

**ბარნი რაჭიძე**

**საქართველო  
დემოკრატიული რესპუბლიკის**



**გარე ჩაწიქე**

**სამედიცინო  
დეონტოლოგია**

თბილისი, 2014

წინამდებარე სახელმძღვანელო თავისებური გაგრძელებაა პროფესორ გარი ჩაფიძის მიერ ამ ათიოდე წლის წინ გამოცემული წიგნის „ბიოეთიკა“ მასში ავტორი წიგნის რედაქტორის, ფილოსოფიურ მეცნიერებათა დოქტორის, სამედიცინო-სოციალურ მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსის ან განსვენებული უდიდესი მეცნიერის ბატონ დავით გეგეშიძის „ბიოეთიკის“ სფეროში გაღებული ღვაწლის შესახებ გვესაუბრებოდა, ამ წიგნის რედაქტორიც ბატონი დავითია, გამოცემის, რომელიც ფემმარიტად უდიდესი შენაძენია სამედიცინო სფეროში დასასაქმებელ და დასაქმებულ პირთათვის.

რედაქტორი **დავით გეგეშიძე**

**ISBN 978-9941-0-6079-3**

### ჰიპოკრატუს შინა (V-VI სს. ჩვ. წ-მდე)

„ვეფიცავ აპოლონ მკურნალსა, ასკლეპიოსსა, ჰიგიენასა და ჰანაცეას, და ყველა ღმერთსა და ქალღმერთსა, მონმეებათ ვრაცხ რა მათ, რომ კეთილსინდისიერად, ჩემის ძალ-ლონისა და ჩემის მიხვედრილობის შესაბამისად აღვასრულო ქვემორე აღთქმა და წერილობითი ვალდებულება: ვინც შემასწავლა მკურნალობის ხელოვნება, ჩემი მშობლების თანასწორად მივიჩნიო იგი, გაუნაწილო მას ჩემი მონაგარი და სანუროებისას შევეწიო გასაჭირში; მისი შთამომავალნი ჩემს ძმებად მივილო და ეს ხელოვნება, თუკი ისინი მის დაუფლებას მოისურვებენ, შევასწავლო უსასყიდლოდ და ყოველგვარი პირობის გარეშე; რჩევა დარიგებანი, ზეპირი გაკვეთილები და ყოველივე დანარჩენი მოძღვრებისა ვამცნო ჩემს ძეთ, ძეთ ჩემი მასწავლებლისა და მონაფეებსაც, რომელნიც შეკრულნი არიან ვალდებულებითა და ფიცითა საექიმო კანონისა და კვალობაზე და არავის ვამცნო სხვას.

ჩემი ძალ-ლონისა და მიხედულობის შესაბამისად მხოლოდ და მხოლოდ სასარგებლო განწესება დაუდგინო ავადმყოფს და ავერიდო ყოველგვარ ვნების მიყენებას და უსამართლობას. არ მივცე არცერთ მთხოვნელს მომაკვდინებელი საშუალება და არცა გზა ვასწავლო ასეთი ზრახვის შესრულებისა; ასევე არ მივცე არც ერთ ქალს მუცლის მოსაშლელი პესარიუმი. სპეტაკად და უმნიკლოდ

მოვიხმარო ჩემი ცხოვრება და ჩემი ხელოვნება. რომელ სახლშიც შევიდე, მხოლოდ ავადმყოფის სასიკეთოდ შევალო ამ სახლის კარი და არ იყოს გულსა ჩემსა წინაგანზრახვა, უმართებლობა და ავი სურვილი, მითუმეტეს ზრახვანი სამიჯნურონი ქალთა მიმართ და რუშობის ნდომა კაცთა მიმართ, არცა აზატთა და არცა მონათა მიმართ.

ოდეს მკურნალობის ჟამს – ან თუ სხვა დროს – ყური მოვკრა ანდა ვიხილო რაიმე კაცთა ცხოვრებიდან, რაიცა არ უნდა იქნეს გამჟღავნებული, საიდუმლოდ მივიჩნიო და არავის გავეუმხილო იგი.

