გადაიჭრას კონკრეტული პირობების შესაბამისად. გათვალისწინებულ უნდა იქნეს დედის სამედიცინო-ბიოლოგიური მდგომარეობა, დემოგრაფიული სიტუაცია. გარკვეულ როლს ასრულებს ეკონომიკური ფაქტორი, ეროვნული, რელიგიური ტრადიციები და პაციენტის სულიერი მდგომარეობა.

თავი VIII. კლინიკური ტრანსპლანტოლოგიის ეთიკური პრობლემები

ტრანსპლანტოლოგია თანამედროვე მედიცინის ერთ-ერთი ყველაზე პერსპექტიული დარგია. იგი აერთიანებს თანამედროვე ქირურგიის, რეანიმატოლოგიის, ანესთეზიოლოგიის, იმუნოლოგიის, ფარმაკოლოგიის და სხვა სამედიცინო-ბიოლოგიური მეცნიერების უახლეს მიღწევებს, ეფუძნება მაღალ სამედიცინო ტექნოლოგიებს.

ტრანსპლანტოლოგიის, როგორც დარგის განვითარების დასაწყისად 1954 წელი ითვლება, როცა ამერიკელმა ქირურგებმა თირკმლის პირველი წარმატებული გადანერგვა განახორციელეს.

საბჭოთა კავშირში თირკმლის პირველი გადანერგვა ცოცხალი დონორისაგან 1985 წელს აკადემიკოსმა პეტროვსკიმ ჩაატარა, ხოლო ერთი წლის შემდეგ მან გადანერგვა გვამისაგან განახორციელა.

საქართველოში თირკმლის ტრანსპლანტაცია (ზოგადად „დიდი ტრანსპლანტაცია") 1977 წლიდან იწყება. 1977 წელს გაკეთდა 6 ოპერაცია, ყველა შემთხვევაში დონორი მიცვალებული იყო. სამწუხაროდ, ყველა ოპერაცია წარუმატებელი აღმოჩნდა.

60-იანი წლების დასაწყისამდე ტრანსპლანტოლოგია თავისი არსით ექსპერიმენტული ქირურგიის სფეროდ რჩებოდა და საზოგადოების განსაკუთრებულ ყურადღებას არ იმსახურებდა. მდგომარეობა რადიკალურად შეიცვალა 1967 წლის 3 დეკემბერის შემდეგ, როცა სამხრეთაფრიკელმა ქირურგმა ქრისტიან ბერნარდმა გულის პირველი გადანერგვა განახორციელა გვამიდან (უფრო ზუსტად — ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ 25 წლის ანა დარვალისაგან). ამ ფაქტს უდიდესი რეზონანსი ჰქონდა. ერთი მხრივ, ნათელი გახდა, რომ კაცობრიობის წინაშე განწირული ავადმყოფისათვის ორგანოების გადანერგვით „ახალი სიცოცხლის" დაწყების უზარმაზარი პერსპექტივა გაიხსნა: მეორე მხრივ, წარმოიშვა, სამართლებრივი და ეთიკური პრობლემების მთელი სპექტრი, რომლებიც სასწრაფო გადაწყვეტას მოითხოვენ. მათ გადასაჭრელად საჭიროა მედიკოსების, იურისტების, ფილოსოფოსების, ღვთისმეტყველების, ფსიქოლოგების და სხვათა ერთობლივი

ძალისხმევა, უფრო მეტიც, ეს პრობლემები არ შეიძლება გადაჭრილად ჩაითვალოს, თუკი სპეციალისტთა მიერ შემუშავებული რეკომენდაციები ვერ მოიპოვებენ საყოველთაო აღიარებას და ვერ ისარგებლებენ საზოგადოების ნდობით. მთელ მსოფლიოში ორგანოებისა და ქსოვილების გადანერგვა რეგულირდებოდა განსაკუთრებული საუწყებო რეკომენდაციებით, ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ბრძანებებით (სადაც ასეთი არსებობდა) და სპეციალიზებული ასოციაციების ინსტრუქციებით.

90-იანი წლების დასაწყისში ეჭვქვეშ იდგა, საერთოდ, დარგის არსებობის მართებულობა, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როცა გადანერგვა ხორციელდებოდა ცოცხალი დონორიდან ან გადასანერგი ორგანოების შეგროვება ხდებოდა პაციენტებისაგან, რომლებსაც დასმული ჰქონდათ „ტვინის სიკვდილის“ დიაგნოზი.

იმ სივრცეში, სადაც ქართული ტრანსპლანტოლოგია ვითარდებოდა, 1992 წელს მიღებულ იქნა „რუსეთის ფედერაციის კანონი ადამიანის ორგანოთა და (ან) ქსოვილების ტრანსპლანტაციის შესახებ“, რომელიც მნიშვნელოვანი ნაბიჯი გახდა ტრანსპლანტოლოგიის სამართლებრივი საფუძვლების ჩამოყალიბების გზაზე. საქართველოში ანალოგიური კანონი მიიღეს 2000 წლის პირველ ივნისს. საქართველოს კანონმდებლობით ბიოლოგიური სიკვდილის კრიტერიუმად გამოცხადდა „ტვინის სიკვდილი“. სამედიცინო საზოგადოება თანდათან მიეჩვია ახალი კრიტერიუმით სიკვდილის დიაგნოზის დასმას, რაც ურთულესი ფსიქოლოგიური და კულტურული ფენომენია. ამ კანონით ტრანსპლანტაციისათვის ორგანოების შეგროვების უფლება დაშვებული იქნა ექიმების მიერ იმ პირთაგან, რომლებსაც „ტვინის სიკვდილის“ დიაგნოზი დაესვათ. კანონმა აგრეთვე დაადგინა პოტენციური დონორების შერჩევის და მათი ნათესავებისაგან თანხმობის მიღების წესი, რაც, საბოლოო ჯამში, ევროპის უმრავლესი ქვეყნის სამართლებრივი ნორმების ანალოგიურია. საქართველოს მთელ ტერიტორიაზე აკრძალულია ტრანსპლანტაციისათვის ორგანოების ყიდვა-გაყიდვა. ამასთანავე, კანონი არეგულირებს დონორებსა და მათ ახლობლებთან ურთიერთობას, ექიმის ქცევას, რეციპიენტის უფლებების დაცვას და სხვა აუცილებელ ზოგად წესებს. მაგრამ რჩება მნიშვნელოვანი რაოდენობა პრობლემური სიტუაციებისა, რომლებიც მოითხოვენ უფრო დახვეწილ, დეტალურ ეთიკურ კვალიფიკაციას და სამართლებრივ რეგულირებას.

§1. ტრანსპლანტოლოგიისათვის გაღებული სახსრების მორალური მიზანშეწონილობა

თანამედროვე პირობებში ჩვენს ქვეყანაში (ისევე, როგორც დანარჩენ მსოფლიოში) მწვავედ დგას ტრანსპლანტაციისათვის საჭირო სახსრების მოძიება და მისი გაღების მართებულობა. ხშირად დგება საკითხი ტრანსპლანტოლოგიის, როგორც დარგის განვითარების მიზანშეწონილების შესახებ. ორგანოების გადანერგვა ძვირადღირებული ოპერაციებია, რომლებსაც ჯანდაცვის მნიშვნელოვანი რესურსები ჭირდება. საკითხი ასე დგას: რამდენად მორალურია, ისედაც შეზღუდული რესურსები დავხარჯოთ მოქალაქეთა უმნიშვნელო რაოდენობის სიცოცხლის გადარჩენისათვის, თუ უპრიანია, ეს სახსრები გამოვიყენოთ ადამიანთა შედარებით მეტი რაოდენობის პრევენციის, იმუნიზაციის და სხვა დანიშნულებით.

ამგვარად, ჩვენ დილემის წინაშე ვდგავართ, რომლის გადასაჭრელად უნდა მივმართოთ სამართლიანობის ე.წ „სამართლიანი განაწილების“ პრინციპს.

გასათვალისწინებელია სამედიცინო მეცნიერებისა და პრაქტიკის განვითარების ზოგიერთი საერთო კანონზომიერება. მედიცინა განვითარებადი სისტემაა, რომელშიც ტრანსპლანტოლოგია წარმოადგენს ერთ-ერთ შედარებით პერსპექტიულ „ზრდის ზონას“. ტრანსპლანტოლოგია ამუშავებს უმაღლესი კატეგორიის სირთულის სამედიცინო ტექნოლოგიებს, რომლებიც შემდგომ ფართოდ გამოიყენება პრაქტიკული მედიცინის სხვა სფეროებშიც. ამიტომაც, რესურსების გარკვეული გადანაწილება ტრანსპლანტოლოგიის, როგორც უმაღლესი სამედიცინო ტექნოლოგიების შექმნისა და დანერგვის მიმართულების სასარგებლოდ, უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრესულ განვითარებას და საერთო ჯამში, სიკეთე მოაქვს მოსახლეობისათვის.

ამასთანავე, საკითხი იმის შესახებ, თუ როგორ ნაწილდება ჯანდაცვის საბიუჯეტო საშუალებანი ფედერალურ და რეგიონალურ დონეზე, სულაც არ არის მარტივი. სამეცნიერო სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარების პრიორიტეტის გათვალისწინებითაც კი, ალბათ, არ იქნება მისაღები საზოგადოებრივი თვალსაზრისით, სიტუაცია, რომლის დროს, ერთი ავადმყოფის გადასარჩენად დაიხარჯება ათობით ათასი

ამერიკული დოლარი, ბავშვთა ონკოლოგიური საავადმყოფოები კი ვერ მიიღებენ თანხას კანონით გარანტირებული უფასო მედიკამენტოზური დახმარებისათვის, რასაც ხშირად აქვს ადგილი სადღეისოდ. ოჯახის დანახარჯები ლეიკემიით დაავადებული ბავშვის ე.წ. „უფასო მკურნალობისათვის“ ხშირად რამდენიმე ათას დოლარს აღწევს.

საკითხი ჯანდაცვის დეფიციტური რესურსების სამართლიანი განაწილების შესახებ, ერთ-ერთი ყველაზე აქტუალური მორალური პრობლემათაგანია, რომლის ამომწურავი ანალიზი ჩვენი ნაშრომის ფარგლებს სცილდება. თუმცაღა, ეჭვს არ იწვევს ის, რომ საზოგადო კონტროლისაგან დაფარული დეფიციტური რესურსების განაწილების საუწყებო მექანიზმი, ხელს არ უწყობს ისეთი საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბებას, რომ მედიცინის განვითარების პერსპექტიულობიდან გამომდინარე, ტრანსპლანტოლოგიის სფეროში პროგრამების პრიორიტეტული დაფინანსება მიზანშეწონილად ჩაითვალოს. მოსახლეობის ნდობისა და მისი შეგნებული თანხმობის მისაღწევად, აუცილებელია, დაინტერესებულ საზოგადოებასთან დიალოგი და საზოგადოებრივი კონტროლისათვის მათი განაწილების საუწყებო მექანიზმების გახსნა.

ამავე დროს, არც იმის უარყოფა შეიძლება, რომ თანამედროვე კლინიკური ტრანსპლანტოლოგია, რომელსაც საფუძვლად ქირურგიული მეთოდი უდევს, ესაა ათეულ ათასობით პაციენტი, რომლებმაც მეორე სიცოცხლე შეიძინეს გულის, ღვიძლის, ფილტვების, თირკმელების, კუჭქვეშა ჯირკვლების, ძვლოვანი ტრანსპლანტატების, მყესების, თვალის რგოლისა და რქოვანას, გულის სარქველების ტრანსპლანტაციის შემდეგ. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, კლინიკური ტრანსპლანტოლოგია – ეს არის უკვე შემდგარი და საზოგადოების მიერ, მანამდე უიმედოდ მიჩნეული ავადმყოფის განკურნების აღიარებული მეთოდი. ეს არის საექიმო რისკის უკიდურესი გამოვლენა და ავადმყოფის უკანასკნელი იმედი! რისკის ცნება კი ასახავს ექიმის მიმართებას საშიში სასიცოცხლო სიტუაციისადმი. ამიტომ, რისკი არჩევანთან, ადამიანის შეგნებულ გადაწყვეტილებებთანაა დაკავშირებული. სამედიცინო პრაქტიკაში აუცილებელი რისკის გამართლება შეიძლება მხოლოდ ავადმყოფისათვის, როგორც უმაღლესი მიზნისათვის, სიკეთის მოტანის შემთხვევაში.

§2. ცოცხალი დონორისაგან ორგანოების აღების მორალური პრობლემები

ტრანსპლანტოლოგიის უმთავრესი სამედიცინო და ეთიკური პრობლემა გადასანერგი ორგანოების ქრონიკული დეფიციტი და სიკვდილის მომენტის დაფიქსირების სირთულეა. ხოლო ქირურგიული ტრანსპლანტოლოგიის დროს ცოცხალი დონორის თირკმლის ან ფილტვის გადანერგვა ეთიკური ნორმების ახლებურ ინტერპრეტაციას მოითხოვს და ეწინააღმდეგება ჰიპოკრატეს ფიცის ყველაზე ცნობილ მცნებას „არ ავნო“. ერთი მხრივ, პაციენტის ახლობლის თავგანწირვის შედეგად ჩნდება ავადმყოფის გადარჩენის შანსი, მეორე მხრივ, ილახება მეორე ადამიანის უფლება. აქ ექიმი დგება ორმაგი რისკის (ოპერაციულის და ეთიკურის) წინაშე. თირკმელების და ფილტვების გადანერგვის გარდა, ცოცხალი დონორისაგან ხდება ღვიძლის ნაწილის, ძვლის ტვინისა და ა.შ. აღება, რაც ხშირ შემთხვევაში, ასევე წარმოადგენს პაციენტის სიცოცხლის შემანარჩუნებელ მკურნალობის მეთოდს. თუმცა, ამ დროს, თავს იჩენს რთული მორალური პრობლემების მთელი რიგი. პირველ რიგში, სირთულე დაკავშირებულია თვით ქირურგიული ოპერაციის ჩატარებასთან, რომელიც ნებისმიერი პაციენტისათვის ყოველთვის მნიშვნელოვანი ფსიქოფიზიოლოგიური ტრამვაა. ლიტერატურაში აღწერილია დონორისაგან ღვიძლის ამოღების პროცესში და მას შემდეგ სერიოზული გართულებების შემთხვევები (ლეტალური დასასრულიც კი). მეორეც, დაკარგავს რა ერთ-ერთს წყვილი ორგანოდან ან არაწყვილი ორგანოს ნაწილს, დონორი გაცილებით მეტ ყურადღებას აქცევს არაკეთილსასურველ გარეგან ფაქტორებს, რაც იწვევს პათოლოგიის სხვადასხვა ფორმით განვითარებას. დონორის ჯანმრთელობისათვის მინიმალური ზიანის მიყენების შემთხვევაშიც კი, კანონით გარანტირებულია მისი უფასო, მათ შორის, მედიკამენტოზური მკურნალობა, სამედიცინო დაწესებულებაში ჩატარებული ოპერაციის შემდეგ.

თუმცა, უნდა აღვნიშნოთ, რომ სამამულო ჯანდაცვის სფეროში, „უფასო“ მომსახურებათა რაოდენობა სწრაფად მცირდება. ამიტომაც, რეალობაში საავადმყოფოდან გაწერის შემდგომ, სადაც ჩატარდა ორგანოს ამოღება, დონორი შეიძლება აღმოჩნდეს სერიოზული, დიდი პრობლემის წინაშე, რაც პირდაპირ ან არაპირდაპირ განპირობებულია ორგანოს ან მისი ნაწილის დაკარგვით.

როგორც ვხედავთ, წარმოიშობა კონფლიქტი მედიცინის ორ ეთიკურ პრინციპს შორის - „აკეთე სიკეთე“ და „არ ავნოს“.

ამ პრობლემის შემსუბუქების მიზნით, საჭიროა, გადაისინჯოს დონორის ინტერესთა დაცვის გაძლიერების შესაძლებლობა სამედიცინო დაზღვევის გზით. ასევე აუცილებელია გავითვალისწინოთ, რომ ნებაყოფლობა, დონორის და რეციპიენტის გენეტიკური ნათესაობა, არ გამორიცხავს მათ შორის კონფლიქტის წარმოშობის შესაძლებლობას. ამიტომაც, ჩვენი აზრით, არ არის დასაძრახი, რომ მოყვასისადმი ნებაყოფლობითი მსხვერპლი იურიდიულად იყოს გაფორმებული მხარეთა პასუხისმგებლობისა და მოვალეობის შესაბამისი გადანაწილებით.

მორალური თვალსაზრისით, პრინციპის „არ ავნოს“ გამამართლებელ გარემოებას წარმოადგენს პოტენციური დონორის აღიარებული უფლება თანაგრძნობის, მოყვასის სიყვარულისა და ალტრუიზმის გრძნობიდან გამომდინარე, მსხვერპლად გაიღოს ერთ-ერთი ორგანო ან ორგანოს ნაწილი ავადმყოფის სიცოცხლის გადასარჩენად. ამასთანავე, უზნეობაა საზოგადოებამ ან მედიცინის მუშაკმა მიიღოს მსხვერპლი, როცა იცის, რომ დიდი შანსია სერიოზული ზიანი მიადგეს დონორის ჯანმრთელობას. დედას და მამასაც კი არ უნდა მივცეთ უფლება მსხვერპლად გაიღონ საკუთარი სიცოცხლე, თუკი გადაწყვეტენ შვილს მისცენ არაწყვილი სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ორგანო. ლიტერატურაში არსებობს ცნობები, რომ მთელი რიგი ტრანსპლანტოლოგიური ცენტრების ადმინისტრაციები, რომლებიც გულის გადანერგვას აწარმოებენ, მსგავს წინადადებებს ღებულობენ მშობლებისგან. ახლობლის სასარგებლოდ მსხვერპლის გაღების უფლება — ზემომოყვანილი შეზღუდვებით — საკმაოდ ფართოდაა აღიარებული. იგი გულისხმობს დონორის თავისუფალი ნების არსებობას კეთილშობილური საქციელის განსახორციელებლად. ამასთან, მორალური ნორმები ნეიტრალური არაა ამ თავისუფალი ნების გამოხატვისას. მოყვასისადმი დახმარება გარკვეული მსხვერპლის ფორმით, საკმაოდ უნივერსალურად არის აღიარებული არა მარტო როგორც უფლება, არამედ როგორც ადამიანის მორალური მოვალეობა. თუ ბავშვის სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება, მამა კი, მაგალითად, უარზეა გახდეს ძვლის ტვინის დონორი, მაშინ თავისუფალი ნების ასეთი ეგოისტური გამოხატვა მორალური გაკიცხვის ღირსია. ამასთან, კანონს არ ძალუძს დააკისროს მას მორალური მოვალე-

ობის აღსრულება და მესამე პირს არ ანიჭებს უფლებას ძალა დაატანოს მას.

ეთიკური თვალსაზრისით (ამავდროულად იურიდიულითაც), დონორობა უნდა იყოს ნებაყოფლობითი, შეგნებულად მიღებული გადაწყვეტილება და უანგარო (ალტრუისტული) მსხვერპლი. განვიხილოთ ის პირობები, როდესაც ეს მოთხოვნები სრულდება: 1. ნებაყოფლობა დონორობაზე შესაძლებელია მის მიმართ იძულების არარსებობისას, რაც ნათესაურ, ადმინისტრაციულ, ფინანსურ ან სხვა დამოკიდებულებას ეყრდნობა. 2. ალტრუიზმი გულისხმობს კომერციული გარიგების გამორიცხვას, ე.ი. ყიდვა-გაყიდვას დონორსა და რეციპიენტს შორის: 3. დონორის შეგნებული, გათვითცნობიერებული გადაწყვეტილება უნდა დაეფუძნოს ინფორმაციის სისრულეს, მომავალ დონორს ექიმი აცნობებს იმ რისკის შესახებ, რაც დაკავშირებულია ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და სოციალური კეთილდღეობის გაუარესებასთან და სავარაუდო რეციპიენტის წარმატების შანსთან.

ამ მოსაზრებიდან გამომდინარე, დონორები არ შეიძლება იყვნენ არაქმედითუნარიანი მოქალაქენი, რომლებსაც ასაკის ან ინტელექტუალური შესაძლებლობების გამო, არ შეუძლიათ შეგნებული გადაწყვეტილების მიღება. საზოგადოებას არ შეუძლია აღიაროს ბავშვის ან ფსიქიკურად მძიმედ დაავადებული ავადმყოფის უფლება — გაიღოს მსხვერპლი თავისი ახლობლის სასარგებლოდ. თუმცა, ცნობილია შემთხვევები, როცა ამერიკელი მოსამართლეები ნებას რთავდნენ არასრულწლოვან ავადმყოფებს თირკმლის დონორობაზე.

ამჟამად მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყანაში მიღებულია ცოცხალი დონორისაგან ორგანოებისა და ქსოვილების გადანერგვის პრაქტიკა მხოლოდ ახლო (გენეტიკური) ნათესავებისაგან. ამასთანავე უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს ნებაყოფლობისა და ალტრუიზმის პრინციპები. ასევე განიხილება არაგენეტიკური ნათესავებისაგან ორგანოს აღების შესაძლებლობა მკაცრი კონტროლის ქვეშ. არაგენეტიკური ნათესავისაგან ორგანოების აღების პრაქტიკა სერიოზულ საფრთხეს ქმნის ტრანსპლანტოლოგიის კომერციალიზაციის თვალსაზრისით. საყოველთაოდ ცნობილია, რომ იარაღითა და ნარკოტიკებით ვაჭრობის შემდეგ, ტრანსპლანტაციისათვის ორგანოებით ვაჭრობა მსოფლიო კრიმინალურ ბიზნესში მესამე ადგილზეა. მაგრამ ახლო ნათესავებს შორის განხორციელებული გადანერგვის დროსაც კი წარმოიშობა სერიოზული სამართლებრივი და მორალური პრობლემები. განსაკუთრებით

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ინფორმირებული თანხმობის წესს. ჩვენს სინამდვილეში მიღებულია არსებითად სხვაგვარი პროცედურა – დონორის წერილობითი თანხმობა. ეს დოკუმენტი არ არის სრული ინფორმაციის შემცველი, მათ შორის, არ არის მითითებული შესაძლო არასასურველი შედეგის რისკი, რომელიც შეიძლება იყოს როგორც სოციალური (მაგალითად, შრომისუნარიანობის შეზღუდვის შესაძლებლობა ან ინვალიდობითაც კი), ასევე არცთუ კეთილსასურველი გამოსავლის ალბათობა. ხშირად „დოზებად იყოფა" ზეპირად მოწოდებული ინფორმაციის ხასიათი. ეს უმეტესად გამოწვეულია სამედიცინო პერსონალის ინტერესით, რომელთაც შეიძლება ჰქონდეთ ფინანსური ან სამეცნიერო ინტერესი, რაც დაკავშირებულია ახალი ქირურგიული საშუალებების გამოცდასთან, ანესთეზიის, ინტენსიური თერაპიისა და მედიკამენტოზური მკურნალობის განხორციელებასთან.

ორივე შემთხვევაში, არსებობს ზემოაღნიშნული საფრთხე, რომ მედიკოსები შეგნებულად ან შეუგნებლად პოტენციურ დონორს მხოლოდ სასურველ ინფორმაციას მიაწვდიან და არაფერს ეტყვიან რეციპიენტს გამოჯანმრთელების დაბალ შანსებზე, მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდების არსებობაზე. ინფორმაციის ზეპირი ხასიათი გამორიცხავს გადანერგვაში მონაწილე არადაინტერესებულ სპეციალისტთა ობიექტურ შეფასებას და კონტროლზე სუბიექტურ გავლენას. ანალოგიურ პრობლემებს აქვს ადგილი რეციპიენტისაგან თანხმობის მიღების შემთხვევებშიც. ბევრი მორალური სიძნელე შეიძლება გადაიჭრას მათი განხილვისას ბიოეთიკის ნაციონალური საბჭოს სხდომებზე.

მეორე პრობლემა, რომელიც შეიძლება წარმოიქმნას დონორობაზე თანხმობის მიღებისას, თანხმობის მიცემის ნებაყოფლობის დარღვევის საფრთხეა. ჩვენთან ხშირად ავადმყოფის მდგომარეობის შესახებ ობიექტურ ინფორმაციას (იგულისხმება უმძიმესი, მოურჩენელი დაავადებები) ოჯახის წევრებს აცნობებენ. ამიტომაც არსებობს ალბათობა, რომ მოხდეს ზეწოლა და იძულება პოტენციურ დონორზე ოჯახის წევრების მხრიდან. ასეთი იძულება შეიძლება ატარებდეს არაპირდაპირი, შენიღბული ფსიქოლოგიური ან მორალურ ზეგავლენის ხასიათს. განსაკუთრებით ყურადღება უნდა მიექცეს პაციენტებს, რომლებიც ეთნიკურ დაჯგუფებებს განეკუთვნებიან, სადაც ქალებს ნაკლები სოციალური ღირებულება აქვთ, ვიდრე მამაკაცებს, უფრო დამოკიდებულნი არიან და უფრო ადვილად ექვემდებარებიან ძალდატანებას ნათესავების

მხრიდან. ამიტომ, გამართლებულად შეიძლება ჩაითვალოს იმ ტრანსპლანტოლოგიური ცენტრების პრაქტიკა, რომლებშიც ნებისმიერი სამედიცინო ინფორმაცია პოტენციურ დონორზე (ან რეციპიენტზე) ნათესავებს გადაეცემა მხოლოდ მისი უშუალო თანხმობით. ანუ უზრუნველყოფილია კონფიდენციალობა.

გადანერგვისთვის საჭირო ორგანოების მოპოვების გზებმა, კერძოდ, ორგანოების ყიდვა-გაყიდვამ წარმოქმნა მორალური პრობლემების მეორე ჯგუფი, რასაც თავისი ობიექტური მიზეზები აქვს. უპირველეს ყოვლისა, ორგანოთა დეფიციტი რეციპიენტს აიძულებს ეძებოს დონორი, თუნდაც არაკანონიერი გზით, ანუ ორგანო იყიდოს არაგენეტიკური ნათესავისაგან და გასწიოს გარკვეული რისკი. მეორე მხრივ, მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილის გაღატაკებამ ისინი აიძულა შემოსავალი გაიჩინონ საკუთარი ორგანოების გაყიდვის გზით. მესამე, საბიუჯეტო ფინანსირების კრიზისი და ფინანსირების წყაროების სისუსტე აუცილებელი სამედიცინო დაზღვევის ხაზით, სამედიცინო დაწესებულებებს აიძულებს, გადარჩენისათვის ბრძოლა საკუთარი მოღვაწეობის კომერციალიზაციის გზით განახორციელოს.

რაში გამოიხატება ორგანოებით ვაჭრობის მორალური ბოროტება? უმთავრესი ფაქტორი, რაც საყოველთაო პროტესტს იწვევს საზოგადოებაში, ადამიანის სხეულის ნაწილების ყიდვა-გაყიდვის საგნად (საქონლად) გადაქცევაა. იგი უტოლდება სხვა საგნებს და ამით ირღვევა ადამიანის სხეულის განსაკუთრებული სოციალური სტატუსი. ადამიანის სხეულის და მისი ნაწილების გადაქცევა საგნად (საქონლად) ადამიანის დეპერსონალიზირებას ახდენს და მას უზარმაზარ მორალურ ზიანს აყენებს.

უმთავრესი კი ადამიანთა ყველაზე სანუკვარი ოცნების – სოციალური თანასწორობის იდეის საბოლოო განადგურებაა. რა გამოდის? ერთ ადამიანს უჭირს და ორგანოს ყიდის: იგი თითქოს მისთვის ზედმეტია. საფრთხეში აგდებს საკუთარ ჯანმრთელობას, სიცოცხლეს და გარკვეული აზრით, მისი სიცოცხლის ხარისხს არა მხოლოდ ფიზიკურად, არამედ სოციალურადაც. არ შეიძლება ნორმალურმა საზოგადოებამ თავისივე მოქალაქისაგან მიიღოს ასეთი მსხვერპლი. არ შეიძლება ერთი ადამიანი (თუნდაც მძიმე მდგომარეობაში მყოფი) ელოდებოდეს მეორეს, ვისაც გაჭირვება სხეულს გააყიდვინებს. ორგანოებით ვაჭრობის ნებართვა (რომელიც, ჩვენი აზრით, იგივეა, რაც არაგენეტიკური ნათესავისაგან ორგა-

ნოს აღების შესაძლებლობაზე ნებართვა) გააძლიერებს სოციალურ უსამართლობას, მდიდარი, პირდაპირი გაგებით, გადარჩება ღარიბის ხარჯზე. ადამიანის ექსპლოატაციის ამ ახალ ფორმას საზოგადოებრივი ცხოვრების ძლიერი დესტაბილიზება შეუძლია გამოიწვიოს. თუმცა, ფაქტიურად, ადამიანის სხეულის კომერციალიზაცია, უკვე დაწყებულია, რადგან უკვე იყიდება სისხლი, სპერმა, კვერცხუჯრედი. საბაზრო ეკონომიკის მომხრეთა აზრით, ტრანსპლანტაციისათვის ორგანოთა შერჩევაში პრობლემა მხოლოდ ის არის, რომ ცოცხალი დონორისაგან (ან გვამებიდან) ადამიანის ორგანოების რეალურად უკვე ჩამოყალიბებული ბაზარი, მყარ სამართლებრივ საფუძველს დაეყრდნოს.

აუცილებელია იმის გათვალისწინება, რომ კომერციალიზაციის უბრალო აკრძალვა ობიექტური ინტერესებისა და სამართლებრივი კონტროლის სისუსტის დროს, ქმნის პირობებს ამ მომსახურების ჩრდილოვანი ბაზრის ფორმირებისათვის. ამ უკანასკნელმა შეიძლება ნეგატიური გავლენა მოახდინოს საზოგადოებრივ ცხოვრებაზე, რადგან გაფართოვდება სოციალური სივრცე, რომელშიც ძალაუფლება რეალურად ეკუთვნის კრიმინალურ სტრუქტურებს. ეს ცუდია დონორებისა და რეციპიენტებისათვის, რადგან ისინი კარგავენ ლეგალურ მექანიზმებს საკუთარ ინტერესთა დასაცავად გარიგების პირობების შეუსრულებლობის შემთხვევაში („საქონლის“ დაბალი ხარისხი, დაბალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება, არადროული ან არასრული საფასურის გადახდა). ეს უარყოფითად აისახება მედიკოსებზეც, რადგან მიგვიყვანს სამედიცინო პერსონალის ნაწილის კრიმინალიზაციამდე, რაც ჩრდილს მიაყენებს მთლიანად მედიცინას.

ნეგატიური შედეგების თავიდან ასაცილებლად, საზოგადოება ვალდებულია ან ცოცხალი დონორებისაგან ორგანოების ვაჭრობის გზა აირჩიოს, (რაც მიუღებელია) ან შეიმუშაოს ღონისძიებათა კომპლექსი, რომლითაც შესაძლებელი იქნება:

- ეფექტურად გაკონტროლდეს კომერციალიზაციის საფრთხე;
- ტრანსპლანტოლოგიის პროგრამების ფინანსირების გაუმჯობესებით შემცირდეს საფუძველი ორგანოებით ვაჭრობის წასახალისებლად;
- გაძლიერდეს მოსახლეობის სოციალური დაცვის მექანიზმები.

„მესამე გზის“ სახით ავტორები ორგანოთა დონორობისათვის გვთავაზობენ ორგანოს ყიდვა-გაყიდვის მექანიზმის შეცვლას მატერიალური კომპენსაციის მექანიზმით. მსგავსი მოდელის მოქმედება შემდეგნაირად უნდა წარმოვადგინოთ: ტრანსპლანტოლოგიური ცენტრებისაგან ფინანსურად და ადმინისტრაციულად დამოუკიდებელი სამედიცინო ორგანიზაცია, რომელიც დაკავებულია გადანერგვისათვის ორგანოთა მოძიებით, მომზადებით და განაწილებით (რომლებიც, ამასთან, განიხილება როგორც საზოგადოებრივი ქონება), დონორისათვის მიყენებული ზიანის კომპენსაციას ახდენს ფულადი გადასახადის სახით, მკურნალობის გართულების შემთხვევაში, სამედიცინო დაზღვევით და სხვა სოციალური შეღავათებით, თავისი ორგანიზაციით ამ სისტემამ შეიძლება გაგვახსენოს საბჭოთა კავშირში მოქმედი სისხლის დამზადებისა და გადასხმის სისტემა.

კომპენსაციური მოდელი ასუსტებს კომერციალიზაციის მორალურად ნეგატიურ ზოგიერთ ასპექტს. ითვალისწინებს დონორობის ობიექტურად ჩამოყალიბებულ მოტივაციებს. ხარისხის გარკვეულ გარანტიებს გვაძლევს როგორც დონორების, ასევე რეციპიენტებისათვის. ამასთან, არაკომერციულ ორგანიზაციებს აქვთ სუსტი მორალური მხარეები. ნაწილობრივ იგი კორუფციისაკენაა მიმართული. კორუფცია ხომ ბუნებრივი მოვლენაა სახელმწიფო სტრუქტურებისათვის, რომლებიც საზოგადოებრივ რესურსებს ანაწილებენ.

§3. გვამიდან ორგანოებისა და ქსოვილების ტრანსპლანტაციის მორალური პრობლემები

არანაკლები სირთულისაა პრობლემები, რომლებიც ტრანსპლანტაციისათვის გვამიდან ორგანოების აღებისას წარმოიქმნება. მსოფლიოს ყველა რელიგია კრძალავს მიცვალებულის სხეულის დამახინჯებას და მოითხოვს განსაკუთრებულ მოწიწებას მის მიმართ. საერო, სეკულარული გაგებით, ადამიანის სიკვდილით არ ქრება მისი უფლება ყოველივე იმაზე, რაც მას ეკუთვნოდა სიცოცხლეში. ანდერძში, უმრავლეს შემთხვევაში, გადმოცემულია პიროვნების ნება, მაგრამ ისეც ხდება, რომ ადამიანი ვერ ახერხებს ანდერძის დატოვებას ან იგი არ მოიცავს საკითხთა იმ სპექტრს, რომელსაც შემდეგ ცხოვრება აყენებს დღის წესრიგში. ანდერძი ნების გამოხატვის განსაკუთრებული ფორმაა, რომელიც თითქოს გრძელდება იმ

ზღვარს მიღმა, რომელიც ადამიანის სიცოცხლეს სიკვდილისაგან გამოყოფს. ასევე აღიარებულია, რომ გარდაცვლილის სხეულის შეურაცხყოფის ნებისმიერი აქტი საძრახის საქციელად ითვლება, რაც შეურაცხყოფს მის ხსოვნას.

როგორც რელიგიური, ასევე საერო გაგებით, მკვდარ სხეულს აქვს განსაკუთრებული მორალური სტატუსი და გულისხმობს გარკვეულ ნორმებს, რომლებიც არეგულირებენ მასთან მიმართებას. მიზანშეწონილად გვეჩვენება, გამოვყოთ პრობლემათა რამდენიმე ჯგუფი, რომლებიც წარმოიშობა გვამისაგან ორგანოთა გადანერგვისას:

- ორგანოთა ამოღების პროცედურის მორალური პრობლემები (ინფორმაციული თანხმობის პრინციპები, თანხმობისა და რუტინული ამოღების პრეზუმციები);
- სამართლიანობის პრინციპი პოტენციურ რეციპიენტთა შორის გადანერგვისათვის საჭირო დეფიციტური რესურსების (ქსოვილთა და ორგანოთა) განაწილების დროს;
- ტრანსპლანტოლოგიურ პრაქტიკაში ადამიანის ორგანოთა და ქსოვილებით ვაჭრობასთან დაკავშირებულია ეთიკური პრობლემები.

„ტვინის სიკვდილის“ კონცეფცია ნევროლოგიაში შემუშავდა ტრანსპლანტოლოგიის მიზნებისა და მოთხოვნებისაგან დამოუკიდებლად. მაგრამ სწორედ ტრანსპლანტოლოგიის მიზნებისა და მოთხოვნილებების გამო გახდა ეს კონცეფცია ასეთი აქტუალური და პოპულარული. განსხვავებით სიკვდილის ძველი კრიტერიუმისაგან, რომელიც სიკვდილის დაფიქსირებას გულისა და ფილტვის მოქმედების შეჩერებით ახდენდა. ამიტომ, შემთხვევითი არაა, რომ სწორედ ტრანსპლანტოლოგიის განვითარებასთან დაკავშირებით, ეს პრობლემა საყოველთაო განხილვის საგანი გახდა ეთიკური და სამართლებრივი პოზიციებიდან გამომდინარე.

ამ პრობლემებში ცენტრალური ადგილი უჭირავს „ტვინის სიკვდილის“ დიაგნოსტიკის საიმედოობის საკითხს. ის თითქმის მთლიანად თავსდება ნევროლოგთა პროფესიული კომპეტენციის ჩარჩოებში და მორალურ პრობლემად იქცევა მაშინ, როცა საუბარი ეხება მოსახლეობის ნდობას ამ პროცედურების პრაქტიკული გამოყენების უტყუარობისა და ხარისხის შესახებ ტრანსპლანტაციისათვის ორგანოთა ამოღებისას გადაწყვეტილების მიღების წინ.

მოსახლეობის არაინფორმირება იმ ზომების შესახებ,

რომლებსაც ახორციელებენ ჯანდაცვის ორგანოები „ტვინის სიკვდილის“ დიაგნოზის დასმის პროცედურების გამოყენების საიმედოობის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით, ხელსაყრელ ნიადაგს ქმნის დაუსაბუთებელი ბრალდებების, ჭორების გავრცელებისთვის და საერთოდ, ძირს უთხრის საზოგადოების ნდობას მედიკოსთა მოღვაწეობის მიმართ ტრანსპლანტოლოგიის სფეროში. უმნიშვნელოვანესი პრინციპი, რომელიც „ტვინის სიკვდილის“ დიაგნოსტიკის პრინციპებს იცავს ორგანოთა „დამამზადებლების“ ანგარებიანი ინტერესების გავლენისაგან და ამით უზრუნველყოფს მათ საიმედოობას, არასამედიცინო დაწესებულებების ორგანიზაციული და ფინანსური დამოუკიდებლობაა, რომლებიც ახორციელებენ ორგანოთა ამოღებას და დიაგნოსტიკას ტრანსპლანტაციისათვის. ეს უკანასკნელი შესაძლებელია მხოლოდ ტრანსპლანტაციისათვის ორგანოთა და ქსოვილების ამოღებისა და განაწილების ფედერალური ან რეგიონალური სისტემების არსებობისას იმ სისტემების ანალოგიურად, რომლებიც საზღვარგარეთ ფუნქციონირებს. ასეთი სამსახური დღეისათვის მოსკოვშიც მოქმედებს.

მსგავსი სისტემების დაფინანსება უნდა ხდებოდეს ბიუჯეტიდან, ტრანსპლანტაციის პროგრამებისაგან დამოუკიდებლად. ამის გარეშე ყოველთვის რჩება საფრთხე შეგნებულად ან შეუგნებლად შეიცვალოს ტვინის სიკვდილის დიაგნოზი სერიოზული მატერიალური ინტერესის არსებობის შემთხვევაში.

საზოგადოების განსაკუთრებულ ყურადღებას იქცევს ტრანსპლანტაციისათვის გვამისგან ორგანოთა ამოღების მეთოდები და მათთან დაკავშირებულ მორალურ პრობლემები.

გვამიდან ორგანოთა ამოღებისას არსებობს სამი პოზიცია, რომლებსაც სხვადასხვა მორალური შინაარსი აქვთ: რუტინული ამოღება; ამოღება დაფუძნებული თანხმობის პრეზუმციაზე; ამოღება, რომელიც ხორციელდება ინფორმირებული თანხმობის მექანიზმების გზით.

რუტინული ამოღება ხორციელდებოდა საბჭოთა კავშირში, ფაქტიურად, ასევე ხორციელდება დღესაც რუსეთში. მის საფუძველს წარმოადგენს ჩამოყალიბებული პრაქტიკა, რომლის თანახმად ხელისუფლებას შეუძლია საკუთარი თვალსაზრისით განაგოს გარდაცვლილი ადამიანის სხეული. ფაქტიურად, ისინი ჯანდაცვის სამსახურებს აძლევენ უფლებას აწარმოონ გაკვეთა, ამოიღონ ორგანოები სამეცნიერო და სხვა მანიპულაციებისათვის, გამოიყენონ გვამის ფიზიოლოგიური ხსნარები და ქსოვილები საკუთარი მიზნებისათვის. გარდაცვლილი ადამიანის სხეული მოცემულ შემთხვევაში განი-

ხილება, როგორც სახელმწიფო საკუთრება, რომელიც მედიკოსებს შეუძლიათ გამოიყენონ საზოგადოებრივი ინტერესებისათვის. აქ სრულად რეალიზდება უტილიტარული ეთიკის საწყისი მიზანდასახულობა, რომლის თანახმად მოქმედება მორალურად გამართლებულია, თუ მას მოაქვს მეტი სიკეთე ადამიანთა დიდი რაოდენობისათვის.

ინდივიდის ავტონომიაზე უფლებების გარკვეული შეზღუდვა, რომელსაც ჩამოერთმევა უფლება აკონტროლოს მისთვის უკვე უსარგებლო ნეშტის ბედი, გადაიწონება საზოგადოებისათვის აშკარა სიკეთით პოტენციური რეციპიენტების სახით, რომელთაც გადანერგვის შედეგად შეიძლება სიცოცხლე შევუნარჩუნოთ.

მსგავსი პრაქტიკა და მსგავსი დამოკიდებულება, მართალია, მორალურად საზიანოა, რამდენადაც უფლებას ართმევს ადამიანს იყოს საკუთარი სხეულის მეპატრონე, ახორციელებს რა, კონტროლს მასზე უშუალოდ — ანდერძის მექანიზმის გზით ან რაიმე საშუალებით, მაგალითად, ნათესავების ნების გამოვლენის გზით. მორალური მცნება „არ იქურდო“ მოგვიწოდებს არა მარტო სისხლის სამართლის კანონის დარღვევის წინააღმდეგ, რაც შეიძლება არც კი მოხდეს, არამედ ადამიანის მიერ ნებისმიერი მითვისების წინააღმდეგ, რაც მას არ ეკუთვნის. სხვისი საკუთრებისადმი დამოკიდებულებით ხასიათდება მოქალაქეთა მორალური თვითშეგნების დონე. როგორც სამართლიანად ამტკიცებს ამერიკელი ფილოსოფოსი ვითჩი: „საზოგადოებაში, რომელიც აფასებს პიროვნების ღირსებასა და თავისუფლებას, ჩვენ უნდა გვქონდეს შესაძლებლობა ვაკონტროლოთ ის, თუ რა მოსდის ჩვენს სხეულებს არა მარტო სიცოცხლეში, არამედ, გონივრულ საზღვრებში, მისი დასრულების შემდგომ“.

გადანერგვისათვის ორგანოთა რუტინული ამოღება გარდაცვლილის ოჯახის მორალურ ღირებულებებსაც ეხება. საუკუნეთა წიაღში იკარგება ტრადიცია, რომლითაც გარდაცვლილის ნათესავები მორალურ მოვალეობად მიიჩნევენ მის ღირსეულ დაკრძალვას. ამასთან გვამის ხელშეუხებლობა და მის მიმართ მოწიწებით მოპყრობა უბრალოდ აუცილებელია. გარდაცვლილის სხეულით მანიპულაციები ოჯახის ნებართვის გარეშე ბევრი ადამიანის მიერ შეიძლება აღქმულ იქნას, როგორც მათი პირადი შეურაცხყოფა და მორალური ზიანის მიყენება.

თანხმობის პრეზუმციის მექანიზმი (ნაგულისხმევი თანხმობა), რომელიც ტრანსპლანტო-ლოგიის შესახებ რუსეთის ფედერაციის კანონშია ამჟამად, გვამიდან ორგანოს ასაღებად

ახლოს არის რუტინულ ამოღებასთან: სპეციალური ნებართვა სიკვდილის შემდეგ ორგანოს ამოსაღებად არ მოითხოვება, მაგრამ თანხმობა ასეთ ამოღებაზე ივარაუდება. რუსეთში მოქმედი ტრანსპლანტოლოგიის კანონი უფლებას აძლევს ნებისმიერ ადამიანს უარი განაცხადოს გარდაცვალების შემდეგ მისი რომელიმე ორგანოს აღებაზე, ასევე მის ნათესავებს — უარი განაცხადონ გარდაცვლილიდან ორგანოს აღებაზე. მთავარი მაინც ისაა, რომ ადამიანის ეს უფლება განხორციელდეს პრაქტიკაში ანუ მოსახლეობა ინფორმირებული იყოს თავისი უფლებების შესახებ უარის თქმაზე, ესმოდეს ამ უფლებების შინაარსი და იცოდეს, თუ როგორ შეიძლება მისი რეალიზება. ის გარემოება, რომ უარის თქმის მექანიზმი რუსეთის კანონმდებლობაში განმარტებულია მხოლოდ ჯანმრთელობის სამინისტროს უწყებრივ ინსტრუქციებში, ძირითად დაბრკოლებას წარმოადგენს თანხმობის პრეზუმციის პოზიტიურ მხარეთა რეალიზაციის გზაზე და მოქალაქეთა უფლებების დარღვევაცაა. თავის მხრივ, რამდენადაც უარის მექანიზმი იურიდიულად არაა გაფორმებული, დამატებითი რისკი, რაც დაკავშირებულია გარდაცვლილის ოჯახის წევრთა და ნათესავთა მიერ საჩივრებისა და სასამართლო სარჩელის წარდგენასთან, მძიმე მორალურ ტვირთად აწვება მედიკოსებს, რომლებიც ორგანოებსა და ქსოვილებს იღებენ ტრანსპლანტაციისათვის.

რუსი ავტორების აზრით, თანხმობის პრეზუმცია სავსებით შეესატყვისება რუსეთის მორალური ტრადიციებისათვის დამახასიათებელ კოლექტივისტურ ფასეულ ორიენტაციებს. ტრანსპლანტაციისათვის გარდაცვლილ ადამიანთა ორგანოების გამოყენებისადმი უარყოფითი დამოკიდებულება და აკრძალვები, ჩვეულებრივ ეყრდნობა არა რაციონალურ არგუმენტებს, არამედ არქაულ სიმბოლიზმს, რომლის არსი საერთოდ არ ესმით თანამედროვე ადამიანებს, რადგან იგი განუყოფლად იყო დაკავშირებული უძველეს ცივილიზაციათა გარკვეული სახის სოციალურ პრაქტიკასთან. როგორც ამ საკითხის ამერიკელი მკვლევარი მ.ე. ლოვი ხაზგასმით აღნიშნავს — „გაერთიანებები შედგება პიროვნებებისაგან, რომელთაგან თითოეულს აქვს საზრუნავი და პრობლემები, თუკი რომელიმე გაერთიანება თავს მიიჩნევს მზრუნველად და პატიოსნად, მაშინ ეს მზრუნველობა უნდა გამოვლინდეს ცალკეულ მოქალაქეთა გონივრულ საქციელში. ახალი კავშირები, რომლებიც ადამიანებს შორის მყარდება იმის შედეგად, რომ გარდაცვლილი მოქალაქის ორგანოები გამოიყენება

ცოცხლების სიცოცხლის გადასარჩენად და ფუნქციების აღსადგენად, წარმოადგენენ სიყვარულისა და ურთიერთზრუნვის სიმბოლოებს“!

სიყვარულისა და ურთიერთდახმარების ახალი სიმბოლიზმი ენაცვლება ძველს და თითქოს ავრცობს მის ჰუმანურ შინაარსს. „იმის ნაცვლად, რომ ძალადობით მოვსპოთ სიმბოლოები, თანხმობის პრეზუმცია მათ ავრცელებს“.

რუსი ბიოეთიკოსები გვამს განიხილავენ ხელშეუხებელი წმინდა ობიექტ-სიმბოლოს სახით და ეშინიათ მისი წაბილწვის. ამასთან, ისინი მხედველობის მიღმა ტოვებენ, რომ გარდაცვლილის სხეულში არის სიცოცხლისუნარიანი ორგანოები და ქსოვილები და ძალიან ბევრი ადამიანის სიცოცხლე და ჯანმრთელობა დამოკიდებულია სწორედ ამ ორგანოებზე. ადამიანის — უსიცოცხლო სხეული არის ხიდი, რომელიც მას სხვა ადამიანთა სიცოცხლესთან აკავშირებს. ეს კი — სოციალური სიმბოლიზმის ახალი ფორმაა, რომელიც არ ანადგურებს ძველს. იგი, როგორც ძველად, შეიძლება განვიხილოთ წმინდა ობიექტის სახით და დავიცვათ განსაკუთრებული მორალური ნორმები.

ცოცხალი ადამიანიდან ორგანოს აღებისას დონორი აუცილებლად უნდა იყოს გენეტიკური ნათესავი ან მეუღლე და აუცილებლად ქმედითუნარიანი. ამავე დროს, ტრანსპლანტაციის მიზნით, ცოცხალი პირისაგან ორგანოს ან ქსოვილის აღება დასაშვებია მხოლოდ რეციპიენტის მკურნალობისათვის და როცა არ არის გარდაცვლილი ადამიანისაგან შესაფერისი ორგანოს ან ქსოვილის აღების საშუალება და არ არსებობს შესაბამისი ეფექტის მქონე მკურნალობის სხვა მეთოდი. დონორის აუცილებელი თანხმობა გაცხადებული უნდა იქნეს გარკვევით და კონკრეტულად — წერილობით ან ოფიციალური ორგანოს წინაშე. დონორს წინასწარ უნდა მიეცეს შესაბამისი ინფორმაცია სამედიცინო ჩარევის მიზნისა და ხასიათის, აგრეთვე, შედეგების და რისკის შესახებ. მას შეუძლია, თავის შეხედულებისამებრ, ნებისმიერ დროს შეცვალოს ადრე გაცხადებული თანხმობა. პირს, რომელსაც არა აქვს თანხმობის გაცხადების უნარი, ჩარევა შეიძლება ჩაუტარდეს, თუ ეს მას პირდაპირ სარგებლობას მოუტანს; იმ შემთხვევაში, როცა მცირეწლოვანს, კანონის შესაბამისად, არა აქვს თანხმობის გაცხადების უნარი, ჩარევა შეიძლება ჩატარდეს მისი წარმომადგენლის ან საამისოდ უფლებამოსილი ორგანოს, ან კანონით განსაზღვრული პირის, ან დაწესებულების ნებართვით. სერიოზული ფსიქიკური დაავადების მქონე პირებს, ამ

დაავადების მკურნალობასთან დაკავშირებული სამედიცინო ჩარევა მათი თანხმობის გარეშე, შეიძლება ჩაუტარდეთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ამ ჩარევის გარეშე მათ ჯანმრთელობას სერიოზული საფრთხე ემუქრება. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აუცილებლობისას, თუ შეუძლებელია სათანადო თანხმობის მიღება, სასწრაფო სამედიცინო ჩარევა უნდა ჩატარდეს პირის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად, იმ შემთხვევაში, როცა სამედიცინო ჩარევისას პაციენტს არა აქვს უნარი გამოხატოს თავისი სურვილი, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული მის მიერ ადრე გამოხატული ნება.

გამონაკლისის სახით და კანონით გათვალისწინებული დამცავი მექანიზმების გამოყენებით, რეგენერაციის უნარის მქონე ქსოვილის აღება პირისაგან, რომელსაც არ აქვს თანხმობის გაცხადების უნარი, შეიძლება შემდეგი პირობების დაცვით:

- ვერ მოიძებნა სხვა შესაფერისი დონორი, რომელსაც აქვს თანხმობის გაცხადების უნარი;
- რეციპიენტი არის დონორის და ან ძმა;
- გადანერგვის მიზანია რეციპიენტის სიცოცხლის გადარჩენა;
- პოტენციური დონორი არ არის წინააღმდეგი.

ცოცხალი დონორისაგან იმ ორგანოს აღება, რომელსაც ხელმეორედ წარმოშობის უნარი აქვს, დასაშვებია იმ შემთხვევაშიც, როცა დონორი არ არის გენეტიკური ნათესავი ან მეულლე. არასრულწლოვანის (გარდა მცირეწლოვანისა) ძვლის ტვინის აღება დასაშვებია, თუ ის არ იმოქმედებს დონორის ჯანმრთელობაზე, რასაც ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად დაადასტურებს სათანადო ლიცენზიის მქონე ორი ექიმი: ამავე დროს არასრულწლოვანის განწყობა სამედიცინო ჩარევის საშუალებას იძლევა და რეციპიენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა სიცოცხლისათვის საშიშია და არ არსებობს მკურნალობის სხვა საშუალება. აუცილებელია მშობლების (მეურვის ან კანონიერი წარმომადგენლის) ინფორმირებული თანხმობა. პოტენციური ცოცხალი დონორისაგან ინფორმირებული თანხმობის მისაღებად მას უნდა განემარტოს: ორგანოს აღებისათვის საჭირო ოპერაციული ჩარევის სახე, მოცულობა, რისკი, რომელიც მის სიცოცხლეს ემუქრება, წარმატების თუ წარუმატებლობის ყველა ვარიანტი. ასევე შესაძლო გა-

რემოებები, რამაც შეიძლება იმოქმედოს დონორზე. დონორს უფლება აქვს შეცვალოს გადაწყვეტილება.

რუსეთის კანონმდებლობისგან, ასევე რადიკალურად განსხვავებულია საქართველოს კანონმდებლობა გარდაცვლილი ადამიანისაგან ორგანოს აღებისას სიცოცხლეში გაცხადებული თანხმობის ან უარის არარსებობისას. ასეთ შემთხვევაში, გადანერგვა შეიძლება მხოლოდ მაშინ, თუ არსებობს იმის დამადასტურებელი ფაქტები, რომ ორგანოების გაცემა არ ეწინააღმდეგება გარდაცვლილის რელიგიურ რწმენას, მის ეთიკურ პრინციპებს: გარდაცვლილის ორგანოს აღებაზე უფლება აქვთ თანხმობა ან უარი განაცხადონ ქვემოთ ჩამოთვლილ ქმედითუნარიან პირებს: მეუღლეს, შვილს, მშობელს, შვილიშვილს, შვილისშვილისშვილს, ძმას, და, ძმისწულს, დისწულს, ბებიას, პაპას, ბიძას, დეიდას, მამიდას, ბიძაშვილს, დეიდაშვილს, მამიდაშვილს. ერთ-ერთის უარის შემთხვევაში გარდაცვლილის ორგანოს აღება დაუშვებელია. თუ მიღებული სამედიცინო სტანდარტებით გარდაცვლილი პაციენტი შესაფერისი კანდიდატია ორგანოს ასაღებად, მაგრამ მას სიცოცხლეში არა აქვს განცხადებული თანხმობა, ხოლო სიკვდილის შემდეგ ახლობლებთაგან ვერავინ იქნა მოძიებული, გვამიდან ორგანოს აღება ტრანსპლანტაციის მიზნით დაუშვებელია.

პოტენციური დონორის სიცოცხლეში ინფორმირებული თანხმობის მიცემა ან ოჯახის წევრთა თანხმობით დონორის გარდაცვალების შემდეგ ორგანოების აღების პრაქტიკა მიღებულია აშშ-ში, ჰოლანდიაში, პორტუგალიაში და მთელ რიგ სხვა ქვეყნებში. ასეთი მიდგომა (მას ზოგჯერ „უთანხმოების პრეზუმციას“ უწოდებენ, რამდენადაც, ამ შემთხვევაში, ივარაუდება, რომ აშკარად გამოხატული თანხმობის უქონლობა, უარის ტოლფასია) გარკვეული აზრით გამოხატავს შედარებით ინდივიდუალისტურ კულტურულ ტრადიციებს, ვიდრე პოზიცია, რომელიც თანხმობის პრეზუმციას ეფუძნება (ზოგადად ინფორმირებული თანხმობის წესის ეთიკური შინაარსი განხილულია მესამე თავში).

ინდივიდუუმის ფუნდამენტური უფლება თვითტერმინაციასა და ავტონომიაზე იმ პოზიციის საფუძველში ძევს, რომელიც ინფორმირებულ თანხმობას ეყრდნობა. ადამიანს უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა თვითონ განაგოს საკუთარი სიცოცხლე და სხეული, მათ შორის გონივრულ საზღვრებში – სიკვდილის შემდეგაც. ამავე დროს ინფორმირებული თანხმობა არ ეწინააღმდეგება საზოგადოებრივ ინტერესებს გადანერგვისათვის ორგანოთა და ქსოვილების აღებისას.

საზოგადოებრივი ინტერესის რეალიზაციის სპეციფიკა, ამ შემთხვევაში, მდგომარეობს ინდივიდუუმების მიერ გარკვეული უფლებების ნებაყოფლობით დელეგირებაში — სიკვდილის შემდეგ საკუთარი სხეულის საზოგადოების ან უფრო ზუსტად, გარკვეული სტრუქტურებისათვის გადაცემაში, რომლებიც უფლებამოსილი არიან წარმოადგინონ ეს ინტერესი: ინფორმირებული თანხმობა შედარებით დემოკრატიული მექანიზმია, ვიდრე რუტინული ამოღება, რომლის დროსაც მედიკოსები საკუთარ თავს უფლებას აძლევენ განაგონ გარდაცვლილის სხეული მისი თანხმობის გარეშე.

ამასთანავე, პოზიცია, რომელიც ეყრდნობა დონორის ინფორმირებულ თანხმობას (ან ნათესავების თანხმობას), არსებითად ართულებს გადანერგვისათვის ორგანოების და ქსოვილების მოპოვებას და ექიმებს აკისრებს ფსიქოლოგიურად რთულ ფუნქციას — მოლაპარაკება აწარმოონ გარდაცვლილის ნათესავებთან, რომლებიც უმძიმეს სტრესულ მდგომარეობაში იმყოფებიან. ბევრი ექიმი ამას ამორალურად მიიჩნევს.

აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ მსოფლიო სამედიცინო პრაქტიკაში, გარდაცვლილთა ოჯახებთან ურთიერთობაში გარკვეული გამოცდილებაა დაგროვილი. მაგალითად, აშშ-ის ზოგიერთ შტატში, მედიკოსებს კანონი ავალდებულებს მსგავს შემთხვევაში, გარდაცვლილის ახლობლებს სთხოვონ ტრანსპლანტაციისათვის ორგანოების ან ქსოვილების ამოღების ნებართვა. ამ შემთხვევაში, ექიმებს გარკვეულწილად ეხსნებათ მორალური და ფსიქოლოგიური ტვირთი, რაც დაკავშირებულია ამ ურთულესი თემის გარდაცვლილის ნათესავებთან განხილვასთან. სამართლებრივი ნორმა მოცემულ შემთხვევაში გამოდის როგორც თავისებური „შერჩევა". ერთია — თქვა ეს სიტყვები საკუთარი სახელით, მეორე კი — კანონის სახელით.

ინფორმირებული თანხმობის მექანიზმის წარმატებული რეალიზაცია გულისხმობს, ჯერ ერთი, რომ მოსახლეობა საკმაოდ კარგადაა ინფორმირებული „ტვინის სიკვდილის" კონცეფციისა და ტრანსპლანტაციის საზოგადოებრივი სარგებლიანობის შესახებ. მეორეც, იმ პროფესიონალი მედიკოსების მიმართ, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან, დასვან ტვინის სიკვდილის დიაგნოზი, აუცილებლია, იყოს საზოგადოების მაღალი ნდობა. თუმცა, მსგავსი პირობები დაცული უნდა იყოს რუტინული ამოღების დროსაც და თანხმობის პრეზუმციის მოქმედებისას: მაგრამ, როცა დონორის ინფორმირებული თანხმობაა საჭირო, ეს ფაქტორები გადამწყვეტი

მნიშვნელობისაა და განსაზღვრავს ტრანსპლანტაციისათვის დონორის ორგანოებისა და ქსოვილების ამოღების შესაძლებლობას.

§4. დეფიციტური რესურსების განაწილების სამართლიანობის პრობლემა ტრანსპლანტაციის დროს

დეფიციტური რესურსების განაწილება ინდივიდის ან ჯგუფის სოციალური მნიშვნელობის შესაბამისად, ჩვეულებრივ მექანიზმს წარმოადგენს, რომელიც მეტ-ნაკლებადაა გავრცელებული ყველა საზოგადოებაში. საბჭოთა კავშირში არსებული მოქალაქეთა უფლებების დეკლარირებული სამედიცინო მომსახურების, დეფიციტური მედიკამენტებისა და საშუალებების განაწილების იერარქიული სისტემა ასეთ პრივილეგიებს იმათთვის უშვებდა, ვინც მმართველ ელიტას ეკუთვნოდა (რაც, გარკვეული მოდიფიკაციებით თანამედროვე საქართველოსთვისაცაა დამახასიათებელი). ასევე მოქმედებდა არცთუ განსაკუთრებით დაფარული მექანიზმი, რომელიც დეფიციტური სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფისას, უპირატესობას ანიჭებდა მათ, ვინც „შავი ბაზრის" საფასურს გადაიხდიდა.

ასეთივე პოზიციას, მაგრამ უკვე ეკონომიკური კატეგორიებით, აყალიბებს ამერიკელი ფილოსოფოსი ნ. რეშერი: „საზოგადოება შეზღუდული რესურსების მიუხედავად აფინანსებს მოცემულ ინდივიდს და ელის საკუთარი ინვესტიციების გაზრდილი სახით უკან დაბრუნებას". თუმცა ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის უფლება ის სამოქალაქო უფლებებია, რომლებიც ყველას თანაბრად ენიჭება და ამიტომაც რეშერის მიერ წამოყენებული იდეა სოციალური სარგებლიანობის შესახებ უნდა განვიხილოთ როგორც დისკრიმინაციის თავისებური ფორმა. საქართველოს კონსტიტუცია თითოეული მოქალაქის უცილობელ უფლებად მიიჩნევს ჯანმრთელობის დაცვისა და სამედიცინო მომსახურეობის გარანტიას. სამწუხაროდ, ამ უფლების რეალიზაციას მოსახლეობის დიდი ნაწილი ვერ ახერხებს დაფინანსების სიმცირის გამო. ჯანდაცვის დეფიციტური რესურსების განაწილებისას, ისეთი უაღრესად დეფიციტური რესურსების ჩათვლით, როგორიცაა ორგანოები და ქსოვილები, მოქალაქეთა თანასწორუფლებიანობის რეალიზაციისათვის, ჩვეულებრივ ორი ძირითადი კრიტერიუმი გა-

მოიყენება: — ლატარიის და რიგითობის კრიტერიუმები. ლატარიის კრიტერიუმის თავისებური გარანტიის სახედ, შესაძლოა, მივიჩნიოთ ტრანსპლანტაციისათვის პაციენტების შერჩევა წყვილთა „დონორი-რეციპიენტი" შესაბამისობის პრინციპით. ეს, შეიძლება ითქვას, „ბუნებრივი ლატარეაა" — ორგანოს იღებს პოტენციურ რეციპიენტთაგან ის, რომელსაც პოტენციური დონორის ქსოვილები უფრო მეტად შეესაბამება.

ამასთან, ორგანოთა გადანერგვისთვის თანაბარი ხელმისაწვდომობის იდეის თანმიმდევრული მომხრეების პოზიციები განსხვავებულია სხვათა მოსაზრებისაგან, თუ რამდენად უნივერსალურია განაწილების შემოთავაზებული მექანიზმები და თვით კრიტერიუმები? მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში არსებობს ასაკობრივი შეზღუდვები რეციპიენტთათვის. ზოგიერთ ქვეყანაში მორალურად გამართლებულად ითვლება ორგანოთა გადანერგვის ხელშეწყობის პროგრამების ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა მათთვის, რომლებმაც ჯანმრთელობა გაიუარესეს არანორმალური ცხოვრებით — ნარკომანები, ლოთები და სხვა. პოტენციური რეციპიენტებისათვის ბუნებრივ შეზღუდვად ითვლება მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა — სხვა დაავადებების არსებობა, რომლებიც გადანერგვის პერსპექტივებს ართულებს. არც ლატარეის კრიტერიუმი და არც რიგითობის კრიტერიუმი არ შეიძლება ჩაითვალოს იდეალურად. არსებობს უცილობელი წინააღმდეგობა თანაბარუფლებიანობის იდეის უნივერსალიზმსა და რეალური ურთიერთობების დიფერენციაციის უმაღლეს ხარისხს შორის, რომლებშიც ადამიანები იმყოფებიან.

როგორც რუსი ტრანსპლანტოლოგები და ბიოეთიკოსები აღნიშნავენ, რუსეთში ტრანსპლანტაციისათვის ორგანოთა განაწილებისას ხელმძღვანელობენ სამი საკმაოდ დასაბუთებული კრიტერიუმით: წყვილების „დონორი-რეციპიენტი" შესაბამისობის ხარისხით, სიტუაციის სისწრაფით და „ლოდინის ფურცელში" ყოფნის ხანგრძლივობით: „სამივე კრიტერიუმი აბსოლუტურად ობიექტურია". მაგრამ საჭიროა სიფრთხილე, საექიმო გამოცდილება და ინტუიცია, რადგან რეციპიენტის შერჩევა — ეს ყოველთვის ეთიკური ქმედებაა ტრანსპლანტაციის ბრიგადის წევრთათვის და უწინარეს ყოვლისა, მისი ლიდერისათვის.

§5. ფეტალური ორგანოებისა და ქსოვილების ტრანსპლანტაციის მორალური პრობლემები

ტრანსპლანტოლოგიაში არსებობს მეთოდი, როდესაც ორგანოებისა და ქსოვილების გადანერგვა იმ ნაყოფისაგან წარმოებს, რომლებიც აბორტირებას ექვემდებარებიან (როგორც თვითნებურს, ასევე ხელოვნურს). ამასთან ხელოვნური აბორტი წარმოადგენს ტრანსპლანტანტების მიღების ძირითად წყაროს, რადგან თვითნებური მუცლის მოშლა შედარებით იშვიათად გვხვდება და ხშირად ნაყოფის პათოლოგიით არის გამოწვეული, რაც მათ გადანერგვისათვის უვარგის მასალად აქცევს.

ფეტალურ ქსოვილთა გადანერგვის ცდები ჯერ კიდევ გასულ საუკუნეებში დაიწყო. 1881 წელს კ. ლეოპოლდი, რომელმაც ნაყოფის ეპითელიუმი ექსპერიმენტულ ცხოველებს გადაუნერგა, წერდა: „ცხოველთა ფეტალურ ქსოვილებს გააჩნიათ ზრდის შედარებით კარგი უნარი, ვიდრე ჩვეულებრივებს. ამასთან, რაც მცირეა ნაყოფის ასაკი, მით მეტადაა გამოსახული ეს უნარი, რადგან ნაკლებად დიფერენცირებულნი არიან, ვიდრე მოზრდილი ორგანიზმისა". ნაყოფის უჯრედები თავიანთი ბიოლოგიური თვისებებით გვაგონებენ კიბოს უჯრედებს, მაგრამ არ გააჩნიათ პათოლოგიური თვისებები. როგორც კიბოს, ასევე ნაყოფის უჯრედები უკეთესად ეგუებოდნენ ცხოველური რეციპიენტის ორგანიზმის უცხო გარემოს. ამიტომაც იმ ეპოქაში, როცა არ იყო ცნობილი ტრანსპლანტანტების მოცილების იმუნოგენეტიკური მექანიზმები, ფეტალურ ქსოვილებს ტრანსპლანტალოგიისათვის შედარებით პერსპექტიულად მიიჩნევდნენ.

XX საუკუნის 30-იან წლებში იყო ცდები შეექმნათ დიაბეტის მკურნალობის მეთოდი ნაყოფის პანკრეასის გადანერგვის გზით წინასწარი კულტივირების შემდგომ. ანალოგიური საშუალებით ცდილობდნენ ფარისებრი და პარათირეოიდული ჯირკვლების უკმარისობის მკურნალობას.

ამ სფეროში ინტენსიური კვლევა-ძიება და ექსპერიმენტები ტარდებოდა ჰისტოშეთავსებადობის პრობლემის გადაწყვეტამდე. ამასთან, სერიოზული ძალისხმევის მიუხედავად, მიღებული შედეგები არასაკმარისად დამაჯერებელი იყო. ამიტომაც, ფეტალური ქსოვილების ტრანსპლანტაციის ვერც ერთმა მეთოდმა ვერ ჰპოვა კლინიკური გამოყენება. პ. მაკ კალახი ფეტალური ტრანსპლანტაციის ისტორიის შესწავ-

ლის საფუძველზე წერდა: "ჩვენთვის, რომლებიც 1986 წელს ვცხოვრობთ, სამედიცინო მიზნებისათვის ფეტალური ქსოვილების გადანერგვის ისტორიის შესწავლის მნიშვნელობა იმის გაგებაში მდგომარეობს, რომ მისდამი ინტერესი დაფუძნებულია მკაცრად ჩამოყალიბებულ სამეცნიერო მონაცემებზე, მაგრამ ცუდად დასაბუთებულ შეხედულებებსა და წარმოდგენებზე". პრობლემების მიუხედავად, ფეტალური ქსოვილების ტრანსპლანტაციაში სამეცნიერო წარმატებების აღიარების გამო, ამ სფეროში კვლევა-ძიება და ექსპერიმენტები გრძელდება. ამჟამად, არსებობს მონაცემები, რომლებიც იმაზე მეტყველებენ, რომ პარკინსონიზმით და ჰანტინგტონით დაავადებული ავადმყოფებისათვის ტვინის ემბრიონული ქსოვილების გადანერგვას მათი კლინიკური მდგომარეობის მნიშვნელოვან გაუმჯობესებამდე მივყავართ. ამ დაავადებების მკურნალობის სხვა მეთოდებს არ გააჩნიათ კარგად გამოხატული თერაპიული ეფექტი, ამიტომაც, ფეტალური ქსოვილების გადანერგვა ავადმყოფებს აძლევს მძიმე მდგომარეობის შემსუბუქების გარკვეულ იმედს, რაც მანამდე არ ჰქონდათ. მსგავსი გადანერგვების გზით, ცდილობდნენ ემკურნალათ დაუნის სინდრომით, დიაბეტით და სხვა სენით დაავადებული ავადმყოფებისათვის.

ეჭვგარეშეა, რომ სამედიცინო გამოკვლევების ამა თუ იმ მიმართულების მეცნიერულობის საკითხი უნდა განიხილებოდეს თვით ამ მეცნიერების ფარგლებში ობიექტურად მიღებული მონაცემების დაწვრილებითი ანალიზის საფუძველზე. მოცემულ საკითხზე სამეცნიერო წრეებში ერთი აზრი არ არის, რაც უფლებას გვაძლევს მორალურად მნიშვნელოვანი დასკვნა გამოვიტანოთ. ფეტალური ქსოვილების კლინიკური ტრანსპლანტაცია უნდა განვიხილოთ, როგორც ექსპერიმენტულ კვლევა-ძიებათა სფერო და მასთან მიმართებაში, გამოვიყენოთ სამართლებრივი და მორალური რეგულირების შესაბამისი ნორმები.

რადგან აბორტი ტრანსპლანტაციისათვის ქსოვილების მიღების პირობაა, ამიტომაც, მისი დაშვება ახალი სამედიცინო-ბიოლოგიური ტექნოლოგიების განვითარების გზაზე ერთერთი ცენტრალური მორალური პრობლემაა. ხელოვნური აბორტის ეთიკური პრობლემები ცალკე განხილვის საგანია. აქ შევჩერდებით მხოლოდ სპეციალურ მორალურ პრობლემებზე, რომელიც სწორედ ტრანსპლანტაციისათვის ქსოვილებისა და ორგანოების მისაღებად აბორტირებული ნაყოფის გამოყენებასთან არის დაკავშირებული.

აღსანიშნავია, რომ ფეტალური ქსოვილების გადანერგვის მორალური შეფასება ფორმირდებოდა და ფორმირდება აბორტის მორალური შეფასებისაგან დამოუკიდებლად. ამ შეფასებათა და შესაბამისი პოზიციების თავისებურ შერწყმასთან გვაქვს საქმე საკითხის გააზრების და განხილვის დროს.

კონსერვატიულ ფრთას ქმნიან აბორტისა და ფეტალური ტრანსპლანტაციის აკრძალვის მომხრეები, რომლებიც აბორტს განიხილავენ, როგორც დაუბადებელი ადამიანის „მკვლელობას", ტრანსპლანტაციას კი - „კანიბალიზმის" სახესხვაობად. არიან ხელოვნური აბორტის ისეთი მოწინააღმდეგენი, რომლებიც გამართლებულად თვლიან ფეტალური ქსოვილების ტრანსპლანტაციას ადამიანის უმძიმეს დაავადებათა სამკურნალოდ. მათი ნაწილის აზრით, რამდენადაც ეს ბოროტება არსებობს, ამდენად არაკეთილგონივრულია „გადავაგდოთ" ის, რაც დაეხმარება ავადმყოფ ადამიანებს. სხვები მხოლოდ ბუნებრივად აბორტირებული ნაყოფების ქსოვილების გამოყენებას ეთანხმებიან მათი სიკვდილის ფაქტის დადგენის პირობით (იგივე საფუძვლებზე, როგორც ჩვეულებრივი ტრანსპლანტაციის დროს).

არიან აბორტის მომხრეები, რომლებიც აღიარებენ ქალების უფლებას, მის თავისუფალ ნებას — იყოლიოს შვილი, თუ გაიკეთოს აბორტი ან აკონტროლოს საკუთარი ფერტილურობა, მაგრამ მათ ეჭვი ეპარებათ ტრანსპლანტაციისათვის ნაყოფის ქსოვილების გამოყენების მორალურობაში. ჩვეულებრივ, ასეთი პოზიცია იმით მართლდება, რომ მსგავსი კლინიკური პრაქტიკის განვითარება მიგვიყვანს ფეტალური ქსოვილებზე მოთხოვნილების ზრდასთან, რასაც საბაზრო მექანიზმების გზით, სტიმული მიეცემა და გახშირდება „შემოთავაზება" ქალების მხრიდან. ამგვარად, არსებობს საფრთხე, რომ ქალები მომგებიანი სამედიცინო ინდუსტრიის ფეტალური ტრანსპლანტაციისათვის „ნედლეულად" გადაიქცევიან.

შედარებით ლიბერალურ ფრთას წარმოადგენენ ისინი, რომლებიც მორალურად დასაშვებად მიიჩნევენ როგორც ხელოვნურ აბორტებს, ასევე ფეტალური ქსოვილების გადანერგვას. საქართველოში ამ საკითხთან დაკავშირებით ორი მკვეთრად დაპირისპირებული პოზიციაა. რელიგიური მოღვაწეები კატეგორიულად უარყოფენ ფეტალური ქსოვილების გამოყენების შესაძლებლობას. სამედიცინო წრეებში საკითხი უფრო ლოიალურად დგას. თუმცა ოფიციალური გადაწყვეტისათვის ჯერ საზოგადოება მზად არ არის. უმნიშვნელო ფაქტორად არც ჩვენ გვეჩვენება ფეტალური ქსოვილების გამო-

ყენება ონკოლოგიასა და სხვა მძიმე ნევროლოგიურ დაავადებათა სამკურნალოდ.

აბორტის მომხრეები ამოდიან „ნაკლები ბოროტების“ პრინციპიდან და თვლიან, რომ აბორტი თავისთავად ბოროტებაა, მაგრამ ქალის ცხოვრებაში არის სიტუაცია, როცა ეს „ბოროტება“, მიუხედავად მისი საშინელი შედეგისა, ერთადერთი გამოსავალია (შემთხვევები, როდესაც ორსულობის გაგრძელება საფრთხეს უქმნის დედის სიცოცხლეს; ნაყოფი სერიოზული დეფექტების მქონეა და სიცოცხლის გაგრძელებას ვერ შეძლებს; ორსულობა გაუპატიურების შედეგია ან ინცესტის შემთხვევასთან გვაქვს საქმე). თუ ქალმა აბორტი გაიკეთა და ეს აბორტული მასალა უნდა განადგურდეს. იქნებ სიკეთე იყოს მისი გამოყენება სხვისი სიცოცხლის გადასარჩენად? ეს მარტივი საკითხი არ არის, მაგრამ მის გარშემო დისკუსია აუცილებლად უნდა გაგრძელდეს და საზოგადოება გონივრულ გადაწყვეტილებამდე მივიდეს. გვაქვს თუ არა უფლება უარი ვთქვათ მინიმალურ შანსზე განწირული ადამიანის გადასარჩენად, თუნდაც, ასეთ უკიდურესად მძიმე შემთხვევაშიც კი.

რამდენიმე თვის წინ ქართველ მედიკოსთა ჯგუფმა გამოაქვეყნა ღია წერილი: მასში დაგმობილია იმ ახალი რეპროდუქტიული ტექნოლოგიების დანერგვა, რომლებთანაც დაკავშირებულია მანიპულაციები ემბრიონზე, ღეროვანი უჯრედების გამოყენება... „დღევანდელ მსოფლიოში ადამიანის სიცოცხლის ღირებულების გაუფასურება ყველაზე აშკარად ადამიანის რეპროდუქციის უზრუნველმყოფ ტექნოლოგიებში ვლინდება. აბორტის, კონტრაცეფციის, სტერილიზაციის, რეპროდუქციისა და ადამიანის ემბრიონის ღეროვანი უჯრედების ტექნოლოგიების, ფეტალური თერაპიის, სექსოლოგიის, კლონირების ეთიკური პრობლემების განხილვა და შეფასება უაღრესად საჭირბოროტოა საზოგადოებისათვის“.

აშკარად პარადოქსია: სიცოცხლის შენარჩუნებისა და აღწარმოებისათვის მოწოდებულ თანამედროვე ტექნოლოგიებს ამის გაკეთება ადამიანის ღირსების დღემდე არნახული დამცირების ფასად ძალუძთ. საქმე მხოლოდ იმაში კი არაა, რომ ამ ტექნოლოგიათა (ფეტალური თერაპია, ხელოვნური განაყოფიერება, ღეროვანი უჯრედების თერაპია) განხორციელების პირობა ადამიანის ემბრიონის განადგურებაა, არამედ ისიც, რომ დამცირებულია ღირსება თავად ექიმებისა, რომლებიც ამორალური პროცედურების მექანიკურ შემსრულებლად გვევლინებიან. პროფესიული ღირსების დაკარგვა, რო-

გორც საზოგადოების მიერ ადამიანის არსების ღვთის სახედ გაგების დაკარგვის შედეგი, ზემოთ დასახელებული ტექნოლოგიების წარმოშობის მიზეზსაც წარმოადგენს.

მეცნიერთა დიდი ნაწილის აზრით, საზოგადოებამ არ უნდა დაუშვას დახოცილი ჩვილებისაგან სამკურნალო პრეპარატების დამზადება. ძნელია არ დაეთანხმო ამ მოსაზრებას. ნებისმიერი საზოგადოება იარსებებს მანამ, სანამ ,,კეთილისა" და ,,ბოროტის" გარჩევის უნარი აქვს შენარჩუნებული. ამიტომაც საზოგადოება თვალისჩინივით უნდა უფრთხილდებოდეს მართლმადიდებელ ეკლესიას, რომელიც ორი ათასი წელია, რაც გვინარჩუნებს კეთილისა და ბოროტის კრიტერიუმებს, რწმენის, გულმოწყალებისა და სიყვარულის დიად საზრისს.

თანამედროვე მედიცინაში ფეტალური ქსოვილების ტრანსპლანტაცია არ წარმოადგენს აბორტირებული ნაყოფის უტილიზაციის ერთადერთ სფეროს. ადამიანის ნაყოფი (ემბრიონი) ფართოდ გამოიყენება ვაქცინების მისაღებად (მაგალითად, პოლიომელიტის წინააღმდეგ). ძნელია გადავაფასოთ ვაქცინის მნიშვნელობა, თუნდაც მისი ასეთი ,,საჩოთირო წარმომავლობისა", თუ გავითვალისწინებთ შედეგს, რომელიც მთელ მსოფლიოში მილიონობით ბავშვის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში გამოიხატება. ემბრიონები ასევე გამოიყენება ბევრი ვირუსული დაავადების დიაგნოსტიკაში. ძალიან მნიშვნელოვანია აბორტირებული ნაყოფების სამეცნიერო კვლევა-ძიებათა მნიშვნელობა ადამიანის ემბრიოლოგიის, თანდაყოლილი და გენეტიკური დაავადებების მიზეზთა გამოსაკვლევად, მუცლისშიდა ქირურგიისა და პათოლოგიის სხვადასხვა ფორმათა თერაპიის უახლესი მეთოდების შემუშავებაში. ამიტომაც, აბორტირებული ნაყოფის ქსოვილთა გამოყენების მორალურობის შესახებ მსჯელობისას უნდა გავითვალისწინოთ მათი გამოყენების ზემოთ აღნიშნული რუტინული საშუალებები, რაც საზოგადოების მხრიდან, რაიმე უარყოფით რეაქციას არ იწვევს.

პაციენტის სხეულში ნაყოფის ქსოვილების გადანერგვის ტექნოლოგია ტრანსპლანტოლოგიაში ახალ მიმართულებას წარმოადგენს. მაგრამ ამ მეთოდთან დაკავშირებითაც უნდა გამოვიყენოთ ტრანსპლანტოლოგიაში აპრობირებული საკანონმდებლო ბაზა და მორალური პრინციპები. რამდენადაც, ბუნებრივია, რომ ნაყოფს არ შეუძლია ნებაყოფლობითი თანხმობის მიცემა მისგან ამა თუ იმ ორგანოს ამოღებაზე, რასაც აუცილებლად მივყავართ მის დაღუპვამდე. ამდენად ცოც-

ხალი ნაყოფის გამოყენება ტრანსპლანტაციისათვის დაუშვებელია ყველა პარამეტრით, რაც კანონმდებლობითაცაა გამაგრებული. თუმცა, ზოგჯერ გამოიყენება დედის თანხმობა, რომელსაც გადაწყვეტილი აქვს აბორტის გაკეთება. მსგავსი თანხმობის მორალური გამართლება ჩვენთვის მიუღებელია, რადგან დედა ამ თანხმობით სიკვდილს უსჯის საკუთარ უსუსურ პირმშოს. ნაყოფს არ შეუძლია თავის დაცვა, დედამ გასწირა ის, ვინ დაიცავს მას? ხომ ვერ გამოვრიცხავთ მატერიალურ დაინტერესებას? ემბრიონს ამ შემთხვევაში სამართლებრივი ნორმა, კანონი და საზოგადოების ზნეობა უნდა იცავდეს. მორალური თვალსაზრისით, ტრანსპლანტაციისათვის მხოლოდ დაღუპული ნაყოფის გამოყენება მიგვაჩნია დაშვებად, ისიც გამონაკლის შემთხვევაში. თუმცა, ნაყოფის სიკვდილის ფაქტის დადგენა ისეთი ობიექტურობითა და სიზუსტით, რასაც ადგილი აქვს ტვინის სიკვდილის მომენტის განსაზღვრისას, ჯერ-ჯერობით შეუძლებლად გვეჩვენება. ნაყოფის ქსოვილები უფრო მყარია ჰიპოქსიისადმი, ვიდრე მოზრდილი ორგანიზმების ქსოვილები, ამიტომაც სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვანი ფუნქციები შედარებით ნელა ზიანდება.

არ არსებობს ხუთ დღეზე ნაკლები ასაკის ბავშვების სიკვდილის საყოველთაოდ მიღებული დეფინიცია. ყველაზე ამბიციური სამედიცინო კრიტერიუმი გამოიყენება მხოლოდ შვიდ დღეზე მეტი ხნის ახალშობილთა მიმართ. ამიტომაც პრაქტიკაში გამოყენებულია ან ახალშობილობის კრიტერიუმი, რაც ნაყოფის ასაკითა და მისი წონით განისაზღვრება ან ტრადიციული კრიტერიუმი, რაც სუნთქვითი მოძრაობებისა და გულისცემის არქონას ეყრდნობა. რამდენადაც. ზოგიერთი აბორტირებული ნაყოფი იბადება სიცოცხლის ნიშნებით, მიუღებლად ითვლება ამ სიცოცხლის გაგრძელება ხელოვნური მეთოდებით, გადანერგვისათვის ორგანოებისა და ქსოვილების ამოღებისათვის ხელსაყრელი პირობების შექმნის მიზნით, რაც ჩვენი აზრით უზნეობა და დანაშაულია.

ტრანსპლანტოლოგიისათვის ნაყოფთა წინასწარგანზრახული „წარმოება“ (თუ შეიძლება ეს ტერმინი ვიხმაროთ) რომ გამოვრიცხოთ, აუცილებელია, ქალმა თვითონ დამოუკიდებლად მიიღოს აბორტის გაკეთების გადაწყვეტილება. ექიმი არ უნდა აწარმოებდეს მოლაპარაკებას ქალთან აბორტამდე, ხოლო აბორტული მასალის გამოყენებაზე ნებართვა აუცილებლად უნდა იქნას მიღებული დედ-მამისაგან მხოლოდ აბორტის ჩატარების შემდეგ. რაიმე მატერიალური კომპენსაციის შეთავაზება მშობლებისათვის ყოვლად დაუშვებლად

მიგვაჩნია, რადგან არ უნდა გაჩნდეს რაიმე მოტივაცია აბორტის წასახალისებლად. საერთაშორისო კონვენციებით აკრძალულია ქალისათვის საფასურის გადახდის ნებისმიერი ფორმა და ასევე აბორტირებული ნაყოფებით, მათი ქსოვილებითა და ორგანოებით ვაჭრობა.

ასევე დაუშვებელია ნებისმიერი წინასწარი მოლაპარაკება ქალსა და მომავალ რეციპიენტს შორის ბავშვის ჩასახვის ან მის აბორტთან დაკავშირებით ტრანსპლანტაციის მიზნით. განსაკუთრებული პრობლემები წარმოიქმნება იმ შემთხვევაში, როცა ქალი ორსულდება იმ მიზნით, რომ ნაყოფი გამოიყენოს თავისივე შვილის სიცოცხლის გადასარჩენად. ასეთი შემთხვევები აღწერილია ლიტერატურაში, მაგალითად, ცნობილი რუსი იურისტის მალეინას აზრი: „ვთვლი, რომ მშობლებს შეუძლიათ განაგონ აბორტირებული ნაყოფი, ე.ი. მისცენ თანხმობა ემბრიონის ქსოვილების და ორგანოების გამოყენებაზე სამეცნიერო კვლევა-ძიებისათვის ან სამკურნალოდ. ზოგადი წესის სახით საჭიროა დავადგინოთ, რომ ჩასახვა და აბორტი მხოლოდ ტრანსპლანტაციისათვის მასალის მიღების მიზნით არ არის ნებადართული. თუმცა, მსგავს ოპერაციებზე უარის თქმა ადვილი არ არის, თუ გავითვალისწინებთ, რომ ზოგჯერ იგი ერთადერთი გზაა ახლობელთა სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის გადასარჩენად".

საკითხის ამ სახით დაყენება, მით უმეტეს, გადაჭრა, „გამონაკლისი შემთხვევების" დროსაც კი სადავოა, რადგან აქ იგულისხმება წინასწარგანზრახული მსხვერპლი პატარა, დაუცველი არსებისა, რომელიც შეიძლება გამხდარიყო სრულყოფილი პიროვნება.

მოცემულ სფეროში მორალური პრობლემების საფუძველში, ნაყოფის სტატუსის პრობლემა ხვდება. გამომდინარე ემბრიონის სტატუსის განსაკუთრებული სოციალური მნიშვნელობიდან, არ შეიძლება ის გადაიჭრას სამედიცინო უწყებების მიერ კულუარებში, ფართო საზოგადოებრივი განსჯისა და თანხმობის გარეშე. ახლო მომავალში ამ საკითხზე ერთსულოვნების მიღწევა შეუძლებლად მიგვაჩნია — ყოველთვის იქნებიან მოწინააღმდეგენი, რადგან საზოგადოების აზრი საკმაოდ პოლარიზებულია. კონფლიქტი უფრო გამწვავდება თუ გადაწყვეტილების მიღება მოხდება არადემოკრატიული გზით. პრობლემის დეტალური საზოგადოებრივი განსჯისა და თავისუფალი ნების გამოხატვის საფუძველზე, რაც აისახება საკანონმდებლო ორგანოების დადგენილებებში.

ევროპის საბჭოს კონვენციის XVIII სტატია მთავრო-

ბებს ავალდებულებს: „იზრუნონ, რომ ფუნდამენტური პრობლემები, რომლებიც ბიოლოგიისა და მედიცინის სფეროში პროგრესთან არის დაკავშირებული (განსაკუთრებით მათი სოციალურ-ეკონომიკური, ეთიკური და იურიდიული ასპექტები) ექვემდებარებოდნენ ფართო საზოგადოებრივ განხილვას და შესაბამისი კონსულტაციების საგანი გახდნენ. იგივე შეიძლება ითქვას პრობლემებზეც, რომლებიც ბიომედიცინის მიღწევათა პრაქტიკულ გამოყენებასთანაა დაკავშირებული". მოცემულ მოთხოვნას უშუალო კავშირი აქვს აბორტირებული ნაყოფის მორალური სტატუსისა და ფეტალური ტრანსპლანტაციის დაშვების პრობლემებთან.

§6. ქსენოტრანსპლანტაციის ეთიკური პრობლემები

ქსენოტრანსპლანტაცია ეწოდება ორგანოების და ქსოვილების გადანერგვას ცხოველებიდან ადამიანზე.

ცხოველებიდან ადამიანებზე სისხლის გადასხმისა და ორგანოების გადანერგვის ცდებს დიდი ხნის ისტორია აქვთ. თუმცა მხოლოდ გენური ინჟინერიის სფეროში მნიშვნელოვანი პროგრესისა და ციკლოსფორინის შექმნის შემდეგ, რომელიც თრგუნავს ტრანსპლანტატების მოცილების რეაქციას, ამცირებს ცხოველი-დონორების გენომის გარდაქმნას ჰისტოშესაბამისობის უზრუნველსაყოფად, გამოჩნდნენ რეალური კომერციული პროექტები ქსენოტრანსპლანტაციის სფეროში. ადამიანის დონორული ორგანოების და ქსოვილების მზარდი დეფიციტი ბუნებრივად ზრდის საზოგადოების ინტერესს ქსენოტრანსპლანტაციის მიმართ. ამ დეფიციტს იწვევს და აძლიერებს თვით ტრანსპლანტოლოგიის წარმატებები. „მოთხოვნა ორგანოებზე იზრდება დაახლოებით 15%-ით წელიწადში და ბევრად აღემატება წინადადებას, რომელიც ბევრ ქვეყანაში კლებულობს. ამერიკაში „ლოდინის ფურცლებზე" ტრანსპლანტაციისათვის ორგანოების მისაღებად 40 ათასი ადამიანი ითვლება. მაშინ როცა 1995 წელს ტრანსპლანტაციისათვის სულ 8000 ორგანო მიიღეს. სამი ათასზე მეტი ადამიანი გარდაიცვალა ისე, რომ ვერ მიიღეს შესაფერი ორგანო".

ადამიანებთან გენეტიკურად შედარებით ახლოს არიან პრიმატები. თუმცა, სწორედ ადამიანთან ევოლუციური სიახლოვის შედეგად, ემოციური რეაქციებისა და ქცევების მსგავსების გამო, მათი გამოყენება დონორების ორგანოების სახით

დიდ წინააღმდეგობას იწვევს ცხოველთა უფლებების დამცველების მხრიდან: ამასთან ერთად, იგივე ევოლუციური სიახლოვე აძლიერებს იმ ვირუსული ინფექციების გადაცემისა და ადამიანებში მათი შემდგომი გავრცელების რისკს, რომლებიც პრიმატებს გააჩნიათ, მაგრამ საბედნიეროდ, ჯერ-ჯერობით არ არსებობს ადამიანებში. ასევე მხედველობაში უნდა მივიღოთ, რომ ადამიანები საკვებში პრიმატებს პრაქტიკულად არ გამოიყენებენ. მათი წინასწარგანზრახული მკვლელობა (სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვანი ორგანოების ამოღებისთვისაც კი) არ არის სანქცირებული მყარი ტრადიციით, როგორც ამას ადგილი აქვს შინაური ცხოველების მიმართ.

ამიტომ, მკვლევარები ამჯობინებენ შექმნან უნივერსალური დონორი ორგანოები ღორების ზოგიერთი ჯიშის ბაზაზე, რომელთა შინაგანი ორგანოების ფიზიოლოგიური და ანატომიური აღნაგობა საკმაოდ ახლოსაა ადამიანურთან. ქსენოტრანსპლანტაციის პროგრამების მომხრეები ხაზგასმით აღნიშნავენ, რომ ღორების მოკვდინება ამ მიზნებისათვის არ ეწინააღმდეგება ჩამოყალიბებულ ტრადიციულ სტანდარტებს. უფრო მეტიც, ამტკიცებენ ისინი, ამ ცხოველების მოვლისა და მოკვდინების პირობები სპეციალიზებულ სამედიცინო ბიოტექნიკურ ლაბორატორიებში ბევრად უფრო ჰუმანურია, ვიდრე ფერმაში შენახვა და საქონლის დაკვლა სასაკლაოზე. ამ გარემოებით აიხსნება შედარებით ნაკლები წინააღმდეგობები ცხოველთა უფლებების დამცველთა მხრიდან. თუ არ ჩავთვლით არც თუ ისე ცოტა ტექნოლოგიურ სიძნელეებს, მაგალითად, უცხო ქსოვილების მკვეთრი მოცილების ფენომენთან დაკავშირებულს, რაც შეინიშნება ცხოველებისაგან ორგანოების გადანერგვისას, რომლებიც სხვა ბიოლოგიურ სახეობებს განეკუთვნებიან, მაშინ ქსენოტრანსპლანტაციის ერთერთ ძირითად მორალურ პრობლემად წარმოგვიდგება გამართლებული რისკის პრობლემა. საქმე ის არის, რომ ვუნერგავთ რა ადამიანს ორგანოებს, მაგალითად, ღორისას, ჩვენ იმავდროულად ვრისკავთ შევყაროთ მას ისეთი დაავადებები, როგორიცაა ბრუცელიოზი, ღორების გრიპი და მთელი რიგი სხვა ინფექციები — რაც შეიმჩნევა და რაც არ შეიმჩნევა ადამიანში ჩვეულებრივ ბუნებრივ პირობებში.

ეს უკანასკნელნი განსაკუთრებით საშიშია, რადგანაც ადამიანის ორგანიზმს არ გააჩნია ევოლუციურად შემუშავებული დამცველი მექანიზმები მათთან საბრძოლველად. ცხოველებისათვის უვნებელი ზოგიერთი ვირუსი ადამიანის ორგანიზმში მოხვედრისას, შეიძლება უმძიმესი დაავადების წყარო

გახდეს. მაგალითად, არსებობს აზრი, რომ შიდსი, სავარაუდოდ, წარმოიშვა ადამიანის ორგანიზმში მაიმუნის იმუნოდეფიციტის ვირუსის მოხვედრის შედეგად. ანალოგიურად ადამიანს შეუძლია „გამდიდრდეს“ ახალი უცნობი ინფექციებით ცხოველებიდან ორგანოების ან ქსოვილების გადანერგვის შედეგად. თუკი გავითვალისწინებთ, რომ გადანერგვა მოიცავს ციკლოსპორინის გამოყენებას, რომელიც რეციპიენტის ორგანიზმის იმუნოლოგიურ რეაქციებს აქვეითებს, მაშინ დასნებოვანების საფრთხე მკვეთრად იზრდება.

ასევე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჯერჯერობით შესწავლილი არაა, სავსებით შესაძლებელი, ქსენოტრანსპლანტაციის რეციპიენტთა ფსიქოპათოლოგიური რეაქციები მათი სხეულების ნაწილების ღორების სხეულის ნაწილებით შეცვლაზე. თუმცა, ამ პრობლემების მიუხედავად, რამდენადაც მთელ რიგ ქვეყანაში ქსენოტრანსპლანტაციის განვითარების პროექტებში უკვე დევს მნიშვნელოვანი ფინანსური სახსრები, უნდა ველოდეთ პოლიტიკურ ზეწოლას, რომელიც მიმართული იქნება შესაბამისი საკანონმდებლო გადაწყვეტილებების მიღებისაკენ.

სამედიცინო და ბიოლოგიური ხასიათის წინააღმდეგობათა გარდა, ქსენოტრანსპლანტაცია უპირისპირდება წმინდა მორალური ხასიათის კონტრარგუმენტებსაც. ხშირია ამ სფეროში ექსპერიმენტთა აკრძალვის თუ არა, მკვეთრი შეზღუდვის მოთხოვნები მაინც. საუბარია ეკოლოგიური ეთიკის მომხრეებზე, რომლებიც მორალურად საზიანოდ მიიჩნევენ ამ სფეროში თავისებური „ანთროპოცენტრიზმის“ გაჩენას. ქსენოტრანსპლანტაცია ნამდვილად აყენებს ფუნდამენტურ ეთიკურ პრობლემას — წარმოადგენს თუ არა ადამიანი უმაღლეს მორალურ ღირებულებას, რომლის სახელითაც შესაძლებელია ტანჯვისა და ტკივილის მიყენება სხვა ცოცხალ არსებათა სიკვდილის გამოწვევით.

ე.წ. „პათოცენტრიზმის“ (ბერძნული "Pathos" ტანჯვა, ავადმყოფობა) წარმომადგენლები თვლიან, რომ მორალური ურთიერთობების სუბიექტებად უნდა ჩაითვალოს ყველა ცოცხალი არსება, რომელსაც ტკივილის შეგრძნების უნარი აქვთ. ისინი, რომლებიც ბიოცენტრიზმის იდეებს იზიარებენ, მოითხოვენ მორალური კანონები გავრცელდეს მთლიანად ცოცხალ ბუნებაზე. ამ განსხვავების მიუხედავად, ორივე მიმართულების მომხრეები ქსენოტრანსპლანტაციის წინააღმდეგ გამოდიან.

აუცილებელია, მოცემული პრობლემის ფართო საზოგადოებრივი განხილვა, სხვადასხვა სპეციალობის ექსპერტთა

მონაწილეობით, რათა მაქსიმალურად ობიექტურად და პასუხისმგებლობით გადაწყდეს, რამდენად აღემატება ქსენოტრანსპლანტაციისაგან მიღებული სარგებელი შესაძლო რისკს, რომელიც დაკავშირებულია ნებისმიერი ბიოლოგიური სახეობის გადარჩენისათვის მეტად მნიშვნელოვან იმუნოლოგიური ბარიერის დარღვევასთან, რაც ადამიანს სხვა სახეობისაგან გამოყოფს. აგრეთვე, აუცილებელია ყოველმხრივ გავიზიაროთ ქსენოტრანსპლანტაციასთან დაკავშირებული მორალური პრობლემები.

§7 ტრანსპლანტოლოგიის განვითარება საქართველოში

საქართველოს კანონი ორგანოთა გადანერგვის შესახებ და ფუძნებულია ინფორმირებული თანხმობის პრინციპზე, რომე- ლიც საქართველოს პარლამენტმა 2000 წელს მიიღო და რომლის თანახმად ორგანოს დონორი შეიძლებოდა იყოს როგორც გარდაცვლილი (გვამი), ასევე ცოცხალი ადამიანი, თუმცა, ამ მხრივ, კანონში 2015 წლამდე გარკვეული შეზღუდვები იყო დაწესებული. კერძოდ, ცოცხალი ადამიანი მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლებოდა ყოფილიყო დონორი, თუ იგი იყო პაციენტის გენეტიკური ნათესავი, მეუღლე ან დონორთა გაცვლის პროგრამაში მონაწილე. აღნიშნული შეზღუდვის მიზეზს წარმოადგენდა ორგანოებით ვაჭრობის ალბათობის შემცირება.

2015 წლიდან საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლოს გადაწყვეტილებით გაფართოვდა ცოცხალ დონორთა არეალი და მას დაემატა ახლო ემოციური კავშირის მქონე პირიც. კერძოდ მეგობარი, ნათლია, ნათლული და სხვ. ნათესაური კავშირის შემთხვევაში ნებართვას გადანერგვის წარმოებაზე იძლევა ჯანდაცვის სამინისტროსთან არსებული ტრანსპლანტაციის საბჭო, ხოლო არანათესაური კავშირის შემთხვევაში საჭიროა სასამართლოს გადაწყვეტილება.

ორგანოს პირველი ტრანსპლანტაცია საქართველოში 1977 წელს განხორციელდა, როცა რუს კოლეგებთან ერთად გვამი დონორის 6 თირკმელი გადაინერგა.

საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციასთან არსებული ტრანსპლანტაციის საინფორმაციო ცენტრის 2021 წლის 1 იანვრის მონაცემებით საქართველოში სულ 445 ორგანოგადანერგილი პაციენტი ცხოვრობს. მათგან 311-ს თირკმელი, 126-ს ღვიძლი, 7-ს გული, ხოლო ერთს სათესლე ჯირკვალი აქვს გადანერგილი. 2014 წელს პირველად საქართველოში წარმატებით ჩატარდა ღვიძლის გადანერგვა. მას შემდეგ საქართველოში დღემდე ღვიძლის 75 გადანერგვა განხორციელდა.

თანდართულ ნახატებზე ნაჩვენებია საქართველოში წარმოებულ გადანერგვათა რაოდენობა 2021 წლის 1 იანვრის მონაცემებით. . საქართველოში გადანერგილი თირკმლის ფუნქციონირების მაქსიმალურ ხანგრძლივობაა 25 წელი, ხოლო გადანერგილი ღვიძლის - 6 წელი (36 შემთხვევაში ღვიძლი საქართველოს გარეთაა გადანერგილი: აშშ-ში, თურქეთში, საფრანგეთში და სხვ.).

საქართველოში მცხოვრები ყველა ორგანოგადანერგილ პაციენტი აღრიცხვაზეა საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთ ასოციაციის საინფორმაციო ბანკში, რომელიც 1997 წელს დაარსდა (პრეზიდენტია პროფ. გია თომაძე) და რომლის მიზანია ხელი შეუწყოს საქართველოში ორგანოთა გადანერგვის განვითარებას. შექმნილია მონაცემთა კომპიუტერული ბაზა, რომელშიც ყველა პაციენტია შეყვანილი, და რომელიც საშუალებას იძლევა მოხდეს მონაცემთა როგორც სტატისტიკური, ის სამეცნიერო და კლინიკური ანალიზი.

ასოციაციაში არსებობს რამოდენიმე რეგისტრატურა, მათ შორის ერთ-ერთია დონორობის მსურველთა რეგისტრატურა ნებისმიერ ადამიანს საშუალება აქვს დააფიქსიროს საკუთარ სურვილი ორგანოს დონორობასთან მიმართებაში როგორ უშუალოდ საინფორმაციო ბანკში მისვლით, ისე ინტერნეტის საშუალებით (წწწ.ტრანსპლანტაციონ.გე).

ასოციაციასთან არსებობს სპეციალური ეთიკური კომისია რომელიც აკონტროლებს დონორ-რეციპიენტთა კანო-

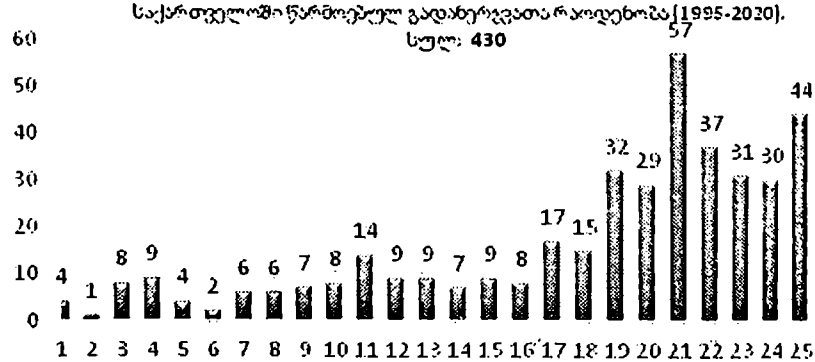
ნით განსაზღვრულ ურთიერთობას და იხილავს ტრანსპლანტაციასთან დაკავშირებულ სხვა ეთიკურ მომენტებს, კერძოდ, თუ რამდენად აქვს გაცნობიერებული ოპერაციაში მონაწილე ორივე მხარეს მოსალოდნელი შედეგები, რამდენად ნებაყოფლობითი დ უანგაროა გადაწყვეტილება დონორობის შესახებ და ა.შ. აღნიშნული სტრუქტურის ერთ-ერთი მიზანია არ დაუშვას კომერციალიზაცია დონორ-რეციპიენტთა შერჩევისას.

ტრანსპლანტოლოგიის განვითარებისათვის მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია ,,ტვინის სიკვდილის'' ბიოლოგიური სიკვდილად გამოცხადება, რაც უკვე დაფიქსირებულია საქართველო კანონმდებლობაში.

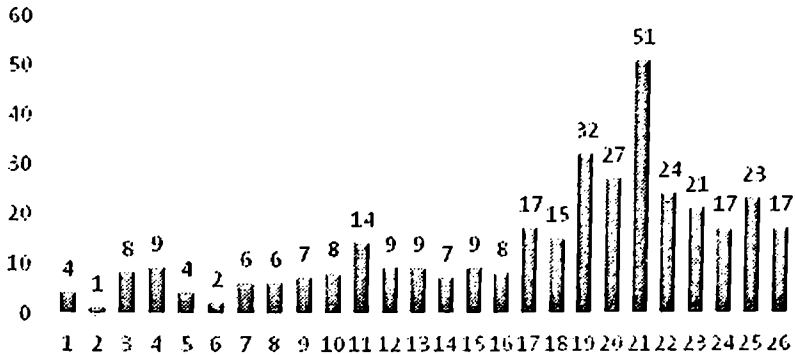
საქართველოში უკვე შექმნილია ქსოვილის ტრანსპლან ტაციის ბანკი, რომლის ფუნქციაც, გვამი დონორის არარსე ბობის გამო, ძირითადად ქსოვილის იმპორტით შემოიფარ გლება, თუ არ ჩავთვლით ამპუტირებული კიდურებიდან ქსოვილის აღების ერთეულ შემთხვევებს.

საქართველოში ორგანოთა გადანერგვის განვითარებისთვის აუცილებელია გვამური დონაციის დაწყება, რომლის განხორ ციელებისთვისაც აუცილებელია **ჯანდაცვის სამინისტროს პოლიტიკური ნება** და სამედიცინო საზოგადოების და მოსახლეობის პოზიტიური განწყობა.

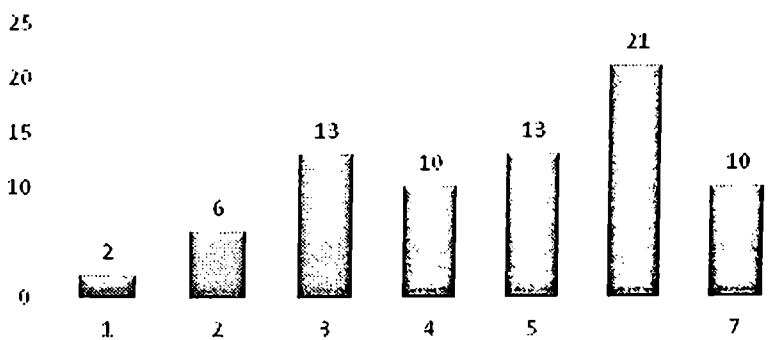
საქართველოში წარმოებულ გადანერგვათა რაოდენობა (1995-2020).
სულ: 430



საქართველოში წარმოებული თირკმლის გადანერგვების რაოდენობა (1995-2020), სულ: 355



საქართველოში წარმოებული ღვიძლის გადანერგვების რაოდენობა (2014-2020), სულ: 75



თავი IX. ეთიკა ფსიქიატრიაში

ფსიქიატრია (ბერძნ "Psyche" – სული და "iatros" – მკურნალობა) არის მედიცინის დარგი, რომელიც შეისწავლის ფსიქიკურ დაავადებათა გამოვლინებებს, მიმდინარეობას, წარმოშობის მიზეზებს, განვითარების მექანიზმებს, მკურნალობას და პროფილაქტიკას, ამიტომ მას სამედიცინო დისციპლინათა შორის ყველაზე მეტად აქვს საქმე ადამიანთან – homo sapiens-თან, აქედან გამომდინარე, ფილოსოფიასა და ეთიკასთან.

§1. პატერნალიზმი და ანტიპატერნალიზმი ფსიქიატრიის ისტორიაში

ფსიქიატრიაში პაციენტთან პატერნალისტური და ანტიპატერნალისტური დამოკიდებულების ტრადიცია ბევრად უსწრებს წინ თანამედროვე ბიოეთიკის ჩამოყალიბებას. პატერნალისტურმა საწყისმა მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა ფსიქიატრიის ისტორიაში. ფსიქიატრიის როგორც დამოუკიდებელი სამედიცინო დისციპლინის ჩამოყალიბება ექიმსა და ფსიქიკურ ავადმყოფთა შორის პატერნალისტური ურთიერთობის განმტკიცებასთანაა დაკავშირებული. და მეორე მნიშვნელოვანი ფაქტორი – საზოგადოების დამოკიდებულება "შეშლილებთან", როგორც ავადმყოფ ადამიანებთან, აქედან იწყება. ევროპის ქვეყნებსა და მთელ მსოფლიოში მანამდე ასეთ ავადმყოფებთან დამოკიდებულება, უპირატესად, პოლიტიკური ფორმით ვლინდებოდა.

"შეშლილებთან" – როგორც ავადმყოფ ადამიანებთან დამოკიდებულება ერთდროულად იწყებს ჩამოყალიბებას საფრანგეთსა და ინგლისში XVIII საუკუნის დასასრულს. "შეშლილების" ავადმყოფთა რანგში "აყვანა" ფრანგი ექიმის ფილიპ პინელის დამსახურებაა, რომელმაც 1798 წელს პარიზის სახელმწიფო საავადმყოფო ბისეტრში სულით ავადმყოფებს მოხსნა ჯაჭვი. ფსიქიატრიის მისეული რეფორმა საექიმო პატერნალიზმის აპოთეოზად იქცა. პინელი საკუთარ პაციენტებს ბავშვებს ადარებს, ხოლო მის მიერ დაარსებულ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოს – ოჯახს. პინელის პატერნალიზმი – ეს არა მხოლოდ ეთიკური პოზიციაა, არამედ მისი

თერაპიული მეთოდის, ე. წ. "მორალური მკურნალობის" არსიცაა, რომლის გამოყენებაში განსაკუთრებული როლი ექიმის ზნეობრივ და ფიზიკურ სრულყოფას ენიჭება. საკუთარ პაციენტებს პინელი "თავისუფლებას ასწავლიდა" და "აიძულებდა კიდეც თავისუფლებას". "თავისუფლების იძულების" იდეას იგი მხოლოდ ზოგიერთ ავადმყოფთან მიმართებაში (მათთან, ვინც "ბრმა გაშმაგებით" იყო შეპყრობილი), ზომიერად შეზღუდვისას "კამზოლის" (დამაწყნარებელი პერანგის) დახმარებით და დროებითი იზოლაციისას უშვებდა.

50 წლის შემდეგ ინგლისელმა ექიმმა ჯონ კონოლმა გააღრმავა პინელის საექიმო მეთოდის საკუთრივ ეთიკური ასპექტი. მისი წინადადებით გამოირიცხა ნებისმიერი მეთოდი, რომელიც სულით ავადმყოფებს ავიწროებდა. კონოლის მიერ შემოთავაზებული სისტემის "No restraint" (არავითარი შეზღუდვა) გარშემო ატეხილი აჟიოტაჟი ზოგადევროპულ მოვლენად იქცა. ეს ისტორიული კამათი საკმაოდ სიმბოლური აღმოჩნდა, რასაც არსებითი შედეგები მოჰყვა, თუმცა საექიმო პატერნალიზმის დოქტრინის საფუძვლებს იგი არ შეხებია. უფრო მეტიც, ფსიქიატრიული დახმარების პატერნალისტური მოდელი მთელ მსოფლიოში XX საუკუნის შუა წლებამდე უპირატესობით სარგებლობდა.

დასავლეთის ქვეყნების ფსიქიატრიაში საექიმო პატერნალიზმის კრიზისის მომასწავებელი ფსიქიატრიული საავადმყოფოების კრიზისი გახდა, რომელიც XX საუკუნის 50-იან წლებში დაიწყო; 1955 წელს მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ექსპერტთა კომიტეტმა გამოთქვა აზრი საზოგადოებისაგან იზოლაციის გარეშე ფსიქიკურ ავადმყოფთა მკურნალობის გაფართოების აუცილებლობაზე. 60-70-იან წლებში ამერიკის ფსიქიატრიაში „გატარდა ახალი პოლიტიკა – ფსიქიკურ ავადმყოფთა დეინსტიტუციონალიზაცია, ე. ი. ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მათ იძულებით ყოფნაზე უარის თქმის პოლიტიკა, რაც იმ დროისათვის გავრცელებული ფსიქოტროპული საშუალებების ფართოდ გამოყენებამ განაპირობა. ამის შედეგად ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში მკვეთრად გაიზარდა იმ ავადმყოფთა რაოდენობა, რომლებსაც ჩამოყალიბებული ტრადიციების გამო საავადმყოფოდან არ წერდნენ, თუმცა ისინი არსებითად აღარ საჭიროებდნენ სტაციონარულ მკურნალობას. ძველ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებს აკრიტიკებდნენ მათი დიდი ზომების გამო, აგრეთვე იმიტომაც, რომ პაციენტთა უმრავლესობა მუდმივ საცხოვრებელ ადგილს იყო მოცილებუ-

ლი, მათზე ვრცელდებოდა მეთვალყურეობისა და უპატივცემულობის პრინციპი, რომელიც უფრო მეტად ორიენტირებული იყო სიძულვილზე, ვიდრე ავადმყოფის მკურნალობასა და რეაბილიტაციაზე. ფსიქიატრიულ ავადმყოფთა უფლებების დასაცავად საზოგადოებრივი აზრის ჩამოყალიბებაში დიდი როლი შეასრულა მილოშ ფორმანის ცნობილმა ფილმმა "ვიღაცამ გუგულის ბუდეს გადაუფრინა".

აღსანიშნავია შემდეგი ტენდენციაც: ამერიკაში ფსიქიატრიის გადასარჩენად დაწყებულმა ფართომასშტაბიანმა მოძრობამ "საავადმყოფო საწოლის გარეშე" სახელმწიფო ფსიქიატრიული საავადმყოფოების მასობრივ დახურვამდე მიიყვანა, რასაც ბევრი ნეგატიური სოციალური შედეგი მოჰყვა. სულით ავადმყოფი პაციენტების ხარჯზე მკვეთრად გაიზარდა უსახლკაროთა და მაწანწალათა რაოდენობა. მოკლევადიან ჰოსპიტალიზაციაზე აქცენტს შედეგად რეჰოსპიტალიზაციის შემთხვევათა ("ერთიდაიგივე პიროვნების პარადი") ზრდა მოჰყვა.

დეინსტიტუციონალიზაციის პოლიტიკის ნეგატიური შედეგი იმით გამოიხატა, რომ ფსიქიატრიული დახმარების ახალი სისტემა უუნარო აღმოჩნდა კვალიფიციური სამედიცინო დახმარებით უზრუნველეყო ავადმყოფთა ყველაზე მძიმე კონტიგენტი. ამიტომ უკანასკნელ წლებში ამერიკაში განვითარება ჰპოვა ფსიქიატრიული დახმარების სხვადასხვა ფორმებმა – ნაწილობრივი ჰოსპიტალიზაცია, საერთო ტიპის საავადმყოფოებში ფსიქიატრიული მომსახურება და ა. შ. ამ ევოლუციის კონტექსტში საგულისხმოა ფსიქიკურად დაავადებულთა სტაციონარული მკურნალობისაკენ ერთგვარი შემობრუნება, რითაც პატერნალისტური ეთიკური დოქტრინა ფსიქიატრიაში, გარკვეული თვალსაზრისით, გამყარდა.

60-იან წლებში ევროპაში, შემდეგ კი ამერიკაში ფსიქიატრიის გარშემო უფრო დრამატული მოვლენა განვითარდა, რომელმაც ბიოეთიკის ზოგიერთი კონცეფცია და სიუჟეტი წინასწარ განჭვრიტა. იგულისხმება ანტიფსიქიატრიული მოძრაობა, რომლის თანახმად "ფსიქიური დაავადებები" არ არსებობს, არამედ ადგილი აქვს "მიკროსოციალურ კრიზისულ სიტუაციებს"; ფსიქიატრიული დიაგნოზი (ძირითადად იგულისხმება დიაგნოზი "შიზოფრენია") არის "სოციალური იარლიყი"; ფსიქიკურად დაავადებულები არ არსებობენ. ადგილი აქვს "ნორმალური ინდივიდების" საზოგადოებისაგან იზოლაციას ფსიქიატრთა დახმარებით; ფსიქიატრია არ არის მეცნიერება; ფსიქიატრები ექიმები კი არა, "პოლიციელებია თეთრ ხალათებში".

ანტიფსიქიატრების პრაქტიკულ პროგრამაში აქცენტი საავადმყოფოს ცხოვრების ნებისმიერი "იერარქიული-რეპრესიული" ფუნქციების მოცილებაზე, პერსონალისათვის "ახალი როლების" შესწავლაზე, ავადმყოფებისათვის კი "საკუთარი კრიზისის" ახლებურ გაგებაზეა გადატანილი. რეალური ანტიფსიქიატრიული ექსპერიმენტები (დიდ ბრიტანეთში, გერმანიაში და სხვა ქვეყნებში) პირველ რიგში ფსიქიატრიულ საავადმყოფოების ინსტიტუციონალურ წესს არღვევს, უარს ამბობს ფსიქოტროპული, სედატიური საშუალებების გამოყენებაზე. ზოგიერთი ანტიფსიქიატრი აუცილებლად არ მიიჩნევს წინააღმდეგობა გაეწიოს ადამიანისათვის თვითმკვლელობისაკენ სწრაფვას.

ანტიფსიქიატრიის იდეოლოგები თავიანთ მოძრაობას "ფსიქიატრიაში მესამე რევოლუციას" უწოდებენ. პირველ მოძრაობად ისინი "ჯადოქართა" პროცესების წინააღმდეგ XVI-XVII საუკუნეებში მიმართულ მიმდინარეობას მიიჩნევენ, მეორედ კი "პინელის რეფორმას". ანტიჰოსპიტალური და ანტიფსიქიატრიული მოძრაობები ფსიქიატრიაში ნამდვილი რადიკალური ცვლილებების წინამორბედად იქცა XX საუკუნის 70-80-იან წლებში, როცა ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის სოციალური კონტექსტი ძირითადად სულით ავადმყოფთა სამოქალაქო უფლებების დაცვის იდეით განისაზღვრებოდა. საქართველოში ამ იდეებმა ასახვა ჰპოვა დოკუმენტში "საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ". რუსეთში კი ფედერალურ კანონში "მოქალაქეთა უფლებების შესახებ ფსიქიატრიული დახმარების გაწევისას" და "ფსიქიატრთა პროფესიული ეთიკის კოდექსში" (მიღებულია რუსეთის ფსიქიატრთა საზოგადოების მიერ 1994 წ.).