და მე განუხრელად შემსრულებლისა ფიცისა, ბედნიერება მხვდეს ცხოვრებაში და ჩემსა ხელოვნებაშიც, და მადიდონ კაცთა უკუნითი უკუნისამდე, ხოლო უკეთუ დავარღვიო ფიცი ანდა ცრუ აღთქმა დავდო, პირუკუ მომეგოს მე“.

## ქმის უიცი

ვხდები რა სამედიცინო პროფესიის წარმომადგენელი, საზეიმოდ ვფიცავ:

- ჩემი ცხოვრება მივუძღვნა ადამიანის სამსახურს;
  - ღირსეული პატივი და მაღლიერება მივაგო ჩემს მასწავლებლებს;
  - კეთილსინდისიერად და ღირსეულად შევასრულო ჩემი პროფესიული მოვალეობა;
  - პაციენტის ჯანმრთელობა გავიხადო ჩემს უმთავრეს საზრუნავად;
  - შევინახო ჩემთვის მინდობილი საიდუმლო პაციენტის სიკვდილის შემდეგაც კი;
  - შეძლებისდაგვარად დავამკვიდრო საექიმო პროფესიის კეთილშობილური ტრადიციები;
  - კოლეგები მივიჩნიო ძმებად და დებად;
  - არ დავუშვა პაციენტის ასაკის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის, აღმსარებლობის, 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.

## **აუსილუგული განმარტებები:**

**ანთროპოლოგია** – (ბერძ. anthropos - ადამიანი და logos – მოძღვრება) მეცნიერება, რომელიც სწავლობს ადამიანის ბიოლოგიურ ბუნებას, ადამიანის წარმოშობას, რასებს. ფილოსოფიაში ანთროპოლოგია არის ადამიანის გაგება, როგორც ბუნების უმაღლესი და ყველაზე სრულქმნილი პროდუქტისა, რომლის შემეცნება იძლევა ბუნების საიდუმლოებათა გასაღებს, რადგან ადამიანის სხეულებრივ მოქმედებათა ორგანულ ერთიანობაში მონაწილეობს ყველა მისი პროდუქტული ძალა.

**აქსიოლოგია** – (ბერძ. axia – ღირებულება და logos - მოძღვრება) ფილოსოფიური დარგი, რომელიც სწავლობს ღირებულების რაობას.

**ევთანაზია** – (ბერძნ. eut - ტკბილი, უშფოთველი, thanatos - სიკვდილი) უკურნებელი სენით დაავადებული, სიკვდილის წინა სტადიაში მყოფი ავადმყოფის სიცოცხლის განზრახ შეწყვეტა მისივე დაჟინებული თხოვნით. ევთანაზია მოიცავს სამ კომპონენტს: 1. ავადმყოფის დასაბუთებულ თხოვნას; 2. სიბრალულს, არა ანგარებას; 3. ავადმყოფის სიკვდილის გარდუვალობას.

**მოვლა ტერმინალურ მდგომარეობაში** – პაციენტის მოვლა, როდესაც მკურნალობის არსებული მეთოდებით შეუძლებელია მისი დაავადების მდგომარეობის ფატალური პროგნოზის გაუმჯო-

ბესება; აგრეთვე, მომაკვდავი ავადმყოფის მოვლა.

**პაციენტი** – ჯანმრთელი ან დაავადებული, რომელიც სარგებლობს, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მომსახურებით.

**პრევენცია** – ( ლათ. *praeventio* წინასწარი) წინასწარი ზომების მიღება რისამე თავიდან ასაცდენად.

**აქტიური ევთანაზია** – შეგნებული მოკვდინება მოწყალეების საბაბით, რომელიც სრულდება სხვის (მედიცინის ან სხვა დარგის წარმომადგენლის) მიერ – „შევსებული შპრიცის მეთოდი“.

პასიური ევთანაზია – შეზღუდული ან რთული მეთოდებით ორგანიზებული მკურნალობის შეწყვეტა–გამორიცხვა, რომელსაც ავადმყოფის მოკვდინება მოჰყვება.