§2. ფსიქიატრიის სფეროს ეთიკური და სამართლებრივი რეგულირება

ფსიქიატრიაში თანამედროვე ეთიკის პრინციპების და ბევრი ნორმის შინაარსს საერთაშორისო აღიარება გააჩნია. ისეთი დოკუმენტები, როგორიცაა ადამიანის უფლებების შესახებ 1990 წელს გაეროს კომისიის მიერ მომზადებული "ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა დაცვის პრინციპების, გარანტიებისა და ფსიქიატრიული დახმარების გაუმჯობესების ღონისძიებები", "ჰავაის დეკლარაცია" (დამტკიცებული 1977

წელს და გადასინჯული 1988 წელს მსოფლიო ფსიქიატრიული ასოციაციის მიერ) და სხვ., თითოეული ფსიქიატრის მუშაობაში მინიმალურ ეთიკურ სტანდარტს განსაზღვრავს.

ამ დოკუმენტების თანახმად, ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა ეთიკურ- სამართლებრივი დაცვის ძირითადი პრინციპის საფუძველზე, "ყოველ პირს, რომელიც ფსიქიკურად არის დაავადებული, ჰუმანურად და მისი ადამიანური ღირსებისადმი პატივისცემით უნდა მოვეპყრათ". სულით ავადმყოფები განსაკუთრებულად დაჩაგრული სოციალური ჯგუფია. სამართლებრივი იდეოლოგიის კონტექსტში პიროვნებებს ფსიქიკურ აშლილობით რაღაც საერთო აქვთ მოხალისეებთან, რომლებზედაც ახალი სამკურნალო საშუალებების გამოცდა ხდება, "ბავშვებთან სინჯარიდან", დონორებთან და რეციპიენტებთან ტრანსპლანტაციის პრაქტიკაში და ა. შ. მათი პიროვნული პატივისცემა, მათი სამოქალაქო უფლებების დაცვა განსაკუთრებულ სოციალურ (სამართლებრივ, პროფესიულ-ეთიკურ და ა. შ.) გარანტიებს მოითხოვს. ყოველ ცივილიზებულ საზოგადოებაში სულით ავადმყოფი ადამიანების მიმართ აკრძალული უნდა იყოს სტიგმატიზაცია (ე. ი. მოცემული ინდივიდის მიმართ შეურაცხმყოფელი იარლიყის გამოყენება, მაგალითად, "გიჟი"), სოციალური გაუცხოება, მათი უფლებების გაუმართლებელი შეზღუდვა, დამცინავი ან აგდებული დამოკიდებულება. სულით ავადმყოფთა ადამიანური ღირსების შელახვის ნებისმიერი ფორმა არა მარტო უზნეობაა, არამედ ბევრ შემთხვევაში სამართლებრივ შეფასებასა და სანქციებს იმსახურებს.

"ჟენევის დეკლარაცია" (1948 წ.) თითოეული ექიმისაგან მოითხოვს არ დაუშვას პაციენტთა დისკრიმინაცია. ავადმყოფთა ცალკეული ჯგუფების (სქესთან, ასაკთან, სარწმუნოებასთან, ეთნიკურ ან ეროვნულ კუთვნილებასთან და ა. შ. დაკავშირებით) დისკრიმინაციის ყველა შესაძლო სახეობათაგან აუცილებელია გამოვყოთ პაციენტთა დისკრიმინაცია, დაკავშირებული საკუთრივ ავადმყოფობასთან ან უუნარობასთან, რაც ფსიქიატრიაში განსაკუთრებით აქტუალურია.

სულით ავადმყოფთა დისკრიმინაციის გამოვლენა მათთვის სამედიცინო დახმარების გაწევისას შეიძლება იყოს: ა) უპირატესად მორალური; ბ) უპირატესად სოციალური.

პირველ პუნქტთან დაკავშირებით "ფსიქიატრიის პროფესიული ეთიკის კოდექსი" მიუთითებს: "ფსიქიატრის მიერ პაციენტის ადამიანური ღირსების შელახვა, არაჰუმანური, უგულო დამოკიდებულება პროფესიული ეთიკის ყველაზე

უხეშ დარღვევად ითვლება". თანამედროვე საზოგადოებაში სულით ავადმყოფთა სოციალური დისკრიმინაცია მრავალრიცხოვანი ფორმით ვლინდება. მათგან უმთავრესია მათ სამკურნალოდ გამოყოფილი მცირე ოდენობის ფულადი სახსრები და სხვა საშუალებები.

§3. ფსიქიკურად დაავადებულთა არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაცია

ფსიქიატრიული დახმარების დროს რთული ფსიქოლოგიური დაძაბულობით ხასიათდება სიტუაციები, როდესაც ექიმი-ფსიქიატრი არანებაყოფლობითი წესით სამედიცინო დახმარების გადაწყვეტილებას იღებს. XX საუკუნის II ნახევრამდე სულით ავადმყოფთა უდიდესი ნაწილის არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაცია საზოგადოდ მიღებულ სოციალურ ნორმად ითვლებოდა. როგორც წინა საუკუნეში ინგლისელი ფსიქიატრი ტ. მოდსლი წერდა: "შეშლილები საზოგადოებამ გარიყა თავისი რიგებიდან".

თანამედროვე მიდგომა ფსიქიკურად დაავადებულთა არანებაყოფლობითი მკურნალობისას დაფიქსირდა 1954 წელს, როცა ფსიქიკური ჯანმრთელობის გაეროს ექსპერტთა კომიტეტმა ფსიქიკურად დაავადებული სოციალურად საშიში პირების სასამართლოს ძალით ჰოსპიტალიზაცია განსაზღვრა როგორც მათთვის და მათი ნათესავებისათვის შეურაცხმყოფელი. ბევრ ქვეყანაში იმ დროს არსებული კანონმდებლობა, რომელიც არეგულირებდა იძულებით მკურნალობას, ბაძავდა სისხლის სამართლის კოდექსს. 1959 წელს ინგლისში მიღებულ იქნა კანონი "ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ", რომელიც არსებითად ფართოდ მოიცავდა ფსიქიკური დახმარების გაწევის ნებაყოფლობით პრინციპს, მათ შორის, გაუქმებული იყო იურიდიული სანქციები ფსიქიკურ ავადმყოფთა სტაციონარში მოთავსების წინ. ამ კანონის თანახმად, ჰოსპიტალიზაციის პრინციპი ფსიქიატრიაში ისეთივე უნდა იყოს, როგორც მედიცინის სხვა სფეროებში. არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაცია — ეს მხოლოდ განსაკუთრებული შემთხვევაა ფსიქიატრიაში.

კონვენციის მეშვიდე მუხლში "ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ", რომელიც ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა დაცვას ეხება, აღნიშნულია: "კანონით განსაზ-

ღრული დამცავი მექანიზმების, მათ შორის ზედამხედველობისა და გასაჩივრების პროცედურების გათვალისწინებით, სერიოზული ფსიქიკური დაავადების მქონე პირებს ამ დაავადების მკერნალობასთან დაკავშირებით სამედიცინო ჩარევა მათი თანხმობის გარეშე შეიძლება ჩაუტარდეთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ამ ჩარევის გარეშე მათ ჯანმრთელობას სერიოზული საფრთხე ემუქრება".

1987 წლისათვის ევროპის უმეტეს ქვეყნებში, ასევე ამერიკასა და კანადაში, ფსიქიატრიულ კლინიკებში ავადმყოფთა 20%-ზე მეტი ნებაყოფლობით იყო მოთავსებული. არ შეიძლება არ დავეთანხმოთ აზრს, რომ "როცა სამედიცინო დახმარება ხარისხიანად სრულდება, როცა სტაციონარში კეთილმოსურნე გარემოა, როგორც წესი, პაციენტისათვის რაიმეს დაძალების საჭიროება არ არსებობს".

სულით ავადმყოფთა დახმარების გაწევის თანამედროვე სისტემაში კომპეტენტურ ავადმყოფთა თანხმობის მიღება, დანიშნული ფსიქიატრიული მკურნალობის ნებისმიერ შემთხვევაში, ქვაკუთხედს წარმოადგენს. ფსიქიატრიულ მკურნალობაზე ინფორმირებული თანხმობის მიღების იურიდიული მხარე ამ დისციპლინას სხვა კლინიკურ დისციპლინებიდან გამოყოფს, ერთი მხრივ, ფსიქიატრიაში ავადმყოფის მკურნალობაზე დათანხმება აუცილებლად წერილობით უნდა იყოს გაფორმებული. მეორე მხრივ, ეთიკის ძირითადი მოთხოვნები ფსიქიატრიაში ავადმყოფისაგან მკურნალობაზე თანხმობის მისაღებად კანონით არის განმტკიცებული: "ექიმი ვალდებულია დაავადებულ პიროვნებას გასაგებად და მისი ფსიქიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით მიაწოდოს ინფორმაცია ფსიქიკური დარღვევების ხასიათის, მკურნალობის მეთოდების, რეკომენდებული მკურნალობის ხანგრძლივობის, ტკივილის შეგრძნების, შესაძლო რისკის, გვერდითი ეფექტებისა და მოსალოდნელი შედეგების შესახებ". შემდგომ კანონში დაფიქსირებულია, რომ თანხმობას "არაკომპეტენტურ" ავადმყოფებზე (არასრულწლოვანები 15 წლამდე და კანონის მიერ არაქმედითუნარიანად აღიარებულნი) მათი კანონიერი წარმომადგენლები იძლევიან.

თუ ვიმსჯელებთ მხოლოდ კომპეტენტურ პაციენტებზე, მაშინ აუცილებელია ხაზგასმით აღვნიშნოთ შემდეგი თავისებური ეთიკური აქსიომის სისწორე: ავადმყოფის რაიმე სახის ფსიქიკური დარღვევის არსებობა სულაც არ ეწინააღმდეგება მის უნარს — მისცეს ნებაყოფლობითი, შეგნებული თანხმობა მკურნალობაზე. მიუხედავად იმისა, რომ ექიმი-ფსიქიატრის

პრაქტიკაში ავადმყოფის მიმართ პატერნალისტური დამოკიდებულების ელემენტი უფრო მეტადაა გამოხატული, ვიდრე სხვა ექიმ-კლინიცისტებთან, ავადმყოფის ნებაყოფლობითი თანხმობის მიღებას მკურნალობაზე არასოდეს არ უნდა სდევდეს სიცრუე, მუქარა ან ძალდატანება.

ავადმყოფისაგან მიღებული თანხმობა შემოთავაზებულ მკურნალობაზე შეგნებულობის კრიტერიუმს რომ პასუხობდეს, ექიმმა ფსიქიატრმა ზოგჯერ სრულიად განსხვავებული, რთული მორალურ-ეთიკური კოლიზიები უნდა გადაჭრას. ფსიქიკური დარღვევების შესახებ ასეთი კოლიზიების გათვალისწინებით ავადმყოფის ინფორმირებისას ფსიქიატრები იძლევიან რეკომენდაციას ფსიქოთერაპიული მომენტის გათვალისწინების აუცილებლობაზე. ისინი თვლიან, რომ ავადმყოფისათვის იმის მტკიცება, რომ "ჭკუაზე გადადგა", დაუშვებელია. მკურნალობაზე თანხმობის მიღების დროს ექიმმა უპირატესად შედარებით ნეიტრალური ლექსიკა უნდა გამოიყენოს: "ნერვიული აშლილობა", "მძიმე ნერვიული მოშლილობა", "აკვიატებული იდეები ბოდვის წარმოშობის ტენდენციით", "აღქმის დარღვევები" და სხვა. იმ ავადმყოფებთან ურთიერთობისას, რომელთა ავადმყოფობა შეტევისმაგვარი ხასიათისაა და რემისიის პერიოდში ისინი კრიტიკულ დამოკიდებულებას ამჟღავნებენ მათ მიმართ, დასაშვებია შედარებით ღია ინფორმაცია.

განსაკუთრებული საკითხია ფსიქიკური ავადმყოფისათვის ინფორმაციის მიწოდება დიაგნოზის შესახებ. კანონი ექიმ-ფსიქიატრს მკურნალობაზე თანხმობის მიღებისას არ ავალდებულებს ავადმყოფს აუცილებლად აცნობოს დიაგნოზი. თუ დიაგნოზი ავადმყოფში არ იწვევს კატეგორიულ უსიამოვნებას ან აშკარა უარყოფით ემოციებს, მაშინ ექიმს შეუძლია ეს საკითხი ავადმყოფთან ერთად განიხილოს (ამასთან, არა მარტო ისეთი დიაგნოზები, როგორიცაა "ნევროზი", "ფსიქოპათია", "დეპრესია", "ეპილეფსია", არამედ "შიზოფრენიაც", "მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზიც" და ა. შ.). მკურნალობის საკითხის განხილვის დროს ექიმი ავადმყოფის მიმართ უნდა იყოს მართალი, მაგრამ არა ზედმეტად კატეგორიული.

სამედიცინო დახმარების გაწევის დროს ნებაყოფლობითობის პრინციპი მოიცავს ავადმყოფის უფლებას უარი თქვას სამედიცინო ჩარევაზე. პაციენტის ეს უფლება განმტკიცებულია კანონით "ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ" ავადმყოფის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლების უფლებების შეზღუდვა მკურნალობაზე უარის თქმაზე დასაშვებია მხო-

ლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში.

ფსიქიკური ავადმყოფებისათვის მინიჭებული უფლება – უარი თქვან მკურნალობაზე, წარმოშობს ახალ მორალურ-სამართლებრივ დილემებს. ბიოსამედიცინო ლიტერატურაში მიმდინარეობს დისკუსიები სულით ავადმყოფთა უფლებებისა და უნარის "სპეციალური შეზღუდვის" შესახებ, როცა პაციენტს შენარჩუნებული აქვს სხვა უფლებები, მაგრამ ამავდროულად დაკარგული აქვს მკურნალობაზე უარის თქმის უფლება. საქმე იმაშია, რომ ზოგჯერ სულით ავადმყოფს არ აქვს უნარი კრიტიკულად შეაფასოს საკუთარი ფსიქოლოგიური მდგომარეობა.

საქართველოს კანონში "ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ" განმარტებულია აუცილებელი და საკმარისი პირობები, როდესაც სულით ავადმყოფთა გარკვეული კატეგორიების ჰოსპიტალიზაცია დასაშვები ხდება მათი ნებაყოფლობითი თანხმობის გარეშე: იგულისხმება ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობა, რომელსაც კანონი განსაზღვრავს როგორც "მძიმე ფსიქიკურ მოშლილობას"; გათვალისწინებულია შემთხვევები, როცა ავადმყოფის მდგომარეობის განხილვა და მკურნალობა შესაძლებელია მხოლოდ სტაციონარულ პირობებში (ე. წ. ამბულატორიული მკურნალობა გამორიცხულია); ავადმყოფის მდგომარეობა უნდა ხასიათდებოდეს თუნდაც ერთი შემდეგი მახასიათებლით:

1) ავადმყოფი საფრთხეს უქმნის საკუთარ თავს ან გარშემომყოფთ;
2) ავადმყოფი უძლურია, ე. ი. არ შესწევს უნარი დამოუკიდებლად დაიკმაყოფილოს ძირითადი აუცილებელი მოთხოვნილებები;
3) ავადმყოფის ფსიქიკური მდგომარეობა ისეთია, რომ მისი დატოვება ფსიქიატრიული დახმარების გარეშე მნიშვნელოვან ზიანს მიაყენებს მის ჯანმრთელობას.

ცნება "არანებაყოფლობითი ფსიქიატრიული ზომები" უნდა განვასხვავოთ ცნებისაგან "სამედიცინო ხასიათის იძულებითი ზომები" ("იძულებითი ფსიქიატრიული მკურნალობა"). უკანასკნელი ცნებაც ასახავს მკურნალობის ჩატარებას ავადმყოფის თანხმობის გარეშე (თანხმობის წინააღმდეგ). აქ იგულისხმება ის სულით ავადმყოფები, რომლებიც საზოგადოებისათვის სახიფათოდ მოქმედებენ. საქართველოს კანონმდებლობის თანახმად (კანონი "ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ"), იძულებითი მკურნალობის დანიშვნა და ჩატარება სასამართლო გადაწყვეტილების მიხედვით ხდება.

§4. პრინციპი "არ ავნო!" ფსიქიატრიაში

თანამედროვე ევროპული ფსიქიატრიის ისტორია "პინელის რეფორმით" იწყება. პინელის მიერ ფსიქიკური ავადმყოფებისათვის "ჯაჭვების მოხსნა", დ. კონოლის "შეუზღუდველობის", "ღია კარების" სისტემა ევროპულ ფსიქიატრიაში XIX საუკუნის მეორე ნახევარში ფსიქიატრიაში ჰუმანიზაციის ეტაპებია. მათმა გამაერთიანებელმა ზოგადმა ტენდენციამ უფრო სრული ასახვა ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის ნორმაში — "ნაკლები შეზღუდვის ალტერნატივის" შერჩევაში ჰპოვა. ეთიკური პრინციპის "არ ავნოს" თანახმად, ეს ნორმა პაციენტისათვის ზიანის მიყენების შესაძლებლობას აღიარებს, მაგრამ ამ ზიანის მინიმუმამდე დაყვანას ითვალისწინებს.

დასახელებული ნორმიდან განომდინარე, ფსიქიატრიული სტაციონარის დანიშნულება საფუძვლიან გააზრებას საჭიროებს. მის ფუნქციას წარმოადგენს სულით ავადმყოფთა მკურნალობა და იმ პირთა იზოლაცია, ვინც საკუთარი თავისა და გარშემომყოფთათვის საშიშროებას წარმოადგენს. ამავე დროს მან უნდა დააკმაყოფილოს იმ პაციენტთა გონივრული მოთხოვნები, რომლებიც სამედიცინო დახმარებას სტაციონარში, მათი სამოქალაქო უფლებების გარანტიების გათვალისწინებით იღებენ. თვითიზოლაციის ზომები გამოყენებულ უნდა იქნეს მხოლოდ "მინიმალური საკმარისიანობის" ფორმულის შესაბამისად. თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის მოთხოვნების თანახმად, იზოლაციისა და შეზღუდვის ზომების გამოყენება დასაშვებია მხოლოდ "დროის ჩართული მრიცხველისას", "ეთიკური მონიტორინგის" პირობით, რომელიც განუწყვეტლივ ამტკიცებს, რომ ავადმყოფისათვის მოცემულ მდგომარეობაში მეორე გონივრული ალტერნატივა არ არსებობს. "ნაკლებად შემზღუდავი ალტერნატივის" ნორმის გამოყენების გამოცდილება ფსიქიატრიაში ცალკეულ თანამედროვე ავტორებს ნებას აძლევს ჩამოაყალიბონ კატეგორიული იმპერატივის უკიდურესი ვარიანტი: "არავინ არ შეიძლება იყოს იზოლირებული რამდენიმე დღეზე მეტი ხნის ვადით, ჩვეულებრივ კი იზოლაცია უნდა გაგრძელდეს მხოლოდ რამდენიმე წუთს ან საათს". "ნაკლებად შემზღუდავი ალტერნატივის" მოთხოვნა ფსიქიატრიაში ბიოეთიკის ერთ-ერთი ძირითადი პრინციპის — "არ ავნოს" გამოხატვად ითვლება. ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის დროს ამ პრინციპის გამოყენებას ბევრი სპეციფიური თავისებურება აქვს.

სქემატურად ფსიქიატრიული პრაქტიკით მიყენებული ზიანი შემდეგ სახეებამდე დაიყვანება:

1. იძულება ფსიქიატრის მიერ არანებაყოფლობითი შემოწმების უწყინარი სიტუაციებიდან (მაგალითად, ზოგ შემთხვევებში შრომისუნარიანობის ექსპერტიზები) წამლების იძულებით შეყვანამდე ან იძულებით კვებამდე;

2. სოციალური შეზღუდვები და აკრძალვები, რომლებიც, პირველ რიგში, ეხება ფსიქიკურად დაავადებულების მიერ შესრულებულ პროფესიული საქმიანობის ცალკეულ სახეებს და მოღვაწეობას, რომლებიც არ არიან პროფესიული, მაგრამ დაკავშირებულნი არიან გაძლიერებული საშიშროების წყაროსთან.

3. გაუცხოება, რომელიც ახასიათებს თანამედროვე საზოგადოებას სულით ავადმყოფებთან მიმართებაში. ფსიქიატრთან ვიზიტი, ფსიქიატრიულ სტაციონარში (დისპანსერში "აღრიცხვაზე") ყოფნა, ფსიქიატრიული დიაგნოზები, რომლებიც გახმაურდა, ყველაფერი ეს ობივატელის შეფასებით "იარლიყებად" მოიაზრება, რაც თავის მხრივ, ფსიქიკურად დაავადებულთა სტიგმატიზაციის საფუძველი ხდება, ბღალავს მათ ადამიანურ ღირსებას, ხელს უწყობს დისკრიმინაციასა და ექსპლოატაციას, მათ გარშემო ემოციურ იზოლაციას ქმნის.

4. საკუთრივ მორალური ზიანი, რომელსაც სულით ავადმყოფებს ექიმები და მედპერსონალი აყენებს, მედიკოსთა მიერ პროფესიული ეთიკის ნორმების კონფიდენციალობის, სამართლიანობის, პირად ცხოვრებაში ჩაურევლობის და ა. შ. დარღვევიდან გამომდინარეობს. ფსიქოთერაპიული მუშაობის მანძილზე ფსიქიატრმა არ უნდა დაივიწყოს, რომ საკუთარი რწმენისა და ღირებულებების პაციენტისათვის თავს მოხვევით მას ზიანის მიყენების საშიშროებას უქმნის.

5. ზიანი, რომელიც თან სდევს კვლევის ინვაზიური მეთოდების გამოყენებას და მკურნალობის მეთოდებს, რომლებსაც გვერდითი მოვლენები ახასიათებს. ავადმყოფისათვის ზიანის მიყენება გამოწვეულია არა მხოლოდ გამოკვლევის ისეთი სახიფათო მეთოდებით, როგორებიცაა ზურგის ტვინის პუნქცია, პნევმოენცეფალოგრაფია, კონტრასტული ანგიოგრაფია და ა. შ., არამედ კვლევის გენეტიკური, ეპიდემიოლოგიური მეთოდებით (მაგალითად, გენეალოგიურმა მეთოდმა შეიძლება ავადმყოფის ახლო ნათესავების დანაშაულის გრძნობის აქტუალიზაციამდე მიგვიყვანოს).

სულიერი დაავადებების მკურნალობის ისტორიაში არსებობს ბევრი სხვადასხვაგვარი "ფურცლები", მათ შორის

XX საუკუნის პირველი ნახევრის გერმანელი ფსიქიატრების ე. წ. "მექანიზირებული ფსიქოთერაპია". განსაკუთრებით ყურადსაღებია საშუალებები, რომლებიც ტკივილს იწვევს: მწველი ჩაზელვები, მოსამწიფებელი სალბუნები, რკინით მოწვა და ხანდახან მათრახის გამოყენებაც.

ფსიქიკური მოშლილობის მკურნალობის მიზნით მექანიზირებული მეთოდების, ფსიქოქირურგიის მეთოდების გამოყენებამ და შემდგომ ამ მკურნალობის უარყოფამ ან მათი მაჩვენებლის მნიშვნელოვანმა გაკიცხვამ უფრო მეტად დაადასტურა ფსიქიატრიაში ეთიკური პრინციპის "არ ავნოს" განსაკუთრებული აქტუალობა. უნდა გვახსოვდეს, რომ ფსიქოტროპული სამკურნალო საშუალებების გამოყენების თანამედროვე პრაქტიკას ზოგჯერ თან სდევს საკმაოდ სერიოზული გვერდითი მოვლენები — მოძრაობის აქტივობის დარღვევა, მოძრაობის უნარის მოშლა და ა. შ. სხვადასხვა მონაცემებით ნეიროლეპტიკებით მკურნალობის 0,4-14% შემთხვევაში, თუ მკურნალობა სათანადო წესებით არ ტარდება, ვითარდება მძიმე "ნეიროლეფსიური სინდრომი", რომელიც ხანდახან პაციენტთა სიკვდილის მიზეზი ხდება.

საკუთრივ მორალის სფერო არის ქცევათა მოტივაციის, ზნეობრივი არჩევანის სფერო. აშკარაა, რომ თავისუფლების შეზღუდვისა და სოციალური სანქციების გამოყენება, გამოკვლევისა და მკურნალობის ე. წ. "სახიფათო" მეთოდების გამოყენება ფსიქიატრიაში ზოგჯერ ისევე აუცილებელია, როგორც სკალპელი ქირურგიაში. ავადმყოფისადმი "არ ავნოს" პრინციპის თანახმად, მორალური არჩევანი ამ პირობებში უნდა იყოს "ნაკლები ბოროტების" არჩევანი. ექიმი-ფსიქიატრის მუშაობაში მოცემული პრინციპის პრაქტიკული მოქმედება დიფერენცირდება დაავადების კლინიკური სურათის მიხედვით და, რაც მთავარია ავადმყოფის მდგომარეობის სიმძიმიდან გამომდინარე.

მძიმე ფსიქიკური დარღვევების მქონე ავადმყოფთან დაკავშირებით (ვთქვათ, ფსიქოზის არსებობა, მე-2 და მე-3 ხარისხის ოლიგოფრენია) "ნაკლებ ბოროტებას" წარმოადგენს არა ერთი, არამედ რამდენიმე სახის "ზიანის" მიყენება — იზოლაციაც, სამკურნალო საშუალებების არანებაყოფლობითი გამოყენებაც, მით უფრო ისეთ დოზებში, როცა ამ უკანასკნელის გვერდითი მოვლენები განსაკუთრებით დიდია და ა. შ. ამასთან, ექიმის მოქმედებები სრულად უნდა შეესატყვისებოდეს კანონს და უნდა პასუხობდეს ასევე მნიშვნელოვან ეთიკურ მოთხოვნას, რომელიც შეიძლება დავახასიათოთ რო-

გორც ამგვარ სამედიცინო ჩარევაზე არაპირდაპირი, "სუროგატული" თანხმობის მიღება ავადმყოფისაგან. ფსიქოზური მდგომარეობიდან გამოსვლის შემდეგ ავადმყოფი იწონებს ექიმის გადაწყვეტილებას, რაც მისი არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი იყო. ავადმყოფის ახლობლების მიერ ექიმის არჩევამაც შეიძლება ანალოგიური მოწონება დაიმსახუროს ავადმყოფის მხრიდან, თუ გავითვალისწინებთ ურთიერთობებს, რომელიც პაციენტსა და მის გარემომცველ ადამიანებს შორის არსებობს.

მარტოხელა სულით ავადმყოფებთან მიმართებაში ექიმის გადაწყვეტილებების სამართლიანობის კრიტერიუმად მხოლოდ მისი სინდისი ითვლება. ამ შემთხვევაში მოქმედებს ჯერ კიდევ საბარებიდან ცნობილი "ზნეობრიობის ოქროს წესი"-"ყველგან და ყველაფერში სხვებს მოექეცი ისე, როგორც გინდათ მოგექცნენ ადამიანები თქვენ, რამეთუ ამაშია კანონი და წინასწარმეტყველებანი". აშკარაა, რომ მოცემულ შემთხვევაში ავადმყოფის მაგიერ "თანხმობას" იძლევა თვითონ ექიმი, წინასწარ აყენებს რა საკუთარ თავს მის ადგილზე.

§5. ფსიქიატრიის ბოროტი მიზნებისათვის გამოყენება

ფსიქიატრიაში "არ ავნოს" პრინციპის განხილვისას განსაკუთრებული სიმწვავით დგება ექიმებისა და სამედიცინო პერსონალის ბოროტი მიზნით გამოყენების საკითხი. ფსიქიატრიის ბოროტად გამოყენებასთან დაკავშირებით სამედიცინო ეთიკის ძირითად ნორმატიულ აქტს მსოფლიო ფსიქიატრთა ასოციაციის "ჰავაის დეკლარაცია" წარმოადგენს. ფსიქიატრიის ბოროტად გამოყენება, ამ კლინიკური დისციპლინის უფლებამოსილების და ექიმ-ფსიქიატრის უნარის, ასევე ფსიქიატრიულ დაწესებულებათა პერსონალის გამოყენება ბოროტი მიზნებისათვის, ავადმყოფის ან მისი ახლობლების საზიანოდ – ეს ის საკითხებია, რომლებიც "ჰავაის დეკლარაციის" ძირითად შინაარსს წარმოადგენს. ფსიქიატრიის ბოროტი მიზნებისათვის გამოყენება პოლიტიკასთან არის დაკავშირებული, როდესაც არასწორი, წინასწარ გამიზნული დიაგნოზი დაისმება არაადექვატურად, პიროვნების უფლებების სრული უგულებელყოფით.

ფსიქიატრიის, როგორც ცოდნის, ბოროტად გამოყენებას სხვადასხვა ასპექტი შეიძლება ჰქონდეს. მაგალითად, XX სა-

უკუნის 60-80-იან წლებში ფსიქიატრიის მოსკოვის სკოლაში (და არა მხოლოდ იქ) გავრცელება ჰპოვა შიზოფრენიის ჰიპერდიაგნოსტიკამ. ეთიკური თვალსაზრისით აუცილებელია მკვეთრად გავმიჯნოთ ერთმანეთისაგან მცდარი საექიმო დიაგნოზის ორი ჯგუფი. პირველი ესაა დიაგნოსტიკური საექიმო შეცდომები, რომელშიც იგულისხმება "კეთილსინდისიერი ცდომილებანი". მეორე ჯგუფი ესაა შემთხვევები, როცა ფსიქიატრთა მცდარი დიაგნოსტიკური დასკვნები არათუ არასწორად ასახავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობას, არამედ არასამედიცინო ფაქტორებით არის განპირობებული. ფსიქიატრთა მსოფლიო ასოციაციის III კონგრესზე (ათენი, 1989 წ.) ფსიქიატრთა სრულიად საკავშირო საზოგადოების "განცხადებაში" ოფიციალურად იყო აღიარებული, რომ საბჭოთა ფსიქიატრიაში ხდებოდა "ფსიქიატრიის არასამედიცინო მიზნით, ბოროტად გამოყენება პოლიტიკური ხასიათის მიზეზთა გამო". მხედველობაში იყო მიღებული არა მარტო მსოფლიოში ფართოდ ცნობილი სამართალდამცველ "დისიდენტთა" საქმეები, არამედ ასევე იგულისხმებოდა ის მოქალაქეები, რომლებსაც "ლოკალური კონფლიქტები" ჰქონდათ ხელისუფლებასთან, რაც ყოველგვარი სახის მიზეზის მიუხედავად კლინიკაში არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციით მთავრდებოდა, თუმცა ამის კლინიკური საფუძველი არ არსებობდა. ასეთ სიტუაციებში ფსიქიატრთა მორალური პასუხისმგებლობა ეწინააღმდეგებოდა ფსიქიატრთა ასოციაციის პროფესიული ეთიკის კოდექსის ნორმას, რომლის თანახმად: "ფსიქიკური მოშლილობის დიაგნოზი არ შეიძლება დაეყრდნოს ადამიანის შეხედულებებისა და რწმენის არათანხვედრას საზოგადოებაში მიღებულთან".

ისტორიაში არცთუ ისე ცოტაა "დამსჯელი ფსიქიატრიის" სხვა მაგალითებიც. 1836 წელს, როცა იმპერატორმა ნიკოლოზ I წაიკითხა პ. ი. ჩაადაევის პირველი "ფილოსოფიური წერილი", ავტორი "გიჟად" გამოაცხადა, რის საფუძველზეც ფილოსოფოსის მიმართ გამოყენებულ იქნა "სამედიცინო – პოლიციური ზედამხედველობის" ზომები – მას მთელი წლის განმავლობაში ექიმები სახლში აკითხავდნენ. მხოლოდ "მეფის განსაკუთრებული შეწყალების" გამო ჩაადაევი არ მოათავსეს სულით ავადმყოფთა თავშესაფარში. XX საუკუნეში გერმანელი ფსიქიატრები "იძულებითი სტერილიზაციისა და ევთანაზიის" ფაშისტური პროგრამების თანამონაწილეები გახდნენ. 1936-39 წლების გერმანიაში ფსიქიკური ავადმყოფების მასობრივი ფორსირებული სტერილიზაცია ტარდებო-

და. 1939-41 წლებში კი საავადმყოფოები გადაკეთდა დაწესებულებებად, რომლებშიც ათასობით ადამიანს მათი მდგომარეობისა და ავადმყოფობის "კრიტიკული შეფასების" შემდეგ "საჩუქრად" "მსუბუქი სიკვდილი" ეძლეოდა. ჰიტლერის ბრძანებით, რომელმაც ევთანაზიის აქციის ინიციირება მოახდინა, ფაქტიურად ნაცისტური რეჟიმისათვის გამოუსადეგარ პირთა მასობრივი მკვლელობის პრაქტიკა დაიწყო. გასული საუკუნის 60-80-იან წლების რუმინეთში, ჩაუშესკუს მმართველობის დროს, პარტიულ სხდომებთან, პრეზიდენტის მოგზაურობებთან ან სპორტულ ღონისძიებებთან დაკავშირებით ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ათავსებდნენ არა მარტო სულით ავადმყოფებს, არამედ სრულიად ჯანმრთელ ადამიანებსაც, რომლებიც მთავრობისათვის "არასასურველ პირებს" წარმოადგენდნენ.

ფსიქიატრთა მსოფლიო ასოციაციის "ჰავაის დეკლარაციიდან" დაწყებული, როგორც საერთაშორისო, ასევე ნაციონალური ეთიკურ-სამართლებრივი დოკუმენტები აფიქსირებენ დებულებებსა და ნორმებს, რომლებიც კატეგორიულად კრძალავენ არასამედიცინო მიზნებისათვის ფსიქიატრიულ საშუალებათა გამოყენებას (ნაწილობრივ, ფსიქიკურ დარღვევებიან პირთა დასასჯელად ან სხვა პირთა ინტერესებისათვის). საბჭოთა ფსიქიატრიაში აღინიშნებოდა სულფაზინის ან ნეიროლეპტიკების დანიშვნა არა კლინიკური მაჩვენებლებით, არამედ დასჯისათვის (ვთქვათ, რეჟიმის დარღვევისათვის). მედიკამენტის დოზა დამოკიდებული იყო დანაშაულის (გადაცდომის) სიმძიმეზე. ამასვე უნდა მივაკუთვნოთ ასევე არაკლინიკური მაჩვენებლებით ძილისმომგვრელი, სედატიური საშუალებების დანიშვნის ფაქტები. მაგალითად, იმიტომ, რომ მშვიდად ჩაიაროს მორიგეობამ და ა. შ. ნიშანდობლივია ისიც, რომ "ჰავაის დეკლარაცია" საბჭოთა კავშირში 1992 წელს გამოქვეყნდა. საქართველოში ეს პროცესი (იგულისხმება მედიცინისათვის საკანონმდებლო ბაზის შექმნა) ახლა მიმდინარეობს. ფსიქოტროპულ საშუალებათა და მეთოდების გამოყენება არასამედიცინო მიზნით აკრძალულია კანონით "ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ" და, რა თქმა უნდა, განხილულია როგორც სამედიცინო ეთიკასთან შეუთავსებელი.

ფსიქიატრიის, როგორც ცოდნის ბოროტად გამოყენება, მჭიდროდ არის დაკავშირებული ფსიქიატრის მიერ პროფესიული მდგომარეობის ბოროტად გამოყენებასთან. ფსიქიატრის პაციენტთან პირველი კონტაქტი უკვე ექიმის არაკეთილსინდისიერი ქცევის შესაძლებლობას მოიცავს. შემთხვევითი არ არის,

რომ კანონში "ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ" აღნიშნულია ექიმი ასეთ სიტუაციაში ვალდებულია პაციენტს წარუდგეს როგორც ექიმი-ფსიქიატრი. ეს მოთხოვნა არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევებზე არ ვრცელდება. თუმცა აქაც, თუკი ავადმყოფებს შენარჩუნებული აქვთ ორიენტაციის უნარი და ცნობიერება არ არის დარღვეული, აქვთ საკუთარი მდგომარეობის თვითშეფასების უნარი, ეთიკური თვალსაზრისით ფსიქიატრის მიერ ინკოგნიტოს შენარჩუნება (არსებითად, პაციენტის მოტყუება) გამართლებული არ არის.

ეთიკის თვალსაზრისით, ფსიქიატრს უფლება არა აქვს ისარგებლოს ექიმის მდგომარეობით და მოახდინოს ქონებრივი გარიგება პაციენტთან, გამოიყენოს მისი შრომა. ვთქვათ, მკურნალ ექიმს სურს დაიქირაოს პაციენტისაგან საცხოვრებელი ან იგი საკუთარ აგარაკზე სამუშაოდ დაიქირაოს. ასევე დავუშვათ, რომ ექიმი იცავს კანონის ყველა მოთხოვნას და ცდილობს დადებული ხელშეკრულებები შეესაბამებოდეს საყოველთაოდ მიღებულ "ფინანსური სამართლიანობის" მოთხოვნებს. იურიდიულად ორივე გარიგება დასაშვებია (რა თქმა უნდა, თუ პაციენტი კანონიერად არ არის აღიარებული არაქმედითუნარიანად), მაგრამ ისინი ეწინააღმდეგებიან ფსიქიატრის პროფესიულ ეთიკას.

ამ შემთხვევაში ეთიკური აკრძალვის "სიბრძნე" ეფუძნება მოთხოვნას, რომლის თანახმად ფსიქიკურად დაავადებულები დამატებით უნდა იყვნენ დაცული მათი ინტერესების ხელყოფის საფრთხისაგან, მათ კანონიერ უფლებებზე თავდასხმისაგან. ამ შემთხვევებში ეთიკური აკრძალვა თითქოსდა გვარიდებს ისეთ ყოფითი სიტუაციების წარმოშობას, როცა ექიმი, რომელიც ავადმყოფის ბინას ქირაობს, სულაც არ ეცდება ავადმყოფის გაწერის აჩქარებას და თუ ეს არგუმენტი რომელიმე შემთხვევაში დაკარგავს ძალას (ჩვეულებრივი შემთხვევა: ჭეშმარიტი ექიმი უბრალოდ არ დაუშვებს, რომ არასამედიცინო მოსაზრებებმა განსაზღვრონ ავადმყოფის გაწერის საკითხი), ეთიკური აკრძალვა განაგრძობს მოქმედებას მხოლოდ მორალური აუცილებლობის გამო: ე. ი. იმის გამო, რომ ფსიქიატრის ქონებრივი გარიგების დაშვება (მით უმეტეს, მორალური გამართლება) პაციენტთან ან მისი შრომის გამოყენება, საზოგადოების ცნობიერებაში მედიცინის მოწოდების იდეალის დევალვაციას გამოიწვევს, ასევე ექიმ-პაციენტის ურთიერთობის მორალურ- ეთიკურ მხარეზე მადეფორმირებელ ზეგავლენას მოახდენს, ასევე "გააჭუჭყიანებს" სამედიცინო დაწესებულების მორალურ ატმოსფეროს.

ძირითად ფაქტორად, რომელიც ფსიქიატრიის ბოროტად გამოყენების შესაძლებლობას განსაზღვრავს, ექიმი ფსიქიატრის პროფესიული თავისებურება ითვლება — ექიმის პროფესიული დამოუკიდებლობის პრობლემას აქვს როგორც მორალურ-ეთიკური, ასევე სოციალური (მათ შორის სამართლებრივი) განზოგადება. ცნობილ "ლისაბონის დეკლარაციაში" პაციენტის უფლებების შესახებ" (1981 წ.) ნათქვამია: "ა) პაციენტს უფლება აქვს არ მიიღოს დახმარება იმ ექიმისაგან, რომელიც თავისუფალი არ არის გარეშე ზეგავლენისაგან კლინიკური და ეთიკური გადაწყვეტილებების მიღებისას; ბ) პაციენტს უფლება აქვს თავისუფლად ამოირჩიოს მკურნალი ექიმი; გ) პაციენტს, ადექვატური ინფორმაციის მიღების შემდეგ, უფლება აქვს დათანხმდეს ან უარი თქვას მკურნალობაზე".

1986 წელს მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციამ მიიღო "დეკლარაცია ექიმის დამოუკიდებლობისა და პროფესიული თავისუფლების შესახებ", რომელშიც ნათქვამია: "ექიმის პროფესიული თავისუფლება გულისხმობს თავისუფლებას უცხო ჩარევისაგან სამკურნალო პროცესში. ყველგან და ყოველთვის უნდა დავიცვათ ექიმის პროფესიული სამედიცინო და ეთიკური გადაწყვეტილებების დამოუკიდებლობა". მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის "ჰავაის დეკლარაციაში" ამ საკითხს მნიშვნელოვანი ადგილი აქვს დათმობილი: "თუ პაციენტი ან რომელილაც მესამე მხარე მოითხოვს ფსიქიატრისაგან მოქმედებებს, რომლებიც ეწინააღმდეგებიან სამედიცინო ცოდნას ან ეთიკურ პრინციპებს, მაშინ ექიმმა უარი უნდა თქვას თანამშრომლობაზე". კანონი "ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ" აფიქსირებს შემდეგს: "ექიმ-ფსიქიატრის დამოუკიდებლობა ფსიქიატრიული დახმარების გაწევისას, რომლის ერთ-ერთი ნორმით გარანტირებულია ექიმ-ფსიქიატრის დამოუკიდებელი აზრის თავისუფლება, თუ ის არ ემთხვევა საექიმო კომისიის გადაწყვეტილებას".

§6. ფსიქიკურად დაავადებულთა კონფიდენციალობის დაცვა

კონფიდენციალობის ნორმის გამოყენებას ფსიქიატრიაში ბევრი თავისებურება ახასიათებს. თანამედროვე საზოგადოებაში შენარჩუნებული სულით დაავადებულთა სტიგმატიზაციის პირობებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ფსიქიატრიული

დახმარების დროს ექიმებისა და მედპერსონალის მიერ საექიმო საიდუმლოების დაცვა. საქართველოს კანონი "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" განსაზღვრავს რა საექიმო საიდუმლოების ობიექტს, ასეთებად მიიჩნევს: მონაცემებს ფსიქიატრიული დახმარებისადმი მიმართვის, ფსიქიკური აშლილობის არსებობის, ფსიქიატრთან მკურნალობის, ასევე სხვა მონაცემებს ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

საექიმო საიდუმლოების სუბიექტებად, ე. ი. იმ პირებად, რომლებსაც ევალებათ სამედიცინო დახმარების დროს კონფიდენციალური ინფორმაციის საიდუმლოდ შენახვა, ითვლებიან: ექიმები, ფსიქოლოგები, საშუალო სამედიცინო პერსონალი, სანიტრები და საერთოდ ფსიქიატრიული დაწესებულების ყველა თანამშრომელი (მაგალითად, სასწრაფო დახმარების მანქანის მძღოლი), ასევე სტუდენტი-მედიკოსები, რომელთათვისაც საექიმო საიდუმლოება შეიძლება ცნობილი გახდეს სასწავლო პროცესში. საექიმო საიდუმლოების დაცვა კანონით ობიექტურ მოთხოვნად ითვლება, რაც არ არის დამოკიდებული იმაზე, ცდილობს თუ არა თვითონ ავადმყოფი საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ მონაცემების გასაიდუმლოებას.

ფსიქიატრიული დახმარების გაწევის დროს საექიმო საიდუმლოების დაცვის აუცილებლობასთან დაკავშირებული მორალურ-ეთიკური კოლიზიები ნამდვილი დრამატიზმითაა აღსავსე. არცთუ ისე დიდი ხნის წინათ პრესაში გამოქვეყნებული მაგალითებიდან მოვიყვანთ მხოლოდ ერთს. ფსიქიატრებმა დაუმალეს ავადმყოფის მეუღლეს, რომ მისი ქმარი ენდოგენური ფსიქიკური დაავადებითაა ავად. ათი წლის შემდეგ (ამასობაში ოჯახში დაიბადა მეორე ბავშვი), როცა პროგრესულად მიმდინარე დაავადებამ დაარწმუნა ქალი, თუ რა მძიმე ავადმყოფი იყო მისი ქმარი, უცხო ექიმს მისწერა წერილი (როგორც გამოძახილი მის პოპულარულ წიგნზე ფსიქიატრიის შესახებ): "... და აი, იგი ახლახანს ისევ დააწვინეს საავადმყოფოში. ამჯერად ჩემი მოტყუება ძნელი აღმოჩნდა. ექიმებმა მხოლოდ დაადასტურეს, რომ ეს ნევრასთენია კი არ არის, არამედ ნამდვილი ფსიქიკური დაავადება (კერძოდ რომელი — მე არ მითხრეს). რა გამოვიდა ექიმების "კეთილი" ტყუილისაგან? არაფერი არ მინდა, სიცოცხლეც კი. ძნელი წარმოსადგენია, მაგრამ მე ქმრის ან საკუთარი თავის სიკვდილი მინდა. სიმართლე რომ ეთქვათ ექიმებს, 26 წლის ასაკში ქმარს გავეყრებოდი და საკუთარ ბედს მოვიწყობდი

ახლა კი, თქვენს "კეთილ ტყუილს" მაინც აეხადა ფარდა და დღეს მე გწყევლით თქვენ სიცრუის გამო".

ეს შემთხვევა იმით არის საინტერესო, რომ საქმე გვაქვს ნამდვილ, ცხოვრებისეულ მორალურ დილემასთან – ერთი მხრივ, ექიმის ნებისმიერი გადაწყვეტილება შეიძლება გაპირობებული იყოს შესაბამისი მორალური ნორმით, მაგრამ ამასთან ნებისმიერი არჩევანი გულსატკენი იქნება მორალურ-ეთიკური თვალსაზრისით.

§7. სულით ავადმყოფ პაციენტებზე ექსპერიმენტის ჩატარების თავისებურებანი

სამეცნიერო გამოკვლევათა ჩატარებას პაციენტთა მონაწილეობით ან ახალი სამედიცინო მეთოდებისა და საშუალებების მათზე გამოცდას ფსიქიატრიაში დამატებითი სირთულეები ახლავს. განვიხილოთ შედარებით რთული სიტუაციები, როცა სულით ავადმყოფს არ შეუძლია ფსიქიკური აშლილობის გამო შეგნებული, ნებაყოფლობითი თანხმობა მისცეს ექსპერიმენტის ჩატარებაზე. "ჰელსინკის დეკლარაციის" (1964 წ.) პირველი რედაქცია, ასეთ შემთხვევებში, მხოლოდ თერაპიული ხასიათის გამოკვლევების ჩატარებას უშვებდა, როცა ექსპერიმენტულ სამედიცინო ჩარევას (რაიმე ალბათობით) შეეძლო დახმარებოდა თვით ავადმყოფს – მისი კანონიერი წარმომადგენლისაგან ინფორმირებული თანხმობის მიღების პროცესში. ამ საკითხის დადებითი გადაწყვეტა იმ გამოკვლევებსაც მიეკუთვნება, რომლებიც წმინდა სამეცნიერო მიზნებით ტარდება: "იმ შემთხვევაში, როცა გამოსაცდელის ფსიქიკური უსუსურობა მისგან გაცნობიერებული თანხმობის მიღების საშუალებას არ იძლევა, პასუხისმგებელი ნათესავის თანხმობა ცვლის თვით გამოსაცდელის თანხმობას (თანხმობის მაგიერია), თუ ეს არ ეწინააღმდეგება ნაციონალურ კანონმდებლობას.

ანალოგიურ ნორმებს მოიცავს "ადამიანის უფლებათა და ღირსების დაცვის შესახებ კონვენცია ბიოლოგიისა და მედიცინის მიღწევათა გამოყენებით", რომელიც ევროპის საბჭომ 1996 წელს მიიღო. კონვენციის მე-17 მუხლი იცავს იმ პირებს, რომლებსაც უნარი არა აქვთ ინფორმირებული თანხმობა მისცენ გამოკვლევებში მონაწილეობაზე. ეს მუხლი გულისხმობს წერილობითი ნებართვის არსებობას ექსპერიმენ-

ტში მონაწილეობაზე მათი კანონიერი წარმომადგენლების, ხელისუფლების ორგანოების ან კანონით გამოყოფილი დაწესებულებების მხრიდან. ამასთან ერთად, გამოკვლევის მოსალოდნელ შედეგებში უნდა ივარაუდებოდეს გამოსაცდელთა ჯანმრთელობისათვის პირდაპირი (უშუალო) კეთილსასურველი ეფექტი. ანალოგიური გამოკვლევები არ შეიძლება ჩაუტარდეთ მათ, ვისაც თანხმობის მიცემის უნარი არ გააჩნიათ; და ბოლოს, თუ გამოსაცდელი გამოკვლევებში მონაწილეობის წინააღმდეგი არ არის, გამონაკლის შემთხვევებში კონვენცია ნებას იძლევა ექსპერიმენტის ჩატარებაზე, რომელიც არ არის განკუთვნილი გამოსაცდელებზე კეთილსასურველი ეფექტის მოსახდენად; და ისიც მხოლოდ მაშინ, თუ ეს დაკავშირებულია მინიმალურ რისკსა და უხერხულობასთან, თვით გამოკვლევა კი მიმართულია იმ შედეგების მიღებისაკენ, რომლებიც სასარგებლო იქნება როგორც მოცემული ინდივიდის ჯანმრთელობას მდგომარეობისათვის, აგრეთვე იმ პირთათვის, რომლებიც იმავე ასაკობრივ კატეგორიასა და ანალოგიურ მდგომარეობაში იმყოფებიან.

კანონში "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" ეს პრობლემა გამოტოვებულია, რაც, ერთი მხრივ, გასაგებს ხდის კანონმდებლის სურვილს – ბოროტებისაგან დაიცვას სულით ავადმყოფთა ყველაზე დაჩაგრული ჯგუფი. მეორე მხრივ, კანონის მოცემული ნორმა, სამწუხაროდ, სპობს ახალი ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებების ზოგიერთი სახეების გამოცდის შესაძლებლობას, მათ შორის ისეთების, რომლებსაც პაციენტებისათვის სარგებლობის მოტანა შეეძლოთ.

მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ინფორმაციულ წერილში "სამეცნიერო გამოკვლევათა ჩატარებისა და ფსიქოტროპული საშუალებების კლინიკური გამოცდის ეთიკური და ადმინისტრაციული წესები" მოცემული პრობლემა "ჰელსინკის დეკლარაციის" მოთხოვნათა შესაბამისად არის გადაწყვეტილი: თუ ავადმყოფის ფსიქიკური მდგომარეობა საშუალებას არ გვაძლევს ბიოსამედიცინო და ფსიქოლოგიურ გამოკვლევაზე მისგან ინფორმირებული თანხმობა მივიღოთ, მაშინ ექიმი ვალდებულია ასეთი თანხმობის მიღებას მისი ახლო ნათესავებისაგან მიაღწიოს. იგულისხმება, რომ ფსიქიატრიის პროგრესისათვის აუცილებელი სამეცნიერო კვლევა-ძიების და კლინიკური ცდების განსახორციელებლად ეს საშუალება გამართლებულია. ექიმ- ფსიქიატრს, რომელიც მოცემულ მიდ-

გომას გაიზიარებს, კიდევ ბევრი რთული საკითხის გადაწყვეტა მოუწევს. მაგალითად, ესა თუ ის სულით ავადმყოფი მის კანონიერ წარმომადგენელთან ან ახლო ნათესავთან ერთად, რამდენად უნდა იყოს ინფორმირებული მისი ჯანმრთელობის სფეროში ჩარევის ექსპერიმენტული ხასიათის შესახებ? დასაშვებია თუ არა ეთიკის თვალსაზრისით იმ სულით ავადმყოფების მიმართ (მით უფრო ბავშვების), რომლებსაც ნათესავები არ ჰყავთ, ჯანმრთელობის სფეროში ჩარევის ექსპერიმენტული ხასიათის დროს დავკმაყოფილდეთ ზედამხედველი პერსონალის თანხმობით? და ა. შ. აღნიშნული და მისი ანალოგიური პრობლემები ეთიკური კომიტეტების პრეროგატივაა.

თავი X. რეპროდუქციული კლონირება და მორალი

ჩვენს დროში ბიოლოგიისა, და განსაკუთრებით გენეტიკის განვითარებამ, ისეთ დონეს მიაღწია, რომ შესაძლებელი გახდა ბიოლოგიურ პროცესებში ადამიანის ფართოდ ჩარევა. ეს კი დღის წესრიგში ბევრ ეთიკურ პრობლემას აყენებს.

თანამედროვე მეცნიერული მსოფლმხედველობის არეალში ყველაზე პოპულარული სწორედ კლონირების პრობლემაა. ის მეცნიერული ანთროპოლოგიის ცენტრალური პრობლემაცაა.

ხელოვნური განაყოფიერების, განსაკუთრებით in vitro მეთოდის, გამოყენებამ ადამიანის რეპროდუქციაში, საზოგადოებრივი აზრი შეამზადა ახალი რეპროდუქციული ტექნოლოგიების ყველაზე უკიდურესი სახეობის მისაღებად. ერთ-ერთი მათგანი ადამიანის კლონირებაა.

მაინც, რა არის კლონირება, რაში მდგომარეობს მისი არსი?

სიტყვა ,,კლონი" ბერძნულად ,,ტოტს" ნიშნავს. ვეგეტატიურ გამრავლებასთან დაკავშირებულ ამ ტერმინს მებაღეები დიდი ხანია იცნობენ – ისინი უკვე ოთხი საუკუნეა მიმართავენ ტოტებით, ფოთლებით, ფესვებით კლონირებას. ცხოველებისგან განსხვავებით, მცენარის უჯრედები არ კარგავენ იმ გენეტიკური ინფორმაციის რეალიზების უნარს, რომელიც ბირთვშია მოთავსებული. ამიტომაც თითქმის ყველა უჯრედი დიფერენცირების პროცესში ინარჩუნებს ბირთვს და უნარი აქვს, დასაბამი დაუდოს ახალი ორგანიზმის დაბადებას. სწორედ მცენარეული უჯრედების ეს უნარი უდევს საფუძვლად გენეტიკისა და სელექციის მრავალ მეთოდს.

ვეგეტატიური გამრავლების დროს გენები კი არ იხლიჩება, როგორც ეს სქესობრივი გამრავლების დროს ხდება, არამედ მრავალი თაობის მანძილზე ინარჩუნებს შემადგენლობის მთლიანობას. ორგანიზმები აბსოლუტურად ერთნაირ გენურ სტრუქტურას ინარჩუნებენ და ფენოტიპურად ანუ გარეგნულადაც არ განსხვავდებიან.

კლონირების ექსპერიმენტების ჩატარება მას შემდეგ გახდა შესაძლებელი, რაც მეცნიერებმა ნუკლეინის მჟავა – გენების მატერიალური საფუძველი – გაშიფრეს. 1984 წელს ახალგაზრდა ინგლისელმა მეცნიერმა ალეკ ჯეფრისმა აღმოაჩინა, რომ ადამიანები ერთმანეთისგან განსხვავდებიან ე.წ. მი-

ნი-სატელიტური დნმ-ის მოლეკულების აღნაგობით. თითოეულ ადამიანს, თითის ანაბეჭდების მსგავსად, მინი-სატელიტების მხოლოდ მისთვის დამახასიათებელი „ანაბეჭდი“ აქვს.

ამფიბიებზე ჩატარებულმა წარმატებულმა ცდებმა მეცნიერებს სტიმული მისცა, ანალოგიური ექსპერიმენტები ძუძუმწოვრებზეც, კერძოდ, თაგვებზეც ჩაეტარებინათ. 70-იან წლებში კარგად შეისწავლეს ძუძუმწოვრების ადრეული ასაკის ბიოლოგია და გენეტიკა, ხოლო თაგვი სამოდელო ობიექტად აირჩიეს. სამუშაო მეთოდურად ძალიან რთული აღმოჩნდა, თანაც, თაგვის საკვერცხე, ამფიბიასთან შედარებით, ათასჯერ უფრო მცირეა. მრავალი უშედეგო ცდის შემდეგაც კი მეცნიერებმა მაინც არ შეწყვიტეს ძიება. აღნიშნულმა ექსპერიმენტმა მნიშვნელოვნად გააფართოვა და დახვეწა ძუძუმწოვართა კლონირების მეთოდოლოგია. ამის დასტური იყო შემდგომში კურდღლებზე ჩატარებული ცდები. 164 კლონირებული კვერცხუჯრედისაგან მხოლოდ ექვსი განვითარდა სრულფასოვან ცხოველად. ეს ძალზე მცირე რიცხვია, მაგრამ მან დაადასტურა კურდღლის ემბრიონის კლონირების შესაძლებლობა.

ცოცხალ არსებათა კლონირების ორი ხერხია ცნობილი: ტყუპური გაყოფა და უჯრედის ბირთვის გადანერგვა.

ტყუპური გაყოფის მეთოდი გულისხმობს პირველადი ემბრიონის უჯრედების გაყოფას მისი განვითარების ადრეულ სტადიაში (2,4 ან მეტი უჯრედი): რადგან ამ უჯრედებს ჯერ კიდევ არ შეუძლიათ ორგანიზმის ყველა ტიპის უჯრედის წარმოება, მათგან შეიძლება მივიღოთ ერთი და იმავე ემბრიონის არსობრივად ერთნაირი „ასლები“, რაკი ყველა მათგანს ერთი და იგივე გენეტიკური მასალა აქვს. ამ მეთოდით ადამიანის კლონირებისას მიიღება ძალზე შეზღუდული პროცესი, რომელიც ერთკვერცხუჯრედიანი ტყუპების ბუნებრივ ჩამოყალიბებას წააგავს.

ემბრიონის კლონირების მეორე მეთოდია უჯრედის ბირთვის გადანერგვა: ეს სრულიად განსხვავებული ტექნოლოგიაა. კვერცხუჯრედიანი ბირთვის გადანერგვა-ჩასმა ნამდვილ კლონირებასთან გაცილებით ახლოსაა, რადგან ემბრიონის მკაცრად განსაზღვრული დაყოფით კი არ შემოიფარგლება, არამედ შეიძლება მრავალ ინდივიდუმზე გავრცელდეს. ამ მიმართულებით პირველი წარმატებული ექსპერიმენტები 1986 წელს ჩაატარა ვილადსენმა. ამ მეცნიერმა მიაღწია სრულიად ნორმალური ხბოებისა და ცხვრების განვითარებას 8 და 16-უჯრედიანი ემბრიონთაგან მიღებული პირველადი ემბრიონის ერთეული უჯრედების ჩასმით გაუნაყოფიერებელ კვერცხუჯრედებში, რო-

მელთაც უჯრედის ბირთვი წინასწარ ჰქონდათ ამოცლილი. შემდეგ ხდებოდა ამგვარად მიღებული ბლასტოციტების იმპლანტაცია „დედის“ საშოში ნაყოფის შემდგომი განვითარებისათვის.

თუმცა არც ეს მეთოდი აღმოჩნდა სრულფასოვანი, კერძოდ, კლონირების მიღების მიზნით, ბირთვის ტრანსპლანტაციის პროცესს უამრავი ნაკლი აღმოაჩნდა, რაც ხელს უშლის ნაყოფის ნორმალურ, „ბუნებრივ“ განვითარებას.

შემდგომი ცდები უფრო წარმატებული აღმოჩნდა. კერძოდ, მიღებულ იქნა ოთხი კლონირებული ხარი. თუმცა ეს მაინც ვერ წყვეტდა კლონირების პრობლემებს და ვერც შემდგომ გარანტიებს იძლეოდა.

ამის შემდეგ სცადეს ცხვრების, ღორების კლონირება. ჯერ კიდევ 5-6 წლის წინ ვერავინ წარმოიდგენდა, რომ შეიძლებოდა კლონირებისთვის ზრდასრულ ძუძუმწოვართა (დონორთა) უჯრედის ბირთვი გამოეყენებინათ. ამ ექსპერიმენტების უმრავლესობა არც ისე წარმატებით დასრულდა.

1997 წლის 27 თებერვალს სენსაციური ცნობა გავრცელდა მთელ მსოფლიოში. სპეციალური ტექნიკის გამოყენებით - „ბირთვის გადანერგვით“ - დაიბადა ცხვარი „Dolly“. ის თითქმის ზუსტი ასლია იმ ცხვრისა, რომლისაგანაც სარძევე ჯირკვლის უჯრედი იქნა აღებული. აქედან მიიღო „Dolly“-მ თავისი გენეტიკური მასალა. ეს იყო პირველი წარმატება, რომელიც ზუსტი ორეულის შექმნის მიზნით გენეტიკურად იდენტურ ცოცხალ არსებათა არასქესობრივი გზით გამრავლების დასაწყისი გახდა. თუმცა ეს წარმატება ძალზე საეჭვო ჩანდა — საექსპერიმენტო ცხოველთა უმრავლესობა მცირე ხნის შემდეგ იღუპებოდა.

ცხვარი „Dolly“ შემთხვევაში მოხდა ნამდვილი ცხვრისაგან აღებული სარძევე ჯირკვლის უკვე დიფერენცირებული უჯრედის ბირთვის გადანერგვა სხვა ცხვრისაგან აღებულ კვერცხუჯრედში, რომელსაც ბირთვი წინასწარ ჰქონდა ამოცლილი. ამ „წარმატებამდე“ ბირთვის გადანერგვის 227 ცდა ჩატარდა.

Jan Willmut-ისა და Roslin-ის ინსტიტუტის თანამშრომლების მეთოდში არსებობს ორი განსაკუთრებული თავისებურება, რომელიც გამოიყენეს Dolly-ს კლონირებისას. მათ ხელოვნურად კულტივირებული დონორი უჯრედებიდან მიიღეს ბირთვები. დონორი უჯრედები ღარიბულად მკვებავ გარე-

მოში ჩასმით, ელექტრული განმუხტვის საშუალებით „დასაჭურისებულ“ და წინასწარ სტიმულირებულ კვერცხუჯრედებში გადანერგვამდე, სრულიად უძრავი და ზრდაში არააქტიური გახადეს.

ამგვარი მეთოდი უკვე ვარგისია ადამიანის კლონირებისათვის. Dolly-ის დაბადებიდან ოთხი თვის თავზე Roslin-ის ინსტიტუტისა (ედინბურგი) და PPL-Therepeutics-ის თანამშრომლებმა განაცხადეს კიდევ ხუთი ცხვრის დაბადების შესახებ, რომლებიც მიიღეს ხელოვნურად განვითარებული სქესობრივი უჯრედების კლონირების მეთოდით. ერთ-ერთი ასეთი ცხვარი, სახელად Holly-ს ადამიანის გენის მატარებელია.

ადამიანის კლონირება ყველაზე დიდი საცდურია ხელოვნური განაყოფიერების მეთოდებს შორის. რადგან ამ მეთოდით ხელოვნური განაყოფიერება შეიძლება განხორციელდეს გამეტების გარეშე. ეს შესაძლებლობას იძლევა გადაწყდეს უშვილობის პრობლემა იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ხელოვნური განაყოფიერების დანარჩენი მეთოდები (ხელოვნური ინსემინაცია და in vitro) შედეგს ვერ იძლევა. ძირითადი ტენდენცია ამ მიმართულებით მეუღლეთა იმ მოთხოვნის ზედმიწევნით დაკმაყოფილებაა, რომ მათ შვილებს მშობლების გენი ჰქონდეთ. ხშირია შემთხვევა, როცა უშვილო მეუღლეებს სურთ იყოლიონ შვილები და არ შეუძლიათ ჰომოლოგიური განაყოფიერებით ჩასახვა (სპერმატოზოიდებისა თუ კვერცხუჯრედების უქონლობის გამო). ასეთ შემთხვევაში მეცნიერები მათ სთავაზობენ ერთ-ერთი მეუღლის (იმისდა მიხედვით გოგო სურთ იყოლიონ თუ ბიჭი) სომატური უჯრედის ან რომელიმე ახლო ნათესავის უჯრედების კლონირებას, რათა მეუღლეებმა შეძლონ იყოლიონ შვილი უცხო დონორების დახმარების გარეშე.

კლონი — ეს არის ადამიანის სრულიად იდენტური ტყუპისცალი. თეორიულად, კლონირებული ადამიანი იქნება ჩვეულებრივი სუბიექტი, რომელიც დედის ორგანიზმში განვითარდება, დაიბადება და ყველა სხვა ბავშვის მსგავსად გაიზრდება ოჯახში. კლონი გარეგნობით გაჭრილი ვაშლივით ემსგავსება თავის დონორს, ოღონდ, ცხადია, მასზე რამდენადმე უმცროსი იქნება. მათ ექნებათ განსხვავებული თითის ანაბეჭდები, ხასიათი, მისწრაფებები... მოკლედ, ეს იქნება სრულიად სხვა, განუმეორებელი ინდივიდი.

ინფორმაცია პირველი კლონირებული ბავშვის, ევას, დაბადების შესახებ შეიძლება მსოფლიო სენსაციათა რიგს მივა-

კუთვნოთ. დღემდე არავინ იცის, სად იმყოფება მეცნიერთა ექსპერიმენტის პაწია ნაყოფი (პაწია, ცხადია, მხოლოდ ფიზიკურად, თორემ მისი დაბადების უდიდეს სამეცნიერო მნიშვნელობას მედიცინის ისტორიის სულ თითებზე ჩამოსათვლელი ფაქტი თუ დაუდგება გვერდით). მიუხედავად ამისა, ამერიკის სახელმწიფო დეპარტამენტმა უკვე მიიღო გადაწყვეტილება, მას აშშ-ის მოქალაქეობა მიანიჭოს.

სახელმწიფო დეპარტამენტის პრესმდივანმა, ფილიპ რიკერმა, განაცხადა, რომ ეს განსაკუთრებული გადაწყვეტილებაა, რადგან კანონებში მსგავსი სიტუაცია აღწერილი არ არის. რაც უფრო ახლოვდება დედისა და ბავშვის დნმ-ანალიზისა და ექსპერიმენტის შედეგების გამოქვეყნების თარიღი, მით უფრო მძაფრდება კლონირების ექსპერიმენტისა და, საზოგადოდ, ,,კლონეიდის'' საქმიანობის კრიტიკა. იუნესკოს გენერალურმა დირექტორმა, კოიჩირო მაცუურამ, კლონირების აკრძალვის თხოვნით მიმართა მსოფლიო საზოგადოებას. აშშ-ის ხელისუფლებამ სიტყვას საქმე მოაყოლა — ფარმაცევტული პრეპარატებისა და კვების პროდუქტების კონტროლის ფედერალური სააგენტო უკვე შეუდგა აღნიშნული საკითხის გამოძიებას. ამის მიუხედავად, ექსპერტები აღნიშნავენ, რომ ძალზე საეჭვოა, ვინმემ მოახერხოს ,,კლონეიდის'' საქმიანობის შეჩერება. როგორც ამ კომპანიის წარმომადგენლები ამბობენ, კლონირების რიგში 2000-მდე ადამიანი დგას, თუ გავითვალისწინებთ, რომ თითოეული ასეთი ოპერაცია დაახლოებით 200 ათასი დოლარი შეიძლება დაჯდეს, ,,კლონეიდის'' წარმომადგენლებს არ უნდა გაუჭირდეთ ისეთი ქვეყნის მოძებნა, რომელიც მათ მიღებაზე დათანხმდება.

კლონირების მეთოდი და მასთან დაკავშირებული ექსპერიმენტები თითქმის ყველა განვითარებულ ქვეყანაშია აკრძალული. აკრძალვების მიუხედავად, ადამიანები მაინც ფიქრობენ კლონირების საიდუმლოსა და მისი შესაძლებლობების ათვისებაზე.

ბევრი ადამიანი გამოთქვამს სურვილს მონაწილეობა მიიღოს ექსპერიმენტში. როგორც პროფესორი თენგიზ ბერიძე (ბიოქიმიისა და ბიოტექნოლოგიის ინსტიტუტის ნუკლეინის მჟავების ლაბორატორიის გამგე) აღნიშნავს, მასთან მივიდა რუსი ეროვნების ქალბატონი, რომელსაც რუსეთში შვილი მოუკლეს. იგი მზად იყო გადაეხადა ნებისმიერი თანხა, თუნდაც ამისათვის მთელი მისი ქონების გაყიდვა დასჭირვებოდა, ოღონდ შვილის კლონირება მოეხდინა. საქართველოში იყო ასეთი შემთხვევაც: ქალს უკვდებოდა მამა, რომელიც ძალიან

უყვარდა. მასაც ანალოგიური სურვილი გაუჩნდა — თავის კვერცხუჯრედში მამის რომელიმე ცოცხალი უჯრედის მოთავსება უნდოდა. გამოდიოდა, რომ ის ქალი საკუთარ მამას გააჩენდა. ეს ყველაფერი თეორიულად შესაძლებელია, მაგრამ მის პრაქტიკულ განხორციელებას ბევრი მოწინააღმდეგე ჰყავს. რელიგიური თვალსაზრისით, ამ საკითხზე საუბარიც კი მკრეხელობად უნდა ჩაითვალოს. ესეც არ იყოს, რამდენად ეთიკურია, ადამიანი საკუთარ მამას აჩენდეს?

ამ უხერხული მდგომარეობიდან კლინტონმა მშვენიერი გამოსავალი იპოვა, როცა აშშ-ში დაადგინეს ერთ-ერთი ადამიანის ყველა — 30000-ივე — გენის ფორმულა (ეს კი კაცობრიობის უდიდესი მიღწევაა): პრეზიდენტმა კლინტონმა და ბრიტანეთის პრემიერ-მინისტრმა ბლერმა ერთობლივი პრესკონფერენცია გამართეს. კლინტონმა განაცხადა, რომ გაიშიფრა ენა, რომლითაც ღმერთმა ადამიანი შექმნა, და დასძინა, რომ მომავალში ჩვენს შვილიშვილებს დაავიწყდებათ მრავალი დაავადების არსებობა, რომლებიც კაცობრიობას დღეს მძიმე ტვირთად აწევს. გარდა ამისა, დეფექტური გენების გასანეიტრალებლად შესაძლებელი იქნება სპეციალური სამედიცინო პრეპარატების შექმნა. ერთი სიტყვით, მედიცინაში ნამდვილი რევოლუცია მზადდება. ცნობილია, რომ ზოგიერთ ადამიანს აბსოლუტურად ჯანსაღი კბილები აქვს და სიცოცხლეში არასოდეს დასჭირვებია სტომატოლოგი. ეს ყველაფერი გენებს უკავშირდება. როდესაც გაირკვევა, რომელ გენებს მიუძღვის ამაში წვლილი, შეიქმნება სპეციალური პრეპარატები და ადამიანს კარიესი აღარ განუვითარდება. მომავალში შეიძლება სტომატოლოგები თერაპევტებად გადაიქცნენ. გამოკვლევები, რომლებიც დღეს მსოფლიოს სენსაციად მიაჩნია, პროგრესისკენ გადადგმული ნაბიჯია. პროგრესს ვერ შეაჩერებ. ამიტომ, აკრძალვების მიუხედავად, ექსპერიმენტები გაგრძელდება. მათ შორის იქნება კლონირების მეთოდის შესწავლაც. ამას თავისი დადებითი მხარე აქვს, მაგრამ, ამასთან ერთად, კაცობრიობას საფიქრალიც ემატება. ადამიანმა ადამიანის შექმნის ფორმულას თუ მიაგნო, მარადიული ახალგაზრდობის ფორმულასაც დაადგენს. ადრე თუ გვიან, ალბათ, ასე, 30-40 წელიწადში, დადგინდება ის გენები და მექანიზმები, რომლებიც დაბერებას იწვევს. თუ ცნობილი გახდება დაბერების მექანიზმი და მასში მონაწილე გენების სტრუქტურა, შესაძლებელი გახდება მათი გათიშვა ან მოდიფიკაცია, ანდა რაიმე სხვა ზეგავლენის მოხდენა. ეს ნიშნავს, რომ ადამიანი შეიძლება უკვდავი გახდეს. რა ელის კაცობრიობას საბოლოოდ, თუკი ამგვარი ექსპერი-

მენტები შედეგიანი გამოდგა? არა გვგონია, დღესდღეობით ამის განჭვრეტა ვინმეს შეეძლოს.

სანამ კლონირების მორალურ და სამართლებრივ საკითხებს შევეხებით, უნდა აღვნიშნოთ, რომ თანამედროვე ფსიქოლოგია ყოველ ადამიანში სამ მოქმედ ფენს ასახელებს, ესენია: ფენოტიპი, ბიოტიპი და გენოტიპი. ფენოტიპი არის პიროვნების იპოსტასური თავისებურება, ის, რასაც ადამიანი წარმოადგენს თავისთავად: მისი უნარი, პიროვნული შინაარსი, წმინდა წყლის პიროვნული თვისებები, ანუ ის, რაც მას აქცევს უნიკალურ ერთეულად. ბიოტიპი ის ფენია, რომელსაც პიროვნებას ანიჭებს გარემო — მეგობრები, აღზრდა, ესაა ის, რასაც გერმანელები უწოდებენ "Erblebnisstzukter". გენოტიპი კი ისაა, რაც ადამიანს ეძლევა ოჯახისაგან, გვარისაგან: ეს არის მემკვიდრეობითობის ერთგვარი ძალაუფლება, სისხლის ყივილი, წინაპრების ძახილი. ცნობილი ფილოსოფოსი ნიკოლაი ბერდიაევი, იცავს რა თავის „ექსისტენციალიზმსა" და პერსონალიზმს, მაინც აღიარებს, რომ მის „მე"-ში ბევრი რამ არის „არა-მე"-საგან, ოჯახისა და გვარისაგან.

როგორ უნდა შეინარჩუნონ ეს ყოველივე კლონირების პროცესში? იქნება თუ არა „კლონი" ყველა ამ თვისების მატარებელი?

ადამიანი არის გამოცანა, იეროგლიფი, რომელიც ყურადღებით დაკვირვებას მოითხოვს და არცთუ ადვილი გასაშიფრია. მასში ჩადებულია სამყაროს „მიზნობრივი გამოცანა და ამოხსნა" (ბერდიაევი). ადამიანის უნიკალურობა იმით აიხსნება, რომ მისი პიროვნული ფენი ვლინდება მხოლოდ და მხოლოდ ონტოლოგიურ პარადიგმაში — პიროვნება ღმერთის სახის ანაბეჭდია, ის „გვარის ნაშობი კი არა, უფლის ქმნილებაა" (კერნი). პიროვნება გონის მქონეა და უწინარეს ყოვლისა, გონით სამყაროს ეკუთვნის. იგი გონითი ყოფიერების უმაღლესი ღირებულებაა. სულიერების აზრით, თითოეული ადამიანი უფლის უშუალო ქმნილებაა. მისი გონი უფრო მაღლა დგას, უფრო ფართოა და უფრო პირველადი, ვიდრე გვარი, საზოგადოება, სამყარო. გვარი და საზოგადოება ადამიანთა ინდივიდებისაგან შედგება, პიროვნება კი საზოგადოებაზე მაღლა დგას, უფრო პირველადი, უფრო მნიშვნელოვანი: პიროვნება საზოგადოების მონა არ არის. დონ კიხოტიც, დათა თუთაშხიაც, უწინარეს ყოვლისა, პიროვნებები იყვნენ, ისინი ვერ იქნებოდნენ და არც იყვნენ იმ კანონების და ნორმების მონები, რომლებსაც მათი თანამედროვე საზოგადოება კარნახობდა.

მითოსურ მსოფლმხედველობაში პიროვნების ცნება არ არსებობს. ელინურმა აზროვნებამ „პიროვნებას“ შესატყვისი გამოთქმა ვერ მოუძებნა. ბერძნული ენა უმაღლესი ფილოსოფიური აზროვნების დონეზე (პლატონი, არისტოტელე, ჰერაკლიტე) კმაყოფილდება ნაცვალსახელით „თითოეული“, რაღაც ბიოლოგიურ-გვარეობითი პროცესის ნაწილით. ასე აღინიშნებოდა ინდივიდუალობა, თანაც ეს იყო მხოლოდ ნაცვალსახელი, ე.ი. ის, რაც დგას „სახელის ნაცვლად“. ღვთისმეტყველების ცნებამ „იპოსტასით“ – დამოუკიდებელი არსებობა თავისთავში – ენის ეს დანაკლისი შეავსო, ეს იყო გაჭრა, გადატრიალება მსოფლმხედველობაში, „მე“-ს, „სამყაროს“ ახლებური გააზრება, ახალი ნაბიჯი თვითშემეცნების პროცესში.

განსაკუთრებით აღნიშვნის ღირსია ის გარემოება, რომ პიროვნების ფიზიკური უკვდავების ფარულად ნაგულისხმევი მიზნის მიღწევა პრინციპულად შეუძლებელია, ვინაიდან კლონირებისას შეუძლებელია წარმოებულ იქნას ადამიანის გონითი შემადგენელი ნაწილი, რომელიც მთელი მისი სიცოცხლის მანძილზე ყალიბდება და პიროვნების ბირთვს შეადგენს.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, XX საუკუნის დასასრულს ადამიანის რეპროდუქციის სფეროში ნამდვილი ბიოტექნიკური სასწაულები ხდება – დაწყებული პირველი ჰომოლოგიური განაყოფიერებით და დამთავრებული in vitro ჩასახვითა და კლონირებით. ამ პროცესის განვითარებასთან ერთად ტექნიკა სულ უფრო და უფრო უგულვებელყოფს ეთიკას. ადამიანი თავის ევოლუციის სათავესთან დგება. იგი იქცევა მასობრივი წარმოების საგნად. იკარგება ადამიანის განუმეორებლობისა და ინდივიდუალობის ხიბლი. კაცობრიობა დგება ყოვლად წარმოუდგენელი, განუჭვრეტელი, გაუაზრებელი და ყოველგვარ პროგნოზს მოკლებული პერსპექტივის წინაშე. როგორი იქნება კლონირებული ადამიანი? რა ფუნქცია ექნება მას? საზოგადოებაში მოქმედ ღირებულებით სისტემაში როგორ მოხდება მისი არსებობის შეფასება, თუ ის ვერ უპასუხებს დადგენილ სტანდარტებს? როგორ მოვექცევით მას? გამოვაცხადებთ ინვალიდებად, გავანადგურებთ, თუ ჩავუტარებთ სტერილიზაციას, რომ პოპულაციაში აღარ გაგრძელდეს მათი პათოლოგიური გენი? არსებობს გამოთქმა: „ტექნიკა აღემატება ეთიკას“. ტექნიკა ქმნის ილუზიას, თითქოს შეუძლებელი არაფერია. მეცნიერი მსჯელობს: „ახლა უკვე, ყოველივე ჩემზეა დამოკიდებული“ „სურვილი“, განა-ხორციელო მცირე ხნის წინ ჯერ კიდევ არარეალური რამ, გადაიქცევა „უფლებად“ ხორცი შეასხა

ამ იდეას. ზოგიერთი ამას „პროგრესის ისტერიასაც“ უწოდებს. თანამედროვე ადამიანმა ტექნიკა „განაღმრთო“ და იგი თავისებურ კერპად იქცა, რომელიც თავის კანონებს ადგენს: ამგვარად, უკვე თავის თავს თავადვე ამართლებს და ყოველივე ისე ეწყობა, რომ მასში არა თუ მორალურისათვის, არამედ გონიერი მსჯელობისათვისაც არ რჩება ადგილი. ისმის კითხვა: რატომ უნდა ვაკეთოთ ყველაფერი ის, რაც ტექნიკურად შესაძლებელია?

ამჟამად არ არსებობს რაიმე რაციონალური ეთიკა, პირიქით, წყდება კერძო საკითხები, თუ რა არის ეთიკური და რა არა. სინამდვილეში, იმის გამართლება ხდება, რაც უკვე ხორციელდება: ხელოვნური განაყოფიერების შედეგები რომ გაუმჯობესდეს, აუცილებელია „ზედმეტი“ ემბრიონების განადგურება ან გაყინვა და მათი გამოყენება შემდეგ ციკლში ისევ განაყოფიერებისათვის, კვლევის მასალად ან სხვადასხვაგვარი თერაპიული მკურნალობის მიზნით.

კვლევის გაგრძელებისათვის მეცნიერებს დასჭირდათ გარანტიები და ბევრი შეზღუდვის მოხსნა, რომელსაც სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის სფეროს სამართლებრივი ნორმები ითვალისწინებდა. ამიტომ მათ თოთხმეტ დღემდე ასაკის ემბრიონები ცოცხალ არსებად არ მიიჩნიეს. ასე გახდა შესაძლებელი ყოველგვარი ნებართვის გარეშე მათი განადგურება. ამგვარი ემბრიონების „პრეემბრიონებად“, ანუ უჯრედების უბრალო გროვებად გამოცხადება. კლონირება კი „მართლდება“ იმით, რომ მისი საშუალებით უშვილობის პრობლემის მთლიანი აღმოფხვრა ხდება.

თანამედროვე ტექნიკა აზროვნების სრულიად ახალ ტიპს აყალიბებს. ბავშვი უკვე აღარ აღიქმება, როგორც საჩუქარი, არამედ იქცევა „უფლებად“, რომელიც, რადაც უნდა გიღირდეს, უნდა განახორციელო. მსგავსად იმისა, როგორც აბორტი გადაიქცა „ქალთა ძირითად უფლებად“, ასევე FIVET იქცევა „დედობის უფლებად“. ფემინისტური მოძრაობები ჯერ კონტრაცეპტივების დაშვების უფლების მოსაპოვებლად იბრძოდნენ, ახლა კი სურთ მოიპოვონ „უფლება იყოლიონ ბავშვი“(!) ხელოვნური განაყოფიერების გზით. მსგავს მოთხოვნას გარდაუვალად მოსდევს „უფლება იყოლიონ სრულყოფილი ბავშვი“, ე.წ. ეუგენიზმი, რაც იმას ნიშნავს, რომ „წინასაიმპლანტაციო დიაგნოსტიკის საშუალებით მოხდება იმ ჩანასახების განადგურება, რომლებიც „არასრულყოფილად“ მიიჩნევა, ხელოვნურად შეირჩევა სქესი ან თუნდაც თვალების ფერი.

პოლემიკაში, რომელიც ხელოვნური განაყოფიერების გზით ბავშვის ყოლის მოტივაციას ეხება, ფიგურირებს მშობლის სურვილი: „იყოლიო ბავშვი შენთვის“, რაც ამგვარ „საკუთრებაზე“ ბატონობასაც ნიშნავს. პოლემიკის ცენტრში დგას არა ბავშვი, არამედ სხვა, ნაკლებ გამართლებული მოტივი, მაგალითად,: ცნობისმოყვარეობა – გამოსცადოს გამრავლების საკუთარი უნარი: დაქირავებული დედის გამოყენება ხელოვნური განაყოფიერებისათვის, მარტოხელა ქალების, ჰომოსექსუალური წყვილების, ხანდაზმული ქალების, ქვრივების და სხვ. ამგვარი მანიპულაციები ადამიანთა ცხოვრებაში, ცხადია, დაუშვებელია.

მაშასადამე, „ეგზოტიკური გზით“ მიღებული ახალი სახის „საკუთრების“ მოპოვება უკვე მიზანი კი აღარ არის, არამედ თვითრეალიზაციის საშუალებაა.

ხელოვნური განაყოფიერების მეთოდის გამოყენებას ადამიანური ღირსების გაუფასურება მოჰყვა. ფეტუსის (ემბრიონის) სიცოცხლის უფლება უფრო და უფრო ნაკლებღირებული ხდება. დღეს უკვე დაცინვად ჟღერს სიტყვები: „თუ შენ ჩასახული ხარ ადამიანი მშობლების მიერ, შენ ადამიანი ხარ“.

სიცოცხლის უფლებას, როგორც თანდაყოლილ და ფუნდამენტურ უფლებას, აქვს უმაღლესი სამართლებრივი ძალა და რადგან მიღწეულია შეთანხმება (საერთაშორისო კონვენციები), რომ ფეტუსი ალიარებულია იყოს ადამიანად, რადგან მას გააჩნია ადამიანის პოტენციალი, ეს უფლება მარტივი და ყოვლისმომცველია.

დღემდე არარსებული ეს დეგრადაცია უკვე FIVET-სა და კლონირებაში გაცხადდა. თვით ადამიანის კლონირების იდეა უკვე მისი ღირსებისადმი სრულ უპატივცემულობას ცხადყოფს და აქ უპირველესად, ადამიანის ემბრიონი რჩება უგულებელყოფილი.

FIVET განაყოფიერებამ გამეტების ხარისხიც გაზარდა. კვერცხუჯრედის ციტოპლაზმაში სპერმატოზოიდების მიკროინექციის დანიშნულებაა დაეხმაროს სპერმატოზოიდებს შეაღწიოს კვერცხუჯრედებში, ხოლო სპერმატოზოიდებისა და კვერცხუჯრედების დონორობით ჰეტეროლოგიური განაყოფიერება ორივე მეუღლის არსებობის აუცილებლობას ხსნის.

რაც შეეხება კლონირებას, იქ უკვე გამეტების საჭიროებაც აღარ არსებობს და ადამიანების ბუნებრივი გამრავლება საერთოდ უარყოფილია. მეუღლეების ურთიერთსიყვარულის სულიერ, ფსიქიკურ და ფიზიკურ მხარეებს კლონირება სრუ-

ლიად სხვადასხვაგვარი „გამრავლების“ ფორმით ანაცვლებს, რითაც არღვევს უფლის კურთხევას მეუღლეებზე: „იქმენით ერთ სულ და ერთ ხორც“.

თუკი ოჯახური კავშირები პიროვნებებს შორის ჰეტეროლოგიური in vitro მეთოდით განაყოფიერებისას ძლიერ ირღვეოდა (სისხლით ნათესაობა, დედობა, მამობა), კლონირებით - ეს კავშირები საბოლოოდ გაწყვეტილია. კლონირებულ ბავშვს არ ჰყავს ბიოლოგიური მშობლები. ამრიგად, ქაოსი ნათესაურ კავშირებში დღემდე არარსებულ დონეს აღწევს. საგულისხმოა, რომ ექიმი, ვინც კლონირებას წარმართავს, თავს ემბრიონის „შემოქმედად“, „კონსტრუქტორად“ ანუ მის ბატონ-პატრონად მიიჩნევს.

ტერტულიანე წერდა: „უკვე ადამიანია ის, ვინც ადამიანად უნდა იქცეს“. ადამიანები დიდ შეცდომას უშვებენ, როცა მხოლოდ იმათ აზრს იზიარებენ, ვისაც საკუთარი მოსაზრების გამოთქმა შეუძლია (მაგალითად, აბორტის შემთხვევაში დედა „ყოველთვის მართალია“). არავინ იცავს ბავშვის უფლებას, რომელიც ჯერ არ დაბადებულა და ვერ დაიცავს თავს. მაგრამ ბავშვს აქვს უფლება იყოს საკუთარი მშობლების სიყვარულის ნაყოფი, მას აქვს უფლება მოითხოვოს — პატივი სცენ მის პიროვნებას ჩასახვის პირველი წამიდან.

საინტერესოა აღინიშნოს, თუ როგორი დამოკიდებულება აქვს საქართველოს სამედიცინო საზოგადოებას და ოფიციალურ სტრუქტურებს კლონირების პრობლემისადმი.

საქართველოს საგარეო საქმეთა სამინისტრომ მიიღო გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკის საელჩოსა და საფრანგეთის რესპუბლიკის საელჩოს ვერბალური ნოტა, რომლითაც აღნიშნული ქვეყნები სთხოვენ საქართველოს, რათა მან მხარი დაუჭიროს „ადამიანის რეპროდუქციული კლონირების აკრძალვის შესახებ საერთაშორისო კონვენციის“ პროექტის მოსამზადებლად დროებითი კომიტეტისათვის მანდატის მინიჭებას. მოწოდებულია გაეროს გენერალური ანსამბლეის რეზოლუციის პროექტიც, რომელიც ავალებს კომიტეტს სასწრაფოდ მოამზადოს „ადამიანის რეპროდუქციული კლონირების აკრძალვის შესახებ საერთაშორისო კონვენციის“ პროექტი. ამასთან, საქართველოს პრეზიდენტმა მიიღო წერილი ბატონ ჯეიმს დობსონისაგან (Focus on the Family-ის პრეზიდენტი), რომელიც გამოთქვამს მხარდაჭერას, და ასეთსავე პოზიციის გამოხატვას სთხოვს საქართველოს პრეზიდენტს ნებისმიერი სახით ადამიანის კლონირების აკრძალვის თაობაზე (რეპრო-

დუქციული კლონირება და ემბრიონის შექმნა კვლევის მიზნით). მათი აზრით, დაუშვებელია ემბრიონის შექმნა, რომელიც შემდეგ უნდა „მოკლათ". რადგან თერაპიული კლონირების საბოლოო გამოსავალი მაინც ადამიანის კლონირება იქნება.

საქართველოს ბიოეთიკის ნაციონალურმა კომიტეტმა ამ საკითხებთან დაკავშირებით, გამოხატა თავისი პოზიცია და გააგზავნა იგი ზემოთ აღნიშნულ ადრესატებთან. კერძოდ, აღინიშნა, რომ საქართველოს კანონში „ჯანმრთელობის შესახებ", მოცემულია დებულება: „ადამიანის კლონირება გენური ინჟინერიის მეთოდების გამოყენებით აკრძალულია". „ბიოლოგიასა და მედიცინაში ადამიანის უფლებების და ღირსების დაცვის შესახებ" კონვენციის დამატებით ოქმში „ადამიანის კლონირების აკრძალვის შესახებ", აღნიშნულია, რომ „აკრძალულია ნებისმიერი ჩარევა, რომლის მიზანია სხვა ადამიანის, ცოცხალის ან გარდაცვლილის, გენეტიკურად იდენტური ასლის შექმნა": „ბიოლოგიასა და მედიცინაში ადამიანის უფლებების და ღირსების დაცვის შესახებ" კონვენციაში (მუხლი 18,2) მითითებულია: „აკრძალულია კვლევის ჩატარების მიზნით ადამიანის ემბრიონის შექმნა".

იუნესკოს უნივერსალურ დეკლარაციაში — „დეკლარაცია ადამიანის გენომისა და ადამიანის უფლებების შესახებ", XI მუხლში აღნიშნულია: „ადამიანის ღირსების საწინააღმდეგოდ მიმართული ნებისმიერი საქმიანობა, როგორიცაა ადამიანის რეპროდუქციული კლონირება, უნდა აიკრძალოს".

რადგან საქართველოში აკრძალულია რეპროდუქციული კლონირება (ანუ ემბრიონის შექმნა) კვლევის მიზნით, ცალკე განხილვის საგნად უნდა იქცეს ორგანოების ან ქსოვილების კლონირება, რომელზეც დიდ იმედებს ამყარებენ ტრანსპლანტოლოგები.

აქ ჩვენ არ შევეხებით ფეტალური ქსოვილების გადანერგვასთან დაკავშირებულ საკითხებს, რადგან ის სხვა თავში (ტრანსრლანტოლოგია) დაწვრილებითაა განხილული.

მოაზროვნე ადამიანთა აზრით, კლონირება უნდა განვიხილოთ, როგორც ამორალური აქტი, ტოტალიტარული აზროვნების ნაყოფი. ამ იდეის პრაქტიკული რეალიზაცია დაანგრევს სოციალურ ურთიერთობათა ბუნებრივ საფუძვლებს, კატასტროფულად შეცვლის მსოფლმხედველობრივ მიზანდასახულობებს თითოეული ადამიანის სიცოცხლის შემდგომი გაუფასურების მიმართულებით, რასაც შეუძლებელია ტრაგიკული შედეგი არ მოჰყვეს.

ადამიანის კლონირება საფრთხეს უქმნის ადამიანის

თვითმყოფადობას, რადგან ის შეუძლებელს ხდის მესამე მხარის მიერ ადამიანის გენეტიკური თავისებურებების წინასწარ განსაზღვრის თავიდან აცილებას. ადამიანის კლონირების აკრძალვის მიზეზია ის საფრთხე, რომელსაც კლონირებასთან დაკავშირებული დეპერსონალიზაცია უქმნის ადამიანის ღირსებას. ჯერჯობით მეცნიერებას არ გააჩნია საკმარისი ეთიკური არგუმენტი ადამიანის კლონირების გამართლებისათვის. ბუნებაში არსებული გენეტიკური რეკომბინაციის შესაძლებლობა უფრო მეტ თავისუფლებას ანიჭებს ადამიანს, ვიდრე წინასწარგანსაზღვრული გენეტიკური კომბინაცია; ამიტომ, ყველა უნდა იყოს დაინტერესებული საკუთარი გენის შემადგენლობის, ბუნების მიერ დაწესებული შემთხვევითობის, შესანარჩუნებლად.

ბევრი ცნობილი გენეტიკოსი თავის მოვალეობად მიიჩნევს გაგვაფრთხილოს ადამიანის კლონირების საშიში შედეგების შესახებ და ყველას, ვინც მოცემული სფეროს კვლევაში მონაწილეობს, მოუწოდებს უარი თქვან მის შემდგომ დამუშავებაზე, ყოველი ღონე იხმარონ, რათა, არა თუ არ დაუშვან ადამიანის კლონირების რეალიზაცია, არამედ ზემოქმედება მოახდინონ საზოგადოებრივ ცნობიერებაზე იმ მიზნით, რომ შემუშავებულ იქნეს წარმოდგენები ამ პროცედურის მორალურ-ეთიკური დაშვებისა და უსაფრთხოების თაობაზე.

ადამიანის კლონირების იდეაც კი საზოგადოების მწვავე რეაქციას იწვევს. ადამიან-კლონს წინასწარ აქვს განსაზღვრული, როგორი უნდა იყოს, სად გაიზარდოს, როგორ პირობებში მოუწევს ცხოვრება, ანუ ყველაფერი წინასწარ არის დაპროგრამებული. გარდა ამისა, რელიგიური თვალსაზრისით, ადამიანის ამქვეყნად მოვლინება მხოლოდ ღმერთის ხელთაა და როგორც ჩასახვა, ასევე მისი დაბადება ბუნებრივად უნდა ხდებოდეს.

რაც შეეხება ცოცხალი ორგანიზმების იზოლირებული უჯრედებისა და ქსოვილების კლონირებას, ისევე როგორც მოლეკულური გენეტიკის მთელ რიგ თანამედროვე მეთოდებს, ამ ტექნოლოგიების საწინააღმდეგო არაფერი გვაქვს, რადგან ის არ ზღუდავს პიროვნების სუვერენიტეტს და დიდი სარგებლობა მოაქვს სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობისათვის, სამედიცინო და სასოფლო-სამეურნეო პრაქტიკისათვის. წმინდა სამედიცინო თვალსაზრისით, ორგანოების კლონირებას შეიძლება მხოლოდ მივესალმოთ. იქნებ წარმატებით დამთავრდეს ექსპერიმენტები, რომლებიც მიზნად პანკრეასის კლონირებას და დიაბეტით დაავადებულ ადამიანისათვის მის გადანერგვას ისა-

ხავს მიზნად. ეს ექიმებსაც და ავადმყოფებსაც უამრავ პრობლემას მოუხსნის არა მარტო შაქრიანი დიაბეტის, არამედ უამრავი სხვა პათოლოგიის დროსაც. თანამედროვე გენეტიკური ტექნოლოგიების გამოყენების სფეროა გადაშენების გზაზე მდგარი ზოგიერთი სახეობის ცხოველთა შენარჩუნების შესაძლებლობაც.

სიცოცხლის ტექნიკა, რომელსაც მოსდევს სიკვდილი — აი, ადამიანის ხელოვნური განაყოფიერების ნებისმიერი მეთოდის მთავარი პარადოქსი, FIVET განაყოფიერებით დაწყებული და კლონირებით დამთავრებული. ნებისმიერმა სახელმწიფომ, სანამ კლონირებასთან დაკავშირებულ ახალი კანონმდებლობის შექმნას დაიწყებს, პიროვნების სიცოცხლის უნიკალობის, უზენაესობის პრინციპიდან და ყველა იმ ღირებულებებიდან გამომდინარე, რომელზეც მოსალოდნელმა ცვლილებებმა შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს, უნდა გაითვალისწინოს, რომ ისეთ პრობლემურ საკითხზე მუშაობა, როგორიცაა კლონირება, არ არის მხოლოდ კანონმდებლობის უფლებამოსილება, ამ უკანასკნელში მონაწილეობა აუცილებლად უნდა მიიღონ ეკლესიის წარმომადგენლებმა, საეკლესიო ხელისუფლებამ და საზოგადოების იმ ნაწილმა, რომელსაც სურს, წარმოადგინოს კონკრეტული წინადადებები კანონის კონცეფციის შესახებ.

ადამიანის სულიერ-ზნეობრივ ცხოვრებასა და მის სამეცნიერო-ტექნიკურ მოღვაწეობას შორის ადამიანური ჰარმონიის აღდგენა დიდად განსაზღვრავს ცივილიზაციის შემდგომი არსებობის შესაძლებლობას. ვფიქრობთ, პრობლემის გადაწყვეტა ქრისტიანული ცნობიერების მიერ შემუშავებული მორალურ-ეთიკურ კოორდინაციაში უნდა ვეძებოთ. ბიოეთიკა სხვადასხვა სოციოკულტურულ კონტექსტში ამა თუ იმ საზოგადოების ან სახელმწიფოს, ან სახელმწიფოთა რეგიონული გაერთიანების, ან რელიგიური ტრადიციის კუთვნილ კონკრეტულ საშუალებებს მიმართავს. მართლმადიდებლობის რელიგიურ-ზნეობრივი ტრადიციებიც ამ პრობლემის გადაწყვეტაში უნდა ჩაერთოს.

XX საუკუნის მეორე ნახევარში, საზოგადოების მორალურ კულტურაში ცვლილებების პროცესი იწყება არა მხოლოდ მედიცინაში. შემუშავებულია ახალი მორალური პოზიცია ტექნოგენური ცივილიზაციისადმი, რომელშიც გამოაშკარავდა მძლავრი ტექნიკური განვითარების ნეგატიური შედეგები. ტექნიკური პროგრესისადმი ეს ახალი მიდგომა მიისწრაფვის იქით, რომ გავაერთიანოთ ტექნიკა ბუნების დაცვის აქტიურ საშუალებებთან, ვიპოვოთ ახალი საშუალება და ცხოვრე-

ბის წესი, ადამიანებთან, ბუნებასა და საზოგადოებასთან ახლებურ ურთიერთობაში.

ტექნიკური ცივილიზაციის განვითარებამ ღრმა კრიზისი გამოიწვია. ეს კრიზისი პიროვნულ-სულიერიცაა და ეკოლოგიურად გლობალურიც. მიუღებელი აღმოჩნდა მოსაზრება, რომ ბუნებასა და ადამიანის კანონზომიერ არსებობაში გარეგანი ჩარევა დასაშვებ საზღვრებში უნდა ხდებოდეს.

საზოგადოების დაცვა ტექნიკის შესაძლო ნეგატიური გავლენისაგან, რაც ბიოეთიკის მიზნების ანალოგიურია, ბიოეთიკის პრიორიტეტად ითვლება. მისი საბოლოო მიზანია ადამიანის დაცვა ბიოლოგიური და სამედიცინო ტექნოლოგიების შესაძლო ნეგატიური გავლენისაგან მის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეზე. ასეთი დაცვის ინსტრუმენტებია ეთიკური ნორმები, კანონები და სხვა სამართლებრივი დოკუმენტები.

XX საუკუნეში მეცნიერების გავლენა საზოგადოებრივი ცხოვრების თითქმის ყველა სფეროზე თვისობრივად გაიზარდა. მეცნიერება აშკარად გახდა ძირითადი საწარმოო ძალა. მოვლენების შემდგომმა განვითარებამ აჩვენა, რომ მეცნიერება და მსოფლმხედველობა აუცილებლად უნდა ემსახურებოდეს ზნეობის პრიმატის განმტკიცებას. დღეს, ზუსტი და საბუნებისმეტყველო მეცნიერებანიც არ აცხადებენ პრეტენზიას, რომ მეცნიერული ცოდნა უდავო და უალტერნატივოა. შემწყნარებლობის პრინციპი დღეს დაპირისპირებული თეორიებისთვისაც წარმმართველია. ეს გარემოება შესაძლებელს ხდის თანამედროვე მსოფლიოში, რომელიც მეცნიერების, ტექნიკისა და ეკონომიკის ძალით სულ უფრო ერთიანდება, ადამიანის ქმედების რეალური ორიენტირი გახდეს ზოგადსაკაცობრიო ზნეობა. მეცნიერებისა და ტექნიკის, საერთოდ კულტურის განვითარება ასეთი ორიენტირების გარეშე საბედისწერო იქნება კაცობრიობისათვის. ეს აზრი სულ უფრო ბატონობს მოწინავე ქვეყნების მსოფლმხედველობრივ აზროვნებაში.

იგი XX საუკუნის ფილოსოფიის ძირითად დამსახურებად უნდა ჩაითვალოს.

კაცობრიობის ისტორიას მრავალი ეპიდემია და პანდემია ახსოვს. მათ შორის განსაკუთრებული ადგილი უკავია აივ-/შიდსს, რომელიც მსოფლიოს ერთ-ერთ უდიდეს სოციალურ, ეკონომიკურ და სამედიცინო პრობლემას წარმოადგენს. გაეროს შიდსის პროგრამის (UNADS) მონაცემებით, აივ\შიდსის ეპიდემია კვლავ რჩება დინამიურ და მზარდი ხასიათის ეპიდემიად, რომელმაც საოცარი სისწრაფით მოიცვა მსოფლიოს ყველა კონტინენტი. მართალია, ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ხელმისაწვდომობამ და ეფექტურმა პროფილაქტიკურმა პროგრამებმა განაპირობეს განვითარებულ ქვეყნებში აივ/შიდსის გავრცელების სტაბილურობა, მაგრამ მსოფლიოში აივ ინფიცირებულთა რიცხვი ყოველდღიურად იზრდება.

§1. საკითხის ისტორია

შიდსი ნელა პროგრესირებადი ინფექციური დაავადებაა. მას იწვევს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ). ვირუსი ადამიანის ორგანიზმში შეჭრის შემდეგ აზიანებს ორგანიზმის იმუნურ სისტემას და მწყობრიდან გამოჰყავს იგი, რის შედეგადაც ინფიცირებულ პირს ადვილად უჩნდება სხვადასხვა ინფექციური ან/და სიმსივნური დაავადება, როგორც წესი, სასიკვდილო შედეგით.

თანამედროვე კლასიფიკაციით, აივ ინფექცია ეწოდება დაავადებას ვირუსით ინფიცირების მომენტიდან სიცოცხლის ბოლომდე, ხოლო ტერმინით შიდსი აღინიშნება აივ ინფექციის ბოლო სტადია, როდესაც ავადმყოფს უვითარდება დაავადების გარკვეული კლინიკური ნიშნები და/ან იმუნური სისტემის მძიმე დაზიანება.

შიდსი – შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი (AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome) – როგორც დაავადება პირველად იდენტიფიცირებულ იქნა ამერიკაში 1981 წელს, როდესაც მსმ პოპულაციაში (ანუ იმ მამაკაცებს შორის, რომლებსაც ჰქონდათ სექსი მამაკაცებთან) ზედიზედ იქნა დიაგნოსტირებული იშვიათი დაავადებების – პნევმოცისტური პნევმონიისა და კაპოშის სარკომის რამდენიმე შემთხვევა. აღნიშნული დაავადებები მანამდე მხოლოდ იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში იყო აღწერილი. 1982 წელს აშშ დაავა-

დებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის მიერ ოფიციალურად იქნა რეგისტრირებული შიდსი, როგორც ახალი დაავადება. 1983 წელს შიდსის გამომწვევი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი ერთდროულად აღმოჩენილი იქნა პარიზში (საფრანგეთი) პასტერის ინსტიტუტში ლუკ მონტანიესა და ბეთესდაში (აშშ) კიბოს ნაციონალურ ინსტიტუტში რობერტ ჰალოს მიერ.

აივ-ის წარმოშობის შესახებ განსხვავებული ვერსიები არსებობს. ზოგიერთი ავტორი მიიჩნევს, რომ შიდსის გამომწვევი ვირუსი არ არის ახალი – იგი ხანგრძლივად არსებობდა ცენტრალური და დასავლეთ აფრიკის ზოგიერთ რეგიონში, მაგრამ გლობალურად გავრცელდა მხოლოდ უკანასკნელ წლებში, რასაც სხვა ფაქტორებთან ერთად ხელი შეუწყო აფრიკიდან იაფფასიანი სისხლის ექსპორტმა ამერიკისა და ევროპის სისხლის ბანკებში.

ყველაზე გავრცელებული ვერსიის თანახმად, აფრიკის კონტინენტზე მცხოვრები მაიმუნების ზოგიერთ სახეობაში (მწვანე მაიმუნები, მაკაკები) ხანგრძლივი დროის მანძილზე ფართოდ იყო გავრცელებული შიდსის ვირუსის წინამორბედი, რომელიც არ იყო პათოგენური ადამიანისათვის. შემდგომში, მუტაციის ან/და სხვა ფაქტორების შედეგად, მაიმუნის ვირუსმა გადალახა საბარიერო ბარიერი და გავრცელდა ადამიანებში. ამ ვერსიის სასარგებლოდ ლაპარაკობს ის ფაქტი, რომ ზემოაღნიშნულ მაიმუნებში აღმოჩენილია ე.წ. მაიმუნის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (მივ), რომელიც მათში იწვევს შიდსის მსგავს დაავადებას. გარდა ამისა, ადამიანისა და მაიმუნისაგან გამოყოფილი ვირუსები საკმაოდ ჰგვანან ერთმანეთს გენეტიკური და ანტიგენური თვისებებით.

აღსანიშნავია, რომ შიდსის ვირუსი აღმოჩენილია ზაირის, უგანდის და ზოგიერთი სხვა აფრიკული ქვეყნის მცხოვრებთა 50-იან წლებში აღებულ სისხლში, რომელიც ამ ხნის განმავლობაში სხვადასხვა მიზეზის გამო ინახებოდა გაყინულ მდგომარეობაში, ხოლო 60-იან წლებში აფრიკაში აღწერილია ე.წ. "slim disease", რომელიც კლინიკური ნიშნებით შიდსს მოგვაგონებს. კიდევ ერთი ჰიპოთეზის მიხედვით, შიდსის ვირუსი ხელოვნურად შეიქმნა ამერიკის სამხედრო დანიშნულების ლაბორატორიებში, როგორც ბიოლოგიური იარაღი. ეს ვერსია განსაკუთრებით პოპულარული იყო ყოფილი საბჭოთა კავშირის ხელმძღვანელთა შორის. იგი თავიდანვე ნაკლებ დამაჯერებელი იყო, ამჟამად კი მთლიანად უარყოფილია.

* გაერთიანებული ერების შიდსის ერთობლივი პროგრამის UNAIDS-ის მონაცემებით ამჟამად მსოფლიოში ცხოვრობს 42.9 მილიონი აივ/შიდსით დაავადებული ადამიანი; გარდაიცვალა 27 მილიონზე მეტი;
- მხოლოდ 2017 წელს დაინფიცირდა 2.2 მილიონი და გარდაიცვალა 1.3 მილიონი; ყოველდღიურად აივ-ით ინფიცირდება 6000-მდე ადამიანი;
- შემთხვევების 68% კვლავ მოდის სუბ-საჰარული აფრიკის ქვეყნებზე, მაშინ როცა მთელი აფრიკის მოსახლეობა წარმოადგენს მსოფლიო მოსახლეობის მხოლოდ 23%-ს;
- აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების ზრდის მიხედვით გამოირჩევა აღმოსავლეთ ევროპის და ცენტრალური აზიის ქვეყნები, რაც პოტენციურად განაპირობებს საქართველოში აივ/შიდსის ეპიდემიის რისკს.

მსოფლიო მასშტაბით გატარებულმა პროფილაქტიკურმა და სამკურნალო ღონისძიებებმა გარკვეული შედეგი გამოიღო:

- 2017 წელს რეგისტრირებული ახალი შემთხვევები 35%-ით შემცირდა 2000 წელთან შედარებით;
- შიდსთან ასოცირებული სიკვდილობის მაჩვენებელი 42% -ით ნაკლებია 2004 წლის მონაცემებთან შედარებით;
- ბავშვებში ახალი აივ/შიდსის შემთხვევები შემცირდა 59%-ით;
- ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების რაოდენობა 2010 წელთან შედარებით 84%-ით გაიზარდა და არვ მედიკამენტები ხელმისაწვდომია უკვე 15.8 მილიონი აივ ინფიცირებულისათვის.

არვ მკურნალობამ მნიშვნელოვნად შეცვალა მსოფლიოში აივ/შიდსის ეპიდემიის მიმდინარეობა, საგრძნობლად შემცირდა აივ/შიდსთან დაკავშირებული ავადობა და სიკვდილობა. სადღეისოდ, დაავადების დროული გამოვლენისა და სწორი მკურნალობის შემთხვევაში აივ/შიდსით ავადმყოფის სიცოცხლის სა-

ვარაუდო ხანგრძლივობა ზოგადი მოსახლეობის ანალოგიურ მაჩვენებლებს უახლოვდება.

არვ მკურნალობის ეფექტურობა აისახა არა მხოლოდ შიდსთან ასოცირებული სიკვდილობის შემცირებაში, არამედ აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციაშიც. შიდსის საწინააღმდეგო არვ მკურნალობის დანერგვით 2000-2017 წლებში თავიდან იქნა აცილებული აივ/შიდსის 31 მილიონი ახალი შემთხვევა და 8 მილიონი ადამიანის სიკვდილი.

მსოფლიოში 80-იანი წლების ბოლოს ახალი ძალით შემობრუნდა ტუბერკულოზის ეპიდემია, როგორც მსოფლიო ჯანდაცვის სისტემის უდიდესი პრობლემა. მსოფლიოში ტუბერკულოზის მეორად ეპიდემიას უკავშირებენ აივ/შიდსის ეპიდემიას. ტუბერკულოზის შემთხვევების მატება ყველაზე მაღალი იყო და არის აივ ინფექციის მაღალი პრევალენტობის გეოგრაფიულ არეალში. ასევე, მსოფლიო ჯანდაცვის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება აივ ინფექციისა და ვირუსული ჰეპატიტების კოინფექციები.

მსოფლიოსათვის კვლავ აქტუალურია აივ ინფექციასთან ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია.

აივ/შიდსის გავრცელება საქართველოში.

შიდსის პირველი შემთხვევა ჩვენს ქვეყანაში 1989 წელს დაფიქსირდა. 2019 წლის 31 დეკემბრის მონაცემებით, აივ/შიდსის გამოვლენილ შემთხვევათა რიცხვმა 8000-ს გადააჭარბა და 8102 გაუტოლდა. თუმცა, გამოვლენილი შემთხვევების რიცხვი არ ასახავს ქვეყანაში დაავადების გავრცელების რეალურ სურათს და ექსპერტების შეფასებით, აივ ინფექციის სავარაუდო მაჩვენებელი 9400 შეადგენს. აივ ინფექციის რეგისტრირებულ შემთხვევათა სიმცირის მიუხედავად გასათვალისწინებელია ეპიდემიის პოტენციალის არსებობა. კერძოდ,

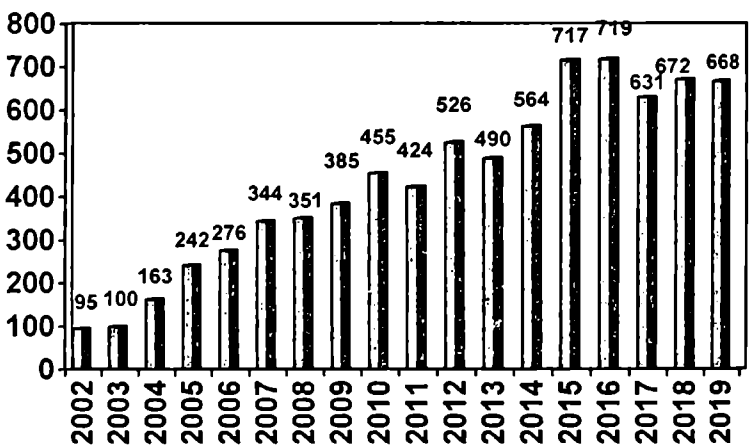
1. ქვეყანაში არსებული ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების მაღალი მაჩვენებელი და მათი ნემსის ან/და სქესობრივი პარტნიორები;
2. ხშირი დაუცველი სქესობრივი კონტაქტის მქონე პირები და მათი პარტნიორები;
3. სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მაღალი პრევალენტობა;
4. გაზრდილი მიგრაცია აივ/შიდსის ეპიდემიის მქონე ქვეყნებში;

5. დაავადების გვიანი გამოვლენა;
6. თავდაცვის საშუალებებზე ტრადიციულად დაბალი მოთხოვნილება და/ან მათი არასისტემატიური მოხმარება;
7. დაავადების შესახებ ინფორმირებულობის დაბალი დონე.

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრის 2019 წლის 31 დეკემბრის მონაცემებით, საქართველოში რეგისტრირებულია აივ/შიდსის 8102 შემთხვევა. მათგან, 6047 მამაკაცია, 2055 – ქალი. შიდსი განუვითარდა 5003 პაციენტს, 1635 – გარდაიცვალა. არვ მკურნალობას იტარებს 5031 პირი მათ შორის 43 ბავშვია.

მხოლოდ 2019 წელს გამოვლინდა 668 ახალი შემთხვევა. უკანასკნელი წლების დინამიკა მიუთითებს, რომ ქვეყანაში აღინიშნება აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების სტაბილური სურათი.

გრაფიკი 1. შიდსის შემთხვევების დინამიკა

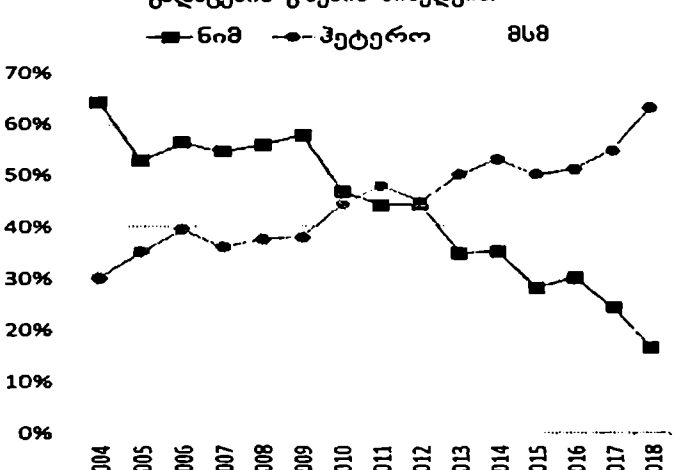


ეპიდემიის ზრდის ტენდენციის მიუხედავად, საქართველოში აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად ნაკლებია ყოფილი საბჭოთა ქვეყნების ანალოგიურ საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით.

აივ ინფიცირებულთა 75% შეადგენს მამაკაცებს და შემთხვევათა 71% რეგისტრირებულია 25-49 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში.

აივ ინფექციის გადაცემის გზების მიხედვით, პირველ ადგილზეა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები – 48.2%, მეორე ადგილზეა ვირუსის გადაცემა ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებით – 38.1%, შემდეგ სექსი მამაკაცებს შორის - 11.2%. ვერტიკალური გზით (დედიდან ბავშვზე) დაინფიცირდა 1.3%, აივ ინფიცირებული სისხლის გადასხმით დაინფიცირდა და აივ-ის გადაცემის გზა დაუდგენელია 1%-ზე ნაკლებ შემთხვევებში.

უკანასკნელ წლებში აღინიშნება ნარკოტიკების ინექციური მოშხმარებლების ხვედრითი წილის შემცირება, სქესობრივი გზით ინფიცირების შემთხვევების მატების ხარჯზე. 2011 წლიდან აივ/შიდსის ჰეტეროსექსუალური გზით გადაცემის შემთხვევების რაოდენობა აჭარბებს ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებით ინფიცირების შემთხვევებს. ახლად რეგისტრირებულ შემთხვევებში აივ/შიდსის ჰეტეროსექსუალური გზით გადაცემა 2011 წლიდან 2017 წლამდე გაიზარდა დაახლოებით 10%-ით.



2011 წლიდან ასევე აღინიშნება აივ/შიდსის მსმ გადაცემის მკვეთრი ზრდის ტენდენცია, რომელმაც მაქსიმუმს (20%-

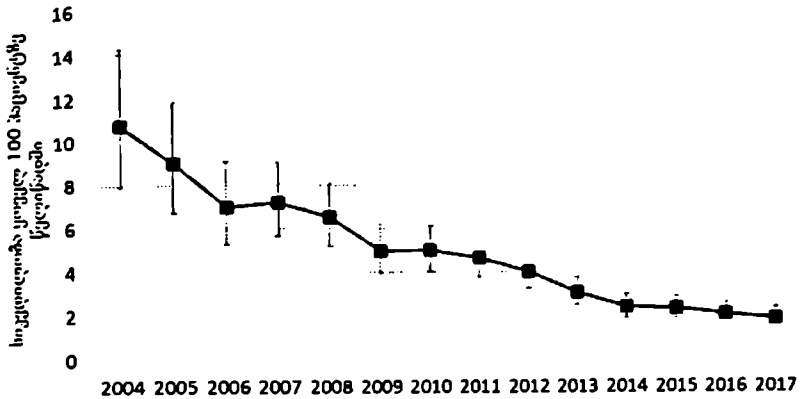
ს) მიაღწია 2015 წლისათვის. დღეისათვის ეს ტენდენცია სტაბილურად შენარჩუნებულია.

საქართველოში, უკანასკნელ წლებში, აღინიშნება აივ/შიდსით პაციენტების სიკვდილობის შემცირება, რაც მნიშვნელოვნად არის დაკავშირებული ანტივირუსული (არვ) თერაპიით მათი მოცვის გაუმჯობესებასთან, მკურნალობის და მოვლის პროგრამების ეფექტურ მუშაობასთან. შიდსით გამოწვეული სიკვდილობა ჩვენს ქვეყანაში ძირითადად განპირობებულია აივ გვიანი დიაგნოსტიკით. ასევე, გასათვალისწინებელია ტუბერკულოზი და C ჰეპატიტით გამოწვეული ღვიძლის ტერმინალური დაავადება, რომლებიც აივ/ შიდსით ავადმყოფთა სიკვდილის წამყვან მიზეზებს წარმოადგენენ.

საქართველო არის ერთ-ერთი მოწინავე ქვეყანა, აივ/შიდსის მკურნალობის საქმეში. 2004 წელს საქართველომ მიიღო "გლობალური ფონდი"-ს გრანტი აივ/შიდსთან ბრძოლის ღონისძიებების მხარდასაჭერად. დღეისათვის, საქართველო ითვლება მოწინავე ქვეყანად, რომელმაც უზრუნველყო აივ/შიდსით დაავადებულთათვის არვ მკურნალობის 100% ხელმისაწვდომობა. 2015 წელს საქართველომ პირველმა აღმოსავლეთ ევროპაში დაიწყო ჯანმო-ს უახლესი რეკომენდაციების "მკურნალობა ყველასათვის" დანერგვა არვ მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე დაწყებასთან დაკავშირებით და სადღეისოდ მკურნალობა უტარდება ყველა აივ ინფიცირებულს იმუნური სტატუსის და დაავადების სტადიის მიუხედავად.