**ნიჰილიზმი** – (ლათ. *nihil* არაფერი). აბსოლუტური უარყოფა, თვალსაზრისით ყოველი სახის დადებითი იდეალის ნერგაცია, ყველაფრისხელალებით უარყოფა, საყოველთაოდ აღიარებული ნორმების მიუღებლობა. ხმარებაში შემოიტანა გერმანელმა ფილოსოფოსმა ჰაინრიხ იაკობმა (1743–1819), თეორიულად დაასაბუთა ფრიდრიხ ნიცშემ.

**დისტანაზია** – „ცუდი კვდომა“ –= „გამოუყენებელი შპრიცის მეთოდი“ ექიმის მიერ „მოცემული სიტუაციის მორალის“ საფუძველზე მიღებული გადაწყვეტილება, ავადმყოფის მდგომარეობისა



და ინტერესების რეალური შესაძლებლობის გათვალისწინებით.

**ორთოთონაზია** – ექიმის გადაწყვეტილებით მომაკვდავი ადამიანისთვის წამლების შეზღუდვა ან მთლიანად შეწყვეტა.

**ტრუენტი** – საკუთარი სპეციალობასთან (ძირითადად სამედიცინო დარგთან) ერთად ჰუმანიტარულ–საგანმანათლებლო დარგში მოღვაწე ექიმი. ტერმინი, გადატანით მნიშვნელობით, პირველად იხმარა გამოჩენილმა ბრიტანელმა ქირურგმა, განათლებულმა და ტრუენტმა, ლორდმა ბიორკლი მოინიგანმა (1856–1936 წ. წ.) ლექციაში: „ცნობილი ექიმისა და არანაკლებ ცნობილი ჟურნალისტი–ტრუენტის თომას ლინაკრუსის (1460–1534 წ. წ.) შესახებ.

**ინიექცია** – (ლათ. *injectio* – შეგდება) – სხეულის ქსოვილებსა და ღრუებში სამკურნალო ხსნარის გარკვეული დოზის შეყვანა, შემხაპუნება.

**რეანიმაცია** (ლათ. *re*–კვლავ, ხელახლა და *animo* – გავაცოცხლებ) – სხვადასხვა საშუალებით სიცოცხლის აღდგენა, დაბრუნება (კოლაფსის, აგონიის, არასრული კლინიკური სიკვდილის დროს).

**რეანიმატოლოგია** – მედიცინის დარგი, რომელიც სწავლობს რეანიმატოლოგიას.

**სუიციდი** – პირდაპირი მნივშვნელობით თვითმკვლელობა.

**სუიციდოლოგია** – მოძღვრება თვითმკვლელობის შესახებ.

**სუიციდენტი** – პირი რომელმაც შეიძლება თავი მოიკლას.

**პარასუიციდი** – ადამიანებში ჩანერგილი სიკვდილის (თვითმკვლევლობის) გაუცნობიერებელი სურვილი.

**თანატოლოგია** – (ბერძ. *thanatos* – სიკვდილი და *logos* მოძღვრება) მედიცინის დარგი, რომელიც სწავლობს ორგანიზმში მიმდინარე სიკვდილის-ნინა და სიკვდილიშემდგომ პროცესებს, აგრეთვე სიკვდილის ნიშნებს.

**ტოქსინი** – ბერძ. *toxikon* შხამი) – შხამიანი ნივთიერება, რომელსაც გამოყოფს ზოგი მიკროორანიზმი, აგრეთვე მცენარე და ცხოველი.

**ტოქსემია** – (ბერძ. *toxikon* შხამი, *haima* სისხლი) – ორგანიზმის მონამვლა ტოქსინებით.

**ტოქსიკოლოგია** – (*toxikon* შხამი, *logos* – მოძღვრება, სწავლება) – მეცნიერება, რომელიც სწავლობს შხამიანი ნივთიერებების თვისებებს, ორგანიზმზე ამ ნივთიერებათა მოქმედების მექანიზმს, მათ მიერ გამოწვეულ პათოლოგიურ პროცესებს (მონამვლას), მათ მკურნალობასა და პროფილაქტიკას.