ეს მნიშვნელოვანი მიღწევა უკანასკნელ წლებში დადებითად აისახა ქვეყანაში აივ/შიდსის ეპიდემიის დინამიკაზე: მკვეთრად გაიზარდა აივ/შიდსით ავადმყოფების გადარჩენის მაჩვენებელი, სიცოცხლის ხანგრძლივობა და ცხოვების ხარისხი. არვ მკურნალობაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის შედეგად თითქმის 6-ჯერ შემცირდა შიდსთან დაკავშირებული სიკვდილობა.

სიკვდილობა აივ/შიდსით ავადმყოფებში



2005 წლიდან უზრუნველყოფილია დედიდან ბავშვზე აივ/შიდსის გადაცემის პროფილაქტიკის ღონისძიებებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა. შედეგად, ქვეყანამ პრაქტიკულად უზრუნველყო დედიდან ბავშვზე აივ/შიდსის გადაცემის ელიმინაცია. 2007 წლის შემდეგ ყველა იმ აივ ინფიცირებული დედისგან, რომლებმაც სახელმწიფო პროგრამით აივ/შიდსზე გამოკვლევა და შესაბამისი პრევენციული მკურნალობა ჩაიტარეს, არცერთი აივ ინფიცირებული ბავშვი არ დაბადებულა და ყველა ბავშვი დღემდე ჯანმრთელია. ამასთან, მნიშვნელოვანია, რომ ბოლო პერიოდში საქართველოში ახალშობილთა შორის აივ ინფიცირების შემთხვევები რეგისტრირებული არ არის.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოში დანერგილია პრაქტიკულად ყველა თანამედროვე ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის მეთოდი და მკურნალობის პრინციპები, რომელიც საშუალებას იძლევა საერთაშორისო სტანდარტების დონეზე განხორციელდეს აივ/შიდსის და სხვა ინფექციური დაავადებების დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და მონიტორინგი.

UNAIDS-ის მონაცემებით, უკანასკნელ პერიოდში მსოფლიომ მნიშვნელოვან პროგრესს მიაღწია შიდსთან ბრძოლის საქმეში. 2015 წლის სექტემბერში გაერთიანებული ერების სპეციალურ სამიტზე წევრმა ქვეყნებმა ერთხმად დაამტკიცეს 2030 წლის დღის წესრიგი მდგრადი განვითარებისათვის, რომელიც სხვა გამოწვევებთან ერთად მიზნად ისახავს შიდსის

ეპიდემიის დასრულებას 2030 წლისათვის. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად UNAIDS-ის მიერ შემოთავაზებულია ე.წ. სამიზნეები – 90-90-90, რაც გულისხმობს:

- აივ/შიდსით ავადმყოფების 90%-ით გამოვლენას;
- გამოვლენილი აივ/შიდსით ავადმყოფების 90%-ის მოცვას მკურნალობით;
- მკურნალობაზე მყოფი აივ/შიდსით ავადმყოფების 90%-ში ვირუსი უნდა გახდეს არაგანსაზღვრადი.

სადღეისოდ, შიდსის ეპიდემიის დაძლევის ყველაზე პერსპექტიული მიმართულებაა ე.წ. "მკურნალობა პრევენციისათვის". კვლევებმა აჩვენეს, რომ აივ ინფიცირებული პირი, რომელიც იმყოფება არვ მკურნალობაზე და მის ორგანიზმში აივის კონცენტრაცია არაგანსაზღვრადია, მაშინ ეს პირი აღარ წარმოადგენს ინფექციის წყაროს და ის ვირუსს აღარ ავრცელებს. შესაბა მისად სტრატეგია "მკურნალობა პრევენციისათვის" ითვალისწინებს ყველა აივ/შიდსით პაციენტის გამოვლენას, მათ ჩართვას სამკურნალო სერვისებში და ვირუსის არაგანსაზღვრადი დონის უზრუნველყოფას.

აღნიშნული სიტუაციის გათვალისწინებით, შიდსის ცენტრმა და საქართველოს შიდსის ასოციაციამ, ოფიციალურად წარადგინეს ინიციატივა: **"დავასრულოთ შიდსის ეპიდემია საქართველოში!"**, რომელიც გულისხმობს, აივ/შიდსის ახალი შემთხვევების შემცირებას სულ ცოტა 90%-ით გამოვლენის გაუმჯობესების მიმართულებით, რაც საფუძველს ჩაუყრის ქვეყანაში შიდსის ეპიდემიის დასრულებას.

§2. აივ ინფექცია/შიდსი, როგორც სოციალური და ბიოეთიკური პრობლემა

დაავადების გავრცელების ეპიდემიური ხასიათი და სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებელი ჯერ კიდევ XX საუკუნის 80-იანი წლების დასაწყისში გახდა პანიკის მიზეზი დასავლეთის ბევრ ქვეყანასა და ამერიკაში. მოგვიანებით მეცნიერული კამათი დაიწყეს სამ ურთიერთდაკავშირებულ ეპიდემიაზე: აივ ინფექციაზე (აივ ინფიცირებული პირები პრაქტიკულად ჯანმრთელნი არიან, მაგრამ ამავე დროს ვირუსის მატარებელნი და შესაბამისად, სხვა ადამიანებისათვის წარმოადგენენ ინფექციის გადადების წყაროს, თუ არ იმყოფებიან სპეციფიკურ მკურნა-

ლობაზე), საკუთრივ შიდსზე და საზოგადოების სულ უფრო მზარდ რეაქციაზე აივ ინფექციის გავრცელების გამო.

გასული საუკუნის 80-იანი წლების შუახანებამდე შიდსის პრობლემის სერიოზულობა და საშიშროება ვერ გააცნობიერა არა მარტო საბჭოთა კავშირის, არამედ მსოფლიო ჯანდაცვის მესვეურებმა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გენერალურმა დირექტორმა მალერმა მოგვიანებით აღიარა, რომ ამ ორგანიზაციამ დაგვიანებით გაიაზრა აივ/შიდსიის ეპიდემიის მნიშვნელობის მასშტაბები.

პირველი აივ ინფიცირებული უცხოელი მოქალაქე საბჭოთა კავშირის ტერიტორიაზე (რომელ სივრცეშიც ჩვენ ვიმყოფებოდით) გამოვლინდა 1985 წელს. პირველი „საბჭოთა ავადმყოფი“ – 1987 წელს დაფიქსირდა.

აივ-ით ინფიცირებულთა რაოდენობამ მკვეთრად იმატა 1996 წლიდან. თუ 1987 წლიდან 1996 წლამდე დსთ ქვეყნებში მთლიანად გამოვლენილი იყო 1062 ინფიცირებული ადამიანი, მხოლოდ 1996 წლის განმავლობაში ეს რიცხვი გაიზარდა 3032-მდე. 1997 წლის ბოლოსთვის რეგისტრირებული შემთხვევების რაოდენობამ მიაღწია 10000-ს, დაავადებულთა რეალურმა რაოდენობამ კი 100000 ადამიანს. ეპიდემიის გავრცელების ამ ტემპების ჩვენება ნათელს ხდის მდგომარეობის განსაკუთრებულ საშიშ ხასიათს და დრამატიზმს. აივ ინფექციასთან დაკავშირებული მორალურ-ეთიკური საკითხების მრავალფეროვნება შემდეგი ფაქტორებით განისაზღვრება:

- აივ/შიდსი იყო დაავადება სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლით. თუმცა, დღეისათვის ეს ფორმულირება გარკვეულწილად შეიცვალა, რაც განაპირობა მკურნალობისა და მოვლის სფეროში არსებულმა მნიშვნელოვანმა მიღწევებმა.
- აივ ინფექცია პანდემიაა, ე.ი. მისი გავრცელება არ შემოიფარგლება არც გეოგრაფიული, არც სახელმწიფო, არც კულტურული საზღვრებით;
- აივ/შიდსის გადაცემა ხშირ შემთხვევაში დაკავშირებულია ადამიანის ცხოვრების ინტიმურ მხარეებთან, მათ სექსუალობასთან და ასევე დევიანტური ქმედების ისეთ ფორმებთან, როგორიცაა ნარკოტიკების არასამედიცინო მიზნით გამოყენება;

- ბუნებრივი შიში განუკურნებელი სენის მიმართ ხშირად ხდება ადამიანის არაადექვატური ქცევის წყარო, რაც თავის მხრივ წარმოქმნის მასობრივი შეგნების თავისებურ ფენომენს – "შიდსოფობიას".

დღეისათვის აივ ინფექცია მართვადი ინფექციური დაავადებაა. სამკურნალო მედიკამენტების ჯგუფს ეწოდება ანტირეტროვირუსული (არვ) მედიკამენტები. მათი სისტემატიური მიღება მთელი სიცოცხლის მანძილზე უზრუნველყოფს დაავადების პროგრესირების ეფექტურ კონტროლს და ამასთან, ამცირებს ვირუსის გადაცემის რისკს. ანტივირუსული პრეპარატები უახლესი რეკომენდაციების თანახმად ინიშნება დიაგნოზის დასმისთანავე. არვ თერაპიის შედეგად მიიღწევა: ვირუსის რეპლიკაციის დათრგუნვა არაგანსაზღვრად დონებდე, იმუნიტეტის სრული და მდგრადი რეაბილიტაცია, სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება და სიცოცხლის გახანგრძლივება. ამასთან, მკურნალობის დროს პრაქტიკულად 0-ის ტოლია/მინიმალურია ერთი ადამიანიდან მეორეზე აივ ინფექციის გადაცემის რისკი. "შიდსთან, მალარიასთან და ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური ფონდის" მხარდაჭერით საქართველო 2004 წლიდან უზრუნველყოფს ამ მედიკამენტებზე უფასო, 100%-იან ხელმისაწვდომობას. 2018 წლიდან არვ მედიკამენტებით მომარაგება თავის თავზე აიღო "აივ/შიდსის მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამამ". აივ/შიდსით დაავადებულთა მკურნალობის საფასური საზოგადოებაში სერიოზულ კამათს იწვევს სოციალური სამართლიანობის დაცვისა და ჯანდაცვის რესურსების ოპტიმალურ განაწილების თვალსაზრისით. თუმცა ისიც გასათვალისწინებელია, რომ განუხრელად იზრდება იმ პირთა რაოდენობა, რომლებიც მკურნალობას საჭიროებენ და ამასთან, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, არვ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტები, რომლებსაც სისხლში აღენიშნებათ აივ არაგანსაზღვრადი მაჩვენებელი, პრაქტიკულად აღარ არიან აივ გადამდები, რასაც ეპიდემიოლოგიური კუთხით გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს.

შიდს თანდაკავშირებით ბიოეთიკის ყველა უმნიშვნელოვანესი საკითხი (საექიმო საიდუმლოს დაცვა, პაციენტის პიროვნების ავტონომიის პატივისცემა, პაციენტის დისკრიმინაციის თავიდან აცილება, ავადმყოფის უფლება ღირსეულ სიკვდილზე და ა.შ.) დაკონკრეტებას მოითხოვს. ასევე საჭიროა აივ-ით ინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულ პაციენტებთან საზოგადოებისა და მე-

დიცინის მუშაკების ურთიერთობის საკითხების სერიოზული კვლევა და ანალიზი.

აივ ინფექციის მიმართ საზოგადოებას და ცალკეულ ადამიანებს აქვთ განსაკუთრებული შიში – "შიდსოფობია", რომელიც სოციალურ-ფსიქოლოგიური ფენომენია და "კანცეროფობიის", "სიფილოფობიის", "რადიოფობიის" და ა.შ. ანალოგიურია. მთელ რიგ გარემოებათა გამო შიდსოფობიის ფართოდ გავრცელება საზოგადოების ცნობიერებაში განსაკუთრებითაა გამოხატული. ასეთ გარემოებებს, პირველ რიგში, განეკუთვნება ის ფაქტი, რომ(ამოვიღე) ლეტალობა არანამკურნალევი შიდსის შემთხვევაში შედარებით მაღალია, ვიდრე სხვა ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებების დროს. ადამიანთა უმრავლესობის უცილობელ რეაქციას სიტყვაზე "შიდსი" წარმოადგენს შიში. ეს არის შიში: განუკურნებელი დაავადების, სიკვდილის, მედიცინის და საზოგადოების უძლურების წინაშე, რომლებსაც, გავრცელებული აზრის თანახმად, უნარი არ შესწევთ აივ ინფექციას დაუპირისპირონ რაიმე ქმედითი.სამწუხაროდ, შიდსოფობიის ერთერთი პარადოქსალური გამოვლენაა ადამიანთა გაუაზრებელი მისწრაფება "დაივიწყონ" საფრთხე, გაექცნენ მას. ეს თავს იჩენს როგორც უპასუხისმგებლო, გამომწვევ ქცევაში, ასევე რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, სახელმწიფო ორგანოების მიერ პრობლემის არასათანადოდ შეფასებაში.

თვით აივ-ით ინფიცირებულთა ცნობიერებაში, უპირველესად, დომინირებს დისკრიმინაციის, სტიგმატიზაციის, სოციალური ოსტრაკიზმის წინაშე შიში. როგორც ცნობილია, დასავლეთის ქვეყნებში შიდსი ძირითადად დასაწყისიდანვე ვრცელდებოდა ე.წ. მაღალი რისკის ქცევის ჯგუფებში მსმ, ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებსა და სექსმუშაკებს შორის. მკაცრი მორალისტები არაერთგზის აცხადებდნენ, რომ შიდსი "ღვთის რისხვაა", "ჰომოსექსუალიზმის ცოდვის", "სპორტული სექსის", "სექს-ტურიზმის" და სხვათა გამო. დასახელებული რისკის ჯგუფების მიმართ საზოგადოების ნეგატიური დამოკიდებულება ინერციით გადაეცემა აივ-ით ინფიცირებულ პირს, ამასთან მათი სტიგმატიზაცია ხშირად ძლიერდება შიდსის მიმართ მზარდი შიშით. "შიდსოფობია" რომ შევადაროთ კიბოს წინაშე შიშს, ივივე "კანცეროფობიას", დავრწმუნდებით, რომ თუ კიბოს დიაგნოზი ავადმყოფისათვის არის სასიკვდილო განაჩენი, ფსიქიკური დაავადება შეიცავს სტიგმატიზაციის საფრთხეს, შიდსით დაავადებული განიცდის ორივეს. განწირულობის განცდას აღრმავებს ემოციური იზოლაცია და საზოგადოების მხრიდან მათ მიმართ არაკეთილმოსურნე დამოკიდებულება.

აივ-ით ინფიცირების დროს ამიტომაა მნიშვნელოვანი საქმო საიდუმლოების დაცვა. უცხოური მედია ხშირად აშუქებს მასალებს

აივ პაციენტთა მიმართ გამოყენებული ძალადობის ფაქტების შესახებ: საცხოვრებელი ადგილებიდან განდევნა, მათ გარშემო "ემოციური გეტოს" შექმნა, სამსახურიდან, სასწავლებლიდან დათხოვნა, საზოგადოების აგრესია მათ სამკურნალოდ გამოყოფილი მატერიალური სახსრების გამო, რომელიც ხშირად საპროტესტო გამოსვლებითაც კი მთავრდება და სხვა. ბუენოს-აირესში პაციენტებს ჯაჭვით აბამდნენ საწოლებზე. ამერიკის ერთ-ერთ ქალაქში კი, მეზობლებმა გადაწვეს სახლი, სადაც აივ ინფიცირებულთა სამ ბავშვიანი ოჯახი ცხოვრობდა. რუსეთის ქალაქ ელისტაში (სადაც სავადმყოფოს პირობებში ინფიცირებული სისხლითა და ინსტრუმენტებით დაავადნენ ბავშვები) ხალხმა ქვები დაუშინა ავტობუსს, რომლითაც ისინი გადაჰყავდათ. ექიმი, რომელსაც ურთიერთობა აქვს აივ/შიდსით დაავადებულ პაციენტთან ეჯახება არა მარტო მძიმე კლინიკურ რეალობას, არამედ მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილის უცოდინარობასა და გაუნათლებლობას ამ სფეროში, რაც იწვევს მითებისა და ცრურწმენების გავრცელებას. ასეთ შემთხვევებში ექიმს უნდა ეყოს გამბედაობა, რათა წინ აღუდგეს ასეთ გამოვლინებებს და იმუშაოს საზოგადოების ცნობიერების ამაღლებაზე.

აივ/შიდსით პაციენტთა მიმართ დისკრიმინაციის ყოველგვარი გამოვლენა აკრძალულია საერთაშორისო სამართლის ნორმებით და ასახულია ბევრ დოკუმენტში. მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის "ჟენევის დეკლარაციაში" აღნიშნულია: „მე ნებას არ მივცემ არავის სქესის ან ასაკის, დაავადების ან არაქმედუნარიანობის,სარწმუნოების, ეთნიკური, ნაციონალური ან რასობრივი კუთვნილების, პოლიტიკური იდეოლოგიის, სექსუალური ორიენტაციის ან სოციალური მდგომარეობის გამო ხელი შემიშალოს ჩემი მოვალეობის შესრულებაში".

აივ ინფიცირებულ პირებთან მედიკოსთა ურთიერთობის მაგალითზე, რომლებიც ზემოდასახელებულ რისკის ჯგუფებს წარმოადგენენ, განსაკუთრებით კარგად ჩანს პრინციპის "აკეთე სიკეთე" მნიშვნელობა, რომლის თანახმად მედიცინის მუშაკის მორალურ მოვალეობას წარმოადგენს პროფესიული დახმარების გაწევა, მზრუნველობა და თანაგრძნობა პაციენტთა მიმართ და არა მათი ცხოვრების წესის შეფასება. ბიოეთიკის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მოთხოვნაა პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა, რაც მისი ღირებულებების პატივისცემასა და ინდივიდუალობის თავისებურებების აღიარებაში გამოიხატება. აკრძალულია სამედიცინო პერსონალის მიერ ავადმყოფისთვის საკუთარი აზრის თავს მოხვევა.

1985 წელს ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლებისათვის შეიქმნა სპეციალური "ზიანის შემცირების" პროგრამა, რომელიც გამოყენებული შპრიცებისა და ნემსების ახალ სტერილურ შპრიცებსა და ნემსებზე უფასო გადაცვლას და უფასო კონდომებით მომარა-

გებას ითვალისწინებს. უდავო ეპიდემიოლოგიურ მიზანშეწონილობასთან ერთად მოცემულ პროგრამა ანტიდისკრიმინაციულ ხასიათს ატარებს. ამავე პროგრამით გათვალისწინებულია ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამის ფუნქციონირება. შპრიცების უფასო გაცვლის პროგრამები განხორციელდა რუსეთის მთელ რიგ რეგიონებში, რომლებიც ეპიდემიოლოგიური კუთხით განსაკუთრებით საშიში იყო როგორც ნარკოტიკების მოხმარების, ასევე აივ ინფექციის გავრცელების თვალსაზრისით. ზიანის შემცირების პროგრამა ხორციელდება საქართველოშიც არასამთავრობო არგანიზაციების "ზიანის შემცირების ქსელის" მიერ. აღნიშნულმა პროგრამამ პოზიტიური შედეგები გამოიღო.

აივ/შიდსთან დაკავშირებული ყველა საერთაშორისო პროგრამა აუცილებლად ითვალისწინებს ეთიკურ სტანდარტებს, რომელთა შორის პაციენტთა და "რისკის ჯგუფში" მყოფთა დისკრიმინაციის არდაშვებაა. ასევე აუცილებელია შესაბამისი გარანტიების მიცემა აივ /შიდსით პაციენტების მიმართ, რადგან დისკრიმინაციასთან ბრძოლა, ამავე დროს, წარმოადგენს შიდსთან ბრძოლის ერთ-ერთ კომპონენტსაც. აივ/შიდსით დაავადებულ პაციენტთა დისკრიმინაცია არა მარტო ფეხქვეშ თელავს ადამიანის უფლებებს, არამედ ძირს უთხრის საზოგადოებრივი

აივ-ით ინფიცირებულ და შიდსით დაავადებულთა მკურნალობასა და მომსახურებაზე სამედიცინო პერსონალის მიერ უარის თქმა ყველაზე რთული პრობლემაა ბიოეთიკის თვალსაზრისით. 90-იანი წლების დასაწყისში ამერიკაში ჩატარდა გამოკვლევები, რომლებმაც აჩვენეს, რომ აივ/შიდსით დაავადებულ პაციენტთა დახმარებაზე სამედიცინო პერსონალის უარი მოტივირებულ იყო ინფიცირების შიშით, მსმ პოპულაციის, ნარკოტიკების მომხმარებელ პირთა და სექსმუშაკების მიმართ სიძულვილით. ყველაფერი ეს კი ეფუძნებოდა სამედიცინო პერსონალის არასაკმარის ინფორმირებულობას. ვაშინგტონში ცნობილმა ჟურნალისტმა აივ ინფიცირებულთა მიმართ საზოგადოების დამოკიდებულების შესასწავლად მიმართა ქიმწმენდას, საპარიკმახეროსა და სტომატოლოგიურ პოლიკლინიკას. იგი თავს აივ ინფიცირებულად ასაღებდა. მას ყველგან კატეგორიული უარი უთხრეს მომსახურებაზე და თანაც საკმაოდ არაკორექტულად; მსგავსი უარი არ შეესაბამება არა მარტო სამედიცინო ეთიკის და საერთოდ ეთიკის ნორმებს, არამედ კანონის მოთხოვნებსაც.

პროფესიული სამედიცინო ეთიკის უხეშ დარღვევად ითვლება აივ/შიდსის დიაგნოზის გახმაურება. ხშირად ჯანდაცვის

მუშაკები არა მარტო არღვევენ პაციენტთა უფლებებს დიაგნოზის გახმაურებით, არამედ თვითონვე უწყობენ ხელს ამ ინფექციის წინაშე დამთრგუნველი შიშის განწყობის შექმნას. ამ ფაქტს საბჭოთა კავშირში არსებული ჯანდაცვის კანონი უწყობდა ხელს (1971 წ.), სადაც მითითებული იყო, რომ ჯანდაცვის დაწესებულებათა ხელმძღვანელები ვალდებული არიან მოქალაქის ინფიცირების აღმოჩენის შემთხვევაში ამის შესახებ აცნობონ ჯანდაცვის ადგილობრივ ორგანოებს, რადგან ამას მოსახლეობის ინტერესები მოითხოვს. სამედიცინო საიდუმლოების მიმართ ასეთი ნიჰილისტური დამოკიდებულების გამო ხშირად ხდებოდა ინფორმაციის გავრცელება, რაც პაციენტისთვის, არცთუ იშვიათად, სავალალოდ მთავრდებოდა. 1991 წელს საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის მინისტრის ბრძანებით "შიდსის პროფილაქტიკის შესახებ" აიკრძალა ასეთი ინფორმაციის საჯაროობა. საქართველოს კანონმდებლობით აკრძალულია სამედიცინო შემოწმების რეზულტატის, დიაგნოზის და პროგნოზის გახმაურება. გამონაკლისია შემთხვევა, როდესაც აშკარაა ინფექციური დაავადების გავრცელების საფრთხე.

სამედიცინო ეთიკის კონტექსტში ექიმი ვალდებულია ეძებოს კომპრომისი, ერთი მხრივ, პაციენტის პირად ინტერესებსა და მეორე მხრივ, საზოგადოების ინტერესებს შორის. ეს კიდევ ერთი რთული მორალური დილემაა, რომელსაც ექიმს პროფესიული კრედო ავალებს.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია აივ-ზე ტესტირების დროს პაციენტის ავტონომიის დაცვა.

სკრინინგი გამოუკვლევი დაავადების სიხშირის გამოვლენაა სწრაფადმოქმედი ექსპრეს ტესტების გზით. როგორც წესი, სკრინინგი გულისხმობს გეგმიურ გამოკვლევას მთლიანად პოპულაციაში ან პოპულაციის შიგნით ცალკეული ჯგუფების ჩარჩოებში. აივ ინფექციაზე სეროლოგიური ტესტი ადამიანის ორგანიზმში აივ-ის არსებობის გამოვლენაზე ფართოდ ხელმისაწვდომი გახდა 1985 წლიდან. სკრინინგული ანუ ფართო მასებზე გათვლილი აივ ტესტირებისათვის ყველაზე ხშირად გამოიყენება სწრაფი/ექსპრეს ან იმუნოფერმენტული ანალიზის მეთოდი. თუმცა, მათ შეუძლიათ მოგვცენ როგორც მცდარი დადებითი, ისე მცდარი უარყოფითი რეზულტატები. ამიტომ, პირველადი დადებითი ანუ საეჭვო პასუხის შემთხვევაში აუცილებელია დამადასტურებელი მეთოდების გამოყენება, რასაც სპეციალიზირებული დაწესებულება ახორციელებს.

ამჟამად, აივ ინფექციის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ძირითადი საშუალებებია სისხლში აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულების და ვირუსის გენეტიკური მასალის განსაზღვრა. აივ ანტისხეულების განსაზღვრის მეთოდები ორ ჯგუფად იყოფა: პირველადი ანუ სკრინინგული და დამადასტურებელი ანუ კონფირმაციული. სკრინინგულ მეთოდებს შორის ყველაზე ფართოდ გამოიყენება აივ ანტისხეულების გამოვლენა იაფი და სწრაფი მეთოდებით, რომლებიც მაღალი მგრძნობელობითა და სპეციფიურობით ხასიათდება. მათი საშუალებით აივ ანტისხეულები სისხლში ვლინდება ინფიცირებიდან 4-8 კვირის შემდეგ. პირველადი დადებითი შედეგის შემთხვევაში კვლევა გრძელდება დამადასტურებელი ანუ კონფირმაციული მეთოდით — იმუნობლოტინგით (Western blot). სადღეისოდ ყველაზე ზუსტი და მაღალ მგრძნობიარე მეთოდია ვირუსის გენომის გამოვლენა პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქციის (**PCR**) მეთოდით.

სისხლის დონაციის დროს აივ ტესტირების დადებითი შედეგის შემთხვევაში დონორის სისხლი აუცილებლად ექვემდებარება განადგურებას. რაც შეეხება თვით დონორს, მას უტარდება საკონტროლო ტესტირება. ტესტირების მცდარი უარყოფითი რეზულტატები, პირველ რიგში, გამოწვეულია იმ ფაქტით, რომ საინკუბაციო პერიოდი აივ ინფექციისთვის შეადგენს 1—3 თვეს (საშუალოდ 4-8 კვირას). ამ პერიოდის განმავლობაში ადამიანი ვირუსის მატარებელია (ანუ აივ ინფიცირებულია), რასაც აივ სწრაფი ტესტი ვერ ავლენს. ზოგჯერ ასეთი "უხილავი პერიოდი" (ან როგორც მას უწოდებენ "ვირუსის ცირკულაციის ფარული პერიოდი" — „ფანჯარა პერიოდი") ერთ წლამდეც შეიძლება გაგრძელდეს.

ცხადია, რომ მთლიანი მოსახლეობის სკრინინგი აივ-ზე არაეფექტური იქნება. განსაკუთრებით მსოფლიოს იმ რეგიონებში, სადაც აივ ინფექციის გავრცელების რისკი/პრევალენტობა დაბალია. ამასთან, მოსახლეობის მასიური სკრინინგის შემთხვევაში გაიზრდება მცდარი შედეგების ალბათობაც, რაც თავისთავად გაზრდის კონფირმაციული გამოკვლევების რიცხვს და არახარჯეფექტური იქნება. ასევე, აუცილებელია გავითვალისწინოთ ტესტირებულ პირთა სტრესული მდგომარეობა საჭვო /მცდარი სეროპოზიტიური შედეგის დროს, რასაც ხშირად მივყავართ იატროფსიქოგენიასთან (თავისებურ ნევროზებთან), საზოგადოებაში "შიდსოფობიის" განწყობის გაზრდისკენ, ურთი-

ერთობებში კონფლიქტების გაღრმავებისაკენ და ბოლოს – ფინანსური რესურსების არაგონივრულ ხარჯვასთან.

აივ ინფექცია/შიდსთან ბრძოლის ერთ-ერთი რეალური გზა არის ამ დაავადების სამართლებრივი რეგულაცია, როგორც სახელმწიფო დონეზე, ასევე მთლიანად საზოგადოების და თავად ინფიცირებული პირების უფლება-მოვალეობებისა და მათთან ურთიერთობის თვალსაზრისით. ჯანმოს რეკომენდაციით, მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში შემუშავდა აივ ინფექციასთან ბრძოლის საკანონმდებლო ბაზა. საქართველოში 1995 წელს მომზადდა და დამტკიცდა კანონი "აივ ინფექცია/შიდსის პროფილაქტიკის შესახებ". 2001 წელს თანამედროვე საერთაშორისო სამართლებრივ რეკომენდაციებთან შესაბამისობაში მოყვანის მიზნით პარლამენტმა კანონში შეიტანა ცვლილებები. 2008-2009 წლებში არსებული კანონის ანალიზის საფუძველზე, «შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის» ფარგლებში შემუშავდა ახალი კანონი **«აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ»**. ამ კანონის მიზანია ფიზიკურ პირთა ჯანმრთელობის დაცვა, სახელმწიფო და საზოგადოებრივი უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, საერთაშორისო ხელშეკრულებებით გათვალისწინებულ მოთხოვნათა შესრულება აივ/შიდსთან მიმართებაში. კანონი განსაზღვრავს საქართველოში აივ/შიდსთან ბრძოლის ძირითად პრინციპებს, ფიზიკურ პირთა გამოკვლევის, აივ/შიდსით დაავადებულთა მკურნალობისა და მეთვალყურეობის საკითხებს. აგრეთვე, როგორც აივ პაციენტთა, აგრეთვე მედიცინის მუშაკთა პასუხისმგებლობასა და უფლებებს. აივ ანტისხეულის არსებობაზე ტესტის ჩატარების შესაძლებლობა ყველას უნდა ჰქონდეს. მოსახლეობის ტესტირება არის ნებაყოფლობითი, ხოლო სავალდებულოა მხოლოდ აუცილებელ შემთხვევაში. კანონის თანახმად, ფიზიკური პირის ტესტირება აივ ინფექციაზე ტარდება მისგან ნებაყოფლობითი ინფორმირებული თანხმობის მიღების შემდეგ. აივ ინფექციაზე ტესტირება სავალდებულოა:

- სისხლისა და სისხლის კომპონენტების დონორებისთვის;
- ორგანობისა და ორგანოთა ნაწილების დონორთათვის;
- ქსოვილების დონორთათვის;
- კვერცხუჯრედისა და სპერმის დონორთათვის.

დღეისათვის ამ თემატიკით დაინტერესებულ და პროფესიულ საზოგადოებაში მუსირებს აზრი და მიმდინარეობს მსჯელობა იმ საკითხის შესახებ, რომ საერთოდ არსებობდეს თუ არა "კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ" და ხომ არ უწყობს ხელს ამ კანონის არსებობა აივ ინფექციასთან ასოცირებული სტიგმა /დისკრიმინაციის გაღმავებას საზოგადოებაში, იმ მოტივით, რომ სხვა არცერთ დაავადებას არ გააჩნია მსგავსი მარეგულირებელი კანონი.

ნებაყოფლობითი ანონიმური ტესტირებისას პაციენტი კოდით რეგისტრირდება. დასაშვებია დემოგრაფიული ინფორმაციის მინიშნება (ასაკი, სქესი), მაგრამ სამედიცინო ფორმაში არ ხდება არც სახელისა და გვარის და არც გამოსაკვლევი პირის მისამართის მითითება. ნებაყოფლობითი კონფიდენციალური აივ ტესტირებისას პაციენტის პიროვნების შესახებ ცნობები ასახულია მის სამედიცინო ფორმაში, მაგრამ პაციენტს ეძლევა ინფორმაციის საიდუმლოების დაცვის გარანტიები.

აივ-ზე ტესტირებას აუცილებლად თან უნდა სდევდეს პაციენტის კონსულტირება როგორც ტესტირებამდე, ასევე მის შემდგომ. აივ ტესტირების ჩასატარებლად მოსული პირის აღექვატური ინფორმირება საუკეთესო ფსიქოთერაპიაა, თითოეული ადამიანის ინდივიდუალური ფსიქოლოგიური მდგომარეობის გათვალისწინებით, მას უნდა მიეწოდოს სრული ინფორმაცია საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის და ასევე, აივ ინფექციის დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პრევენციის საკითხების შესახებ.

თანამედროვე გაიდლაინებით სკრინინგზე მიღებული პირველადი/რეაქტიული/საეჭვო შედეგის შეტყობინება აუცილებლად ხდება პაციენტისთვის, რომელიც შემდგომ იგზავნება სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში შემდგომი კონსულტირებისა და დამადასტურებელი კვლევის ჩასატარებლად.

აივ-ზე სავალდებულო ტესტირებისა და სკრინინგის პრობლემა ცხარე დისკუსიას იწვევს, რომელშიც გადახლართულია სამეცნიერო-ეპიდემიოლოგიური, ეთიკურ-სამართლებრივი, სოციალურ-ეკონომიური და პოლიტიკური ასპექტებიც კი. ევრ ქვეყანაში მიღებულია სისხლის, სპერმის, დონორი ორგანოების და ქსოვილების სავალდებულო სკრინინგი აივ-ზე. აშშ-ში 1985 წლიდან შემოიღეს სავალდებულო ტესტირება არმიაში. ყოველწლიურად აივ-ზე სავალდებულო გამოკვლევა უტარდება 2 მილიონ რეკრუტს, სამხედრო მოსამსახურეებსა და რეზერვისტებს. ზოგიერთ შტატში შიდსზე შემოწმება სავალდებულოა ქორწინების წინ, ხოლო 1997 წლიდან ყველა ახალშო-

ბილის აივ-ზე სავალდებულო შემოწმება დაიწყეს ნიუ-იორკის შტატში. მთლიანად ამერიკაში არსებობს ბევრი საკანონმდებლო დებულება აივ-ზე აუცილებელი ტესტირების შესახებ, რაც ამ ქვეყანას სხვებისაგან განასხვავებს.

იაპონიაში შრომის სამინისტრომ მხოლოდ 1990 წელს გაუწია რეკომენდაცია საწარმოების ხელმძღვანელებს უარი ეთქვათ სავალდებულო ტესტირების მოთხოვნაზე სამუშაოზე მიღების დროს. მიუხედავად ამისა, სავალდებულო ტესტირება უნდა გაიარონ ადამიანებმა, რომლებსაც კომპანიები გზავნიან იმ ქვეყნებში სამუშაოდ, რომელთა კანონმდებლობა უცხოელებისგან მოითხოვს სერთიფიკატს აივ/შიდსის არარსებობის შესახებ. ასეთ შემთხვევებში ტესტირების დადებითი შედეგების არსებობა ნიშნავს, რომ ეს ადამიანი არ გაიგზავნება საზღვარგარეთ, თუმცა კომპანიის ხელმძღვანელობა ვალდებულია სამუშაო ადგილის დაცვის გარანტია მისცეს ქვეყნის შიგნით.

ბევრი უცხოელი სპეციალისტი თვლის, რომ აივ ინფექციაზე სავალდებულო ტესტირების პრაქტიკა არღვევს არ მარტო ადამიანის უფლებებს, არამედ ნაკლებეფექტური ხდება, როგორც ბარიერი ეპიდემიასთან ბრძოლის გზაზე, ამიტომაც მისი გამოყენება მნიშვნელოვნად შეზღუდული უნდა იყოს. სავალდებულო ტესტირების პრაქტიკას ასევე მხარს არ უჭერს ჯანმო (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია).

საქართველოში შიდსის დაავადების I შემთხვევა რეგისტრირებულია 1989 წელს, დაავადების პირველივე შემთხვევის მომენტიდან.საწყის ეტაპზე შიდსთან ბრძოლის პოლიტიკა საბჭოთა კავშირში მთლიანად მოიცავდა სავალდებულო სკრინინგს. მაგალითად საბჭოთა კავშირის უმაღლესი საბჭოს პრეზიდიუმის 1987 წლის ბრძანებულებაში "შიდსის ვირუსით გამოწვეული დაავადებების პროფილაქტიკის ღონისძიებათა შესახებ" ნათქვამია, რომ როგორც საბჭოთა კავშირის მოქალაქეები, ასევე მის ტერიტორიაზე მყოფი უცხოელები სავალდებულო წესით გაივლიან სამედიცინო შემოწმებას აივ ინფექციაზე. ბრძანებულების თანახმად, სხვა პირის შიდსით დაავადების საფრთხის წინაშე დაყენება ისჯებოდა თავისუფლების აღკვეთით 5 წლამდე ვადით, ხოლო თვით დაავადება – 8 წლამდე ვადით. შემოწმებას ექვემდებარებოდნენ: დონორები (სისხლის და სხვა ქსოვილების); საბჭოთა მოქალაქენი, რომლებიც ერთ თვეზე მეტი ხნით იმყოფებოდნენ უცხოეთში; უცხოელები, რომლებიც სამ თვეზე მეტი ხნით ჩამოვიდნენ საბჭოთა კავშირში

იმ ქვეყნებიდან, სადაც აივ ინფექცია არის გავრცელებული; "რისკის ჯგუფში" შემავალი პირები (ნარკოტიკების მომხმარებლები, ჰომოსექსუალური ურთიერთობების მქონე მამაკაცები და სექსმუშაკები); პირები, რომლებთაც კონტაქტი აქვთ ავადმყოფებთან ან ვირუსის მატარებლებთან, და ბოლოს, ნებისმიერი მსურველი. ორივე დოკუმენტში ყურადღებას იქცევს ნორმა, რომელიც უშვებს იძულებითი ზომების მიღებას უშუალოდ ჯანდაცვის ან მილიციის ორგანოების მიერ, პროკურატურის ან სასამართლოს წარმომადგენელთა მონაწილეობის გარეშე იმ მოქალაქეთა მიმართ, რომლებიც სავალდებულო ტესტირებას გაურბიან. მოსახლეობის შეშინებას სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობით "სხვა პირთა დაავადების საფრთხის წინაშე დაყენებისათვის" მედიცინის ჩინოვნიკების თვითკმყოფილების გარდა, ალბათ, სხვა აზრი არ ჰქონდა, რომლებიც ცდილობდნენ ხელისუფლებისათვის შეექმნათ იმის შთაბეჭდილება, რომ ეფექტურ ზომებს იღებენ შიდსთან ბრძოლაში.

ასეთი ბრძოლის შედარებით რეალური ზომები მიიღეს თვით ექიმ-ეპიდემიოლოგებმა, კლინიცისტებმა. მოსახლეობის დიდი კონტიგენტისათვის 1986 წლიდან დაწყებული სავალდებულო სკრინინგი აივ-ზე მუდმივად ფართოვდებოდა. მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში შიდსთან ბრძოლის სტრატეგია სხვადასხვაგვარია: მოსახლეობის განათლების დონის აწევა?გაზრდა, ინფორმირებულობა, ცალკეული სოციალური ჯგუფების სწავლების პროგრამები ქცევის უსაფრთხო ფორმების შესახებ, იმ პირთა მოტივირება ტესტირებაზე, რომლებიც მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან.

რა თქმა უნდა მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფებისათვის სავალდებულო ტესტირების უარყოფა არ შეიძლება.

ცალკე განხილვის საგანია არადემოკრატიულ ქვეყნებში გამოყენებული ე.წ. "ეპიდგამოკვლევის მეთოდი". "ეპიდგამოკვლევა" დაავადების წყაროს გამოვლენაა ინფექციის თითოეულ შემთხვევაში, შეძლებისდაგვარად ინფექციის გადაცემის მთელი "ჯაჭვის" აღდგენა და იმავდროულად პროფილაქტიკური ზომების მიღება ინფექციის გავრცელების შესაჩერებლად. სწორედ ამ მეთოდის წყალობით დაგროვდა უნიკალური სამეცნიერო მასალა. XX საუკუნის 90-იანი წლების დასაწყისში ბევრმა სპეციალისტ-მედიკოსმა და საზოგადოებრივი მოძრაობის წარმომადგენელმა (რომლებიც აივ-ით ინფიცირებულებს ფსიქოლოგიურ და სოციალურ დახმარებას უწევდნენ) გააცნობიერეს სა-

ვალდებულო გამოკვლევის არადემოკრატიულობა. ტესტირების ნებაყოფლობით პრინციპს სულ უფრო მეტი ყურადღება ეთმობოდა. და, არა მხოლოდ იმიტომ, რომ "ასეა მიღებული ცივილიზებულ ქვეყნებში", არამედ იმიტომ, რომ პაციენტის ავტონომიის და თავისუფალი არჩევანის პრინციპი სულ უფრო პრიორიტეტული ხდება საზოგადოების ცნობიერებაში. ამჟამად, საქართველოში აივ ტესტირება ნებაყოფლობითია და სურვილის მიხედვით ტარდება ანონიმურობისა და კონფიდენციალობის სრული დაცვით.

განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს საკითხი, რომელიც ეხება შიდსს, როგორც იატროგენიას.

ჯანმო-ს მონაცემებით 80-90-იან წლების ზღვარზე შიდსით დაავადებულთა 70-80% დაავადდა სქესობრივი კონტაქტით; 10-20% ვერტიკალური გზით, 5-10% — ნარკოტიკების მოხმარებთ, 3-5% —სისხლის გადასხმით, 0,1% — სამედიცინო მანიპულაციებით. ე.ი. ბოლო ორი ჯგუფი დაავადდა იატროგენული გზით, ეთიკური პრინციპის "ზიანი არ მიაყენოს" უხეში დარღვევით.

ბიოეთიკის პოზიციიდან, აივ ინფიცირებულ ყველა პაციენტს ერთნაირი მორალური სტატუსი გააჩნია, და აკრძალულია დისკრიმინაცია მათთვის სამედიცინო დახმარების გაწევის დროს. ადამიანთა უმრავლესობის ცნობიერებაში (აივ/შიდსით პაციენტებზე შეხედულების ფორმირებისას) ეტიოლოგიური ფაქტორი შეუმჩნევლად ტრანსფორმირდება მორალური გაკიცხვის ფაქტორში, რის შედეგადაც პაციენტები, რომლებიც სქესობრივი გზით ან ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების დროს დაავადდნენ, პრაქტიკულად ყოველთვის განიცდიან დანაშაულის გრძნობას, რასაც აძლიერებს საზოგადოებრივი ოსტრაკიზმი, ხოლო დედისაგან ინფიცირებული ბავშვები და სამედიცინო ჩარევით დაავადებულები საზოგადოების მიერ აღიქმებიან როგორც უდანაშაულო მსხვერპლნი.

სამედიცინო დაწესებულებებში აივ ინფექციის გადაცემა შეიძლება მოხდეს ავადმყოფიდან ავადმყოფზე, ავადმყოფიდან — მედმუშაკზე და მედმუშაკიდან — ავადმყოფზე. აივ აღმოჩენილია ადამიანის ყველა ბიოლოგიურ სითხეში, მაგრამ განსხვავებული კონცენტრაციით. ვირუსის კონცენტრაცია ყველაზე მაღალია სისხლში. ზოგიერთ ქვეყანაში ავადმყოფთა 25-50% აივ ინფექციით სისხლის გადასხმის შედეგად დაავადდა. აივ-ის გადაცემის საფრთხე სისხლისა და მისი კომპონენტების გადას-

ხმისას დამტკიცებული იყო ამერიკაში ჯერ კიდევ 1982 წელს. 1985 წლიდან ზოგიერთ ქვეყანაში დაიწყეს აივ-ზე დონორის სისხლის სკრინინგი, რამაც მკვეთრად შეამცირა აივ ინფექციის გადაცემის საფრთხე სისხლის გადასხმის დროს. ჩვენს ქვყანაში დონორის სისხლის სკრინინგი 1997 წლიდან ტარდება და გულისხმობს დონორის გამოკვლევას სისხლისმიერ ინფექციებზე (აივ/შიდსზე, B და C ჰეპატიტებზე და სიფილისზე)

ამავე დროს აშკარაა, რომ სისხლის (სხვა ქსოვილების და ორგანოების) დონორთა შემოწმება აივ ანტისხეულების გამოვლენის მეთოდით ვერ მოგვცემს უსაფრთხო სისხლის, 100% გარანტიას, რადგან არსებობს "ვირუსის ცირკულაციის ფარული პერიოდი". აშშ-ის უდიდეს ჰემატოლოგიურ სამეცნიერო ცენტრში აივ-ზე 100000 დონორზე ჩატარებულმა გამოკვლევებმა გვიჩვენა, რომ დონორის ნიმუშების 1% იმუნოფერმენტული ანალიზისას პირველად დადებით რეაქციას გვაძლევს. ამავე მეთოდით ჩატარებულმა მეორადმა ანალიზმა კი დადებითი რეაქციების რაოდენობა 5-ჯერ შეამცირა (0,2%-მდე). რისკი პრაქტიკულად ნულამდე შეიძლება დაგვეყვანა, თუ აივ-ზე დონორების ტესტირებას ჩაატარებდნენ სისხლის აღებიდან 2-3 თვის შემდეგ (თუ სისხლს ამ დროში დაკონსერვებულს შეინახავდნენ). თუმცა ასეთი მეთოდი დამატებით ფინანსურ სახსრებს მოითხოვს და ჩვენს ქვეყანაში არ გამოიყენება.

დღეისათვის არცერთი სისხლის ბანკი არ ინახავს დონორის დაკონსერვებულ სისხლს.

სისხლის დამზადების ორი უკანასკნელი წყაროს გამოყენებისას არ არსებობს იმ ადამიანის პირადი პასუხისმგებლობის ფაქტორი, რომელიც დონორის როლში გამოდის. ნამდვილად კი, დონორი, რომელიც სისხლს აბარებს ნებაყოფლობით, შეგნებულად, თვითონვე უნდა აცნობიერებდეს აივ-ით ინფიცირების შესაძლებლობას და მისი საქციელის რეზულტატს. ამიტომაც დონორის სამსახურის თანამშრომელთა ვალია მომავალი დონორების კონსულტირება პირადი პასუხისმგებლობის აქტუალიზაციის მიზნით. ცნობილია ათასამდე ადამიანის აივ-ით ინფიცირების შემთხვევა, რომელიც საფრანგეთში XX საუკუნის 80-იან წლებში მოხდა და, რომელიც აივ-ით ინფიცირებული დონორის სისხლის გადასხმით იყო გამოწვეული, რადგან საფრანგეთში დონორული სისხლის მეოთხედი ციხეებში გროვდებოდა. ასეთი მასობრივი იატროგენიის პირველ მიზეზად ექ-

სპერტებმა დაასახელეს ის ფაქტი, რომ მოწყობილობა, სისხლის შეგროვებისა და შენახვის პირობები, ასევე მედიკოსთა კვალიფიკაცია იქ შედარებით დაბალი იყო, ვიდრე ჩვეულებრივ კლინიკებში. უფრო მნიშვნელოვანი მიზეზი ის გახდა, რომ 1985 წელს საფრანგეთის მთავრობამ სამი თვით შეაჩერა დონორის სისხლის აივ-ზე სავალდებულო ტესტირება. ეს იყო აშკარად პროტექციონისტური გადაწყვეტილება, რაც მიზნად ისახავდა არ დაეშვათ ფრანგულ ბაზარზე ამერიკული ფირმის "ებოტის" ტესტ-სისტემები, რადგან პასტერის სახელობის სახელგანთქმულ ინსტიტუტში ფრანგული ტესტის შემუშავება დასასრულს უახლოვდებოდა. სისხლის გადასხმის ნაციონალური ცენტრის ხელმძღვანელმა მ. გარეტამ ცინიკურად განაცხადა: "ეს 5-10 ჯანმრთელი ადამიანის სიცოცხლის ფასად ეღირება". ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისითაც დაშვებული იყო უხეში შეცდომა: 1985 წლის აგვისტოში აივ-ზე დონორის სისხლის სავალდებულო ტესტირების შემოღების შემდეგ გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ ციხეებში შეგროვილი სისხლის ინფიცირების დონე 69-ჯერ აღემატება ჩვეულებრივ კლინიკებში აღებული და დამზადებული სისხლის ინფიცირების დონეს.

აივ-ით ინფიცირებული სისხლის გამოყენებას დონორულ სისხლად საფრანგეთში საერთაშორისო ხასიათის სკანდალი მოჰყვა. (მაგალითად, საბერძნეთში საზღვარგარეთ ნაყიდი სისხლის 50%-ზე მეტი საფრანგეთზე მოდიოდა). 1992 წელს სასამართლოს გადაწყვეტილებით "დანაშაულებრივი დაუდევრობის" გამოვლენის გამო მ. გარეტს 4 წლიანი პატიმრობა მიესაჯა. სასჯელი დაედოთ სისხლის ბანკის რამდენიმე დირექტორს. საზოგადოება და პირველ რიგში, ჰემოფილიით დაავადებულთა ასოციაცია მოითხოვდა, რომ საბრალდებო სკამზე დაესვათ ყველა ის სახელმწიფო ჩინოვნიკი, ვინც დაკავშირებული იყო "სისხლის საქმესთან", მაშინდელი პრემიერ-მინისტრის ლ. ფაბიუსის ჩათვლით.

1995 წლისთვის იაპონიაში აივ-ით ინფიცირებულთა 52% (3,5 ათასიდან) დაავადდა სისხლის გადასხმის შედეგად. დიდი რაოდენობა აივ-ით იატროგენული დაავადებისა აღინიშნება რუმინეთში, სადაც დაავადდა სამი ათასზე მეტი ბავშვი.

მსოფლიოში დიდი რეზონანსი ჰქონდა რუსეთში 268 ადამიანის საავადმყოფოს პირობებში დასნებოვნებას, რომელთაგანაც 250-ზე მეტი ბავშვი იყო. 1988 წელს ქ. ელისტადან გავრცელდა ინფორმაცია ორი ახალგამოვლენილი შემთხვევის

შესახებ (პატარა ბავშვი და ქალი). ეპიდგამოკვლევის სტანდარტული ფორმით ვერ მოხერხდა თავიდანვე გაერკვიათ მათი დაავადების მიზეზები და სათავე. საავადმყოფოში დასნებოვანების შესაძლებლობის ჰიპოთეზა მაშინ გაჩნდა, როცა გამოირკვა, რომ აივ-ით ინფიცირებულ ქალს რამდენიმე თვით ადრე მოუკვდა პატარა ბავშვი. ბავშვთან ერთად იგი მკურნალობდა საავადმყოფოს იმავე განყოფილებაში, სადაც ეპიდგამოკვლევის მომენტში იმყოფებოდა ქალის დასნებოვანებული შვილი, მაგრამ მისი მშობლები ჯანმრთელები იყვნენ. დამატებით 18 ბავშვის შემოწმებამ, რომლებიც იმავე განყოფილებაში მკურნალობდნენ უკანასკნელი თვეების მანძილზე, გამოავლინა კიდევ სამი ინფიცირებული. აივ ინფექციით საავადმყოფოს შიდა ინფიცირების ჰიპოთეზა ელისტის საავადმყოფოში დადასტურდა.

აივ-ით საავადმყოფოში გავრცელების ჯაჭვურმა რეაქციამ ფართო მასშტაბი მიიღო. რამდენიმე ბავშვი (როცა ჯერ კიდევ არ იყო ცნობილი მათი დასნებოვანება) ელისტის ახლომდებარე საავადმყოფოებში გადაიყვანეს (დონის როსტოვში, ვოლგოგრადში და სხვა).

ეპიდგამოკვლევის საშუალებით, რომელიც მოსკოველმა ეპიდემიოლოგებმა ჩაატარეს ვ. პაკროვსკის ხელმძღვანელობით, დაადასტურეს აივ-ით პაციენტთა დაავადების იატროგენული ხასიათი. ყველა ინფიცირებულ ბავშვს ალმოუჩინეს აივ-ის ერთი და იგივე სეროტიპი. ელისტის ტრაგედია მწარე გაკვეთილი გამოდგა. ყველა პრაქტიკოსი ექიმის სერიოზულ გაფრთხილებად იქცა მეცნიერთა დასკვნა: აივ-ით პაციენტების იატროგენული დასნებოვანების რისკის ირიბ ფაქტორს წარმოადგენს ავადმყოფების, მათ შორის ბავშვების, საკმაოდ დიდი პარენტერალური დატვირთვა ჩვენს სტაციონარში. (მაგალითად, ერთ-ერთ საავადმყოფოში ყველა დანიშნული პრეპარატის შესაყვანად ერთ ბავშვს 10 დღის განმავლობაში დასჭირდა 242 შპრიცი).

ცხადია, რომ ხშირ შემთხვევაში შიდსი პანიკურ შიშს იწვევს როგორც პაციენტებში, ასევე სამედიცინო პერსონალში. პრესა იუწყებოდა, რომ კოლეგებს ეშინოდათ ხელი ჩამოერთვათ ელისტელი ექიმებისათვის. კონფიდენციალობის წესისადმი დაუდევარი დამოკიდებულების გაკვეთილად იქცა საექიმო საიდუმლოების უხეში დარღვევები არა მარტო ელისტელი ექიმების, არამედ მოსკოველი სპეციალისტების მხრიდანაც, ინფექციის კერებში მუშაობის პირველ ეტაპზე. სენსაციად იქცა ელისტელი ექიმების მიერ გაკეთებული დასკვნები აივ-ის გადა-

ცემის დადასტურებული შემთხვევების შესახებ: ვირუსის გადაცემა ძუძუთი კვებისას დასნებოვანებული დედისაგან ბავშვზე და დასნებოვანებული ბავშვიდან სხვა მეძუძურ დედაზე (რისკის თანმხლებ ფაქტორად ჩაითვალა ის, რომ დედას დაუზიანდა ძუძუს თავები და ბავშვსაც პირის ღრუში წყლული აღმოაჩნდა). ამის შემდეგ რეკომენდებული გახდა ძუძუთი კვების გამორიცხვა. 1992 წელს ჯანმო-ს და გაეროს ბავშვთა ფონდის ექსპერტთა სხდომაზე განიხილეს ეს საკითხი და დაამტკიცეს ცალკეულ შემთხვევებში ამ გზით ვირუსის გადაცემის რეალობა. ამასთან აღნიშნეს, რომ ინფიცირებული დედის ძუძუთი კვების დროს ყველა ბავშვი არ ავადდება რძით.

აივ-ით ინფიცირების ყველა ფაქტი, რომელმაც გამოიწვია იატროგენია, სავალდებულო ეპიდგამოკვლევის საგანი უნდა გახდეს. უნდა გაკეთდეს შესაბამისი დასკვნები, მათ შორის ეთიკური და იურიდიული ხასიათის.

ცნება "იატროგენია" თავიდან აღნიშნავდა ფსიქიურ ტრავმას, რომელსაც პაციენტს ექიმი სიტყვიერად ან ქცევით აყენებდა. არ შეიძლება არ აღინიშნოს პაციენტებზე სწორედ ასეთი ზეგავლენის მუდმივად არსებული საფრთხის შესახებ აივ-ზე ტესტირების დროს (მაგალითად, როცა ტესტირების შედეგებს აცნობებენ პაციენტს შესაბამისი კონსულტაციების გარეშე). იატროგენიის ასეთ რიგს განეკუთვნება შემთხვევები, როცა აივ-ზე ტესტირების დადებითი შედეგები ეცნობება სხვა პირებს, რადგან მედპერსონალმა აურია სისხლის სინჯარებზე მითითებული გვარები ან სხვა ამის მსგავსი.

აივ-ით ინფიცირებული და შიდსით დაავადებული ავადმყოფების მოვლა და მკურნალობის პროცესი, მათ სისხლთან და სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან კონტაქტი მედიცინის მუშაკთათვის გარკვეული რისკის შემცველია. ამ შემთხვევაში რისკი ორ ფაქტორზეა დამოკიდებული:

1.ბიოლოგიური სითხის მოცულობაზე, რომელთანაც კონტაქტშია მედპერსონალი (მნიშვნელოვანია თუ როგორია ვირუსის კონცენტრაცია ამ სითხეში: ვირუსის კონცენტრაციის ხარისხი ყველაზე მაღალია სისხლში, სპერმასა და ვაგინალურ სეკრეტში, თავ-ზურგტვინის სითხეში. შედარებით დაბალია აივ ვირუსის კონცენტრაცია: დედის რძეში, ოფლში, ცრემლში, ნერწყვში და შარდში); 2. დაავადების სტადიაზე (განსაკუთრებით დიდია საფრთხე, თუ პაციენტს აღენიშნება აივ ინფექციის შორსწასული სტადია). ასევე, მნიშვნელოვანია დაზიანების ფო-

რმა და ხარისხი, მოხდა კანის ან ლორწოვანის მთლიანობის დარღვევა, თუ მხოლოდ ზედაპირული დაზიანება.

აივ ინფექციის გავრცელების პირველივე წლებიდან ტარდება გამოკვლევები, რომლებიც მიზნად ისახავენ პროფესიული რისკის ხარისხის განსაზღვრას. მაგალითად, ტარდებოდა ქირურგების ინფიცირების საფრთხის სპეციალური კვლევა, რომელმაც გვიჩვენა, რომ დაავადებული ავადმყოფის ოპერაციის დროს ქირურგის ინფიცირების რისკი შეადგენს 1:4500. ქირურგისათვის, რომელიც დამცავ საშუალებებს ხმარობს დაავადების რისკი ისეთივეა, როგორც დაავადებულ პარტნიორთან ჰეტეროსექსუალური სქესობრივი კონტაქტის დროს პრეზერვატივის გამოყენებით. სხვა შემთხვევებმა გვიჩვენა, რომ სამედიცინო მუშაკის პროფესიული დაავადების ალბათობა ნემსის ჩხვლეტის შემთხვევაში წარმოადგენს ერთ შანსს 250-დან.

უკანასკნელ წლებში დასნებოვანების რისკის ხარისხი შემთხვევითი ნემსის ჩხვლეტისას ან აივ-ით კონტამირებული სკალპელით ხელის გაჭრისას შეფასებული იყო 1%-ით, ზოგიერთი მკვლევარის აზრით კი 0,3%-ით. შედარებისთვის აუცილებელია ავღნიშნოთ, "B" ჰეპატიტის ვირუსით დაავადების რისკი ნემსის შემთხვევით ჩხვლეტისას შეადგენს 6%-დან 30%-მდე. აივ-ით დაავადების რისკი მეტად დაბალია ინფიცირებულ სისხლთან ლორწოვანი გარსის ან კანის დაუზიანებელი ნაწილის კონტაქტის შედეგად, მაგრამ რაოდენობრივად მისი განსაზღვრა შედარებით ძნელია. თუკი გავითვალისწინებთ, რომ მსოფლიოში ჯერ-ჯერობით ცნობილია მედიკოსთა აივ-ით პროფესიული დაავადების რამდენიმე ათეული შემთხვევა, შეიძლება ითქვას: რისკი მინიმალურია, მაგრამ რეალური.

მედიცინის მუშაკთა შიდსით პროფესიული დაავადების ზუსტი დიაგნოზის დასმა არც თუ ისე ადვილია. მუშაობის პროცესში მიღებული ყველა მიკროტრავმა როდია რეგისტრირებული, როგორც რისკის შემცველი. სამედიცინო ეთიკის კონტექსტში არც თუ უმნიშვნელოა ისიც, რომ ზოგი ავტორი მეტად სკეპტიკურად უყურებს მედიკოსთა პროფესიული დაავადების ძალიან მცირე რაოდენობას. მიიჩნევენ, რომ ბევრი ექიმი და მედიცინის სხვა მუშაკი, ხვდება რა აივ-ით დასნებოვნების საშიშროების წინაშე, შეგნებულად არ გადის ამ შემთხვევის ოფიციალურ რეგისტრაციას და შემდგომში ზოგიერთი მათგანი ასაი-

დუმლებს აივ-ით ინფიცირების ფაქტს, რათა თავიდან აიცილოს შესაძლო პრობლემები, განსაკუთრებით სამსახურის დაკარგვა.

მედიკოსების აივ-ით პროფესიული დასნებოვნების პრობლემა თავის თავში მოიცავს არა მარტო მათი ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის რეალური საფრთხის შეფასებას, არამედ ზომებსაც, რითაც ეს საფრთხე მინიმუმამდე დაიყვანება, და ბოლოს, საკუთრივ მორალურ ასპექტებს — რისკთან თვით მედიკოსების, მათი პაციენტების და მთლიანად საზოგადოების დამოკიდებულებას.

პროფესიული დაინფიცირების რისკის შემცირების საშუალებებს, თავის მხრივ, აქვს სამედიცინო-ტექნიკური და სოციალურ-ორგანიზაციული ასპექტები. ამის მიუხედავად, ჯანმო-მ ჯერ კიდევ 1983 წელს გამოაქვეყნა უსაფრთხოების წესების დაცვის დამატებითი რეკომენდაციები იმ ბიოლოგიურ მასალებთან ურთიერთობისას, რომლებიც სისხლს შეიცავენ (მაგ., პირით პიპეტში ხსნარის შეწოვა, შეძლებისდაგვარად ერთჯერადი ინსტრუმენტების გამოყენება და ა.შ.). 1998 წელს ჯანმო აცხადებს პრინციპს: "მოვახდინეთ ინფექციის და არა პაციენტის იზოლირება". შემდგომ აქვეყნებს "უსაფრთხოების ნორმებს სისხლთან და ორგანიზმის სხვა სითხეებთან მუშაობის დროს".

აქ ასევე ნათქვამია, რომ სისხლთან და ორგანიზმის სხვა თხევად კომპონენტებთან ურთიერთობა ყოველთვის უნდა იყოს უსაფრთხო, და ეს სითხეები უნდა განიხილებოდეს როგორც პოტენციურად ინფიცირებული მასალა.

სოციალურ-ორგანიზაციულ ასპექტში ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა შემუშავდეს და გამოყენებულ იქნას მონიტორინგის სისტემა. აუცილებელია აივ-ით მედიკოსთა ინფიცირების შესაძლო და ნამდვილი შემთხვევების რეგისტრაცია. გარდა ამისა, ყოველმა ექიმმა რაც შეიძლება მეტი ინფორმაცია უნდა მიიღოს აივ/შიდსის შესახებ. ეს მისი პროფესიული ვალია. ამ ცოდნას შეუძლია ხელი შეუწყოს შიშის გრძნობის დაძლევას დაავადების წინაშე.

"ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის (აივ) გამოსავლენად სავალდებულო სამედიცინო შემოწმების ჩატარების წესები"—ს თანახმად, გარკვეულ პროფესიათა წარმომადგენლებში აივ ინფექციის დიაგნოზის დასმისას ისინი, ცალკეულ შემთხვევებში, ექვემდებარებიან სხვა სამუშაოზე გადაყვანას, სადაც საფრთხეს არ შეუქმნიან საზოგადოებას და გამორიცხულია ინფექციის გავრცელება.

თუ ინფიცირებული ექიმი ან მედდა რჩება კლინიკურ სამუშაოზე, რაც გულისხმობს მის ინვაზიურ პროცედურებში ჩარევის აუცილებლობას, მაშინ წარმოიშობა პრობლემა უნდა ეცნობოს თუ არა მათი ინფიცირების ფაქტი პაციენტს, რომლებთანაც ასეთ ჩარევას ატარებენ? თანამედროვე ლიტერატურაში ამ კითხვაზე სხვადასხვა მოსაზრება არსებობს: მაგ., ამერიკელმა ექიმმა-ოკულისტმა თავის პაციენტებს აცნობა აივ-ით საკუთარი ინფიცირების შესახებ და შესაძლებლობა მისცა მათ გაეკეთებინათ თავისუფალი არჩევანი – ემკურნალათ მასთან თუ მიემართათ სხვა ექიმისათვის. პროფ. ვ. პაკროვსკის დამოწმებით, რომელიც თვალყურს ადევნებდა ორ ქირურგს, რომლებიც ინფიცირებულნი იყვნენ აივ-ით, ერთ-ერთი მათგანი ცდილობდა, რომ პაციენტის დასაცავად გაძლიერებული ზომები მიეღო (ოპერაციის წინ რამდენიმე ხელთათმანს იკეთებდა), შემდეგ მაინც შეწყვიტა სამედიცინო მოღვაწეობა, მეორემ კი მაშინვე შეიცვალა სამუშო.

რთული სიტუაცია იქმნება იმ შემთხვევაში, როცა ინფიცირებული ან დაავადებული ექიმი აგრძელებს კლინიკურ პრაქტიკას და გაუფრთხილებლად იქცევა, მაგ., თუ მისი სისხლი აღწევს პაციენტის სისხლში ან ლორწოვან გარსში. ასეთ შემთხვევაში მისი პროფესიული და მორალური ვალი იქნება პაციენტის აუცილებელი ინფორმირება და მისთვის დახმარების გაწევა.

ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში

გაერთიანებული ერების ორგანიზაციისა და მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის დოკუმენტები

დოკუმენტები ითარგმნა, მომზადდა და გამოიცა პროფესორების გურამ კიკნაძისა და გივი ჯავაშვილის ხელმძღვანელობით, საქართველოს ბიოეთიკისა და ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოების, საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ძალისხმევით.

სამედიცინო ეთიკის პრინციპები
რეზოლუცია 37/194

მიღებულია გაეროს გენერალური ასამბლეის მიერ 1983 წლის 9 მარტს.

გენერალური ასამბლეა,

ითვალისწინებს 1976 წლის 13 დეკემბრის 31/85 რეზოლუციას, რომელშიც ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას წინადადება მიეცა მოამზადოს სამედიცინო ეთიკის კოდექსი იმ ადამიანების დასაცავად, რომლებიც დაპატიმრებულნი არიან ან იმყოფებიან ციხეში და მათ მიმართ გამოიყენება წამება ან სხვა სახის სასტიკი, არაჰუმანური და დამამცირებელი მოპყრობის ან სასჯელის ფორმა,

გამოხატავს კმაყოფილებას იმასთან დაკავშირებით, რომ ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის აღმასრულებელმა კომიტეტმა 1979 წლის იანვარში 63-ე სესიაზე მოიწონა პრინციპები მოხსენებისა "სამედიცინო ეთიკის კოდექსის შემუშავება", რომლის დანართში მოცემულია კომიტეტის მიერ სამედიცინო მეცნიერების საერთაშორისო ორგანიზაციისათვის მომზადებული დებულებების პროექტი შემდეგი სათაურით: "სამედიცინო ეთიკის პრინციპები სამედიცინო პერსონალის როლის შესახებ ადამიანთა დაცვაში წამებისა და სხვა სახის სასტიკი, არაჰუმანური ან დამამცირებელი მოპყრობისა და სასჯელისაგან",

ითვალისწინებს ეკონომიკური და სოციალური საბჭოს 1981 წლის 6 მაისის 1981/27 რეზოლუციას, რომელშიც საბჭო რეკომენდაციას აძლევს გენერალურ ასამბლეას მიიღოს ზომები გენერალური ასამბლეის 36-ე სესიაზე სამედიცინო ეთიკის პრინციპების პროექტზე მუშაობის დასაჩქარებლად,

ითვალისწინებს 1981 წლის 25 ნოემბრის 36/61 რეზოლუციას, რომელიც შეიცავს გადაწყვეტილებას გენერალური ასამბლეის 37-ე სესიაზე სამედიცინო ეთიკის პრინციპების პროექტის განხილვის შესახებ,

შეშფოთებულია იმით, რომ არაიშვიათად სამედიცინო პროფესიის წარმომადგენლები და ჯანმრთელობის დაცვის სხვა მუშაკები ეწევიან საქმიანობას, რომელიც ძნელად თუ შეუთავსდება სამედიცინო ეთიკას,

აღიარებს, რომ მსოფლიოში სულ უფრო ფართოდ ვრცელდება პრაქტიკა, როცა სამედიცინო საქმიანობას ეწევიან ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკები, რომელთაც არა აქვთ პრაქტიკის უფლება ან არ არიან მომზადებული ექიმებად, ექიმის ასისტენტებად, ექთნებად, ფიზიოთერაპევტებად, სანიტრებად,

მიუთითებს მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის 1975 წლის ტოკიოს დეკლარაციაზე, რომელიც შეიცავს ექიმებისათვის სახელმძღვანელო პრინციპებს ადამიანთა წამების და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების დამამცირებელი მოპყრობის ან სასჯელის შემთხვევებში დაკავების ან ციხეში ყოფნის დროს,

აღნიშნავს, რომ ტოკიოს დეკლარაციის შესაბამისად, სახელმწიფოებმა და პროფესიულმა ასოციაციებმა, ასევე, სხვა სათანადო ორგანიზაციებმა, უნდა მიიღონ ზომები ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკების (ან მათი ოჯახის წევრების) წინააღმდეგ მიმართული ნებისმიერი რეპრესიის ან მუქარის აღსაკვეთად იმ შემთხვევებში, როცა ისინი უარს აცხადებენ გულგრილნი დარჩნენ წამების ან სასტიკი მოპყრობის სხვა სახეების, არაადამიანური და პიროვნების დამამცირებელი ქმედობის შემთხვევაში,

ადასტურებს დეკლარაციას "ყველა პირის დაცვის შესახებ წამების ან სასტიკი, არაადამიანური და პიროვნების დამამცირებელი მოპყრობისაგან ან სასჯელის სხვა სახეებისაგან", რომელიც ერთხმად იქნა მიღებული 1975 წლის 9 დეკემბრის 3452(XXX) რეზოლუციით და რომელშიც გაცხადებულია, რომ ნებისმიერი ქმედობა, თუ ის წარმოადგენს წამებას ან სხვა სახის სასტიკ, არაადამიანურ და პიროვნების დამამცირებელ მოპყრობას ან სასჯელს, ადამიანის ღირსების შეურაცხმყოფელია და, ამასთანავე, არ შეესაბამება გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის წესდებით და ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციით გათვალისწინებულ მიზნებს.

აღნიშნავს, რომ 3452(XXX) რეზოლუციით მიღებული დეკლარაციის მე-7 მუხლის თანახმად, ყოველმა სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს წინამდებარე დეკლარაციის პირველი მუხლით განსაზღვრული ისეთი პირობების შექმნა, რომ წამებაში უშუალო მონაწილეობა, თანამონაწილეობა, წაქეზება ან წამების განზრახვა განიხილებოდეს სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებულ დანაშაულად,

დარწმუნებულია, რომ სამედიცინო პრაქტიკით დაკავებული პირი, რომელიც საქმიანობს სამედიცინო ეთიკის შესაბამისად, არ დაისჯება და არ იქნება იძულებული იმოქმედოს სამედიცინო ეთიკის პრინციპების წინააღმდეგ, მიუხედავად იმისა, თუ ვინ სარგებლობს მისი მომსახურებით. ამასთან, ჯანმრთელობის დაცვის მუშაკების, განსაკუთრებით ექიმების, მიერ სამედიცინო ეთიკის პრინციპების დარღვევა უნდა ისჯებოდეს,

ისწრაფის, დაამკვიდროს ამ სფეროში ქვემოთ მოყვანილი ნორმები, რომელთა განხორციელება სამედიცინო პერსონალის, განსაკუთრებით ექიმების, და ხელისუფლების პასუხისმგებელი პირების მოვალეობაა:

1. აღიარებული იქნეს ამ რეზოლუციის დანართში მოცემული სამედიცინო ეთიკის პრინციპები სამედიცინო პერსონალის, განსა-

კუთრებით ექიმების, როლის შესახებ ტუსაღების ან დაპატიმრებულების დასაცავად წამებისაგან და სხვა სახის სასტიკი, არაჰუმანური ან დამამცირებელი მოპყრობისა და სასჯელისაგან.

2. ყველა მთავრობამ შეძლებისდაგვარად ფართოდ გაავრცელოს სახელმწიფო ენაზე სამედიცინო ეთიკის პრინციპები ამ რეზოლუციასთან ერთად, განსაკუთრებით სამედიცინო და მედიცინასთან დაკავშირებულ ასოციაციებს შორის, აგრეთვე, სასჯელის აღსრულების დაწესებულებებში.

3. შესთავაზოს ყველა დაინტერესებულ სამთავრობათაშორისო ორგანიზაციას, სახელდობრ, ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციას, აგრეთვე შესაბამის არასამთავრობო ორგანიზაციებს, სამედიცინო ეთიკის პრინციპები მოაქციონ რაც შეიძლება მეტი, განსაკუთრებით მედიცინაში ან მასთან მოსაზღვრე დარგებში დასაქმებულ ადამიანთა ჯგუფების თვალსაწიერში.

III პლენარული სხდომა,
1982 წლის 18 დეკემბერი

სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსი

მიღებულია მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის გენერალური ასამბლეის მიერ, ლონდონი, ინგლისი, 1949 წლის ოქტომბერი.

განახლებულია:

22-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, სიდნეი, ავსტრალია, 1968 წლის აგვისტო;

35-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, ვენეცია, იტალია, 1983 წლის ოქტომბერი.

ექიმის ზოგადი მოვალეობები

ექიმი ყოველთვის უნდა ამკვიდრებდეს პროფესიული საქმიანობის უმაღლეს სტანდარტებს.

ფინანსურმა ინტერესებმა არ უნდა მოახდინონ გავლენა დამოუკიდებელი და თავისუფალი, პაციენტის ინტერესების შესაბამისი პროფესიული გადაწყვეტილებების მიღებაზე.

ექიმი, მიუხედავად საქმიანობის სახისა, სამედიცინო დახმარებას უნდა ატარებდეს თავდადებით, სრული ტექნიკური და მორალური დამოუკიდებლობით, თანაგრძნობითა და ადამიანის ღირსების პატივისცემით.

ექიმი პატიოსანი უნდა იყოს პაციენტებთან და კოლეგებთან ურთიერთობაში, უნდა ებრძოლოს სხვა ექიმების პროფესიულ და პიროვნულ ნაკლს, უნდა ამხელდეს სიცრუესა და თაღლითობას. არაეთიკურად უნდა იქნეს მიჩნეული:

ა) თვითრეკლამა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ეს დაშვებულია მოცემული ქვეყნის კანონმდებლობით და ეროვნული სამედიცინო ასოციაციის ეთიკური კოდექსით.

ბ) ნებისმიერი სახის საზღაურის გადახდა ან მიღება მხოლოდ სხვისი რეკომენდაციით ან მიმართვით პაციენტის მიღებისთვის და პაციენტის სხვა სპეციალისტთან გაგზავნისათვის.

ექიმმა პატივი უნდა სცეს პაციენტის, კოლეგების, სხვა სამედიცინო პერსონალის უფლებებს, აგრეთვე, არ უნდა გაამჟღავნოს კონფიდენციალური ინფორმაცია პაციენტის შესახებ. იმ შემთხვევებში, თუ ექიმი იყენებს სამედიცინო დახმარების ისეთ ფორმებს, რომელთაც შეიძლება გააუარესონ პაციენტის ფიზიკური ან ფსიქიკური მდგომარეობა, ექიმმა უნდა იმოქმედოს მხოლოდ პაციენტის ინტერესების შესაბამისად.

ექიმმა უნდა გამოიჩინოს უდიდესი სიფრთხილე აღმოჩენების, ახალი ტექნოლოგიების ან სამკურნალო მეთოდების არაპროფესიული არხებით გავრცელებისას.

ექიმმა უნდა დაადასტუროს მხოლოდ ის, რაც თავად შეამოწმა.

ექიმის მოვალეობები ავადმყოფის წინაშე

ექიმს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს, რომ იგი მოვალეა დაიცვას ადამიანის სიცოცხლე.

ექიმი მოვალეა უერთგულოს პაციენტს და მთელი თავისი ცოდნა მოახმაროს მას. თუ ექიმს არა აქვს გამოკვლევის ან მკურნალობის საშუალება, მან საამისოდ უნდა მოუხმოს სხვა ექიმს, რომელსაც ეს შესაძლებლობა გააჩნია.

ექიმმა საიდუმლოდ უნდა შეინახოს ყოველივე თავისი პაციენტის შესახებ, ამ უკანასკნელის სიკვდილის შემდეგაც კი.

გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა ექიმის ჰუმანიტარული მოვალეობაა იმ შემთხვევაში, თუ იგი არ არის დარწმუნებული, რომ ასეთი დახმარების გაწევის სურვილი ან შესაძლებლობა სხვებსაც გააჩნიათ.

ექიმების მოვალეობები ერთმანეთის წინაშე

ექიმი ისე უნდა მოექცეს თავის კოლეგებს, როგორც იგი ისურვებდა, რომ მას მოქცეოდნენ.

ექიმმა არ უნდა გადაიბიროს თავისი კოლეგების პაციენტები.

ექიმმა უნდა დაიცვას მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის გენერალური ასამბლეის მიერ მიღებული "ჟენევის დეკლარაციის" პრინციპები.

ლისაბონის დეკლარაცია პაციენტთა უფლებების შესახებ

მიღებულია 34-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, ლისაბონი, პორტუგალია, 1981 წლის სექტემბერი/ოქტომბერი.

პრაქტიკული, იურიდიული და ეთიკური სირთულეების აღმოცენების შესაძლებლობის გაცნობიერებისას ექიმი ყოველთვის უნდა მოქმედებდეს სინდისის კარნახით და პაციენტის ინტერესების უზენაესობის გათვალისწინებით. წინამდებარე დეკლარაციაში ასახულია პაციენტის ზოგიერთი ძირითადი უფლება, რომელთა დაცვა ექიმის ვალია. იმ შემთხვევაში, თუ კანონმდებლობა ან ხელისუფლება არ აღიარებს ამ უფლებებს, ექიმები უნდა ეცადნონ უზრუნველყონ ან შესაბამისი საშუალებებით დაამკვიდრონ ამ უფლებების დაცვა.

ა) პაციენტს უფლება აქვს თავისუფლად ამოირჩიოს მკურნალი ექიმი.

ბ) პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს დახმარება იმ ექიმისაგან, რომელიც თავისუფალია ყოველგვარი გარეშე ზეგავლენისაგან კლინიკური ან ეთიკური გადაწყვეტილებების მიღებისას.

გ) პაციენტს, ადეკვატური ინფორმაციის მიღების შემდეგ, უფლება აქვს დათანხმდეს ან უარი თქვას მკურნალობაზე.

დ) პაციენტს უფლება აქვს მოელოდეს, რომ ექიმი პატივს სცემს მისი სამედიცინო და პირადული მონაცემების კონფიდენციალურობას.

ე) პაციენტს აქვს ღირსეული სიკვდილის უფლება.

ვ) პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს ან უარყოს სულიერი და მორალური თანადგომა, შესაბამისი აღმსარებლობის ღვთისმსახურის დახმარების ჩათვლით.

დებულება
ცოცხალი ორგანოებით ვაჭრობის შესახებ

მიღებულია 37-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, ბრიუსელი, ბელგია, 1985 წლის ოქტომბერი.

ყურადსაღებია ის ფაქტი, რომ ბოლო ხანებში გავრცელდა ტრანსპლანტაციისათვის ცოცხალი თირკმლებით მნიშვნელოვანი მოგების მომტანი ვაჭრობა განვითარებადი ქვეყნებიდან ევროპასა და ამერიკის შეერთებულ შტატებში.

მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია გმობს ადამიანის ორგანოთა შეძენას და გაყიდვას ტრანსპლანტაციისათვის.

მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია მოუწოდებს ყველა ქვეყნის მთავრობებს, ეფექტური ზომები მიიღონ ადამიანის ორგანოების კომერციული მიზნით გამოყენების თავიდან ასაცილებლად.

დეკლარაცია
ადამიანის ორგანოების ტრანსპლანტაციის შესახებ

მიღებულია 39-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, მადრიდი, ესპანეთი, 1987 წლის ოქტომბერი.

მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია ურჩევს იმ ექიმებს, რომელნიც მონაწილეობენ ადამიანის ორგანოების ტრანსპლანტაციაში, იხელმძღვანელონ შემდეგი ძირითადი პრინციპებით:

1. ექიმის მთავარი საზრუნავი ყოველთვის უნდა იყოს მისი პაციენტების ჯანმრთელობა. ამ პრინციპის ერთგულება აუცილებელია ნებისმიერი სამედიცინო პროცედურის ჩატარებისას, მათ შორის ერთი ადამიანის ორგანოების მეორე ადამიანისათვის გადანერგვისას. დონორიც და რეციპიენტიც პაციენტები არიან, ამიტომ ყველა ზომა უნდა იქნეს მიღებული ორთავეს უფლებების დასაცავად. აქედან გამომდინარე, არც ერთ ექიმს არ შეუძლია იკისროს პასუხისმგებლობა ორგანოთა ტრანსპლანტაციისათვის, თუ არ არის დაცული როგორც დონორის, ისე რეციპიენტის უფლებები.

2. ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შესაძლებელობა არ ამართლებს ჩვეულ სტანდარტებზე უფრო დაბალი დონის სამედიცინო დახმარებას. მიუხედავად იმისა, არის თუ არა პაციენტი პოტენციური დონორი, მას მკურნალობა მხოლოდ სათანადო სამედიცინო სტანდარტების შესაბამისად უნდა უტარდებოდეს.

3. თუ ორგანო დონორის სიკვდილის შემდეგ უნდა იქნეს აღებული, სიკვდილის ფაქტი დამოუკიდებლად უნდა დაადასტუროს ორმა ან მეტმა ექიმმა იმათგან, ვინც არ მონაწილეობს ტრანსპლანტაციაში. სიკვდილი უნდა დაადასტუროს ყოველმა მათგანმა. სიკვდილის დადგენისას თითოეულმა ექიმმა უნდა გამოიყენოს სადღეისოდ მიღებული მეცნიერული მეთოდები და კრიტერიუმები, რომელიც შეესაბამება ეროვნული სამედიცინო ასოციაციისა და სხვა სათანადო სამედიცინო ორგანიზაციების მიერ აღიარებულ ეთიკურ პრინციპებს და პროფესიულ სტანდარტებს.

4. ისეთი ექსპერიმენტის დაგეგმვისას, როგორიცაა ცხოველების ან ხელოვნური ორგანოების ტრანსპლანტაცია, ექიმმა უნდა იმოქმედოს მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ჰელსინკის დეკლარაციაში მოცემული რეკომენდაციების შესაბამისად; ამ უკანასკნელში ასახულია სახელმძღვანელო პრინციპები იმ ექიმებისათვის, რომელნიც ადამიანებზე ატარებენ ბიოსამედიცინო კვლევას.

5. აუცილებელია განზრახული ჩარევის გულდასმით განმარტება დონორისა და რეციპიენტისათვის, ან მათი ნდობით აღჭურვილი პირებისათვის, ან იურიდიული წარმომადგენლებისათვის. ექიმი ობიექტური უნდა იყოს განმარტებისას, ჩარევის თანმხლები რისკისა და მოსალოდნელ საშიშრობების შესახებ ინფორმაციის მიწო-

დებისას, შესაძლო ალტერნატიული პროცედურების შეთავაზებისას. ექიმმა არ უნდა ჩაუნერგოს პაციენტს ფუჭი მოლოდინი, რომელიც ობიექტური გარემოებებით არ არის განმტკიცებული. სამეცნიერო ცოდნის გაღრმავების ინტერესი ექიმისათვის ყოველთვის მეორეხარისხოვანი უნდა იყოს პაციენტის წინაშე მის ძირითად მოვალეობასთან შედარებით. ყველა შემთხვევაში უნდა იქნეს მიღებული ნებაყოფლობითი ინფორმირებული თანხმობა.

6. ორგანოთა ტრანსპლანტაციის პროცედურები უნდა ჩატარდეს:

ა) მხოლოდ იმ ექიმის მიერ, რომელიც დაუფლებულია სპეციალურ სამედიცინო ცოდნას და ტექნიკურ ხერხებს სათანადო წვრთნის, განსწავლისა და პრაქტიკის მეშვეობით.

ბ) სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელიც სათანადოდ არის აღჭურვილი.

7. ორგანოთა ტრანსპლანტაცია უნდა ჩატარდეს მხოლოდ მკურნალობის სხვა მეთოდების გამოყენების შესაძლებლობისა და მათი ეფექტურობის გულდასმით შეფასების შემდეგ.

8. დასაგმობია ტრანსპლანტაციის მიზნით ადამიანის ორგანოების ყიდვა და გაყიდვა.

რეზოლუცია ადამიანის უფლებათა შესახებ

მიღებულია 42-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, რანჩო მირაჟი, კალიფორნია, აშშ, 1990 წლის ოქტომბერი.

განახლებულია:

45-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, ბუდაპეშტი, უნგრეთი, 1993 წლის ოქტომბერი;

46-ე მსოფლიო სამედიცინო გენერალური ასამბლეის მიერ, სტოკჰოლმი, შვედეთი, 1994 წლის სექტემბერი.

ითვალისწინებს რა, რომ

1. მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია და მასში შემავალი ეროვნული სამედიცინო ასოციაციები ყოველთვის იღწვოდნენ ადამიანის უფლებების დასაცავად და ყველა ზომას ღებულობდნენ, რათა არ დაეშვათ ამ უფლებათა დარღვევა,

2. ექიმები ყოველთვის იყვნენ იმათ შორის, ვინც ადამიანის უფლებათა დარღვევის შემთხვევაში პირველი ტეხდა განგაშს,

3. ეროვნულ სამედიცინო ასოციაციებს ეკისრებათ მთავარი როლი თავის ქვეყნებში მსგავს დარღვევებზე ყურადღების გამახვილებაში,

მსოფლიო სამედიცინო ასოციაცია კვლავ მოუწოდებს მის შემადგენლობაში გაერთიანებულ ეროვნულ სამედიცინო ასოციაციებს:

1. შეაფასონ სიტუაცია თავის ქვეყნებში იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ადამიანის უფლებათა დარღვევის შემთხვევები არ იქნეს

მიჩუმათებული ხელისუფლების მიერ რეპრესიების გატარების შიშით; მოითხოვონ სამოქალაქო და ადამიანის უფლებათა განუხრელი დაცვა იმ შემთხვევაში, თუ გამოვლინდა მათი დარღვევის ფაქტები;

2. შეიმუშაონ მკაფიო ეთიკური რეკომენდაციები იმ ექიმებისათვის, რომელნიც საპატიმროებში მუშაობენ;

3. შეიმუშაონ ადამიანის უფლებათა სფეროში არაეთიკური ქმედობის კვლევის ეფექტური მექანიზმი;

4. ყველა ძალა იხმარონ იმისათვის, რომ უზრუნველყოფილი იქნეს ადეკვატური სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა ყველა ადამიანისათვის;

5. ადამიანის უფლებათა დარღვევის საეჭვო შემთხვევები გააპროტესტონ განცხადებების სახით, რაც სტიმული იქნება სასჯელის აღსრულების დაწესებულებებში მყოფი პირების მიმართ ჰუმანური მოპყრობისათვის და რაშიც ასახება იმ პირთა გათავისუფლების მოთხოვნა, რომელთაც უსაფუძვლოდ აღეკვეთათ თავისუფლება.

დებულება განუკურნებელი დაავადების დროს ძლიერი ქრონიკული ტკივილების მქონე პაციენტის მოვლის სტრატეგიის შესახებ მიღებულია 42-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, რანჩო მირაჟი, კალიფორნია, აშშ, 1990 წლის ოქტომბერი.

შესავალი

განუკურნებელი დაავადების დროს ძლიერი ქრონიკული ტკივილების მქონე პაციენტი უზრუნველყოფილი უნდა იყოს მკურნალობით, რომელიც მას სიცოცხლის ღირსეულად დასრულების შესაძლებლობას მისცემს. ანალგეზიური საშუალებები, როგორც ოპიოიდები, ისე არაოპიოიდები, ხელმისწვდომია და სწორად გამოყენებისას უკურნებელი დაავადებით შეპყრობილი პაციენტების უმრავლესობას ტკივილს უამებს. მომაკვდავი, ძლიერი ქრონიკული ტკივილების მქონე პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარებაში მონაწილე ექიმებისა და ყველა სხვა პირის მოვალეობაა ტკივილის შეგრძნების, ანალგეზიური საშუალებების ფარმაკოლოგიური მოქმედებისა და პაციენტის, მისი ოჯახისა და მეგობრების მოთხოვნილებების გაცნობიერება. ასევე აუცილებელია, მთავრობებმა უზრუნველყონ ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების სამედიცინო მიზნით გამოყენებისათვის აუცილებელი რაოდენობის ხელმისაწვდომობა ძლიერი ქრონიკული ტკივილების დასაამებლად.

ძლიერი ქრონიკული ტკივილის წინააღმდეგ ბრძოლის კლინიკური პრინციპები

იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი უკურნებელი ავადმყოფობით არის დაავადებული, ექიმმა ძალისხმევა უნდა მიმართოს მისი ტანჯვის შესამსუბუქებლად. ტკივილი პაციენტის ტანჯვის მხოლოდ ერთ-ერთი შემადგენელია. ამავე დროს, გავლენა, რომელსაც ის ახდენს პაციენტზე, შეიძლება ცვალებადობდეს მოსათმენი დისკომფორტიდან გამანადგურებელი დამარცხების გრძნობამდე.

კლინიკური გამოცდილება ცხადყოფს, რომ არა აქვს მნიშვნელობა, რომელი ოპიოიდი გამოიყენება განუკურნავი ავადმყოფისათვის ძლიერი ქრონიკული ტკივილის შესამსუბუქებლად; მთავარი ის არის, როგორ გამოიყენება წამალი.

აუცილებელია, ექიმმა განასხვავოს მწვავე ტკივილი ქრონიკულისაგან; ამ განსხვავებას შეიძლება დიდი მნიშვნელობა ჰქონდეს ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენებისას. ქვემოთ ჩამოთვლილია ძლიერი ქრონიკული ტკივილების მოხსნის ზოგადი პრინციპები, განსაკუთრებით ანალგეზიური საშუალებების გამოყენებისას.

1. ქრონიკული ტკივილების მქონე პაციენტის მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად და მისი მდგომარეობის შეძლებისდაგვარად უკეთეს დონეზე შესანარჩუნებლად საჭიროა ინდივიდუალური მკურნალობა.

2. გათვალისწინებული უნდა იქნეს, რომ ქრონიკული ტკივილების მქონე პაციენტის მოთხოვნილებები ხშირად განსხვავდება მწვავე ტკივილების მქონე პაციენტის მოთხოვნილებებისაგან.

3. იმისათვის, რომ შეარჩიოს პაციენტისათვის ტკივილის გაყუჩებისათვის საჭირო წამალი, დოზა, შეყვანის გზა და განრიგი, ექიმმა უნდა იცოდეს მის ხელთ არსებული ანალგეზიური საშუალებების შესაძლებლობები, მოქმედების ხანგრძლივობა და უარყოფითი ეფექტები,

4. თუ პაციენტს აღარ აკმაყოფილებს არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები, შეიძლება შედეგიანი აღმოჩნდეს ოპიოიდური და არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების კომბინაცია. ამასთან, შეიძლება თავიდან იქნეს აცილებული არასასურველი გვერდითი ეფექტები.

5. ოპიოიდური აგონისტების ანალგეზიური მოქმედების მიმართ ტოლერანტობის განვითარება შეიძლება დაიძლიოს პაციენტისათვის სხვა ოპიოიდური აგონისტის დანიშვნით. ამისი საფუძველია არასრული ჯვარედინი ტოლერანტობა სხვადასხვა ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების მიმართ.

6. სიმსივნური დაავადებით განპირობებული ძლიერი ტკივილის გაყუჩებისას წამალთდამოკიდებულების განვითარების შესაძლებლობა არ უნდა იქნეს მიჩნეული ძირითად პრობლემად და არავითარ შემთხვევაში არ უნდა გახდეს პაციენტისათვის სასარგებლო ძლიერი ანალგეზიური საშუალების შეცვლის მიზეზი.

7. მთავრობამ უნდა შეაფასოს, თუ რამდენად იძლევა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა, კანონები და ინსტრუქციები ოპიოიდების სამედიცინო მიზნით გამოყენების საშუალებას; ასევე, განსაზღვროს მათი გამოყენებისათვის ხელშემშლელი ფაქტორები და შეიმუშაოს მოქმედების გეგმა, რომელიც ხელს შეუწყობს ოპიოიდების წარმოებას და უზრუნველყოფს მათ ხელმისაწვდომობას სამედიცინო ჩვენებების მიხედვით.

მალტის დეკლარაცია მოშიმშილეთა შესახებ
მიღებულია 43-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, მალტა, 1991 წლის ნოემბერი.
განახლებულია 44-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, მარბელა, ესპანეთი, 1992 წლის სექტემბერი.

პრეამბულა

1. ექიმი, რომელიც მკურნალობს მოშიმშილეს, შეიძლება წააწყდეს შემდეგ წინააღმდეგობებს:

1.1. ყოველი ადამიანის მორალური ვალდებულებაა პატივი სცეს სიცოცხლის უზენაესობას. ეს განსაკუთრებით ეხება ექიმს, რომელიც თავის ცოდნას ადამიანის სიცოცხლის გადასარჩენად იყენებს, მოქმედებს პაციენტის უზენაესი ინტერესების შესაბამისად.

1.2. ექიმმა პატივი უნდა სცეს პაციენტის ავტონომიას. პაციენტისათვის ნებისმიერი სახის დახმარების აღმოჩენამდე ექიმმა უნდა მიიღოს მისი ინფორმირებული თანხმობა, გარდა საგანგებო შემთხვევებისა, როდესაც ექიმმა პაციენტის უზენაესი ინტერესების დასაცავად უნდა იმოქმედოს საკუთარი შეხედულებისამებრ.

2. ფასეულობათა ეს კონფლიქტი თვალსაჩინო ხდება, როცა მოშიმშილეს, რომელსაც უარი ჰქონდა გაცხადებული მკურნალობაზე, კომური მდგომარეობა განუვითარდება და მის სიცოცხლეს საფრთხე დაემუქრება. მორალური ვალდებულება აიძულებს ექიმს გადაარჩინოს პაციენტი, მაშინაც კი, თუ ეს ეწინააღმდეგება ამ უკანასკნელის სურვილს. მეორე მხრივ, ექიმი ვალდებულია პატივი სცეს პაციენტის ნებას, მის დამოუკიდებლობას.

2.1. ექიმის ჩარევამ შეიძლება დაარღვიოს პაციენტის უფლება ავტონომიაზე.

2.2. ჩაურევლობა გამოიწვევს პაციენტის სიკვდილს, რისი თავიდან აცილებაც შესაძლებელია.

3. მიღებულია, რომ ექიმსა და პაციენტს შორის არსებობს განსაკუთრებული ურთიერთდამოკიდებულება ყოველთვის, როცა ექიმს, მისი ვალდებულებებიდან გამომდინარე, აკისრია პაციენტის წინაშე მოვალეობა - გამოიყენოს თავისი ცოდნა, რეკომენდაციისა თუ მკურნალობის სახით, ნებისმიერი ადამიანის დასახმარებლად.

ასეთი ურთიერთობება შეიძლება არსებობდეს მაშინაც, როცა პაციენტი უარს ამბობს ამა თუ იმ სახის მკურნალობაზე ან ჩარევაზე.

მას შემდეგ, რაც ექიმი თანხმდება ინახულოს მოშიმშილე, ეს უკანასკნელი მისი პაციენტი ხდება. ამას თან ახლავს ყველა ის შედეგი და ვალდებულება, რაც დამახასიათებელია ექიმისა და პაციენტის ურთიერთდამოკიდებულებისათვის, თანხმობისა და კონფიდენციალურობის ჩათვლით.

4. საბოლოო გადაწყვეტილება ჩარევის ან ჩაურევლობის შესახებ ექიმმა უნდა მიიღოს, იმ პირთა მონაწილეობის გარეშე, რომელთათვისაც პაციენტის კეთილდღეობა არ არის მთავარი. ამავე დროს, ექიმმა ნათლად უნდა განუცხადოს პაციენტს, ეთანხმება თუ არა მის გადაწყვეტილებას მკურნალობაზე უარის შესახებ, ხოლო კომის შემთხვევაში – ხელოვნურ კვებაზე უარის შესახებ, რაც საფრთხეს შეუქმნის მის სიცოცხლეს. თუ ექიმს არ ძალუძს ზემოხსენებულზე დათანხმება, პაციენტს უფლება აქვს დახმარებისათვის მიმართოს სხვა ექიმს.

მოშიმშილეთათვის დახმარების აღმოჩენის სახელმძღვანელო პრინციპები

ვინაიდან სამედიცინო პერსონალი თავისი საქმიანობის ფუნდამენტურ პრინციპად სიცოცხლის უზენაესობას მიიჩნევს, ექიმებისათვის, რომელნიც დახმარებას უწევენ მოშიმშილეებს, რეკომენდებულია:

1. განმარტება

მოშიმშილე არის ნორმალური ფსიქიკის მქონე ადამიანი, რომელმაც განაცხადა, რომ მან გადაწყვიტა შიმშილობის დაწყება და უარს ამბობს საკვების და/ან სითხის მიღებაზე მნიშვნელოვნად დიდი დროის განმავლობაში.

2. ეთიკური საქციელი

2.1. თუ შესაძლებელია, ექიმმა უნდა მოიძიოს სამედიცინო ინფორმაცია პაციენტის შესახებ;

2.2. ექიმმა გულდასმით უნდა გამოიკვლიოს პაციენტი შიმშილობის დაწყებისას;

2.3. ექიმმა და სხვა სამედიცინო პერსონალმა არ უნდა მოახდინონ რაიმე ფორმით მნიშვნელოვანი ზეწოლა მოშიმშილეზე იმ მიზნით, რომ მან შეწყვიტოს შიმშილობა. მოშიმშილის მკურნალობა და მოვლა არ უნდა იყოს დამოკიდებული შიმშილობის შეწყვეტაზე.

2.4. ექიმმა მოშიმშილეს უნდა მიაწოდოს სრული ინფორმაცია შიმშილობის კლინიკური შედეგების შესახებ, აგრეთვე, ნებისმიერი სპეციფიკური საშიშროების შესახებ მოცემულ კონკრეტულ შემთხვევაში. ინფორმაციაზე დაფუძნებული გადაწყვეტილება შეიძლება მიღებული იქნეს მხოლოდ ნათელი, მკაფიო ურთიერთგაგებისას.

აუცილებლობის შემთხვევაში გამოყენებული უნდა იქნეს თარჯიმანი.

2.5. თუ მოშიმშილეს აქვს სურვილი მოიძიოს მეორე ექიმის აზრი, ეს სურვილი დაკმაყოფილებული უნდა იქნეს. თუ მოშიმშილე პატიმარია, თანხმობა ზემოხსენებულზე უნდა გაიცეს ციხის ექიმთან შეთანხმებისა და მისგან კონსულტაციის მიღების შემდეგ.

2.6. ინფექციის მკურნალობა და პაციენტისათვის რჩევის მიცემა სითხის პერორული მიღების (ან ფიზიოლოგიური სითხის ინტრავენურად შეყვანის) აუცილებლობის შესახებ ხშირად მისაღებია მოშიმშილისათვის. პაციენტის უარმა ამ ჩარევებზე არ უნდა გამოიწვიოს სამედიცინო დახმარების სხვა ფორმების შეკვეცა. ნებისმიერი დახმარება პაციენტს უნდა გაეწიოს მხოლოდ მისი თანხმობით.

3. აუცილებელი ინსტრუქციები

ექიმმა ყოველდღიურად უნდა მოიკითხოს, აქვს თუ არა პაციენტს შიმშილობის გაგრძელების სურვილი. ექიმმა ყოველდღიურად უნდა მოიკითხოს, აქვს თუ არა პაციენტს მკურნალობის სურვილი, თუ ამ უკანასკნელს შენარჩუნებული აქვს ინფორმირებული თანხმობის უნარი. დადგენილი ფაქტები შეტანილი უნდა იქნეს სათანადო სამედიცინო დოკუმენტაციაში და ინახებოდეს საიდუმლოდ.

4. ხელოვნური კვება

თუ პაციენტს ცნობიერება დაებინდა და არ შეუძლია ლოგიკური გადაწყვეტილებების მიღება, ან თუ მას კომური მდგომარეობა განუვითარდა, ექიმს უფლება აქვს პაციენტის ნაცვლად მიიღოს ამ უკანასკნელის უზენაესი ინტერესების შესაბამისი გადაწყვეტილებები. ექიმმა ყოველთვის უნდა გაითვალისწინოს მის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება შიმშილობის მკურნალობის წინამავალ ეტაპებზე და დაიცვას წინამდებარე დეკლარაციის პრეამბულის მეოთხე პუნქტი.

5. იძულება

მოშიმშილე დაცული უნდა იქნეს შიმშილობის აქციაში იძულებით მონაწილეობისაგან. შესაძლოა, ამ მიზნის მისაღწევად საჭირო გახდეს მოშიმშილეთა განცალკევება.

6. ოჯახი

ექიმი, თუ ეს მას არ აუკრძალა პაციენტმა, ვალდებულია შეატყობინოს პაციენტის ოჯახს იმის შესახებ, რომ პაციენტმა დაიწყო შიმშილობა,

დებულება ექიმის დახმარებით თვითმკვლელობის შესახებ

მიღებულია 44-ე მსოფლიო სამედიცინო გენერალური ასამბლეის მიერ, მარბელა, ესპანეთი, 1992 წლის სექტემბერი.

უკანასკნელ ხანებში საზოგადოების ყურადღების ცენტრში მოექცა ექიმის დახმარებით თვითმკვლელობის მაგალითები. ამ შემთხვევებში გამოიყენებოდა ექიმის მიერ შექმნილი აპარატი, ხოლო ინდივიდს ეძლეოდა ინსტრუქცია მისი გამოყენების შესახებ. ამრიგად, ინდივიდი დახმარებას ღებულობდა თვითმკვლელობის განხორციელებაში. სხვა შემთხვევებში ექიმი ინდივიდს აწვდიდა მედიკამენტებს და ინფორმაციას მათი სასიკვდილო დოზის შესახებ. ამ გზებით ინდივიდი ღებულობდა თვითმკვლელობისათვის საჭირო საშუალებებს. უდავოა, რომ ეს პირები მძიმე, შესაძლოა, უკურნებელი სენით იყვნენ დაავადებულნი და აუტანელი ტკივილებით იტანჯებოდნენ. გარდა ამისა, ეჭვს არ იწვევს ის გარემოება, რომ ისინი ქმედუნარიანნი იყვნენ და დამოუკიდებლად მიიღეს გადაწყვეტილება თვითმკვლელობის შესახებ. პაციენტებს, რომლებიც სიცოცხლის თვითმკვლელობით დაამთავრებას განიზრახავენ, ხშირად აღენიშნებათ განუკურნებელი დაავადებისათვის დამახასიათებელი დეპრესია.

თვითმკვლელობა ექიმის დახმარებით, ევთანაზიის მსგავსად, არაეთიკურია და უნდა დაიგმოს სამედიცინო პერსონალის მიერ. თუ ექიმის დახმარება წინასწარგანზრახულად, შეგნებით არის მიმართული იმისაკენ, რომ ინდივიდს თვითმკვლელობის შესაძლებლობა მისცეს, ექიმის საქციელი არაეთიკურია. ამავე დროს, მკურნალობაზე უარის თქმა პაციენტის ძირითადი უფლებაა და ექიმის ქმედობა არ არის არაეთიკური მაშინაც კი, როცა ექიმის მიერ პაციენტის სურვილის შესრულებას ამ უკანასკნელის სიკვდილი მოჰყვება.

დებულება პაციენტის უფლებებისა და კონფიდენციალურობის დაცვის შესახებ

მიღებულია 45-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, ბუდაპეშტი, უნგრეთი, 1993 წლის ოქტომბერი.

მედიცინის მუშაკების ეთიკური და პროფესიული ვალია, ნებისმიერ შემთხვევაში იმოქმედონ პაციენტის უზენაესი ინტერესების შესაბამისად.

თუ მედიცინის მუშაკები აწყდებიან გარემოებებს, რომელთაც შეუძლიათ პაციენტის მდგომარეობის გაუარესება, მათ ამის შესახებ ინფორმაცია უნდა მიაწოდონ ხელისუფლების შესაბამის ორგანოებს, რათა მიღებული იქნეს გამაფრთხილებელი ზომები.

თუ ხელისუფლება უარს აცხადებს გამაფრთხილებელი ზომების მიღებაზე, ამ გადაწყვეტილების მიზეზები უნდა ეცნობოს მედიცინის მუშაკებს. თუ ასეთი განმარტება არ იქნა წარმოდგენილი ან გადაწყვეტილების მიზეზი არადამაჯერებლად ჟღერს, მედიცინის მუშაკები ვალდებულნი არიან შემდგომში სათანადოდ იმოქმედონ.

შემდგომი მოქმედებები შეიძლება ეწინააღმდეგებოდეს მედიცინის მუშაკების შრომითი შეთანხმების კონფიდენციალურ დებულებებს და ამის გამო ისინი სოციალური, პროფესიული და ეთიკური დილემების წინაშე აღმოჩნდნენ.

იმ შემთხვევაში, როცა ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება შეზღუდულია, ბიუჯეტის შემზღუდავი ნორმები ქმნიან კონფლიქტის საფუძველს მედიცინის მუშაკებსა და მათ დამქირავებელ ხელისუფლებას შორის.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ორგანიზაციების ხელმძღვანელობა პასუხისმგებელია მთავრობის პოლიტიკის განხორციელებაზე და შეიძლება მოუხდეს ისეთი გადაწყვეტილების მიღება, რომელსაც არ დაეთანხმებიან პრაქტიკოსი მედიცინის მუშაკები. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მთავრობის პოლიტიკისა და მისი განხორციელების მოწინააღმდეგეებმა კრიტიკა უნდა მიმართონ არადამაკმაყოფილებლად მიჩნეული პოლიტიკური გადაწყვეტილებების მიმღებებისა და მათი განმახორციელებლების წინააღმდეგ.

საჭიროა შეთანხმებული და მისაღები მექანიზმების შემოღება, რისი მეშვეობითაც მედიცინის მუშაკებს, შრომითი შეთანხმების პირობების დარღვევის გარეშე, შეეძლებათ გამოხატონ შეშფოთება ცალკეული პაციენტების ბედის ან საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

ასეთ მექანიზმებს უნდა შეიცავდეს მედიცინის მუშაკთა შრომითი შეთანხმებები. ისინი უნდა ადასტურებდნენ, რომ მედიცინის მუშაკების ეთიკურ ვალდებულებებს უპირატესი მნიშვნელობა აქვთ, ვიდრე ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ, სამსახურში მიღებასთან დაკავშირებულ ვალდებულებებს.

განსაკუთრებული სიძნელეები შეიძლება წარმოიშვას იმ შემთხვევაში, თუ მედიცინის მუშაკები იეჭვებენ, რომ ადმინისტრაციული გადაწყვეტილებები მიღებულია უკეთური მოსაზრებების – რელიგიური, რასობრივი ან სექსუალური ცრურწმენების, ფინანსური გამორჩენის მიღების სურვილის - საფუძველზე, ან თუ კლინიკური კვლევა ტარდება შესაბამისი ეთიკური განხილვისა და კონტროლის გარეშე.

ასეთი საკითხების წამოჭრისას მედიცინის მუშაკების კრიტიკული შენიშვნა შეიძლება ჰგავდეს ცილისწამებას ან ტყუილს, ან სულაც სინამდვილეში იყოს ასეთი. მედიცინის მუშაკებმა ამ საკითხების შესახებ, მათი სამართლებრივი მოწესრიგებისათვის, სპეციალური მიმართვები უნდა გაუგზავნონ შესაბამის პროფესიულ ორგანიზაციებს, სარეგისტრაციო ან სალიცენზიო კომიტეტებს.

კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ

პრეამბულა:

ქვემორე ხელისმომწერი ევროსაბჭოს წევრი სახელმწიფოები, სხვა სახელმწიფოები და ევროკავშირი,

ითვალისწინებენ რა გაერთიანებული ერების ასამბლეის მიერ 1948 წლის 10 დეკემბერს მიღებულ უნივერსალურ დეკლარაციას ადამიანის უფლებების შესახებ;

ითვალისწინებენ რა 1950 წლის 5 ნოემბრის კონვენციას ადამიანის უფლებებისა და ძირითადი თავისუფლებების დაცვის შესახებ;

ითვალისწინებენ რა 1961 წლის 18 ოქტომბრის ევროპის სოციალურ ქარტიას;

ითვალისწინებენ რა 1966 წლის 16 დეკემბრის საერთაშორისო შეთანხმებას სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ და საერთაშორისო შეთანხმებას ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ;

ითვალისწინებენ რა 1981 წლის 28 იანვრის კონვენციას პერსონალური მონაცემების ავტომატიზებულ დამუშავებასთან დაკავშირებით პიროვნების დაცვის შესახებ;

ითვალისწინებენ რა 1989 წლის 20 ნოემბრის კონვენციას ბავშვის უფლებების შესახებ;

აღიარებენ რა, რომ ევროსაბჭოს მიზანია წევრებს შორის უფრო მჭიდრო ერთიანობის მიღწევა, რისი ერთ-ერთი საშუალებაა ადამიანის უფლებების და ძირითადი თავისუფლებების განმტკიცება და შემდგომი რეალიზაცია;

აცნობიერებენ რა ბიოლოგიის და მედიცინის სულ უფრო სწრაფ განვითარებას;

დარწმუნებული არიან რა, რომ აუცილებელია ადამიანის, როგორც ინდივიდის და საზოგადოების წევრის, პატივისცემა და აცნობიერებენ რა ადამიანის ღირსების დაცვის უზრუნველყოფის მნიშვნელობას;

აცნობიერებენ რა, რომ ბიოლოგიის და მედიცინის მიღწევების არასწორად გამოყენებამ შეიძლება საფრთხე შეუქმნას ადამიანის ღირსებას;

ადასტურებენ რა, რომ ბიოლოგიისა და მედიცინის პროგრესი გამოყენებული უნდა იქნეს ახლანდელი და მომავალი თაობების საკეთილდღეოდ;

ხაზს უსვამენ რა საერთაშორისო თანამშრომლობის აუცილებლობას, რათა მთელმა კაცობრიობამ შეძლოს ბიოლოგიის და მედიცინის მიღწევებით სარგებლობა;

აღიარებენ რა ბიოლოგიასა და მედიცინასთან დაკავშირებული საკითხების საჯარო განხილვისათვის ხელშეწყობის და მისი შედეგების მნიშვნელობას;

სურთ რა, საზოგადოების თითოეულ წევრს შეახსენონ მისი უფლებების და პასუხისმგებლობის შესახებ;

ითვალისწინებენ რა ამ დარგში საპარლამენტო ასამბლეის მიერ გაწეულ მუშაობას, მათ შორის 1160 (1991 წ.) რეკომენდაციას ბიოეთიკის დარგში კონვენციის მომზადების შესახებ;

გადაწყვიტეს რა ბიოლოგიასა და მედიცინაში პიროვნების ღირსებისა და ძირითადი უფლებებისა და თავისუფლებების დაცვი ღონისძიებების გატარება;

შეთანხმდნენ შემდეგზე:

თავი I. ზოგადი დებულებები

მუხლი 1. (მიზანი და ამოცანა)

კონვენციის მონაწილე მხარეებმა უნდა დაიცვან თითოეული ადამიანის ღირსება და ინდივიდუალობა, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე უზრუნველყონ მათი ხელშეუხებლობა და სხვა უფლებები და ძირითადი თავისუფლებები ბიოლოგიასა და მედიცინაში.

თითოეულმა მხარემ თავის კანონმდებლობაში უნდა შეიტანოს ამ კონვენციის დებულებების განხორციელებისათვის საჭირო ცვლილებები.

მუხლი 2. (ადამიანის ინტერესების უზენაესობა)

ადამიანის ინტერესები და კეთილდღეობა უზენაესია საზოგადოების და მეცნიერების ინტერესებთან შედარებით.

მუხლი 3. (ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის თანაბარი ხელმისაწვდომობა)

მხარეებმა, თავისი იურისდიქციის ფარგლებში, ჯანმრთელობის დაცვაზე მოთხოვნილების და არსებული რესურსების გათვალისწინებით, უნდა გაატარონ სათანადო ღონისძიებები შესაფერი ხარისხის ჯანმრთელობის დაცვის თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

მუხლი 4. (პროფესიული სტანდარტები)

ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევა, სამეცნიერო კვლევის ჩათვლით, უნდა განხორციელდეს სათანადო პროფესიული ვალდებულებების და სტანდარტების შესაბამისად.

თავი II. თანხმობა

მუხლი 5. (ზოგადი წესი)

ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევა უნდა ჩატარდეს პირის მიერ ნებაყოფლობით გაცხადებული ინფორმირებული თანხმობის მიღების შემდეგ.

პირს წინასწარ უნდა მიეცეს შესაბამისი ინფორმაცია სამედიცინო ჩარევის მიზნისა და ხასიათის, აგრეთვე შედეგებისა და რისკის შესახებ.

პირს შეუძლია, თავისი შეხედულებისამებრ, ნებისმიერ დროს შეცვალოს ადრე გაცხადებული თანხმობა.

მუხლი 6. (იმ პირთა დაცვა, რომელთაც არ შეუძლიათ თანხმობის გაცხადება)

1. პირს, რომელსაც არა აქვს თანხმობის გაცხადების უნარი, ჩარევა შეიძლება ჩაუტარდეს, თუ ეს მას პირდაპირ სარგებლობას მოუტანს; აღნიშნული საკითხი, აგრეთვე, რეგულირდება მე-17 და მე-20 მუხლებით.

2. იმ შემთხვევაში, როცა მცირეწლოვანს, კანონის შესაბამისად, არა აქვს თანხმობის გაცხადების უნარი, ჩარევა შეიძლება ჩატარდეს მისი წარმომადგენლის ან საამისოდ უფლებამოსილი ორგანოს, ან კანონით განსაზღვრული პირის ან დაწესებულების ნებართვით.

ასაკის მატებისა და მომწიფების შესაბამისად გადაწყვეტილების მიღებისას მცირეწლოვანის აზრს უფრო მეტი მნიშვნელობა ენიჭება.

3. იმ შემთხვევაში, როცა მოზრდილს, კანონის შესაბამისად, არა აქვს თანხმობის გაცხადების უნარი ფსიქიკური აშლილობის, დაავადების ან სხვა მსგავსი მიზეზის გამო, ჩარევა შეიძლება განხორციელდეს მისი წარმომადგენლის ან საამისოდ უფლებამოსილი ორგანოს, ან კანონით გათვალისწინებული პირის ან დაწესებულების ნებართვით.

პირმა შეძლებისდაგვარად უნდა მიიღოს მონაწილეობა გადაწყვეტილების მიღებაში.

4. მე-2 და მე-3 პუნქტებში მოხსენიებულ წარმომადგენლს ან საამისოდ უფლებამოსილ ორგანოს, ან კანონით განსაზღვრულ პირს ან დაწესებულებას უნდა მიეწოდოს, იმავე პირობების დაცვით, მე-5 მუხლით გათვალისწინებული ინფორმაცია.

5. მე-2 და მე-3 პუნქტებში აღნიშნული ნებართვა, პირის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად, შეიძლება გაუქმდეს.

მუხლი 7. (ფსიქიკურად დაავადებულ პირთა დაცვა)

კანონით განსაზღვრული დამცავი მექანიზმების, მათ შორის ზედამხედველობისა და გასაჩივრების პროცედურების გათვალისწინებით, სერიოზული ფსიქიკური დაავადების მქონე პირებს ამ დაავადების მკურნალობასთან დაკავშირებული სამედიცინო ჩარევა მათი თანხმობის გარეშე შეიძლება ჩაუტარდეთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ამ ჩარევის გარეშე მათ ჯანმრთელობას სერიოზული საფრთხე ემუქრება.

მუხლი 8. (გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება)

გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აუცილებლობისას, თუ შეუძლებელია სათანადო თანხმობის მიღება, სასწრაფო სამედიცი-

ნო ჩარევა უნდა ჩატარდეს პირის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად.

მუხლი 9. (ადრე გამოხატული ნება)

იმ შემთხვევაში, როცა სამედიცინო ჩარევისას პაციენტს არა აქვს უნარი გამოხატოს თავისი სურვილი, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული მის მიერ ადრე გამოხატული ნება.

თავი III. პირადი ცხოვრება და ინფორმაციის მიღების უფლება

მუხლი 10. (პირადი ცხოვრება და ინფორმაციის მიღების უფლება)

1.ყველას აქვს პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობის უფლება ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციასთან დაკავშირებით.

2.ყველას აქვს უფლება მიიღოს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაცია. ამასთან, გათვალისწინებული უნდა იქნეს პირის სურვილი, არ მიიღოს ინფორმაცია.

3.გამონაკლის შემთხვევებში, პაციენტის ინტერესებიდან გამომდინარე, კანონმა შეიძლება დაუშვას მე-2 პუნქტში მოხსენიებული უფლების შეზღუდვები.

თავი IV. ადამიანის გენომი

მუხლი 11. (დისკრიმინაციის დაუშვებლობა)

აკრძალულია პირის ნებისმიერი ფორმით დისკრიმინაცია გენეტიკური მემკვიდრეობის მიხედვით.

მუხლი 12. (გენეტიკური პროგნოზირების ტესტები)

გენეტიკური დაავადების განვითარების შესაძლებლობის ან დაავადების განმაპირობებელი გენის, ან დაავადებისადმი წინასწარგანწყობის ან მიდრეკილების განსაზღვრა დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მისი მიზანია პიროვნების ჯანმრთელობის დაცვა ან ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული სამეცნიერო კვლევა, ან სათანადო გენეტიკური კონსულტაცია.

მუხლი 13. (მანიპულაციები ადამიანის გენომზე)

ადამიანის გენომის მოდიფიცირებისათვის განსაზღვრული სამედიცინო ჩარევა დასაშვებია მხოლოდ დიაგნოსტიკის, მკურნალობის ან პრევენციის მიზნით და თუ არ ითვალისწინებს პაციენტის შთამომავლობის გენომის შეცვლას.

მუხლი 14. (სქესის შერჩევის დაუშვებლობა)

დაუშვებელია სქესის შერჩევის მიზნით ხელოვნური ჩასახვის მეთოდების გამოყენება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა აუცილებელია სქესთან შეჭიდული მძიმე მემკვიდრული დაავადების თავიდან აცილება.

თავი V. სამეცნიერო კვლევა

მუხლი 15. (ზოგადი წესი)

სამეცნიერო კვლევა ბიოლოგიისა და მედიცინაში უნდა ჩატარდეს ნებაყოფლობით, ამ კონვენციის დებულებების და ადამიანის უფლებების დამცავი სხვა დოკუმენტების შესაბამისად.