**ტოქსიკოლოგი** – ტოქსიკოლოგიის სპეციალისტი.

**პატერნალური** – (იტალ. *paternate* მამობრივი) – პაციენტ-ექიმის ურთიერთობაში ავადმყოფისადმი ექიმის მზრუნველი, მამობრივი, მშობლიური დამოკიდებულება.

XXI – განსაკუთრებული ხილვითი რაობის საუკუნეა, ამიტომაც, ჯერ კიდევ მეოცედიდან გადმოყოლილ უამრავ მეცნიერებებს ახლებიც დაემატა და შემეცნებითმა მიღწევებმა თანამედროვე რეალური ასახვა ჰპოვეს ნებისმიერი მიმართულებით, განსაკუთრებით საყურადღებოა სამედიცინო რეალობა, ყველაფერთან ერთად, ეს ისეთი სათუთი სფეროა, რომელსაც განსაკუთრებული მიდგომა სჭირდება, უფრო მეტიც, როგორც სულმნათი სოკრატე იტყოდა, „თუ სულს არ უმკურნალებ, სხეულის განკურნება შეუძლებელია!“ – გესმით ძვირფასებო! – მარტო სხეულის კი არა, სულის მკურნალებიც არიან მედიცინის მუშაკები, ამიტომაც სამედიცინო დეონტოლოგიის არსის ჩამოყალიბება, იოლი როდია, თუმცა იგი ბიოეთიკის მეცნიერების თანმდეგია, ამიტომაც ამ სახელმძღვანელოში ორი ერთმიმართულებიანი ცნების განხილვა სინქრონულად გადავწყვიტეთ.

ბიოეთიკის, როგორც დამოუკიდებელი მეცნიერების დახასიათებისათვის მივუთითებთ ამ მეცნიერების ობიექტზე; ავხსნით მისი პრინციპების რაობას; გავარკვევთ ბიოეთიკის სპეციფიკას – გამოვყოფთ იმ კატეგორიებს, რომლებსაც ეს მეცნიერება სხვა მეცნიერებებისაგან განსხვავებით განიხილავს; დავასახელებთ იმ მეთოდებს, რომელთა საშუალებითაც იგი თავის მიზანს ასრულებს; განვმარტავთ ბიოეთიკის ამოცანებს და ფუნქციებს; გადმოვცემთ მისი წარმოშობის

ისტორიის ძირითად ეტაპებს; გავარკვევთ ფილოსოფიასთან, ეთიკასთან, სამედიცინო ეთიკასთან, საექიმო ეთიკასთან და სამედიცინო დეონტოლოგიასთან მის მიმართებას. ამით ბიოეთიკის როგორც მეცნიერების დამოუკიდებელი დარგის დასაბუთების ცდა გამართლებული იქნება.

მეცნიერებების სიმრავლის მიუხედავად, მეცნიერებათა კლასიფიკაცია, ძირითადად, ბუნების შესახებ მეცნიერებების (ბუნებათმეცნიერების) და საზოგადოების შესახებ მეცნიერებების (საზოგადოებათმეცნიერებების) პრინციპით არის მიღებული. ბუნებათმეცნიერებების – ფიზიკის, ქიმიის, ასტრონომიის, ბიოლოგიის, გეოლოგიის და ა. შ. შესასწავლი ობიექტი არის ბუნება. საზოგადოებათმეცნიერებების – ისტორიის, იურისპრუდენციის, სოციოლოგიის, პოლიტოლოგიის, კულტუროლოგიის და ა. შ. ობიექტი არის საზოგადოება – სოციუმი, ადამიანთა ურთიერთობები. აღნიშნული დაყოფა პირობითი ხასიათისაა, რადგან გარკვეული მეცნიერებების რიგი ბუნებისა და სოციუმის მომიჯნავე ობიექტის კანონზომიერებებს შეისწავლიან.

მეცნიერების პრინციპები მეცნიერების არსს, მის ფუნქციას განსაზღვრავენ. თუ მეცნიერების ობიექტის შესახებ რამდენიმე (ზოგჯერ ათეული) მეცნიერება ფუნქციონირებს, მეცნიერების საგანზე მსჯელობის დროს მხოლოდ ერთი მეცნიერება იგულისხმება.

მეცნიერების ობიექტის მრავალფეროვნებიდან მეცნიერების საგნის მრავალასპექტიანობა იმით განსხვავდება, რომ ეს უკანასკნელი ერთი რიგის მოვლენას ასახავს, ერთი მეცნიერების ქვედისციპლინების საგნის შესწავლას ისახავს მიზნად. მაშინ, როდესაც მეცნიერების ობიექტის შესახებ არსებული დისციპლინები განსხვავებული რიგის მეცნიერების სახით ყალიბდებიან.

ადამიანი ურთულესი ბიოლოგიური, სოციალური, სულიერი, ზნეობრივი ნორმების მატერებელი არსებაა. გამოჩენილი ფრანგი მეცნიერის, თეოლოგიაში ახალი მიმდინარეობის – ტეირდიზმის ფუძემდებელი პიერ ტეიარ დე შარდენის (1881–1955 წ. წ.) განმარტებით ადამიანი სამყაროს ანალოგიური არსებაა, რადგან მასში სამყაროა აკუმულირებული. ადამიანი თვით სამყაროს, ღმერთის სახეა.

ადამიანს როგორც შესწავლის ობიექტს სხვადასხვა მეცნიერებები (ბიოლოგია, მედიცინა, ფსიქოლოგია, ანთროპოლოგია და სხვა) სწავლობენ. მედიცინა (ლათ. მედიცინე – ვკურნავ) არის მეცნიერება ადამიანის დაავადებათა გამოცნობის, მკურნალობის შესახებ. თანამედროვე ფიზიოლოგიისა და ექსპერიმენტალური პათოლოგიის ფუძემდებლის კლოდ ბერნარის (1813–1878) განმარტებით „მედიცინა არის მეცნიერება ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და დაავადებათა განკურნების შესახებ“. როგორც სხვა მეცნიერე-

ბებს, მედიცინასაც, როგორც დამოუკიდებელ მეცნიერებას, თავისი კვლევის ობიექტი, შესასწავლი საგანი, ამოცანები და კვლევის მეთოდები აქვს. თვით მედიცინა როგორც მეცნიერული ცოდნისა და პრაქტიკული (კლინიკური) რჩევების გარკვეული სისტემა, მრავალფეროვან მიმართებებს და ასპექტებს მოიცავს, რომლებიც, ძირითადად, თეორიული და პრაქტიკული მედიცინის დისციპლინების სახით არიან წარმოდგენილნი. თეორიული მედიცინა სამედიცინო-ბიოლოგიურ დისციპლინათა რიგს აერთიანებს, პრაქტიკული მედიცინა – კლინიკური, სამედიცინო-სოციალური, ჰიგიენური, პროფილაქტიკური და სხვა დისციპლინების სისტემებს.

თეორიული მედიცინის დისციპლინებიდან ადამიანის სხეულის აგებულებას შეისწავლიან ანატომია, ჰისტოლოგია, ციტოლოგია, ორგანიზმის ფუნქციებსა და მოქმედების კანონზომიერებებს – ფიზიოლოგია, ბიოქიმია, ბიოფიზიკა; პათოლოგიური პროცესების წარმოშობას, მიმდინარეობას და განვითარებას – პათოლოგიური ანატომია, პათოლოგიური ფიზიოლოგია; ადამიანის ორგანიზმზე სამკურნალო საშუალებების სამკურნალო და ტოქსიურ მოქმედებას – ფარმაკოლოგია, ტოქსიკოლოგია და სხვა. ასევე მრავალფეროვნებით აღინიშნება პრაქტიკული მედიცინის დისციპლინების სიმრავლე.