მუხლი 16. (სამეცნიერო კვლევაში მონაწილე პირების დაცვა)

ადამიანებზე სამეცნიერო კვლევა შეიძლება ჩატარდეს, თუ დაცულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პირობა:

ა) განზრახულ სამეცნიერო კვლევას არ გააჩნია მსგავსი ეფექტის მქონე ალტერნატივა;

ბ) კვლევასთან დაკავშირებული რისკი განუზომლად მცირეა მოსალოდნელ დადებით შედეგებთან შედარებით;

გ) კვლევის გეგმა დამტკიცებულია კომპეტენტური ორგანოს მიერ გეგმის სამეცნიერო ღირებულების დამოუკიდებლად შესწავლის, მათ შორის კვლევის მიზნების მნიშვნელობის და მისი ეთიკურობის მულტიდისციპლინური შეფასების შემდეგ;

დ) კვლევის მონაწილე პირებს ეცნობათ მათი უფლებებისა და კანონით გათვალისწინებული დამცავი მექანიზმების შესახებ;

ე) მე-5 მუხლით გათვალისწინებული თანხმობა გაცხადებულია მკაფიოდ, კონკრეტულად და ფიქსირებულია წერილობით. თანხმობის ნებაყოფლობითი გაუქმება შეიძლება ნებისმიერ დროს.

მუხლი 17. (პირების დაცვა, რომლთაც არა აქვთ კვლევაში მონაწილეობაზე თანხმობის გაცხადების უნარი)

1. მე-5 მუხლში აღნიშნული წესის მიხედვით თანხმობის გაცხადების უნარის არმქონე პირების კვლევაში მონაწილეობა შესაძლებელია, თუ დაცულია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პირობა:

ა) შესრულებულია მე-16 მუხლის "ა" - "დ" ქვეპუნქტებში აღნიშნული პირობები;

ბ) სავარაუდოა, რომ კვლევის შედეგები პირდაპირი სარგებლობის მომტანი იქნება მათი ჯანმრთელობისათვის;

გ) შესაბამისი ეფექტის მქონე კვლევის ჩატარება შეუძლებელია თანხმობის გაცხადების უნარის მქონე პაციენტების მონაწილეობით;

დ) მე-6 მუხლით გათვალისწინებული ნებართვა მიცემულია კონკრეტული ფორმით, წერილობით, და

ე) პირი, რომელმაც უნდა მიიღოს მონაწილეობა კვლევაში, არ არის წინააღმდეგი.

2. იმ შემთხვევაში, როცა კვლევას არ მოაქვს პაციენტის ჯანმრთელობისათვის პირდაპირი სარგებლობა, გამონაკლისის სახით და კანონით გათვალისწინებული დამცავი მექანიზმების გამოყენებით, კვლევა შეიძლება ჩატარდეს მე-17 მუხლის პირველი პუნქტის პირველ, მე-3, მე-4 და მე-5 ქვეპუნქტებში ასახული და შემდეგი დამატებითი პირობების გათვალისწინებით:

ა) კვლევის მიზანია ინდივიდის მდგომარეობის, დაავადების ან ჯანმრთელობის რაიმე სხვა მოშლილობის შესახებ მეცნიერული ცოდნის მნიშვნელოვანი გაღრმავება ან შედეგების გამოყენება ამ პირის ან სხვა იმავე ასაკის, იგივე დაავადებით შეპყრობილი ან ისეთივე მდგომარეობაში მყოფი პირების სასარგებლოდ;

ბ) კვლევას ახლავს მინიმალური რისკი და დისკომფორტი.

მუხლი 18. (ემბრიონზე in vitro კვლევა)

1. იმ ქვეყნებში, სადაც კანონით დაშვებულია ემბრიონზე ინ ვიტრო კვლევის ჩატარება, უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს ემბრიონის ადეკვატური დაცვა.

2. კვლევის ჩატარების მიზნით ადამიანის ემბრიონის შექმნა აკრძალულია.

თავი VI. ტრანსპლანტაციის მიზნით ცოცხალი დონორებისაგან ორგანოების ან ქსოვილების აღება

მუხლი 19. (ზოგადი წესი)

1. ტრანსპლანტაციის მიზნით ცოცხალი პირისაგან ორგანოს ან ქსოვილის აღება დასაშვებია მხოლოდ რეციპიენტის მკურნალობისათვის და თუ არ არის გარდაცვლილი ადამიანისაგან შესაფერისი ორგანოს ან ქსოვილის აღების საშუალება და არ არსებობს შესაბამისი ეფექტის მქონე მკურნალობის სხვა მეთოდი.

2. მე-5 მუხლში აღნიშნული აუცილებელი თანხმობა გაცხადებული უნდა იქნეს გარკვევით და კონკრეტულად - წერილობით ან ოფიციალური ორგანოს წინაშე.

მუხლი 20. (პირების დაცვა, რომელთაც არ შეუძლიათ ორგანოს აღებაზე თანხმობის გაცხადება)

1. არ შეიძლება ორგანოს ან ქსოვილის აღება პირებისაგან, რომელთაც არა აქვთ მე-5 მუხლში აღნიშნული თანხმობის გაცხადების უნარი.

2. გამონაკლისის სახით და კანონით გათვალისწინებული დამცავი მექანიზმების გამოყენებით, რეგენერაციის უნარის მქონე ქსოვილის აღება პირისაგან, რომელსაც არა აქვს თანხმობის გაცხადების უნარი, შეიძლება შემდეგი პირობების დაცვით:

ა) ვერ მოიძებნა სხვა შესაფერისი დონორი, რომელსაც აქვს თანხმობის გაცხადების უნარი;

ბ) რეციპიენტი არის დონორის და ან ძმა;

გ) გადანერგვის მიზანია რეციპიენტის სიცოცხლის გადარჩენა;

დ) მე-6 მუხლის მე-2 და მე-3 პუნქტებში აღნიშნული ნებართვა მიცემულია გარკვევით, წერილობით, კანონის შესაბამისად და დამოწმებულია კომპეტენტური ორგანოს მიერ;

ე) პოტენციური დონორი არ არის წინააღმდეგი.

1. ადამიანის ნებაყოფლობითი თანხმობა სრულიად აუცილებელია.

ეს ნიშნავს, რომ კვლევის მონაწილე ქმედუნარიანი უნდა იყოს; ამასთან, ძალმომრეობის, თაღლითობის, მოტყუების, თავისუფლების აღკვეთის, ეშმაკობის ან იძულების ან ძალდატანების სხვა ფორმებს მოკლებული გარემო მას თავისუფალი არჩევანის საშუალებას უნდა აძლევდეს; გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მისაღებად კარგად უნდა იცოდეს და გააზრებული ჰქონდეს კვლევაში მონაწილეობის არსი; ეს უკანასკნელი გულისხმობს, რომ კვლევის სუბიექტს მის მიერ დადებითი გადაწყვეტილების მიღებამდე უნდა ეცნობოს ექსპერიმენტის ბუნების, ხანგრძლივობის და მიზნების, მეთოდების და საშუალებების, კვლევასთან დაკავშირებული მოსალოდნელი დისკომფორტის და საშიშროების, ექსპერიმენტში მონაწილეობის შესაძლო გავლენის შესახებ მის ჯანმრთელობაზე და პიროვნებაზე.

თანხმობის ჭეშმარიტობის განსაზღვრა და ამისათვის პასუხისმგებლობა იმ პირებს ეკისრება, ვინც კვლევის ინიციატორია, წარმართავს ექსპერიმენტს ან მონაწილეობს მასში. ზემოაღნიშნული მოვალეობა და პასუხისმგებლობა გაპიროვნებულია, მისი დელეგირება დასჯადია.

2. ექსპერიმენტი ისეთი სარგებლობის მომტანი უნდა იყოს საზოგადოების კეთილდღეობისთვის, რაც სხვა მეთოდებით ან საშუალებებით მიულწევადია. ის არ უნდა იყოს შემთხვევითი და უსარგებლო.

3. ექსპერიმენტი უნდა ეფუძნებოდეს ცხოველებზე ჩატარებული ცდების შედეგებისა და დაავადების ბუნებრივი მიმდინარეობის ან სხვა საკვლევი პრობლემის ღრმა ცოდნას. კვლევის სავარაუდო შედეგები უნდა ამართლებდნენ ექსპერიმენტს.

4. ექსპერიმენტი ისე უნდა ჩატარდეს, რომ თავიდან იქნეს აცილებული ზედმეტი ფიზიკური და ფსიქიკური ტანჯვა და ზიანი.

5. ექსპერიმენტი არ უნდა ჩატარდეს, თუ სავარაუდოა, რომ კვლევა გამოიწვევს სიკვდილს ან დაინვალიდებას; შესაძლო გამონაკლისია ექსპერიმენტი, თუ ექიმი თავად არის კვლევის სუბიექტი.

6. კვლევასთან დაკავშირებული რისკი არ უნდა აღემატებოდეს ექსპერიმენტით გადასაწყვეტი პრობლემების ჰუმანისტურ მნიშვნელობას.

7. გულდასმით უნდა მომზადდეს და უზრუნველყოფილი იქნეს ადეკვატური პირობები კვლევის სუბიექტის დასაცავად დაზიანების, დაინვალიდების ან სიკვდილის თუნდაც ნაკლებად სარწმუნო ალბათობისაგან.

8. ექსპერიმენტი უნდა წარმართოს მხოლოდ კვალიფიციურმა მეცნიერმა. ექსპერიმენტის წარმმართველ და მასში მონაწილე

მკვლევარს ექსპერიმენტის ყველა ეტაპზე მოეთხოვება უმაღლესი დონის ოსტატობა და გულისხმიერება.

9. ექსპერიმენტის ნებისმიერ ეტაპზე ადამიანს უნდა ჰქონდეს ექსპერიმენტში მონაწილეობის შეწყვეტის უფლება, თუ ფიზიკური ან ფსიქიკური მდგომარეობის გამო შეუძლებლად მიიჩნევს ექსპერიმენტის გაგრძელებას.

10. მკვლევარი მზად უნდა იყოს ნებისმიერ ეტაპზე შეწყვიტოს ექსპერიმენტი, თუ ვარაუდობს, რომ კვლევის კეთილსინდისიერად და ოსტატურად წარმართვის და გულდასმით განსჯის მიუხედავად ექსპერიმენტის გაგრძელება კვლევის სუბიექტის დაზიანებას, დაინვალიდებას ან სიკვდილს გამოიწვევს.

მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ჰელსინკის დეკლარაცია

სახელმძღვანელო რეკომენდაციები ექიმთათვის ადამიანზე ჩატარებული სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის შესახებ მიღებულია მე-18 მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ ჰელსინკი, ფინეთი, 1964 წლის ივლისი

განახლებულია:

29-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, ტოკიო, იაპონია, 1975 წლის ოქტომბერი;

35-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, ვენეცია, იტალია, 1983 წლის ოქტომბერი;

41-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, ჰონგ კონგი, 1989 წლის სექტემბერი;

48-ე გენერალური ასამბლეის მიერ, სომერსეტ ვესტი, სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკა, 1996 წლის ოქტომბერი.

შესავალი

ექიმის დანიშნულებაა ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა. მისი ცოდნა და სინდისიერება [G1] ამ მოვალეობის აღსრულებას ემსახურება.

მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ჟენევის დეკლარაცია ექიმს ავალებს: "პაციენტის ჯანმრთელობა გავიხადო ჩემს უმთავრეს საზრუნავად". სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსში გაცხადებულია, რომ "თუ ექიმი იყენებს სამედიცინო დახმარების ისეთ ფორმებს, რომელთაც შეიძლება გააუარესონ პაციენტის ფიზიკური ან ფსიქიკური მდგომარეობა, ექიმმა უნდა იმოქმედოს მხოლოდ პაციენტის ინტერესების შესაბამისად".

ადამიანზე ჩატარებული სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის მიზანი უნდა იყოს სადიაგნოზო, სამკურნალო და საპროფილაქტი-

კო მეთოდების გაუმჯობესება, დაავადების ეტიოლოგიის და პათოგენეზის შესწავლა.

თანამედროვე სამედიცინო პრაქტიკაში სადიაგნოზო, სამკურნალო და საპროფილაქტიკო პროცედურების უმრავლესობა რისკთან არის დაკავშირებული. ეს განსაკუთრებით სამედიცინო- ბიოლოგიურ კვლევას ეხება.

მედიცინის პროგრესი ეფუძნება კვლევას, რომელიც საბოლოო ჯამში, ნაწილობრივ მაინც, ადამიანზე ჩატარებულ ექსპერტიმენტს უნდა ეყრდნობოდეს.

სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევის სფეროში აუცილებელია მკვეთრად გაიმიჯნოს ერთი მხრივ სამედიცინო კვლევა, რომელსაც პაციენტისთვის არსებითი სადიაგნოზო ან სამკურნალო მნიშვნელობა აქვს, ხოლო მეორე მხრივ კვლევა, რომლის მიზანი წმინდა სამეცნიერო ხასიათისაა და კვლევის სუბიექტისთვის პირდაპირი სადიაგნოზო ან სამკურნალო მნიშვნელობა არა აქვს.

განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო კვლევისას, რომელმაც შეიძლება გავლენა მოახდინოს გარემოზე, საავადებულოა ჰუმანური დამოკიდებულება საკვლევად გამოყენებული ცხოველების მიმართ.

იმის გათვალისწინებით, რომ ლაბორატორიული ექსპერიმენტების შედეგები ადამიანს უნდა მიესადაგოს, რაც მეცნიერული ცოდნის გაღრმავებას და ადამიანისთვის ტანჯვის შემსუბუქებას ემსახურება, მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციამ შეიმუშავა ქვემოთ მოცემული რეკომენდაციები, როგორც გამგნე ყველა ექიმისთვის, რომელიც სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევას ატარებს ადამიანზე. რეკომენდაციები მომავალში განმეორებითი უნდა იქნეს განხილული. ხაზგასასმელია ის გარემოება, რომ ეს სტანდარტები მთელი მსოფლიოს ექიმებისთვის მხოლოდ სარეკომენდაციოა. ექიმები არ თავისუფლდებიან მათი ქვეყნების კანონმდებლობით გათვალისწინებული სისხლის სამართლის, სამოქალაქო და ეთიკური პასუხისმგებლობისგან.

I. ძირითადი პრინციპები

1. ადამიანზე ჩატარებული სამედიცინო - ბიოლოგიური კვლევა უნდა შეესაბამებოდეს აღიარებულ სამეცნიერო პრინციპებს და ეფუძნებოდეს ადეკვატურ ლაბორატორიულ და ცხოველებზე წარმოებულ ექსპერიმენტებს, სამეცნიერო ლიტერატურის სრულყოფილ ცოდნას.

2. ადამიანზე ჩასატარებელი ექსპერიმენტის მიზანი და ჩატარების მეთოდები მკაფიოდ უნდა იყოს ჩამოყალიბებული ექსპერიმენტის ოქმში, რომელიც განსახილველად და შესაფასებლად უნდა გადაეცეს საამისოდ უფლებამოსილ, მკვლევარისა და კვლევის სპონსორისგან დამოუკიდებელ კომიტეტს. კომიტეტი უნდა მოქმედებდეს იმ ქვეყნის კანონმდებლობის შესაბამისად, სადაც კვლევა ტარდება.

3. სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევა ადამიანზე უნდა ტარდებოდეს მხოლოდ სამეცნიერო კვალიფიკაციის მქონე პირების მიერ და კლინიკური გამოცდილების მქონე სამედიცინო პერსონალის ზედამხედველობით. სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის სუბიექტის უსაფრთხოებისათვის პასუხისმგებლობა ეკისრება სამედიცინო კვალიფიკაციის მქონე პირს და არა კვლევის სუბიექტს, მიუხედავად მის მიერ გაცხადებული თანხმობისა.

4. ადამიანზე ჩატარებული კვლევა არ შეიძლება ჩაითვალოს კანონიერად, თუ კვლევის მნიშვნელობა კვლევასთან დაკავ-შირებული რისკის პროპორციული არ არის.

5. ადამიანზე ჩატარებულ სამედიცინო-ბიოლოგიურ კვლევას წინ უნდა უძღოდეს კვლევის სუბიექტისათვის ან სხვათათვის მოსალოდნელი სარგებლობის და რისკის შედარებითი შეფასება. კვლევის სუბიექტის ინტერესები მეცნიერებისა და საზოგადოების ინტერესებზე მაღლა უნდა იდგეს.

6. გათვალისწინებული უნდა იქნეს კვლევის სუბიექტის მიერ თავისი პიროვნული ღირსების დაცვის უფლება. ყველა საშუალება უნდა იქნეს გამოყენებული კვლევის სუბიექტის ავტონომიის პატივსაცემად, კვლევის უარყოფითი გავლენის შესამცირებლად მის ფიზიკურ და ფსიქიკურ კეთილდღეობაზე, პიროვნულ ღირსებაზე.

7. ექიმმა თავი უნდა შეიკავოს ადამიანზე კვლევის ჩატარებისაგან, თუ არა არის დარწმუნებული კვლევასთან დაკავშირებული ზიანის ალბათობის წინასწარ განსაზღვრის შესაძლებლობაში. ექიმმა უნდა შეწყვიტოს კვლევა, თუ რისკი აჭარბებს მოსალოდნელ სარგებლობას.

8. ექიმი მოვალეა დაიცვას სიზუსტე კვლევის შედეგების გამოქვეყნებისას. წინამდებარე დეკლარაციაში ასახულ პრინ-ციპებთან შეუსაბამო კვლევის მონაცემები გამოსაქვეყნებლად არ უნდა იქნეს მიღებული.

9. ადამიანზე ჩატარებული სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის დროს კვლევის სუბიექტად შეჩეულ პირს ადეკვატური ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს კვლევის მიზნების, მეთოდების, მოსალოდნელი დადებითი შედეგების და საშიშროების, კვლევის თანმხლები დისკომფორტის შესახებ. მას უნდა ეცნობოს, რომ უფლება აქვს უარი თქვას კვლევაში მონაწილეობაზე, აგრეთვე, მანამდე გაცხადებული თანხმობის მიუხედავად, კვლევის ნებისმიერ ეტაპზე განაცხადოს უარი კვლევაში მონაწილეობის გაგრძელებაზე. ამის შემდეგ ექიმმა უნდა მიიღოს სუბიექტის ნებაყოფლობითი, უმჯობესია წერილობითი, ინფორმირებული თანხმობა.

10. კვლევაში მონაწილეობაზე ინფორმირებული თანხმობის მიღებისას ექიმმა განსაკუთრებული სიფრთხილე და წინადახედულობა უნდა გამოიჩინოს, თუ სუბიექტი, ამა თუ იმ მიზეზის გამო, მასზეა დამოკიდებული ან სავარაუდოა, რომ თანხმობა ძალდატანების შედეგია. ასეთ შემთხვევაში თანხმობა უნდა მიიღოს ექიმმა,

რომელიც არ მონაწილეობს კვლევაში და რომელსაც არ აქვს მსგავსი დამოკიდებულება სუბიექტთან.

11. თუ სუბიექტი ქმედუუნაროა, ინფორმირებული თანხმობა მიღებული უნდა იქნეს ეროვნული კანონმდებლობით განსაზღვრული კანონიერი წარმომადგენლისგან. თუ ფიზიკური ან ფსიქიკური მდგომარეობა არ იძლევა ინფორმირებული თანხმობის მიღების შესაძლებლობას, ან თუ სუბიექტი არასრულწლოვანია, ეროვნული კანონმდებლობის შესაბამისად უფლებამოსილი ნათესავის ნებართვა სუბიექტის თანხმობის ტოლფასია.

თუ არასრულწლოვანს აქვს თანხმობის უნარი, კანონიერი წარმომადგენელის თანხმობასთან ერთად აუცილებელია მისი თანხმობა.

12. კვლევის ოქმში უნდა აისახოს კვლევასთან დაკავშირებული ეთიკური საკითხები და აღინიშნოს, რომ კვლევა შეესაბამება წინამდებარე დეკლარაციაში გაცხადებულ პრინციპებს.

II. პროფესიულ დახმარებასთან შეთავსებული სამედიცინო კვლევა (კლინიკური კვლევა)

1. ავადმყოფის მკურნალობისას ექიმს შეუზღუდავად უნდა შეეძლოს ახალი სადიაგნოზო და სამკურნალო მეთოდების გამოყენება, თუ ვარაუდობს, რომ დაიცავს სიცოცხლეს, აღადგენს ჯანმრთელობას ან შეამსუბუქებს ტანჯვას.

2. ახალი მეთოდის სავარაუდო სარგებლობა, რისკი და დისკომფორტი უნდა შედარდეს საუკეთესო თანამედროვე სადიაგნოზო და სამკურნალო მეთოდების სარგებლიანობას.

3. სამედიცინო კვლევის დროს პაციენტისათვის, აგრეთვე, თუ საკონტროლო ჯგუფი გამოიყენება, მისი მონაწილეებისათვის, უნდა შეირჩეს საუკეთესო, აპრობირებული სადიაგნოზო და სამკურნალო საშუალება. ეს არ გამორიცხავს კვლევისას პლაცებოს გამოყენებას, თუ არ არსებობს აღიარებული სადიაგნოზო ან სამკურნალო მეთოდი.

4. პაციენტის უარმა კვლევაში მონაწილეობაზე არ უნდა იქონიოს გავლენა ექიმის და პაციენტის ურთიერთობაზე.

5. თუ ექიმი აუცილებლად მიიჩნევს კვლევის ჩატარებას ინფორმირებული თანხმობის გარეშე, სათანადო მიზეზები, დამოუკიდებელი კომიტეტისათვის წარსადგენად, უნდა აისახოს კვლევის ოქმში.

6. ექიმს შეუძლია შეათავსოს პროფესიული დახმარება სამედიცინო კვლევასთან, რომლის მიზანია ცოდნის გაღრმავება მედიცინაში, თუ სამედიცინო კვლევას პაციენტისთვის სადიაგნოზო ან სამკურნალო ღირებულება აქვს.

III. სამედიცინო ბიოლოგიური კვლევა ადამიანის მონაწილეობით, სამკურნალო მნიშვნელობის გარეშე
(არაკლინიკური სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევა)

1. ადამიანის მხოლოდ სამეცნიერო მიზნით სამედიცინო კვლევისას ექიმი კვლევის სუბიექტის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის გარანტი უნდა იყოს.

2. კვლევის სუბიექტები — ჯანმრთელი თუ ავადმყოფი, მოხალისეები უნდა იყვნენ, რომელთა დაავადებასთან კვლევის გეგმას კავშირი არა აქვს.

3. მკვლევარმა ან მკვლევარების ჯგუფმა უნდა შეწყვიტოს კვლევა, თუ მიიჩნევენ, რომ მისი გაგრძელება საზიანო იქნება ინდივიდისათვის.

4. ადამიანის კვლევისას მეცნიერებისა და საზოგადოების ინტერესები არასოდეს უნდა დადგეს უფრო მაღლა, ვიდრე კვლევის სუბიექტის კეთილდღეობა.

მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ტოკიოს დეკლარაცია

სახელმძღვანელო პრინციპები ექიმებისათვის დაკავებული პირებისა და პატიმრების წამების და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახავი მოპყრობის ან დასჯის შემთხვევაში
მიღებულია 29-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ ტოკიო, იაპონია, 1975 წლის ოქტომბერი

პრეამბულა

ექიმის მოვალეობაა ადამიანთა მოდგმის სამსახური, განურჩევლად ყველას ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვა და აღდგენა, პაციენტისათვის ნუგეშისცემა და ტანჯვის შემსუბუქება. ადამიანის სიცოცხლისადმი უსაზღვრო პატივისცემა მუქარამაც კი ვერ უნდა დათრგუნოს, ხოლო მედიცინის ცოდნა არ უნდა იქნეს გამოყენებული ჰუმანიზმის პრინციპების საწინააღმდეგოდ.

წინამდებარე დეკლარაციის მიზნის შესაბამისად, წამება განსაზღვრულია, როგორც ერთი ან მეტი პირის მიერ დამოუკიდებლად ან ვინმეს ბრძანებით სხვა პირის წინასწარგანზრახული, გამუდმებული ან ხანგამოშვებითი ფიზიკური ან ფსიქიკური ტანჯვა მისგან ინფორმაციის მოპოვების, დანაშაულის აღიარების ან სხვა მიზნით.

დეკლარაცია

1. ექიმმა არც ერთ შემთხვევაში, შეიარაღებული კონფლიქტების ან სამოქალაქო დაპირისპირების ჩათვლით, ხელი არ უნდა

შეუწყოს, შემწყნარებლურად არ უნდა მოეკიდოს, მონაწილეობა არ უნდა მიიღოს წამებაში და სხვა სასტიკ, არაადამიანურ ან ღირსების შემლახავ მოპყრობაში, იმის მიუხედავად, თუ რა სახის ქმედობაშია მსხვერპლი ეჭვმიტანილი, ბრალდებული ან დამნაშავე, აგრეთვე მისი რწმენისა და განზრახვისაგან დამოუკიდებლად.

2. შენობის, ინსტრუმენტების ან ნივთიერების გაცემით, აგრეთვე თავისი ცოდნით ექიმმა ხელი არ უნდა შეუწყოს წამებას და სხვა სასტიკ, არაადამიანურ ან ღირსების შემლახავ მოპყრობას, აგრეთვე, ამგვარი ქმედობის მიმართ პატიმრის წინააღმდეგობის შესუსტებას.

3. ექიმი არ უნდა დაესწროს წამებას და სხვა სასტიკ, არაადამიანურ ან ღირსების შემლახავ მოპყრობას, მათ შორის დამუქრებას-დაშინებას.

4. ექიმი სრული დამოუკიდებლობით უნდა სარგებლობდეს გადაწყვეტილების მიღებისას იმ პირის მკურნალობისა და მოვლის შესახებ, რომლის ჯანმრთელობისათვის ის პასუხისმგებელია. ექიმის ძირითადი დანიშნულება მოძმისათვის ტანჯვის შემსუბუქებაა ; მან ამ მიზანზე მაღლა არ უნდა დააყენოს სხვა მოსაზრება - პიროვნული, საზოგადოებრივი თუ პოლიტიკური.

5. თუ პატიმარი უარს აცხადებს საკვების მიღებაზე და მას, ექიმის აზრით, შესწევს საკვების მიღების ნებაყოფლობით შეწყვეტის შედეგების დამოუკიდებლად და გონივრულად შეფასების უნარი, ხელოვნური კვება დაუშვებელია. დასკვნა პატიმრის მიერ ამგვარი გადაწყვეტილების მიღების უნარის შესახებ უნდა დაამოწმოს ერთმა სხვა დამოუკიდებელმა ექიმმა მაინც. ექიმმა პატიმარს უნდა აუხსნას, რა შედეგები მოჰყვება უარს საკვების მიღებაზე.

6. მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციამ ხელი უნდა შეუწყოს და წაახალისოს საერთაშორისო საზოგადოება, ეროვნული სამედიცინო ასოციაციები და თანამოსაქმე ექიმები კოლეგის ან მისი ოჯახის მხარდასაჭერად, თუ ეს უკანასკნელნი მუქარის ან რეპრესიების საშიშროების წინაშე აღმოჩნდებიან წამების და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან დამამცირებელი მოპყრობის სხვა ფორმების შეწყნარებაზე უარის თქმის გამო.

მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის დეკლარაცია ადამიანის გენომის პროექტის შესახებ

მიღებულია 44-ე მსოფლიო სამედიცინო ასამბლეის მიერ, მარბელა, ესპანეთი, 1992 წლის სექტემბერი

პრეამბულა

ადამიანის გენომის პროექტი ეფუძნება ვარაუდს, რომ გენში არსებული ინფორმაცია ინ უტერო და უფრო ადრეც იძლევა მრა-

ვალი გენეტიკური დაავადების დიაგნოსტიკის და, შესაბამისად, გადაწყვეტილების ჩასახვამდე მიღების შესაძლებლობას.

გენეტიკური დაავადებების არსის შეცნობის გასაღებია გენების იდენტიფიკაცია და მათი თავისებურებების განსაზღვრა მუტაციის შემდეგ. აქედან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, რომ ადამიანის ბიოლოგიური არსის გაგების შესაძლებლობა გულისხმობს ადამიანის ორგანიზმის ქრომოსომების 50000 100000 გენის იდენტიფიკაციას.

ადამიანის გენომის პროექტი ძირითადი გენეტიკური დაავადებების განმაპირობებელი გენების იდენტიფიკაციის და თავისებურებების განსაზღვრის შესაძლებლობას იძლევა; ამის შემდეგ შესაძლებელი გახდება იმ გენების იდენტიფიკაცია და თავისებურებების განსაზღვრა, რომლებიც სხვა ფაქტორებთან ერთად მონაწილეობენ გენეტიკური კომპონენტის მქონე ისეთი დაავადებების განვითარებაში, როგორიცაა შაქრიანი დიაბეტი, შიზოფრენია და ალცჰეიმერის დაავადება. ამ დაავადებების დროს გენი წინასწარგანწყობის საფუძველია და არა უშუალო გამომწვევი. ეს დაავადებები მძიმე სოციალური პრობლემების მიზეზია და თუ დაავადების განვითარებამდე მოხერხდა წინასწარგანწყობის ამოცნობა, ცხოვრების წესის შეცვლის, დიეტის სახეცვალების და პერიოდული გამოკვლევების მეშვეობით შესაძლებელი გახდება მისი თავიდან აცილება.

მე-20 საუკუნის მეორე ნახევარში დაავადებების ბიოქიმიის დონეზე განხილვის დაწყება კონცეფციური რევოლუციის მომასწავებელი იყო. მეორე რევოლუციად შეიძლება ჩაითვალოს ის გარემოება, რომ გენი ორგანიზმის უჯრედებში მიმდინარე ყველა ბიოქიმიური პროცესის წარმმართველ ფაქტორად განიხილება.

პოლიტიკის პრობლემები

დავადებების არსის უკეთ გაგების მიზნით გენეტიკური ინფორმაციის შეძლებისდაგვარად სწრაფად მოპოვებისათვის მრავალი მნიშვნელოვანი ეთიკური არგუმენტი არსებობს. ამასთან, ეს ინფორმაცია შეიძლება უსარგებლო აღმოჩნდეს, თუ იმავდროულად არ შემუშავდა სამკურნალო მეთოდები და მოსახლეობა არ იქნა ინფორმირებული არჩევანის შესაძლებლობის შესახებ იმ მიზნით, რომ ინდივიდმა საუკეთესო მეთოდის შერჩევა შეძლოს.

სხვა საკითხია ინვესტიციის მიზანშეწონილობის განსაზღვრა მიზნის მიღწევის უფრო იაფ საშუალებებთან შედარების გზით. გადასაწყვეტია, პროექტმა ერთდროულად უნდა მოიხმაროს საჭირო სახსრები, თუ უმჯობესია მისი ნაბიჯ-ნაბიჯ დაწყება, ნაკლებად პრეტენზიულად და ზომიერი ტემპით.

პროექტის დაფინანსება

ადამიანის გენომის პროექტი მოაზრებულია როგორც გრანდიოზული, კოსმოსური პროგრამის დარი, რის გამოც მოსალოდნე-

ლია შენიშვნები ინვესტიციასა და უკუგებას შორის უთანაბრობის შესახებ. პროექტის ღირებულებაა 3 მილიარდი დოლარი 15 წლის განმავლობაში, ანუ 200 მილიონი დოლარი წელიწადში. ეს ხარჯები უჩვეულოდ დიდად არ მოგვეჩვენება, თუ გავიხსენებთ, რომ აშშ-ის კისტური ფიბროზის ფონდმა უკანასკნელი ოთხი წლის განმავლობაში ამ დაავადებას 120 მილიონი დოლარი დაახარჯა. ამრიგად, ფინანსურმა საფრთხობელამ არ უნდა შეაფერხოს პროექტის განხორციელება.

შემდეგი შემაშფოთებელი გარემოებაა ზოგიერთ ქვეყანაში ადამიანის ებბრიონის კლინიკური კვლევის დაფინანსების აკრძალვა. გენების იდენტიფიკაციისათვის გაღებული ხარჯების შემდეგ მის შედეგებზე დაფუძნებული კლინიკური კვლევისათვის სახსრები შეიძლება აღარ დარჩეს.

კონფლიქტი პიროვნების ავტონომიასა და სამეცნიერო თანამშრომლობას შორის

ადამიანის გენების იდენტიფიკაცია ანონიმური უნდა იყოს, ამავე დროს, მოპოვებული ინფორმაცია ყოველი ადამიანის სასარგებლოდ უნდა იქნეს გამოყენებული ინდივიდუალური თავისებურებების, კანის ფერისა და რასის მიუხედავად. ამიტომ ადამიანის გენომზე ან მისი შემადგენლებზე პატენტი არ უნდა გაიცეს.

გენეტიკური დისკრიმინაცია კერძო დაზღვევის და დასაქმების სფეროში

არსებობს კონფლიქტი გენეტიკური ჰეტეროგენურობის განმსაზღვრელი ახალი ტექნოლოგიების მზარდ პოტენციალსა და კერძო დაზღვევის და დასაქმების კრიტერიუმებს შორის. გენეტიკურ ფაქტორებთან მიმართებაში სასურველია უსიტყვო, დასაქმებისა და დაზღვევის სფეროში რასობრივი დისკრიმინაციის აკრძალვის იდენტური, შეთანხმება.

გენების იდენტიფიკაცია შეიძლება შეურაცხყოფის და სოციალური დისკრიმინაციის წყაროდ იქცეს, ხოლო "რისკის მქონე პოპულაცია" - "დეფექტურ პოპულაციად".

ევგენიკის საშიშროება და გენების გამოყენება არასამედიცინო მიზნით

ევგენიკა ეფუძნება ვარაუდს გენების გადამწყვეტი მნიშვნელობისა და რეპროდუქციული ქცევის შეცვლის გზით პოპულაციაში მათ განაწილებაზე ზემოქმედების შესაძლებლობის შესახებ. ამ კონცეფციის თანახმად, საზოგადოების კეთილდღეობაზე ზრუნვა ამართლებს პიროვნების თავისუფლების შეზღუდვას. მზარდი ინფორმაცია მისი გამოყენების შესაძლებლობის განსჯას მოითხოვს. მთავრობების მიერ "რასის გაუმჯობესების" ევგენიკური პროგრამე-

ბის შექმნისა და სამედიცინო ტექნოლოგიის არასამედიცინო მიზნებით გამოყენების საშიშროება დღესაც არსებობს

რეკომენდაციები

ადამიანის გენომის პროექტის თანმხლები ეთიკური პრობლემები თვით ტექნოლოგიასთან კი არა, მის მართებულ გამოყენებასთან არის დაკავშირებული. ამ სიახლის დიდი შესაძლებლობების გამო მისი ეთიკური, იურიდიული და სოციალური პრობლემები პროგრამის საწყის ეტაპზევე უნდა იქნეს განხილული.

ზოგიერთი საწინააღმდეგო მოსაზრება წარმოსდგება მკვლევარის მიერ "ღმერთის როლის შესრულების" ან ბუნების კანონებში ჩარევის სურვილის საშიშროებიდან. თუ არ მივიღებთ მხედველობაში ადამიანის გენომის პროექტის თაობაზე შეთანხმების გამომრიცხავ მოსაზრებებს, მისი ეთიკური შედეგები შეიძლება შეფასებული იქნეს იმავე პარამეტრებით, რითიც ახალი სადიაგნოზო ან სამკურნალო მეთოდების გამოცდისას ვხელმძღვანელობთ. ძირითად კრიტერიუმებად რჩება რისკისა და სარგებლობის შეფასება, ადამიანის, როგორც პიროვნების, მისი ავტონომიისა და პირადი ცხოვრების პატივისცემა.

უნდა გაცხადდეს საყოველთაო ეთიკური და სამართლებრივი სახელმძღვანელო პრინციპები რისკის მქონე პოპულაციისათვის დისკრიმინაციისა და გენეტიკური დაღდასმულობის თავიდან ასაცილებლად.

ძირითადი სახელმძღვანელო პრინციპებია:

• გენეტიკური მომსახურება ყველასათვის ადვილად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ამ მომსახურებით მხოლოდ შეძლებულთა მიერ სარგებლობა, რაც გააღრმავებს სოციალურ უთანასწორობას.

• საჭიროა ინფორმაციის, ტექნოლოგიისა და ცოდნის გაცვლა ყველა ქვეყანას შორის.

• სავალდებულოა გამოსაკვლევი პირის ნების და მისი უფლების პატივისცემა თავად გადაწყვიტოს საკითხი კვლევაში მონაწილეობის და მიღებული ინფორმაციის გამოყენების შესახებ.

• პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს სრული ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს. დაცული უნდა იქნეს საექიმო საიდუმლო, თანხმობის გარეშე მესამე მხარეს ინფორმაცია არ უნდა გაუმჟღავნდეს. საექიმო საიდუმლო დაცული უნდა იქნეს მაშინაც, როცა ეს პაციენტის ოჯახის წევრებისათვის სარისკოა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ზიანი სერიოზული შეიძლება იყოს და მისი თავიდან აცილება ინფორმაციის გამჟღავნებით არის შესაძლებელი. კონფიდენციალურობის დარღვევა, როგორც უკიდურესი საშუალება, დასაშვებია მხოლოდ მაშინ, როცა ყველა ცდა პაციენტის დათანხმებისა თვითონ გაამჟღავნოს ინფორმაცია, უშედეგო აღმოჩნდა

: ამ შემთხვევაშიც კი დასაშვებია მხოლოდ სათანადო გენეტიკური ინფორმაციის გამჟღავნება.

• მესამე პირისათვის ინფორმაციის გამჟღავნება ან პერსონალური გენეტიკური მონაცემების ხელმისაწვდომობა დასაშვებია მხოლოდ პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის შემთხვევაში.

გაერთიანებული ერების საგანმანათლებლო, სამეცნიერო და კულტურის ორგანიზაცია – იუნესკო

უნივერსალური დეკლარაცია ადამიანის გენომისა და ადამიანის უფლებების შესახებ

ა) ადამიანის ღირსება და ადამიანის გენომი

მუხლი 1

ადამიანის გენომი ადამიანთა მოდგმის ერთიანობის და, ამასთანავე, თითოეული ადამიანის თანდაყოლილი ღირსებისა და თავისებურებების საფუძველია. სიმბოლური გაგებით ის კაცობრიობის მემკვიდრეობაა.

მუხლი 2

ა) ყველას აქვს უფლება, პატივისცემით მოეკიდონ მის ღირსებას და უფლებებს, მიუხედავად მისი გენეტიკური თავისებურებებისა.

ბ) ღირსება მოითხოვს ადამიანების თანასწორობას გენეტიკური თავისებურებების მიუხედავად, მათი განუმეორებლობის და მრავალსახოვნების პატივისცემას.

მუხლი 3

ადამიანის გენომი თავისი არსით განვითარებადია და ცვალებადი. მისი შესაძლებლობები, ინდივიდის ბუნებრივი და სოციალური გარემოს შესაბამისად - ჯანმრთელობის, ცხოვრების პირობების, კვების და განათლების ჩათვლით, სხვადასხვაგვარად ვლინდება.

მუხლი 4

ადამიანის გენომი, მისი არსის შესაბამისად, არ უნდა იყოს ფინანსური მოგების წყარო.

ბ) პიროვნების უფლებები

მუხლი 5

ა) ინდივიდის გენომზე მოქმედი სამეცნიერო კვლევა, მკურნალობა ან სადიაგნოზო ღონისძიება უნდა ჩატარდეს მხოლოდ მათი სავარაუდო რისკისა და დადებითი შედეგების გულდასმით შეფასების შემდეგ, ეროვნული კანონმდებლობის მოთხოვნების შესაბამისად.

ბ) აუცილებელია პირის წინასწარი, ნებაყოფლობითი და ინფორმირებული თანხმობა. თუ მას თანხმობის გაცხადება არ შეუძლია, თანხმობა ან ნებართვა, პირის უზენაესი ინტერესების გათვალისწინებით, კანონის შესაბამისად უნდა იქნეს მიღებული.

გ) გათვალისწინებული უნდა იქნეს ინდივიდის უფლება გადაწყვიტოს, მიაწოდონ თუ არა მას ინფორმაცია გენეტიკური გამოკვლევის შედეგებისა და მათი მნიშვნელობის შესახებ.

დ) გარდა ზემოხსენებულისა, კვლევის ოქმები, კვლევის ნაციონალური და საერთაშორისო სტანდარტების ან სახელმძღვანელო პრინციპების შესაბამისად, წარდგენილი უნდა იქნეს წინასწარი განხილვისათვის.

ე) თუ პირს, კანონის შესაბამისად, არა აქვს თანხმობის გაცხადების უნარი, მის გენომზე მოქმედი კვლევა, კანონით გათვალისწინებული ნებართვისა და დამცავი პირობების გათვალისწინებით, შეიძლება ჩატარდეს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ეს მისი ჯანმრთელობისათვის პირდაპირი სარგებლობის მომტანია. კვლევა, რომლის სავარაუდო შედეგები ჯანმრთელობისათვის პირდაპირი სარგებლობის მომტანი არ არის, შეიძლება ჩატარდეს მხოლოდ გამონაკლისის სახით, მაქსიმალურად შესაძლო შეზღუდვებით, მხოლოდ მინიმალური რისკით და მინიმალური დატვირთვით პირისათვის და იმ პირობით, რომ სასარგებლოა იმავე ასაკის ან ისეთივე გენეტიკური თავისებურებების მქონე სხვა პირთა ჯანმრთელობისათვის, დაცულია კანონით გათვალისწინებული პირობები და ადამიანის ინდივიდუალური უფლებები.

მუხლი 6

დაუშვებელია გენეტიკური თავისებურებების გამო დისკრიმინაცია, რომელიც არღვევს ან მიზნად ისახავს დაარღვიოს ადამიანის უფლებები და ძირითადი თავისუფლებები, შელახოს ადამიანის ღირსება.

მუხლი 7

თუ გენეტიკური კვლევის მონაცემები იძლევა პიროვნების იდენტიფიკაციის შესაძლებლობას, კვლევისათვის ან სხვა რაიმე მიზნით მათი შენახვისა და დამუშავებისას კონფიდენციალურობა დაცული უნდა იქნეს კანონით გათვალისწინებული პირობების შესაბამისად.

მუხლი 8

ინდივიდს, საერთაშორისო და ნაციონალური კანონმდებლობის შესაბამისად, უნდა ჰქონდეს უფლება, მოითხოვოს გენომზე უშუალო ზემოქმედებით და მისი შედეგებით მიყენებული ზიანის ანაზღაურება.

მუხლი 9

იმისათვის, რომ დაცული იქნეს ადამიანის უფლებები და ძირითადი თავისუფლებები, თანხმობისა და კონფიდენციალურობის პრინციპების შეზღუდვა დასაშვებია მხოლოდ კანონით გათვალის-

წინებულ შემთხვევებში, უცილობელი მიზეზების გამო, საერთაშორისო სამოქალაქო და ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო სამართლის ფარგლებში.

გ) ადამიანის გენომის სამეცნიერო კვლევა

მუხლი 10

ადამიანის გენომის კვლევას ან მისი შედეგების გამოყენებას, განსაკუთრებით ბიოლოგიაში, გენეტიკასა და მედიცინაში, არ უნდა მიენიჭოს უფრო მეტი მნიშვნელობა, ვიდრე ადამიანის უფლებების, ძირითადი თავისუფლებების და ინდივიდის ან ადამიანთა ჯგუფის პიროვნული ღირსების პატივისცემას.

მუხლი 11

დაუშვებელია პიროვნული ღირსების წინააღმდეგ მიმართული ქმედობა, მაგალითად ადამიანის რეპროდუქციული კლონირება. სახელმწიფოებმა და საერთაშორისო ორგანიზაციებმა უნდა ითანამშრომლონ ასეთი ქმედობის გამოსავლენად და ნაციონალურ და საერთაშორისო დონეზე მიიღონ ზომები წინამდებარე დეკლარაციაში გაცხადებული პრინციპების პატივსაცემად.

მუხლი 12

ა) ბიოლოგიაში, გენეტიკაში და მედიცინაში ადამიანის გენომთან დაკავშირებული მიღწევებით სარგებლობა ყველასათვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს იმ პირობით, რომ დაცულია თითოეული ინდივიდის პიროვნული ღირსება და ადამიანის უფლებები.

ბ)კოდნის პროგრესისათვის აუცილებელი კვლევის თავისუფლება აზრის თავისუფლების ნაწილია. ბიოლოგიაში, გენეტიკაში და მედიცინაში ადამიანის გენომის კვლევის შედეგების გამოყენების მიზანი უნდა იყოს ინდივიდისათვის და მთლიანად ადამიანთა მოდგმისათვის ტანჯვის შემსუბუქება და ჯანმრთელობის გაუმჯობესება.

დ) სამეცნიერო საქმიანობის პირობები

მუხლი 13

ადამიანის გენომის კვლევისას, ამ უკანასკნელის ეთიკური და სოციალური მნიშვნელობის გამო, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს მკვლევარის საქმიანობის ჩვეულ შემადგენლებს აკურატულობას, სიფრთხილეს, პროფესიულ პატიოსნებას და ღირსებას, როგორც კვლევის, ისე მიღებული შედეგების წარმოდგენისას და გამოყენებისას. ამ თვალსაზრისით განსაკუთრებული პასუხისმგებლობა ეკისრებათ საზოგადოებრივი მეცნიერებისა და მეცნიერების ცალკეული დარგების პოლიტიკის შემმუშავებლებს.

მუხლი 14

სახელმწიფოებმა, წინამდებარე დეკლარაციაში გაცხადებული პრინციპების საფუძველზე, სათანადო ზომები უნდა მიიღონ ადამია-

ნის გენომის თავისუფალი კვლევისათვის საჭირო ინტელექტუალური და მატერიალური პირობების შესაქმნელად და კვლევის ეთიკური, სამართლებრივი, სოციალური და ეკონომიკური მნიშვნელობის გასათვალისწინებლად

მუხლი 15

სახელმწიფოებმა, წინამდებარე დეკლარაციაში გაცხადებული პრინციპების საფუძველზე, სათანადო ნაბიჯები უნდა გადადგან ადამიანის გენომის თავისუფალი კვლევის ჩარჩოს განსასაზღვრავად, რათა უზრუნველყონ ადამიანის უფლებების, ძირითადი თავისუფლებების, პიროვნული ღირსების პატივისცემა და ხელი შეუწყონ საზოგადოებრივ ჯანდაცვას. მათ უნდა უზრუნველყონ კვლევის შედეგების მხოლოდ სამშვიდობო მიზნებით გამოყენება.

მუხლი 16

სახელმწიფოებმა უნდა გააცნობიერონ დამოუკიდებელი, მულტიდისციპლინური და პლურალისტული ეთიკის კომიტეტების ჩამოყალიბების ღირებულება საჭიროებისამებრ სხვადასხვა დონეებზე, ადამიანის გენომის კვლევისა და მისი შედეგების ეთიკური, სამართლებრივი და სოციალური პრობლემების შესაფასებლად.

ე) სოლიდარობა და საერთაშორისო თანამშრომლობა

მუხლი 17

სახელმწიფოებმა პატივი უნდა სცენ და ხელი შეუწყონ სოლიდარობას იმ ინდივიდებს, ოჯახებსა და მოსახლეობის ჯგუფებს შორის, რომლებიც განსაკუთრებით მიდრეკილნი არიან გენეტიკური დაავადებისადმი ან ავად არიან გენეტიკური დაავადებით. ამასთან, მათ ხელი უნდა შეუწყონ კვლევას გენეტიკურ საფუძველზე ან გენეტიკური ფაქტორების მოქმედებით აღმოცენებული, მსოფლიოს მოსახლეობის დიდ ნაწილში გავრცელებული იშვიათი და ენდემური დაავადებების გამოვლენის, პრევენციის და მკურნალობის სფეროში.

მუხლი 18

სახელმწიფოებმა, წინამდებარე დეკლარაციაში გაცხადებული პრინციპების შესაბამისად, ყველა ღონე უნდა იხმარონ ადამიანის გენომის, ადამიანის თავისებურებებისა და გენეტიკური კვლევის შესახებ სამეცნიერო ცოდნის სხვადასხვა ქვეყნებში გავრცელებისათვის, აგრეთვე სამეცნიერო და კულტურული თანამშრომლობისათვის ხელშესაწყობად, განსაკუთრებით ინდუსტრიალიზებულ და განვითარებად ქვეყნებს შორის.

მუხლი 19

ა) განვითარებად ქვეყნებთან საერთაშორისო თანამშრომლობის ფარგლებში სახელმწიფოებმა უნდა წაახალისონ ღონისძიებები, რომელთა განხორციელება შესაძლებელს გახდის:

I) ადამიანის გენომის კვლევასთან დაკავშირებული რისკის და სარგებლობის შეფასებას და მისი ბოროტად გამოყენების თავიდან აცილებას;

II) განვითარებად ქვეყნებში, მათი სპეციფიკური პრობლემების გათვალისწინებით, ადამიანის ბიოლოგიისა და გენეტიკის კვლევის შესაძლებლობის განვითარებას და გაძლიერებას;

III) განვითარებადი ქვეყნების მიერ სამეცნიერო და ტექნოლოგიური კვლევის მიღწევების იმგვარად გამოყენებას, რაც ეკონომიკური და სოციალური პროგრესისათვის ხელშემწყობი და ყველასათვის სასარგებლო იქნება.

IV) ბიოლოგიაში, გენეტიკაში და მედიცინაში სამეცნიერო ცოდნის და ინფორმაციის თავისუფალი გაცვლისათვის ხელშეწყობას.

ბ) სათანადო საერთაშორისო ორგანიზაციებმა მხარი უნდა დაუჭირონ და ხელი შეუწყონ სახელმწიფოთა ინიციატივას ზემოთ მოხსენიებული მიზნების განსახორციელებლად.

ვ) დეკლარაციაში გაცხადებული პრინციპებისათვის ხელშეწყობა

მუხლი 20

სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ სათანადო ზომები დეკლარაციაში გაცხადებული პრინციპებისათვის ხელშესაწყობად საგანმანათლებლო და სხვა ღონისძიებების, მათ შორის დარგთაშორისი სამეცნიერო კვლევისა და დახელოვნების, ბიოეთიკაში განათლების წახალისების გზით ყველა დონეზე, განსაკუთრებით მათთვის, ვინც პასუხისმგებელია პოლიტიკისთვის მეცნიერების სფეროში.

მუხლი 21

სახელმწიფოებმა უნდა განახორციელონ შესაბამისი ღონისძიებები, რათა წაახალისონ კვლევის სხვა ფორმები, სწავლება და ინფორმაციის გავრცელება; ეს ხელს შეუწყობს საზოგადოებისა და მისი ყველა წევრს გააცნობიერონ საკუთარი პასუხისმგებლობა ადამიანის ღირსების დაცვასთან დაკავშირებული ფუნდამენტური პრობლემებისათვის, რაც თან სდევს ბიოლოგიის, გენეტიკის და მედიცინის დარგებში კვლევას და მისი შედეგების პრაქტიკული გამოყენებას. მათ, აგრეთვე, ხელი უნდა შეუწყონ ამ საკითხის ღია საერთაშორისო განხილვის მოწყობას, უნდა უზრუნველყონ სხვადასხვა სოციალურ-ეკონომიკური, რელიგიური და ფილოსოფიური მოსაზრებების თავისუფლად გამოხატვის შესაძლებლობა.

ზ) დეკლარაციის განხორციელება

მუხლი 22

სახელმწიფოებმა თავისი ძალისხმევა უნდა მიმართონ ამ დეკლარაციაში გაცხადებული პრინციპებისათვის ხელშესაწყობად და ყველა შესაბამისი საშუალებით აღმოუჩინონ დახმარება მათ განხორციელებას.

მუხლი 23

სახელმწიფოებმა უნდა მიიღონ ყველა ზომა, რათა განათლების, სწავლების და ინფორმაციის გავრცელების გზით ხელი შეუწყონ ზემოხსენებული პრინციპების პატივისცემას, მათ აღიარებას და ეფექტურად განხორციელებას. დამოუკიდებელი ეთიკის კომიტეტების შექმნისთანავე სახელმწიფოებმა უნდა წაახალისონ მათ შორის კავშირი და ერთიანი ქსელის ჩამოყალიბება თანამშრომლობისათვის მხარდაჭერის მიზნით.

მუხლი 24

იუნესკოს საერთაშორისო ბიოეთიკის კომიტეტმა ხელი უნდა შეუწყოს ამ დეკლარაციაში გაცხადებული პრინციპების გავრცელებას, მათი განხორციელების და ტექნოლოგიის განვითარების პროცესში აღმოცენებული პრობლემების შემდგომ შესწავლას. მან უნდა ჩაატაროს კონსულტაციები დაინტერესებულ მხარეებთან, მაგალითად, მოწყვლად ჯგუფებთან; იუნესკოს მიერ დადგენილი პროცედურის შესაბამისად, უნდა შეიმუშაოს რეკომენდაციები გენერალური კონფერენციისათვის და ჩამოაყალიბოს მოსაზრებები წინამდებარე დეკლარაციის შესრულებაზე მეთვალყურეობის შესახებ, განსაკუთრებით ისეთი ქმედობების გამოსავლენად, რაც ადამიანის ღირსების შემლახავი შეიძლება იყოს, მაგალითად - ჩანასახზე ჩატარებული ჩარევები.

მუხლი 25

წინამდებარე დეკლარაციის არც ერთი დებულება არ უნდა იქნეს გაგებული ისე, რომ რომელიმე სახელმწიფოს, ჯგუფს ან პირს ეცალება მონაწილეობის მიიღოს ნებისმიერ საქმიანობაში ან ისეთ ქმედობაში, რომელიც ეწინააღმდეგება ადამიანის უფლებებს და ძირითად თავისუფლებებს ამ დეკლარაციაში გაცხადებული პრინციპების ჩათვლით.

საქართველოს კანონი
პაციენტის უფლებების შესახებ

თავი I

ზოგადი დებულებები

მუხლი 1.

კანონის მიზანია ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქეთა უფლებების დაცვა, მათი ღირსებისა და პატივის ხელშეუვალობის უზრუნველყოფა.

მუხლი 2.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქის უფლებებსა და კეთილდღეობას უპირატესი მნიშვნელობა აქვს მედიცინისა და სამედიცინო მეცნიერების ინტერესებთან შედარებით.

მუხლი 3.

საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქეთა უფლებების შესახებ შედგება საქართველოს კონსტიტუციის, საქართველოს საერთა-შორისო ხელშეკრულებების და შეთანხმებების, ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის, ამ კანონისა და სხვა ნორმატიული აქტებისაგან.

მუხლი 4.

გამოყენებულ ცნებებს, თუ ამ კანონში არ არის განსაკუთრებული მითითება, აქვს შემდეგი მნიშვნელობა:

ა) გენომი ქრომოსომების ერთობლიობა, რომელიც შეიცავს მემკვიდრეობით ფაქტორებს (გენებს) და გადადის შთამომავლობით.

ბ) ინფორმირებული თანხმობა - პაციენტის, ხოლო მისი ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა ამა თუ იმ სამედიცინო მომსახურებაზე, მას შემდეგ, რაც მას მიეწოდა ინფორმაცია:

* სამედიცინო მომსახურეობის არსის და საჭიროების შესახებ;

* სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;

* პაციენტის ჯანმრთელობის და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ;

* განზრახული სამედიცინო მომსახურების ალტერნატიული ვარიანტების, ამ უკანასკნელთა თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტურობის შესახებ;

* სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;

* ზემოთ ჩამოთვლილთან დაკავშირებული ფინანსური და სოციალური ასპექტების შესახებ.

გ) პალიატიური მკურნალობა - სამედიცინო მომსახურება, რომელიც რადიკალურად ვერ აუმჯობესებს პაციენტის მდგომარეობას, ვერ ცვლის არაკეთილსაიმედო პროგნოზს და, რომლის მიზანია პაციენტის მდგომარეობის დროებითი შემსუბუქება.

დ) პაციენტი - ნებისმიერი პირი, რომელიც, მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს, საჭიროებს ან აპირებს ისარგებლოს ჯანდაცვის სისტემის მომსახურებით.

ე) პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი - პაციენტის მეურვე ან ნდობით აღჭურვილი პირი.

ვ) პაციენტის ნათესავი - პირი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი რიგითობის მიხედვით უპირატესი უფლება აქვს მონაწილეობა მიიღოს პაციენტისათვის სამედიცინო

მომსახურების აღმოჩენასთან ან მის სიკვდილთან დაკავშირებული საკითხების გადაწყვეტაში.

ზ) სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი პირი, რომელიც კანონმდებლობით დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო მომსახურებას.

თ) სამედიცინო მომსახურება ნებისმიერი მანიპულაცია, პროცედურა, რომელიც პაციენტს უტარდება სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლის მიერ დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის ან სამედიცინო რეაბილიტაციის მიზნით.

ი) სამედიცინო ჩანაწერები - სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლის ჩანაწერები, რომელიც ასახავს პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევასთან დაკავშირებულ ინფორმაციას. იგულისხმება როგორც ქაღალდზე, ასევე ინფორმაციის სხვადასხვა მატარებლებზე, მათ შორის კომპიუტერში დაფიქსირებული ინფორმაცია.

კ) ტერმინალური მდგომარეობა უკურნებელი დაავადების სიკვდილისწინა სტადია.

მუხლი 5.

საქართველოს ყოველ მოქალაქეს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების ყველა მომწოდებლისაგან მიიღოს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება.

მუხლი 6.

1. პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, ენის, სქესის, გენეტიკური მემკვიდრეობის, რწმენის და აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი განწყობის გამო დაუშვებელია.

2. პაციენტის უფლებების შეზღუდვის პირობები ამა თუ იმ დაავადების არსებობასთან დაკავშირებით განისაზღვრება საქართველოს კანონმდებლობით.

მუხლი 7.

პაციენტს უფლება აქვს მეორე აზრის მოსაძიებლად დაუბრკოლებლად მიმართოს სხვა ექიმს ან სამედიცინო დაწესებულებას.

მუხლი 8.

პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს და ნებისმიერ დროს შეიცვალოს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი.

მუხლი 9.

საქართველოს მოქალაქეს, რომელიც იმყოფება საქართველოს საზღვრებს გარეთ, აგრეთვე, სხვა ქვეყნის მოქალაქეს და მოქალაქეობის არმქონე პირს, რომელიც იმყოფება საქართველოში, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება გარანტირებული აქვს საქართველოს

საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების შესაბამისად. ამ უკანასკნელთა არარსებობისას მოქმედებს იმ ქვეყნის კანონმდებლობა, სადაც პირი იმყოფება.

მუხლი 10.

პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს:

1. კომპენსაცია ქონებრივი და არაქონებრივი ზიანისა, რომელიც გამოწვეულია:

ა) პაციენტის უფლებების დარღვევით;

ბ) მცდარი სამედიცინო ქმედობით;

გ) სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირების სხვა ხარვეზებით;

დ) სახელმწიფოს მიერ არასწორად განხორციელებული ზედამხედველობა-რეგულირებით.

2. სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ლიცენზიის შეჩერება ან გაუქმება.

3. სახელმწიფო სამედიცინო და სანიტარიული სტანდარტების შეცვლა.

თავი II

უფლება მკურნალობასა და მოვლაზე

მუხლი 11.

სამედიცინო მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდო-მობა ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების მეშვეობით.

მუხლი 12.

1. სახელმწიფო იცავს პაციენტის უფლებას სამედიცინო მომსახურებაზე, რომლის გადაუდებელად განხორციელების გარეშეც გარდუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება.