შესამჩნევია კლინიკური მედიცინის ვიწრო სპე-

ციალიზაციის (მისი დიფერენციაციის) სწრაფი პროცესი, რაც ადამინის ერთი ორგანოს ან ორგანოთა სისტემის დაავადებათა ლოკალიზაციის პრინციპს ეფუძნება. ამ თვალსაზრისით თერაპიული რიგის დისციპლინებს ცალკე დარგებად გამოეყო: კარდიოლოგია, პულმონოლოგია, ნეფროლოგია, გასტროენტეროლოგია, კლინიკური ენდოკრინოლოგია, ნევროპათოლოგია, ქირურგია, ოტოლარინგოლოგია, ოფთალმოლოგია. ავადმყოფის ასაკის და სქესის შესაბამისად ცალკე დარგებად გამოიყო: პედიატრია, გერიატრია, მეანობა და გინეკოლოგია.

ადამიანის ზოგადი ჰიგიენის პარალელურად არის: ბავშვთა და მოზარდთა ჰიგიენა, კომუნალური ჰიგიენა, კვების ჰიგიენა, შრომის ჰიგიენა, რადიაციული ჰიგიენა.

დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მეთოდების თავისებურებათა მიხედვით ცალკე დარგებად დაფუძნდნენ სხივური დიაგნოსტიკისა და სხივური თერაპიის მეცნიერება, რადიოლოგია, ფიზიოთერაპია. პათოლოგიური პროცესების კანონზომიერებათა გათვალისწინების აუცილებლობამ საჭირო გახადა ისეთი კლინიკური დისციპლინის ცალკე გამოყოფა, როგორებიცაა: ონკოლოგია, ფთიზიატორია, ვენერგოლოგია და სხვა.

მედიცინის დარგების დიფერენციაციის პარალელურად კვლევის ფარგლების გაფართოებამ, სხვადასხვა კანონზომიერებათა კავშირების გათ-

ვალისწინების აუცილებლობამ საჭირო გახადა სხვადასხვა სამეცნიერო დისციპლინის ინტეგრაცია. ასე წარმოიშვა: ბიოქიმია, ნეიროქირურგია, ბიოფიზიკა, ნეიროფიზიოლოგია და სხვა.

სამედიცინო მეცნიერებების სიმრავლისა და „სიმდიდრის“ მიუხედავად სამედიცინო მოღვაწეობა, კლინიკური საქმიანობა აუცილებლად გულისხმობს ამ მეცნიერებათა გამაერთიანებელ ფაქტორს – პაციენტექიმის, ექიმთა შორის ურთიერთობას, ექიმთა საზოგადოებასთან და ტექნიკურ ინსტრუმენტალიასთან დამოკიდებულებას, ავადმყოფის ახლობლებთან, საექიმო პერსონალთან, ფარმაცევტულ საშუალებებთან მიმართებას. აღნიშნული ურთიერთობების, მომავალში შესაძლო მოქმედებების (ჯერარსი) დარეგულირებისათვის საჭიროა გარკვეული ხასიათის ეთიკურ–მორალური ნორმების და პრინციპების სისტემა, რომლის განხორციელების სიძნელეების გადაწყვეტის აუცილებლობას ამ პროცესში თავისებური ცვლილებები შეაქვთ. სწორედ ეს სფერო, ეს ობიექტი არის ზოგადი ეთიკის ერთ–ერთი სახის სამედიცინო ეთიკის (პროფესიული ეთიკის), საექიმო ეთიკის, სამედიცინო დეონტოლოგიის „მოქმედების ასპარეზი“.

სამედიცინო ეთიკის, საექიმო ეთიკის, სამედიცინო დეონტოლოგიის პრინციპები ჩვენს წელთაღრიცხვამდე V საუკუნის დასასრულსა და IV საუკუნის დასაწყისში ანტიკური მედიცინის რე-



ფორმატორმა, მედიცინის მამად წოდებულმა ჰიპოკრატემ (ძვ. წ. 460–377) ჩამოაყალიბა. ისინი (არ ავნო, სიფრთხილე გამოიჩინე წამლის გამოცვლის დროს, პატივი ეცი შენს მასწავლებელს და სხვ). შეადგენენ იმ საერთო ზოგადეთიკურ პრინციპებს, რომლებიც აერთიანებენ და აკავშირებენ სამედიცინო ეთიკის განვითარების მთელ ისტორიას, ქმნიან პროფესიული ეთიკის განსაკუთრებულ სახეს. ეს პრინციპები სამედიცინო ეთიკის საფუძველთ საფუძველია, ამიტომ ჰიპოკრატეს ექიმის ფიცი საექიმო პროფესიის მორალურ კოდექსად არის მიჩნეული.