2. თუ პაციენტი გადუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გარეშე გარდუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, ხოლო სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელს არა აქვს შესაძლებლობა გაუწიოს პაციენტს ზემოთ მოხსენიებული მომსახურება, ის ვალდებულია მიაწოდოს პაციენტს, მის კანონიერ წარმომადგენელს ან ნათესავს სრული ინფორმაცია, სად არის შესაძლებელი ამ მომსახურების მიღება.

მუხლი 13.

1. სახელმწიფო უზრუნველყოფს იშვიათი დაავადებით შეპყრობილ პაციენტებს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურებით.

2. იშვიათი დაავადებების ჩამონათვალს განსაზღვრავს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

მუხლი 14.

სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო ადამიანური, ტექნიკური, ფინანსური და/ან სხვა რესურსების დეფიციტის შემთხვევაში პოტენციური პაციენტის შერჩევა უნდა მოხდეს მხოლოდ სამედიცინო კრიტერიუმებით, სხვა რაიმე ფაქტორის გათვალისწინების გარეშე.

მუხლი 15.

პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლისაგან მოითხოვოს მისი ღირსების, ტრადიციების, აღმსარებლობის და პიროვნული ფასეულობების პატივისცემა.

თავი III

ინფორმაციის მიღების უფლება

მუხლი 16.

1. საქართველოს ყოველ მოქალაქეს უფლება აქვს მიიღოს ამომწურავი, ობიექტური, დროული, მკაფიო და გასაგები ინფორმაცია იმ ფაქტორების შესახებ, რაც ხელს უწყობს ჯანმრთელობის შენარჩუნებას ან უარყოფით გავლენას ახდენს მასზე.

2. სახელმწიფო ვალდებულია მოქალაქეებს მიაწოდოს მასობრივი საინფორმაციო საშუალებების გზით ან ინდივიდუალურად, მოთხოვნისამებრ, დადგენილი წესით ამ მუხლის პირველ პუნქტში დასახელებული ინფორმაცია.

მუხლი 17.

1. პაციენტს, ხოლო მისი თანხმობის ან ქმედუუნარობის შემთვევაში, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს:

ა) გაეცნოს სამედიცინო ჩანაწერებს და მოითხოვოს მასში პაციენტის შესახებ არსებულ ინფორმაციაში შესწორებების შეტანა. სამედიცინო ჩანაწერებში ინახება როგორც შესწორებამდე არსებული, ისე პაციენტის მიერ ახლად მოწოდებული ინფორმაცია.

ბ) მოითხოვოს სამედიცინო ჩანაწერების ნებისმიერი ნაწილის ასლი.

2. სამედიცინო ჩანაწერების გაცნობის, აგრეთვე, ასლების მიღების შესახებ მოთხოვნა წერილობით უნდა იქნეს წარმოდგენილი სამედიცინო დაწესებულებაში.

მუხლი 18.

1. პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლისაგან მიიღოს ამომწურავი, ობიექტური და დროული ინფორმაცია: ა) სამედიცინო მომსახურების არსებული რესურსების,

მათი მიღების ფორმების, საფასურის და ანაზღაურების ფორმების შესახებ;

ბ) საქართველოს კანონმდებლობით და სამედიცინო დაწესებულების შინაგანაწესით გათვალისწინებული პაციენტის უფლებებისა და მოვალეობების შესახებ;

გ) განზრახული საპროფილაქტიკო, სადიაგნოზო, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მომსახურების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტურობის შესახებ;

დ) სამედიცინო გამოკვლევების შედეგების შესახებ;

ე) განზრახული სამედიცინო მომსახურების ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტურობის შესახებ;

ვ) განზრახულ სამედიცინო მომსახურებაზე განცხადებული უარის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;

ზ) დიაგნოზისა და სავარაუდო პროგნოზის, აგრეთვე მკურნალობის მიმდინარეობის შესახებ;

თ) სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლის ვინაობისა და პროფესიული გამოცდილების შესახებ.

2. პაციენტს შეიძლება არ მიეწოდოს ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან ამ ინფორმაციის მოცულობა შეიზღუდოს, თუ არსებობს დასაბუთებული ვარაუდი, რომ სრული ინფორმაციის მიღება მის ჯანმრთელობას სერიოზულ ზიანს მოუტანს. სრული ინფორმაციის მიწოდება აუცილებელია, როცა პაციენტი დაჟინებით მოითხოვს ამას.

3. ინფორმაციის მიუწოდებლობის ან მისი შეზღუდვის გადაწყვეტილება უნდა დაადასტუროს სამედიცინო ეთიკის კომისიამ, ხოლო სამედიცინო დაწესებულებაში ამ უკანასკნელის არარსებობისას - მეორე ექიმმა. ინფორმაციის მიუწოდებლობის ან მისი შეზღუდვის გადაწყვეტილების დასაბუთება უნდა ჩაიწეროს პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში.

4. პაციენტის ქმედუუნარობის ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უუნარობის შემთხვევაში ამ მუხლის პირველ პუნქტში მითითებული ინფორმაცია სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელმა უნდა მიაწოდოს პაციენტის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

მუხლი 19.

პაციენტისათვის, ან მისი ნათესავისათვის, ან კანო-ნიერი წარმომადგენლისთვის ინფორმაციის მიწოდებისას გათვალისწინებული უნდა იქნეს მისი აღქმის უნარი; განმარტების მიცემისას მინიმალურად უნდა იქნეს გამოყენებული სპეციალური ტერმინები.

მუხლი 20.

პაციენტს უფლება აქვს უარი განაცხადოს მე-18 მუხლის პირველ პუნქტში აღნიშნული ინფორმაციის მიღებაზე, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტისათვის ინფორმაციის მიუწოდებლობამ

შეიძლება სერიოზული საფრთხე შეუქმნას პაციენტის და/ან მესამე პირის ჯანმრთელობას და/ან სიცოცხლეს.

მუხლი 21.

ქმედუნარიან პაციენტს უფლება აქვს გადაწყვიტოს, უნდა მიიღოს თუ არა ვინმემ ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. დადებითი გადაწყვეტილების შემთხვევაში მანვე უნდა დაასახელოს ის პირი, ვისაც ეს ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს. გადაწყვეტილება და პირის ვინაობა უნდა დაფიქსირდეს სამედიცინო დოკუმენტაციაში.

თავი IV

თანხმობა

მუხლი 22.

1. სამედიცინო მომსახურების განხორციელების აუცილებელი პირობაა პაციენტის, ხოლო მისი ქმედუუნარობის ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უუნარობის შემთხვევაში – ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა. ინფორმირებული თანხმობა წინ უნდა უძღოდეს სამედიცინო მომსახურებას.

2. წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია შემდეგი სამედიცინო მომსახურების გაწევის დროს:

ა) ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია, მცირე ქირურგიული მანიპულაციების გარდა;

ბ) აბორტი;

გ) ქირურგიული კონტრაცეფცია - სტერილიზაცია;

დ) მაგისტრალური სისხლძარღვების კათეტერიზაცია;

ე) ჰემოდიალიზი და პერიტონეული დიალიზი;

ვ) ექსტრაკორპორული განაყოფიერება;

ზ) გენეტიკური ტესტირება;

თ) გენური თერაპია;

ი) სხივური თერაპია;

კ) ავთვისებიანი სიმსივნეების ქიმიოთერაპია.

ლ) ყველა სხვა შემთხვევაში, როცა სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი საჭიროდ ჩათვლის წერილობით ინფორმირებულ თანხმობას.

3. წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია ქმედუუნარო, შეზღუდული ქმედუნარიანობის მქონე ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარს მოკლებული პაციენტისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევისას.

მუხლი 23.

1. ქმედუნარიან და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარის მქონე პაციენტს უფლება აქვს ნებისმიერ ეტაპზე უარი გა-

ნაცხადოს სამედიცინო მომსახურებაზე, აგრეთვე, შეწყვიტოს უკვე დაწყებული სამედიცინო მომსახურება. სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის ან მისი შეწყვე-ტის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ პაციენტი ამომწურავად უნდა იყოს ინფორმირებული.

2. დაუშვებელია ქმედუნარიანი და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე პაციენტის ნების წინააღმდეგ სამედიცინო მომსახურების განხორციელება, საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული შემთხვევების გარდა.

მუხლი 24.

1. საქართველოს მოქალაქეს უფლება აქვს წინასწარ წერილობით გამოხატოს ნება (თანხმობა ან უარი) უგონო მდგომარეობაში აღმოჩენისას ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარის დაკარგვისას მისთვის სარეანი-მაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ან პალიატიური მკურნალობის ჩატარების შესახებ, თუ:

ა) ზემოთ აღნიშნული მდგომარეობა გამოწვეული იქნება უკურნებელი დაავადების ტერმინალური სტადიით ან

ბ) დაავადებით, რომელიც აუცილებლად გამოიწვევს მძიმე ინვალიდობას.

2. საქართველოს მოქალაქეს უფლება აქვს წინასწარ დაასახელოს პირი, რომელიც ამ მუხლის პირველ პუნქტში მითითებული გარემოებების დადგომისას მიიღებს გადაწყვეტილებას მისთვის სამედიცინო მომსახურების აღმოჩენის შესახებ.

მუხლი 25.

1. სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელს უფლება აქვს სასამართლოში გაასაჩივროს ქმედუუნარო, ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარს მოკლებული პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის გადაწყვეტილება, თუ იგი ეწინააღმდეგება პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებს.

2. თუ ქმედუუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარს მოკლებული პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გარეშე გარდუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, ხოლო მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მოძიება ვერ მოხერხდა სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი გადაწყვეტილებას იღებს პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად.

3. თუ ქმედუუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების უნარს მოკლებული პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გარეშე გარდუვალია პაციენტის სიკვდილი, ხოლო მისი ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი სამედიცინო მომსახურების წინააღმდეგია, სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი გადაწყვეტილებას იღებს პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად.

მუხლი 26.

1. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია მისი სწავლების ობიექტად გამოყენებისათვის. ინფორმირებული თანხმობა წინ უნდა უძღოდეს პაციენტის სწავლების ობიექტად გამოყენებას.

2. ქმედუუნარო პაციენტის გამოყენება სწავლების ობიექტად რეგულირდება საქართველოს კანონით ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ".

3. პაციენტის თანხმობა აუცილებელი არ არის იმ შემთხვევებში, როცა სასწავლო მიზნით გამოიყენება:

ა) პაციენტის სამედიცინო ბარათში არსებული ინფორმაცია, თუ ის არ იძლევა პაციენტის იდენტიფიკაციის შესაძლებლობას;

ბ) მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის პროცესში მიღებული მასალა (შარდი, სისხლი, სხვა ქსოვილები), თუ უზრუნველყოფილია პაციენტის ანონიმურობა.

თავი V

პირადი ცხოვრების კონფიდენციალურობა და ხელშეუხებლობა

მუხლი 27.

სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი ვალდებულია პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალურობა დაიცვას როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ.

მუხლი 28.

1. სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლის მიერ კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება დასაშვებია მხოლოდ ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევებში:

ა) მიღებულია პაციენტის თანხმობა:

ბ) ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის სიცოცხლეს და/ან ჯანმრთელობას მესამე პირისას, რომლის ვინაობაც ცნობილია;

გ) სასწავლო ან სამეცნიერო მიზნით პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გამოყენებისას მონაცემები ისეა წარმოდგენილი, რომ პიროვნების იდენტიფიკაცია შეუძლებელია;

დ) თუ ეს გათვალისწინებულია საქართველოს კანონმდებლობით.

2. სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლის მიერ სამედიცინო მომსახურებაში მონაწილე სხვა პირებისათვის პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნებაზე პაციენტის თანხმობა ნაგულისხმებად შეიძლება ჩაითვალოს.

მუხლი 29.

პაციენტის ოჯახურ და პირად ცხოვრებაში სამედიცინო მომწოდებლის ჩარევა დაუშვებელია, გარდა იმ შემთხვევებისა როცა:

ა) ჩარევა აუცილებელია პაციენტის დაავადების დიაგნოსტიკის, მისი მკურნალობისა და მოვლისათვის. პაციენტის თანხმობა ამ შემთხვევებში აუცილებელი პირობაა;

ბ) საფრთხე ექმნება პაციენტის ოჯახის წევრების ჯანმრთელობას და/ან სიცოცხლეს.

მუხლი 30.

სამედიცინო მომსახურების გაწევისას დასაშვებია მხოლოდ მასში უშუალოდ მონაწილე პირთა დასწრება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტი თანახმაა ან მოითხოვს სხვა პირთა დასწრებას.

თავი VI

უფლებები გენეტიკური კონსულტაციისა და გენური თერაპიის სფეროში

მუხლი 31.

დაუშვებელია პიროვნების დისკრიმინაცია გენეტიკური მემკვიდრეობის საფუძველზე.

მუხლი 32.

დაავადების განმაპირობებელი გენის გამოვლენის ან დაავადებისადმი გენეტიკური მიდრეკილების განმსაზღვრელი ტესტირება დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მისი მიზანია:

ა) პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვა;

ბ) ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული სამეცნიერო კვლევა.

მუხლი 33.

ადამიანის გენის მოდიფიცირებისათვის განსაზღვრული ჩარევა დასაშვებია მხოლოდ დიაგნოსტიკის, მკურნალობის ან პრევენციის მიზნით და თუ არ ითვალისწინებს პაციენტის შთამომავლობის გენომის შეცვლას.

მუხლი 34.

დაუშვებელია სქესის შერჩევის მიზნით ხელოვნური ჩასახვის მეთოდების გამოყენება, გარდა შემთხვევებისა, როცა აუცილებელია სქესთან შეჭიდული მემკვიდრეობითი დაავადების თავიდან აცილება.

თავი VII

ორსული ქალის და მეძუძური დედის უფლებები

მუხლი 35.

ორსულს და მეძუძურ ქალს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლისაგან მიიღოს სრული, ობიექტური და დროული ინფორმაცია ორსულობის, მშობიარობის ან ლოგინობის პერიოდში დაგეგმილი ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის ნაყოფზე ან ახალშობილზე შესაძლო პირდაპირი ან ირიბი მავნე ზემოქმედების შესახებ.

მუხლი 36.

1. მშობიარეს უფლება აქვს მიიღოს გადაწყვეტილება მისთვის და ნაყოფისთვის სამედიცინო მომსახურების განხორციელების შესახებ, გარდა ამ მუხლის მე-2 პუნქტში გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

2. მშობიარეს არა აქვს უფლება უარი თქვას ისეთ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც უზრუნველყოფს ცოცხალი ნაყოფის დაბადებას, ხოლო მშობიარის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მინიმალური რისკის მატარებელია.

მუხლი 37.

მშობიარეს უფლება აქვს გვერდით იყოლიოს მეუღლე ან სხვა მისთვის სასურველი პირი მშობიარობის დროს.

მუხლი 38.

მელოგინე ქალს უფლება აქვს გვერდით იყოლიოს ახალშობილი, თუ სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი, ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე, მის სხვაგან გადაყვანას არ გადაწყვეტს, აგრეთვე, საკუთარი შეხედულებისამებრ კვებოს ახალშობილი.

თავი VIII

არასრულწლოვანის უფლებები

მუხლი 39.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა არასრულწლოვანისათვის ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების მეშვეობით.

მუხლი 40.

1. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მკურნალი ექიმისაგან მიიღოს ამომწურავი, ობიექტური და დროული ინფორმაცია არასრულწლოვანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, მათ შორის მე-18 მუხლის პირველ პუნქტში ასახული ინფორმაცია.

2. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს ამ მუხლის პირველ პუნქტში მოხსენიებული ინფორმაცია არ უნდა მიეწოდოს იმ შემთხვევაში, თუ ინფორმაციის მიწოდების წინააღმდეგია:

ა) არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც ქმედუნარიანად ითვლება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ან

ბ) 14-დან 18 წლამდე ასაკის პაციენტი, რომელსაც სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლის აზრით, აქვს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის სწორად შეფასების უნარი, და რომელმაც ექიმს მიმართა სქესობრივად გადამდები დაავადების ან ნარკომანიის მკურნალობის, კონტრაცეფციის არაქირურგიული მეთოდების შესახებ კონსულტაციის მიღების ან ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მიზნით.

მუხლი 41.

1. 14-დან 18 წლამდე არასრულწლოვანს, რომელსაც სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლის აზრით, აქვს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის სწორად შეფასების უნარი, უფლება აქვს განაცხადოს ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურებაზე, თუ მან სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელს მიმართა 40-ე მუხლის მე-2 პუნქტის ბ“ ქვეპუნქტში მოხსენიებული მიზეზების გამო.

2. არასრულწლოვანს, რომლის ასაკი აღემატება 16 წელს, უფლება აქვს ინფორმირებული თანხმობა ან უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურებაზე, თუ მას, სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლის აზრით, აქვს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის სწორად შეფასების უნარი. არასრულწლოვანის გადაწყვეტილების შესახებ უნდა ეცნობოს არასრულწლოვანის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

3. 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს სამედიცინო მომსახურება შეიძლება ჩაუტარდეს მხოლოდ მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით, გარდა ამ მუხლის პირველ პუნქტში მოხსენიებული შემთხვევებისა. ამასთან, სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების პროცესში აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობაც ასაკის და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით.

მუხლი 42.

1. 16 წლამდე არასრულწლოვანის გამოყენება სწავლების ობიექტად დასაშვებია მხოლოდ მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით. გადაწყვეტილების მიღების პროცესში აუცილებელია თვით პაციენტის მონაწილეობაც ასაკის და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით.

2. 16 წელზე მეტი ასაკის არასრულწლოვანის გამოყენება სწავლების ობიექტად დასაშვებია მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობით. გადაწყვეტილების შესახებ უნდა ეცნობოს არასრულწლოვანის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

მუხლი 43.

არასრულწლოვანს აქვს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის და მკურნალობის შესახებ ინფორაციის მიღების უფლება. მიწოდებული ინფორმაცია უნდა შეესაბამებოდეს მის ასაკს და გონებრივი განვითარების დონეს.

თავი IX

სამხედრო მოსამსახურეების, წვევამდელების, სამხედრო სამსახურში კონტრაქტით დაქირავებულთა უფლებები

მუხლი 44.

სამხედრო მოსამსახურეებს, წვევამდელებსა და სამხედრო სამსახურში კონტრაქტით დაქირავებულებს, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსასაზღვრავად აქვთ დამოუკიდებელი სამედიცინო ექსპერტიზის მოთხოვნის და ჩატარების უფლება.

თავი X

წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელაღსრულებით დაწესებულებაში მყოფი პირის უფლებები

მუხლი 45.

1. სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში მყოფ პირებისათვის ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების მეშვეობით.

2. სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მოთავსებისთანავე პირს უფლება აქვს მოითხოვოს სათანადო სამედიცინო გამოკვლევა, დამოუკიდებელი სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება და საჭიროებისას — სამედიცინო მომსახურება.

მუხლი 46.

წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელაღსრულებით დაწესებულებაში მყოფი პირი სარგებლობის ამ კანონში დასახელებული ყველა უფლებით.

მუხლი 47.

წინასწარი პატიმრობის ან სასჯელაღსრულებითი დაწესებულების ადმინისტრაციამ შეიძლება შეზღუდოს დაკავებული, წინასწარ პატიმრობაში ან პატიმრობაში მყოფი პირის უფლება — აირჩიოს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი. ეს გადაწყვეტილება შეიძლება გასაჩივრდეს სასამართლოში.

თავი XI
დასკვნითი დებულებანი

მუხლი 48.

ეს კანონი ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

საქართველოს პრეზიდენტი ედუარდ შევარდნაძე

საქართველოს კანონი ადამიანის ორგანოების, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილების აღებისა და გამოყენების შესახებ

თავი I

ზოგადი დებულებანი

მუხლი 1.

ეს კანონი ადგენს:

ა) ურთიერთობებს სახელმწიფო ორგანოებს, ფიზიკურ და იურიდიულ პირებს შორის სხვა ადამიანისათვის ორგანოთა გადანერგვის მიზნით ადამიანის სიცოცხლეში ან სიკვდილის შემდეგ ერთი ან მეტი ორგანოს, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილების (შემდგომში - „ორგანო“) ნებაყოფლობით გაცემის, მათი აღების, შენახვის, განაწილების და სხვა ადამიანისათვის გადანერგვის სფეროში;

ბ) ადამიანის ორგანოებით ვაჭრობის აკრძალვას.

მუხლი 2.

ამ კანონით არ წესრიგდება

ა) სისხლისა და მისი კომპონენტების, ჩანასახისა და ნაყოფის ორგანოების, პლაცენტის, რეპროდუქციული ორგანოების (საკვერცხე, სათესლე ჯირკვალი, კვერცხუჯრედი, სპერმა) კბილი, თმა აღება და გამოყენება;

ბ) ორგანოს აღება დიაგნოზის დადგენის მიზნით ადამიანის სიცოცხლეში ან სიკვდილის შემდეგ;

გ) სასამართლო მედიცინის შემთხვევები.

მუხლი 3.

ამ კანონში გამოყენებულ ტერმინებს აქვთ შემდეგი მნიშვნელობა:

ა) გენეტიკური ნათესავი — დონორის ან რეციპიენტის შვილი, დედა, მამა, შვილიშვილი, ბებია, პაპა, ძმა, და, ძმისწული, დისწული, დედის ძმა ან და, მამის ძმა ან და, ბიძაშვილი, დეიდაშვილი, მამიდაშვილი;

ბ) დონორი - ცოცხალი ადამიანი ან გარდაცვლილი, რომლისგანაც იღებენ ორგანოს სხვა ადამიანისათვის გადასანერგად;

გ) ინფორმირებული თანხმობა – პაციენტის, ხოლო მისი ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა გადანერგვასთან დაკავშირებულ ამა თუ იმ სამედიცინო ჩარევის ჩატარებაზე, ამ ჩარევის არსის, ჩვენებების, მოსალოდნელი ეფექტის, შესაძლო გვერდითი მოვლენების, აგრეთვე პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ ჩარევასთან დაკავშირებული რისკის განმარტების შემდეგ;

დ) რეციპიენტი – ადამიანი, რომელსაც მკურნალობის მიზნით გადაენერგა სხვა ადამიანის ორგანო;

ე) ტიპირება – ქსოვილების იმუნოლოგიური მახასიათებლების განსაზღვრა;

ვ) ორგანოთა გადანერგვა, ტრანსპლანტაცია ადამიანის ორგანოს სხვა ადამიანისათვის გადანერგვა სიცოცხლის გადარჩენის, განკურნების, დაავადების პროგრესირების შეფერხების ან ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად;

ზ) ქსოვილოვანი შეთავსება – დონორისა და რეციპიენტის ქსოვილების იმუნოლოგიური შეთავსება დადგენილი კრიტერიუმების მიხედვით;

თ) თავის ტვინის სიკვდილი – სპეციალური სამედიცინო საშუალებებით სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის შენარჩუნების ფონზე თავის ტვინისა და ზურგის ტვინის საწყისი სეგმენტების ფუნქციის შეუქცევადი შეწყვეტა.

თავი II

ორგანოს გაცემის ნებაყოფლობითობა

მუხლი 4.

ქმედუნარიან პირს უფლება აქვს ნებაყოფლობით განაცხადოს თანხმობა ან უარი სიცოცხლეში ან სიკვდილის შემდეგ მისი ორგანოს აღებაზე.

მუხლი 5.

თანხმობა ან უარი შეიძლება ეხებოდეს ერთ ან მეტ ორგანოს. გადაწყვეტილება უნდა გაფორმდეს წერილობით და დადასტურდეს სამკურნალო დაწესებულებების ხელმძღვანელის მიერ.

მუხლი 6.

ორგანოს გაცემაზე გადაწყვეტილების დამადასტუ-რებელი განცხადება უნდა გაიგზავნოს ტრანსპლანტაციის საინფორმაციო ცენტრში, სადაც იქმნება პოტენციური დონორების სია („დონორების რეგისტრი").

მუხლი 7.

ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებები სამედიცინო პროფესიულ ასოციაციებთან ერთად შემუშავებული რეკომენდაციების მი-

ხედვით მოსახლეობას განუმარტავენ ორგანოს გაცემის, აღების, მისი სხვა ადამიანისათვის გადანერგვის შესაძლებლობასა და მნიშვნელობას.

თავი III

გარდაცვლილის ორგანოს აღება სიცოცხლეშივე განცხადებული თანხმობის ან უარის არარსებობისას

მუხლი 8.

გადანერგვის მიზნით გარდაცვლილის ორგანოს აღება, თუ არ არსებობს სიცოცხლეში განცხადებული თანხმობის ან უარის დამადასტურებელი წერილობითი საბუთი, შეიძლება, თუ:

არსებობს იმის დამადასტურებელი ფაქტები, რომ ორგანოების გაცემა არ ეწინააღმდეგება გარდაცვლილის რელიგიურ რწმენას, მის ეთიკურ პრინციპებს;

მე-9 მუხლში ჩამოთვლილ პირთაგან მოცემული რიგითობის მიხედვით უპირატესი უფლების მქონე პირი თანახმაა გარდაცვლილის ორგანოს აღებაზე.

მუხლი 9.

1. გარდაცვლილის ორგანოს აღებაზე უფლება აქვთ თანხმობა ან უარი განაცხადონ ქვემოთ ჩამოთვლილ ქმედუნარიან პირებს:

ა) მეულლეს;

ბ) შვილს;

გ) მშობელს;

დ) შვილიშვილს,შვილიშვილის შვილს;

ე) ძმას, დას;

ვ) ძმისწულს, დისწულს;

ზ) ბებიასა, პაპას;

თ) ბიძას, დეიდას, მამიდას;

ი) ბიძაშვილს, დეიდაშვილს, მამიდაშვილს;

2. თანაბარი უფლების მქონე რამდენიმე ნათესავის არსებობისას თუნდაც ერთის მიერ უარის განცხადების შემთხვევაში გარდაცვლილის ორგანოს აღება დაუშვებელია.

3. ამ მუხლის პირველ პუნქტში დასახელებულ პირებს ორგანოს აღების შესახებ გადაწყვეტილების მიღების უფლება აქვთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ რიგით წინამავალი პირი (პირები) ცოცხალი არ არის ან მისგან გადაწყვეტილების მიღება გადანერგვისთვის დასაშვები დროის განმავლობაში შეუძლებელია.

მუხლი 10.

მე-9 მუხლში ჩამოთვლილ პირთაგან თანხმობის მიღების უფლება აქვს საავადმყოფოს სათანადო რწმუნების მქონე მედიცინის მუშაკს, რომელიც არ უნდა მონაწილეობდეს ორგანოს აღებასა და გამოყენებაში.

მუხლი 11.

თუ მიღებული სამედიცინო სტანდარტებით გარდაცვლილი პაციენტი შესაფერისი კანდიდატია ორგანოს ასაღებად, მაგრამ მას სიცოცხლეშივე არა აქვს განცხადებული თანხმობა, ხოლო სიკვდილის შემდეგ მე-9 მუხლში ჩამოთვლილ პირთაგან ვერავინ იქნა მოძიებული, გვამიდან ორგანოს ამოღება მე-4 მუხლში დასახელებული მიზნით დაუშვებელია.

თავი IV

გარდაცვლილი დონორის ორგანოს აღება

მუხლი 12.

ადამიანი გარდაცვლილად ჩაითვლება მხოლოდ მას შემდეგ, როდესაც დადგინდება თავის ტვინის სიკვდილი ან გულის შეუქცევადი გაჩერება და სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტა.

მუხლი 13.

ადამიანის თავის ტვინის სიკვდილისა და გულის შეუქცევა-დი გაჩერების კრიტერიუმებს, საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად, შეიმუშავებს საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და ამტკიცებს საქართველოს პრეზიდენტი.

მუხლი 14.

პაციენტის თავის ტვინის სიკვდილი მკურნალი ექიმის მონაწილეობით უნდა დაადასტუროთ რეანიმატოლოგისა და ნევროპათოლოგისაგან შემდგარმა ორმა დამოუკიდებელმა ჯგუფმა დამოუკიდებლად ჩატარებული გამოკვლევის შედეგე-ბის მიხედვით. ისინი არ უნდა მონაწილეობდნენ ორგანოს აღებაში ან გადანერგვაში და სამსახურებრივად არ უნდა ექვემდებარეობდნენ ორგანოთა გადანერგვის პროცესებში მონაწილე პირს.

მუხლი 15.

ადამიანის თავის ტვინის სიკვდილის დასადგენად ჩატარებული გამოკვლევის თარიღი, დრო, მონაცემები და მათ საფუძველზე გამოტანილი დასკვნა უნდა გაფორმდეს წერილობით და დადასტურდეს გამომკვლევი ექიმების ხელმოწერით. გარდაცვლილის ახლობლებს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვთ გაეცნონ დასკვნას.

მუხლი 16.

გარდაცვლილის ახლობლებს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვთ დაესწრონ ორგანოს აღებას, ხოლო ასეთი სურვილის არარსებობისას მიიღონ ინფორმაცია ჩატარებული პროცედურის შესახებ საავადმყოფოს სათანადო რწმუნების მქონე თანამშრომლისაგან, ან იმ ექიმისაგან, რომელმაც აიღო ორგანო.

თავი V

ცოცხალი დონორის ორგანოს აღება

მუხლი 17.

ცოცხალი დონორის ორგანოს აღება დასაშვებია მხოლოდ სხვა ადამიანისთვის გადასანერგად სიცოცხლის გადარჩენის, მძიმე ავადმყოფობისაგან განკურნების, დაავადების პროგრესირების შეფერხების ან ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად..

მუხლი 18.

ორგანოს აღება გადანერგვის მიზნით ცოცხალი დონორისაგან შეიძლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ დაცულია შემდეგი პირობები:

ა) დონორი ქმედუნარიანია, გარდა მე-20 მუხლში გათვალისწინებული შემთხვევისა;

ბ) დონორი და რეციპიენტი გენეტიკური ნათესავები ან მეუღლეები არიან, გარდა მე-20 მუხლში გათვალისწინებული შემთხვევისა;

გ) დონორს ორგანოს გაცემაზე განცხადებული აქვს ინფორმირებული თანხმობა;

დ) მედიცინის განვითარების თანამედროვე დონის შე-საბამისი გამოკვლევებით დადგენილია, რომ ოპერაციის მეყსეული ან შორეული, უშუალო ან გაშუალებული შედეგები არ წარმოადგენს დონორის სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვან რისკს და არ გამოიწვევს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის მკვეთრ გაუარესებას;

ე) სათანადო გამოკვლევით დადგენილია, რომ დონორი შეესაბამება იმ კრიტერიუმებს, რომელთა გათვალისწინება აუცილებელია გადანერგვის მიზნით ცოცხალი ადამიანისაგან ორგანოს ასაღებად;

ვ) ორგანოს ასაღებად გამიზნული ოპერაცია ტარდება სათანადო ლიცენზიის მქონე ექიმის მიერ და შესაბამისი ლიცენზიის მქონე დაწესებულებაში.

მუხლი 19.

სხვა ადამიანისათვის ორგანოს გადასანერგად ცოცხალი დონორის იმ ორგანოს აღება, რომელსაც ხელმეორედ წარმოშობის უნარი გააჩნია, დასაშვებია იმ შემთხვევებშიც, როცა დონორი არ არის გენეტიკური ნათესავი ან მეუღლე.

მუხლი 20.

არასრულწლოვანის (გარდა მცირეწლოვანისა) ძვლის ტვინის აღება სხვა ადამიანისათვის გადასანერგად დასაშვებია, თუ:

ა) ძვლის ტვინის აღება არ იმოქმედებს დონორის ჯანმრთელობაზე, რასაც ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად დაადასტურებს სათანადო ლიცენზიის მქონე ორი ექიმი;

ბ) ძვლის ტვინის გადანერგვა განკუთვნილია პირველი ან მეორე რიგის ნათესავისათვის, რომლის ჯანმრთელობის მდგომარეობა სიცოცხლისათვის საშიშია და არ არსებობს მკურნალობის სხვა საშუალება;

გ) არასრულწლოვანის განწყობა იძლევა სამედიცინო ჩარევის საშუალებას;

დ) მიღებულია მეურვეობისა და მზრუნველობის ორგანოს მიერ დადასტურებული მშობლების (მშობლის) ან მშობლების ზრუნვას მოკლებული არასრულწლოვანის კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა.

მუხლი 21.

პოტენციური ცოცხალი დონორისაგან ინფორმირებული თანხმობის მისაღებად მას უნდა განემარტოს:

ა) ორგანოს აღებისათვის საჭირო ოპერაციული ჩარევის სახე, მოცულობა, რისკი რომელიც მის სიცოცხლეს ემუქრება; ოპერაციული ჩარევის მეყსეული და შორეული, უშუალო და გაშუალებული შედეგების უარყოფითი ზეგავლენის შესაძლებლობა დონორის ჯანმრთელობაზე;

ბ) ცოცხალი დონორისაგან აღებული ორგანოს გადანერგვის მოსალოდნელი შედეგის წარმატების თუ წარუმატებლობის ყველა შესაძლებლობა.

გ) ყველა შესაძლო გარემოება, რამაც შეიძლება იმოქმედოს დონორის გადაწყვეტილებაზე.

მუხლი 22

21-ე მუხლში მოცემული განმარტებები პოტენციურ დონორს უნდა მისცეს სათანადო ლიცენზიის მქონე ექიმმა სხვა ექიმის თანდასწრებით, რომელიც არ მონაწილეობს ორგანოების აღებასა და გადანერგვაში და, ამავე დროს, სამსახურებრივად არ ექვემდებარება ორგანოთა გადანერგვაში მონაწილე ექიმს. დონორისათვის მიცემული განმარტებები და მისი ინფორმირებული თანხმობა უნდა გაფორმდეს კანონით დადგენილი წესით. დონორს უფლება აქვს შეცვალოს გადაწყვეტილება.

თავი VI

ორგანოს გადანერგვის ან მკურნალობის მიზნით მისი გამოყენების ორგანიზაცია

მუხლი 23.

1. საავადმყოფოები ვალდებულნი არიან შეატყობინონ სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულებას იმ პაციენტების შესახებ, რომელთაც აღენიშნებათ თავის ტვინის ფუნქციის სრული, შეუქცევადი შეწყვეტა და რომელნიც, სამედიცინო კრიტერიუმების მიხედვით, შეიძლება ჩაითვალონ პოტენციურ დონორებად.

მუხლი 24.

ტრანსპლანტაციის მიზნით იმ ორგანოს აღება, რომლის გადანერგვის შემდგომი ფუნქციონირების ხარისხი მნიშვნელოვანწილად არის დამოკიდებული მისი შენახვის ხანგრძლივობაზე, უნდა მოხდეს საინფორმაციო ცენტრთან შეთანხმებით.

მუხლი 25.

სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულებების, ტრანსპლანტაციის ბანკებისა და სხვა სამედიცინო დაწესებულებების ურთიერთთანამშრომლობა წესრიგდება მათ შორის დადებული ხელშეკრულებებით.

თავი VII

ორგანოთა გადანერგვის პროცესების მართვა

მუხლი 26.

საქართველოს კანონმდებლობის მოთხოვნათა შესაბამისად, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო კოორდინაციას და კონტროლს უწევს ორგანოების გადანერგვით დასაქმებული ფიზიკური და იურიდიული პირების საქმიანობას.

მუხლი 27.

საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო:

ა) შეიმუშავებს ორგანოთა მოძიების, აღების, შენახვისა და გადანერგვის სტანდარტებს;

ბ) შეიმუშავებს დონორებისა და რეციპიენტების შერჩევისა და ტესტირების კრიტერიუმებს, განსაზღვრავს მე-5 მუხლში მითითებული სტანდარტული დოკუმენტის ფორმას;

გ) განსაზღვრავს ორგანოების ხარისხის კონტროლის სტანდარტებს, აწარმოებს ორგანოების აღების, ტრანსპორტირებისა და შენახვის წესების დაცვის, ორგანოების ვარგისობის და ჰისტოშეთავსების დადგენის კონტროლს;

დ) პერიოდულად ამოწმებს სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულებების, ტრანსპლანტაციის ბანკების საქმიანობის სტანდარტებთან შესაბამისობას და ტრანსპლანტაციის სფეროში მათ მიერ განხორციელებული სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლს, თუ საჭიროა აჩერებს ლიცენზიის მოქმედებას ან აუქმებს მას;

ე) უზრუნველყოფს დონორებისა და რეციპიენტების შესახებ ინფორმაციის გაცვლას სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულებებისა და ტრანსპლანტაციის ბანკებს შორის, აგრეთვე საავადმყოფოებიდან ინფორმაციის მიწოდებას ზემოაღნიშნული დაწესებულებებისათვის;

ვ) აწესრიგებს საერთაშორისო თანამშრომლობას ორგანო-თა გადანერგვის სფეროში. დაინტერესებულ უწყებებთან ერთად მონაწილეობს ადამიანის ორგანოთა ექსპორტ-იმპორტის ნორმატივების შემუშავებაში;

ზ) თანამშრომლობს ორგანოთა გადანერგვის საკითხებით დაინტერესებულ საზოგადოებებთან და პროფესიულ გაერთიანებებთან.

მუხლი 28.

საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან იქმნება ტრანსპლანტაციის საბჭო, რომლის დებულებასა და შემადგენლობას ამტკიცებს მინისტრი.

მუხლი 29.

საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან იქმნება საინფორმაციო ცენტრი, რომლის მუშაობას ხელმძღვანელობს სათანადო ლიცენზიის მქონე ექიმი ან ქსოვილების ტიპირების გამოცდილების მქონე ბიოლოგი.

მუხლი 30.

საინფორმაციო ცენტრის ყოველი გადაწყვეტილება სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულებისათვის ორგანოს გადაცემის შესახებ დაუყოვნებლივ ეცნობებათ დაინტერესებულ სამედიცინო დაწესებულებებს გადაწყვეტილება ფორმდება წერილობით, ყველა იმ მონაცემის აღნიშვნით, რომელთა საფუძველზეც მიღებულია გადაწყვეტილება. ამ დოკუმენტის ასლი გადაეცემა სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულებას და შესაბამისად, ტრანსპლანტაციის ბანკს.

თავი VIII
სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულებები

მუხლი 31.

სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულებაა საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული ნებისმიერი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის სამედიცინო დაწესებულება, რომელსაც აქვს ორგანოს აღებისა და გადანერგვის და/ან ამ პროცესების ორგანიზაციულ-ტექნიკური საინფორმაციო უზრუნველყოფის უფლების დამადასტურებელი ლიცენზია.

მუხლი 32.

საოანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულებებია: ტრანსპლანტოლოგიური საავადმყოფო ან მისი სათანადო ლიცენზიის მქონე განყოფილება, ტრანსპლანტაციის საინფორმაციო ცენტრი, ტრანსპლანტაციის ბანკი, ტრანსპლანტოლოგიის ლაბორატორია.

მუხლი 33.

სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულება:

ა) შესაბამისი ტექნოლოგიებით უზრუნველყოფს ლიცენზიით განსაზღვრული ფუნქციის შესრულებას;

ბ) დადგენილი წესით მონაწილეობს პოტენციური დონორებისა და პოტენციური რეციპიენტების რეგისტრაციაში, აგრეთვე ორგანოთა გაცემაზე უარის განმცხადებელი პირების სიის წარმოებაში;

გ) უზრუნველყოფს ინფორმაციის გაცვლას პოტენციური რეციპიენტის მეთვალყურე სამედიცინო დაწესებულებასთან ან მკურ-

ნალ ექიმთან და ორგანოთა გადანერგვის მართვის დაწესებულებებთან;

დ) დადგენილი წესით აწარმოებს სამედიცინო დოკუმენტებს, რომელშიც აუცილებლად ფიქსირდება გადანერგილი ორგანოს საიდენტიფიკაციო ნომერი (შიფრი);

ე) საქმიანობის შესაბამისად უზრუნველყოფს 24 საათიანი სამუშაო რეჟიმის დაცვას.

მუხლი 34.

ტრანსპლანტაციის ბანკი ახორციელებს გარდაცვლილი და/ან ცოცხალი დონორების ტესტირებას, შერჩევას, ორგანოს აღებას, ტიპირებას, ტრანსპორტირებას, დამუშავებას, შენახვას, ტრანსპლანტაციისათვის გამოყენების მიზნით.

მუხლი 35.

ტრანსპლანტაციის ბანკი შეიძლება იყოს საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული ნებისმიერი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის დამოუკიდებელი სამედიცინო დაწესებულება ან სამედიცინო დაწესებულების შემადგენელი ნაწილი.

მუხლი 36.

ტრანსპლანტაციის ბანკი აწარმოებს მხოლოდ ლიცენზიით განსაზღვრული ორგანოების აღებას, ტიპირებას, ტრანსპორტირებას, დამუშავებასა და შენახვას.

მუხლი 37.

ტრანსპლანტაციის ბანკს ხელმძღვანელობს სათანადო ლიცენზიის მქონე ექიმი ან ბიოლოგი.

მუხლი 38.

ტრანსპლანტაციის ბანკში შენახული ორგანოს გადანერგვისათვის უვარგისად ცნობის შემთხვევაში მას უფლება აქვს გასცეს ის სამეცნიერო და სასწავლო მიზნებისათვის. შეტყობინება ამის შესახებ უნდა გაეგზავნოს ტრანსპლანტაციის საინფორმაციო ცენტრს.

მუხლი 39.

ტრანსპლანტაციის ბანკის მიერ დონორის ტესტირების, ორგანოს აღების, ტიპირების, ტრანსპორტირების, დამუშავების, შენახვის ამსახველი მონაცემები დეტალურად ფიქსირდება დოკუმენტებში, რომლებიც იქვე ინახება.

თავი IX

ადამიანის ორგანოთა გადანერგვის სფეროში საერთაშორისო თანამშრომლობა

მუხლი 40.

სახელმწიფო მონაწილეობს ორგანოთა გადანერგვის საერთაშორისო პრაქტიკაში.

მუხლი 41.

1 საქართველოში დასაშვებია მხოლოდ იმ ორგანოს შემოტანა, რომლის აღება, დამუშავება და ვარგისობის დადასტურება მოხდა შესაბამისი ქვეყნის კანონების მოთხოვნათა დაცვით, რაც უნდა აისახოს თანმხლებ დოკუმენტებში.

2. საქართველოში ორგანოს შემოტანის უფლება აქვს სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულებას.

3. საქართველოს ტერიტორიაზე ადამიანის ორგანოთა შემოტანა დაუბრკოლებლად ხდება სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულების სპეციალური განაცხადის და ორგანოს თანმხლები დოკუმენტების საფუძველზე.

4. საერთო ზედამხედველობას ადამიანის იმპორტირებული ორგანოების გამოყენებაზე აწარმოებენ საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაბამისი სამსახურები.

მუხლი 42.

საქართველოდან ადამიანის ორგანოთა გატანა დასაშვებია მხოლოდ საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ნებართვით ტრანსპლანტაციის ბანკის მეშვეობით.

თავი X
ტრანსპლანტაციის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა

მუხლი 43.

დონორის ტესტირება, შერჩევა, გადასანერგად განსაზღვრული ორგანოს ტიპირება ტარდება საქართველოს კანონმდებლობის გათვალისწინებით, ნებისმიერი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა და სათანადო ლიცენზიის მქონე ლაბორატორიაში.

მუხლი 44.

სპეციალიზებული ტრანსპლანტოლოგიური ლაბორატორიების საქმიანობის შემოწმება ხდება კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

მუხლი 45.

ამ კანონის 43-ე მუხლში მითითებულ ლაბორატორიაში ჩატარებული გამოკვლევების დეტალური შედეგები, გამომკვლევი პირის ვინაობა და გამოკვლევის თარიღი დადგენილი წესით უნდა დაფიქსირდეს წერილობით. დოკუმენტი უნდა გაიგზავნოს ტრანსპლანტაციის ბანკში და ტრანსპლანტაციის საინფორმაციო ცენტრში.

მუხლი 46.

ტრანსპლანტაციის ბანკში გაგზავნილი ორგანოს კარანტინში მოთავსების აუცილებლობისა და ხანგრძლივობის კრიტერიუმებს, აგრეთვე, დონორთა შორის საშიში ინფექციების რისკის ჯგუფის განმსაზღვრელ კრიტერიუმებს იმ შემთხვევებისათვის, როდესაც ეს ინფექციები არ არის იდენტიფიცირებული, ადგენს საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

მუხლი 47.

თუ ტრანსპლანტაციისათვის განსაზღვრული ორგანოს თანმხლებ დოკუმენტებში ასახული სამედიცინო ინფორმაცია არასრულია ან არ შეესაბამება მოქმედ ნორმატიულ აქტებს, სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულება ვალდებულია ინფორმაცია ამის შესახებ დაუყოვნებლივ გადასცეს საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს, რომელიც იღებს გადაწყვეტილებას ტრანსპლანტაციის ბანკისათვის ორგანოს დაბრუნების ან მისი განადგურების შესახებ.

მუხლი 48.

თუ არსებობს დასაბუთებული ეჭვი ან დადგენილია, რომ ორგანო წარმოადგენს საშიში ინფექციის გავრცელების წყაროს, ის ნადგურდება დადგენილი წესით.

თავი XI
ინფორმაციის გაცვლა და შენახვა

მუხლი 49.

ტრანსპლანტოლოგიის საინფორმაციო ცენტრი შიფრავს დონორის ვინაობას მხოლოდ მისთვის ცნობილი საიდენტიფიკაციო ნომრით. როგორც წესი, სამედიცინო დაწესებულებაში ორგანოს თანმხლებ დოკუმენტებში მიეთითება მხოლოდ საიდენტიფიკაციო ნომერი. საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაბამისი სამსახური სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულებიდან მიღებულ ინფორმაციას დონორის ვინაობის შესახებ აღნიშნავს მხოლოდ მისთვის ცნობილი საიდენტიფიკაციო ნომრით. ორგანოს თანმხლები დოკუმენტები უნდა შეიცავდეს ყველა სამედიცინო მონაცემს დონორის შესახებ.

მუხლი 50.

დონორის ვინაობის გამჟღავნების უფლება აქვს მხოლოდ ტრანსპლანტაციის საბჭოს იმ შემთხვევაში, თუ:

ა) გადასანერგად განსაზღვრული ორგანოს გამოყენება საფრთხეს უქმნის რეციპიენტის ან სხვა ადამიანის ჯანმრთელობას;

ბ) ამას მოითხოვენ სამართალდამცავი ორგანოები სასამართლო დადგენილების საფუძველზე;

გ) საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის სპეციალური მოთხოვნით, დადგენილი წესით.

მუხლი 51.

ორგანოების აღებაში, ტრანსპორტირებაში, შენახვაში, განაწილებაში, აგრეთვე, ტრანსპლანტაციასა და მკურნალობაში დასაქმებული პერსონალი ვალდებულია არ გაამჟღავნოს დონორის და/ან პოტენციური დონორის ვინაობა და მათი სამედიცინო მონაცემები, გარდა ამ კანონის 50-ე მუხლში გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

მუხლი 52.

თავის ტვინის ფუნქციის სრული, შეუქცევადი შეწყვეტის, დამადასტურებელი წერილობითი დასკვნების, ცოცხალი ან გარდაცვლილი დონორისაგან ორგანოს ასაღებად საჭირო, მე-14-15-ე მუხლებში გათვალისწინებული ღონისძიებებისა და ცოცხალი ან გარდაცვლილი დონორისაგან ორგანოს აღების, ტესტირების, შენახვის ამსახველი დოკუმენტაციის შენახვის ვადაა 20 წელი. დოკუმენტაცია დადგენილი წესით უნდა განადგურდეს ამ ვადის გასვლის შემდეგ არა უგვიანეს ერთი წლისა.

თავი XII

ორგანოებით ვაჭრობის აკრძალვა

მუხლი 53.

აკრძალულია ადამიანის ორგანოებით ვაჭრობა.

მუხლი 54.

ორგანოს გადასანერგად საჭირო ღონისძიებების განხორციელების, სახელდობრ, მისი ტესტირების, აღების, კონსერვაციის, ტრანსპორტირების, შენახვის, გამოსაყენებლად მომზადების, რეციპიენტებისა და სხვა პირების ინფექციისაგან დაცვის ღირებულება ანაზღაურდება საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესის შესაბამისად.

მუხლი 55

აკრძალულია ორგანოს გადანერგვა, თუ ექიმისათვის ცნობილია, რომ მისი აღება განხორციელდა ამ კანონით დადგენილი წესების დარღვევით.

თავი XIII

სხვა აკრძალვები

მუხლი 56.

აკრძალულია ორგანოს გაცემაზე თანხმობის მისაღებად, ადამიანზე რაიმე სახის ზემოქმედება.

ამ კანონით გათვალისწინებული ორგანოთა, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილების აღებისა და გამოყენების წესების დარღვევა გამოიწვევს პასუხისმგებლობას კანონით დადგენილი წესით.

მუხლი 57.

აკრძალულია, გარდა კანონით გათვალისწინებული შემთხვევებისა, პოტენციური დონორისა და დონორის ვინაობის გამჟღავნება იმ პირებისათვის, რომლებიც უშუალოდ არ მონაწილეობენ ორგანოს აღებაში.

თავი XIV

დასკვნითი და გარდამავალი დებულებანი

მუხლი 58.

1. ამ კანონის ამოქმედებასთან დაკავშირებით 2000 წლის 1 ივნისამდე მიღებულ იქნეს შემდეგი ნორმატიული აქტები

ა) საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა და სისხლის სამართლის კოდექსებში შესაბამისი ცვლილებებისა და დამატებების შეტანის შესახებ.

ბ)საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება "ადამიანის თავის ტვინის სიკვდილისა და გულის შეუქცევადი გაჩერების კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ";

გ) საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება "ორგანოთა ექსპორტ-იმპორტის წესის დამტკიცების შესახებ";

დ) საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება "ორგანოთა მოძიების, აღების, შენახვისა და გადანერგვის სტანდარტების დამტკიცების შესახებ";

ე) საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება "დონორებისა და რეციპიენტების შერჩევის და ტესტირების კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ";

ვ) საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის და იუსტიციის მინისტრის ერთობლივი ბრძანება "სიცოცხლეში ან სიკვდილის შემდეგ ორგანოთა გადანერგვის თაობაზე გადაწყვეტილების გაფორმების წესის შესახებ";

ზ) საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება "ორგანოების ხარისხის კონტროლის სტანდარტების დამტკიცების შესახებ";

თ) საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება "ტრანსპლანტაციის საბჭოს"; ტრანსპლანტაციის ბანკის", "საინფორმაციო ცენტრის დებულების დამტკიცების თაობაზე";

ი) საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება "ორგანოს კარანტინში მოთავსების აუცილებლობის და ხანგრძლივობის კრიტერიუმების, დონორთა შორის საშიში ინფექციების რისკის ჯგუფის განმსაზღვრელი კრიტერიუმების დამტკიცების შესახებ";

კ) საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება "ორგანოთა განადგურების წესის შესახებ";

2. კანონის მე-11 მუხლი ძალაში შევიდეს საინფორმაციო ცენტრში „ცენტრალური რეგისტრის“ ამუშავების შემდეგ.

3. ეს კანონი ამოქმედდეს 2000 წლის 1 ივნისიდან.

საქართველოს პრეზიდენტი ედუარდ შევარდნაძე

გაწეული დახმარებისათვის მადლობა მინდა გადავუხადო მეცნიერ-კონსულტანტებს: მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორებს, პროფესორებს: ჯ. ქრისტესაშვილს, თ. ცერცვაძეს (ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრის ხელმძღვანელი), ამავე ცენტრის ექიმ ეპიდემიოლოგს, ბიოსამედიცინო კვლევის ეთიკის კომისიის წევრს, მედიცინის დოქტორს, მ. ცინცაძეს, შპს განაყოფიერების ცენტრ "**in vitro**"-ს დირექტორ გ. ცაგარეიშვილს, მეან- გინეკოლოგს, რეპროდუქტოლოგ, მედიცინის დოქტორ ნატო ხონელიძეს.

ბიოეთიკურ ლიტერატურაში ბიომედიცინის უმთავრესი პრობლემები უმეტესწილად განიხილება დასავლური სამყაროს ფართო ინტელექტუალური და პოლიტიკური მოძრაობის შედეგების ფონზე, სამედიცინო კულტურასა და მსოფლმხედველობასთან მიმართებაში. მაგრამ იშვიათია ამ პრობლემების ანალიზი მართლმადიდებელი რელიგიის პოზიციებიდან, რადგან მართლმადიდებელი ეკლესიის ტრადიციაში არ არსებობს ოფიციალური დოკუმენტების მიღების პრაქტიკა ჯანდაცვის საკითხებზე. მართლმადიდებლობასთან შედარებით სოლიდურია ეს პრაქტიკა კათოლიციზმში. ამ ხარვეზის გამოსწორება ჩემს შესაძლებლობებს აღემატება, მაგრამ ცალკეულ შემთხვევებში ვეცადე მედიცინის უმწვავესი პრობლემები მართლმადიდებელი რელიგიის თვალსაზრისითაც შემეფასებინა. ამ საქმეში დიდი დახმარება გამიწია ქართული მართლმადიდებელი ეკლესიის მოღვაწეთა ნააზრევმა, რისთვისაც დიდი მადლობა მინდა გადავუხადო მამა მიქაელს (ბოტკოველი), მამა ადამს (პროფ. ვ. ახალაძე), ასევე ფილოსოფიის მეცნიერებათა დოქტორებს, პროფესორებს ი. სილუიანოვასა (მოსკოვის ლომონოსოვის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბიოეთიკის კათედრის გამგე) და ა. ზაქარიაძეს (თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი). რეპროდუქციული კლონირების ეთიკური და რელიგიური პრობლემების კვლევისას გამოვიყენე ჟაკ-სუდოს საინტერესო სტატია —

„in vitro განაყოფიერებიდან კლონირებამდე“, ასევე ჟურნალებში „რელიგია“ და „საპატრიარქოს უწყებანი“ გამოქვეყნებული მასალები, რისთვისაც მადლობას მოვახსენებ მთარგმნელებსა და გამომცემლებს.

საქართველოში კლინიკური ტრანსპლანტოლოგიის განვითარების შესახებ ინფორმაცია მოგვაწოდა ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის ხელმძღვანელმა, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორმა, პროფესორმა გია თომაძემ, რისთვისაც მადლობას ვუხდი მას.

შინაარსი

წინასიტყვაობა 3
ექიმის ფიცი 6

თავი I. ეთიკიდან ბიოეთიკამდე 8
§1. ეთიკა როგორც მეცნიერება მორალის შესახებ 8
§2. მორალისა და სამართლის ურთიერთ-მიმართება 12
§3. მორალური არჩევანი და მორალური პასუხისმგებლობა 16
§4. ეთიკური ანალიზის საშუალებები და დონე 23
§5. უტილიტარიზმის ეთიკა 30
§6. დეონტოლოგიური ეთიკა 36
თავი II. ბიოეთიკა როგორც მეცნიერება 41
თავი III. ბიოეთიკის ძირითადი პრინციპები და წესები 66
§1. პრინციპი „არ ავნო“ 66
§2. პრინციპი „აკეთე სიკეთე“ 69
§3. პაციენტის ავტონომიის პატივისცემის პრინციპი 74
§4. სამართლიანობის პრინციპი 77
§5. სიმართლის წესი 81
§6. კონფიდენციალობის წესი 86
თავი IV. სიკვდილ-სიცოცხლის პრობლემა ბიოეთიკაში 90
§1. სიკვდილის კრიზისი – საკითხის ისტორია 90
§2. სიკვდილი და კვლევა ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ეპოქაში 94
§3. განწირულ ავადმყოფებთან დამოკიდებულება – პოსპისები 98
§4. „ტვინის სიკვდილი“ – ბიოლოგიური სიკვდილის კრიტერიუმი 106

§5. სიცოცხლის შემანარჩუნებელ თერაპიაზე უარის თქმის ეთიკური, რელიგიური და სამართლებრივი ასპექტები 113
§6. ევთანაზია 117
თავი V. ადამიანის რეპროდუქციის ეთიკური პრობლემები 129
§1. ხელოვნური ინსემინაცია 129
§2. ექსტრაკორპორული განაყოფიერება 137
§3. სუროგატული დედობა 145
§4. რელიგია ახალი რეპროდუქციული ტექნოლოგიების შესახებ 148
თავი VI. ადამიანის გენეტიკა: აწმყოსა და მომავლის ეთიკური პრობლემები 153
§1. სამედიცინო გენეტიკის მორალური პრობლემების სპეციფიკა 153
§2. სამედიცინო გენეტიკური ინფორმაციის მოპოვებისა და გამოყენების მორალური პრობლემები 156
§3. საერთაშორისო პროექტის „ადამიანის გენომი“ ეთიკური პრობლემები 163
§4. ევგენიკის პრობლემები 170
§5. გენური თერაპიის მორალური პრობლემები ბიოეთიკაში 175
თავი VII. ხელოვნური აბორტის ეთიკური პრობლემები 179
§1. საკითხის ისტორია 179
§2. აბორტის ლეგალიზაცია საბჭოთა კავშირში 185
§3. აბორტი: ეთიკური pro et contra 188
§4. აბორტთან დაკავშირებული ძირითადი მორალური პოსტულატები 195
§5. აბორტი და რელიგია 198
§6. აბორტის შესახებ კანონმდებლობა თანამედროვე სამყაროში 205

თავი VIII. კლინიკური ტრანსპლანტოლოგიის ეთიკური პრობლემები 209
§1. ტრანსპლანტოლოგიისათვის გაღებული სახსრების მორალური მისანშეწონილობა 211
§2. ცოცხალი დონორისაგან ორგანოების აღების მორალური პრობლემები 213
§3. გვამიდან ორგანოებისა და ქსოვილების ტრანსპლანტაციის მორალური პრობლემები 219
§4. დეფიციტური რესურსების განაწილების სამართლიანობის პრობლემა ტრანსპლანტაციის დროს 228
§5. ფეტალური ორგანოებისა და ქსოვილების ტრანსპლანტაციის მორალური პრობლემები 230
§6. ქსენოტრანსპლანტაციის ეთიკური პრობლემები 237
§7. ტრანსპლანტოლოგიის განვითარება საქართველოში 240
თავი IX. ეთიკა ფსიქიატრიაში 244
§1. პატერნალიზმი და ანტიპატერნალიზმი ფსიქიატრიის ისტორიაში 244
§2. ფსიქიატრიის სფეროს ეთიკური და სამართლებრივი რეგულირება 247
§3. ფსიქიკურად დაავადებულთა არანებაყოფლობითი ჰოსპიტალიზაცია 249
§4. პრინციპი "არ ავნო!" ფსიქიატრიაში 253
§5. ფსიქიატრიის ბოროტი მიზნებისათვის გამოყენება 256
§6. ფსიქიკურად დაავადებულთა კონფიდენციალობის დაცვა 260
§7. სულით ავადმყოფ პაციენტებზე ექსპერიმენტის ჩატარების თავისებურებანი 262
თავი X. რეპროდუქციული კლონირება და მორალი 265
თავი XI. აივ /შიდსი – ეთიკური პრობლემები 280

§1. საკითხის ისტორია.....280
§2. აიე ინფექცია/შიდსი, როგორც სოციალური და ბიოეთიკური პრობლემა.....288

ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში. გაერთიანებული ერების ორგანიზაციისა და მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის დოკუმენტები.....308

ბიბლიოგრაფია.....372