საექიმო ეთიკის, სამედიცინო ეთიკის და სამედიცინო დეონტოლოგიის ცნებებში მოაზრებული შინაარსის, მათი ურთიერთდამოკიდებულების შესახებ სპეციალურ ლიტერატურაში აზრთა სხვადასხვაობა აღინიშნება. ზოგიერთის მსჯელობის თანახმად საექიმო ეთიკა უფრო ფართო მოცულობის ცნებაა, ვიდრე სამედიცინო ეთიკა ან სამედიცინო ეთიკის „სამოქმედო არეალი“ უფრო ფართოა, ვიდრე საექიმო ეთიკის და სამედიცინო დეონტოლოგიის და ა. შ.

სამედიცინო ეთიკა, საექიმო ეთიკა და სამედიცინო დეონტოლოგია ერთი რიგის ცნებებია. მაგრამ მათ შორის აღინიშნება არა არსებითი ხასიათის განსხვავებანი.

საექიმო ეთიკის ცნებაში, ძირითადად, მოიაზრება ის ზოგადეთიკური პრინციპები, ქცევის ნორ-

მებად მიღებული პოსტულატები, ტრადიციულად შემუშავებული მოთხოვნები, მედიცინის შესახებ არსებული სხვადასხვა კანონებით, კოდექსებით, ინსტრუქციებით გათვალისწინებული საკანონმდებლო აქტები, რომლებიც ექიმ-პაციენტის, ექიმთა შორის ურთიერთობებს არეგულირებენ.

სამედიცინო ეთიკის ცნებაში აღნიშნულ ურთიერთობებთან ერთად სამედიცინო პერსონალთან ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის და ამ სისტემის სტრუქტურების წარმომადგენლებთან, პაციენტის ახლობლებთან, მათ ნათესავებთან ურთიერთობა იგულისხმება. ამავე ცნებაში მოიაზრება სამედიცინო დარგის წარმომადგენელთა შედარებით გაფართოებული (არასაექიმო) ურთიერთკავშირი.

სამედიცინო დეონტოლოგია საექიმო ეთიკისა და სამედიცინო ეთიკის ცნებებში ნაგულისხმევი ურთიერთობების (ექიმისა და პაციენტის, საექიმო პერსონალის და პაციენტის, მისი ნათესავ-ახლობლების, სამედიცინო ტექნოლოგიის წარმომადგენლების და გამოკვლევების შედეგების დამუშავების ადამიანების – ბიოლოგების, ქიმიკოსების, ინჟინრების და აშ. შ. ფარმაცევტული საშუალებების და სადაზღვევო სისტემის წარმომადგენლების და ა. შ.) მომცველია. ამასთან ერთად სამედიცინო დეონტოლოგიაში წინა პლანზე გამოდის ჯერარსი (მომავლის შედეგის „უნდაზე“) ფენომენი. ამიტომ სამედიცინო დეონტოლოგია

აღნიშნული ურთიერთობებიდან გამომდინარე შედარებით გლობალური ხასიათის პრობლემებს მოიცავს. ასე მაგალითად, როგორ მოექცეს აბორტის გაკეთების დროს ექიმი პაციენტს, ეს საექიმო ეთიკის სფეროა. როგორი დამოკიდებულება უნდა დამყარდეს აბორტის დროს პაციენტსა და ექიმს, ექთანს, საავადმყოფოს ადმინისტრაციის წარმომადგენლებს და ა. შ. შორის – ეს სამედიცინო ეთიკის სფეროა. მაგრამ ზოგადი პრობლემა – რამდენად ზნეობრივია საერთოდ აბორტი – ეს უკვე ბიოეთიკის „პირდაპირი საქმეა“.

ტერმინი „დეონტოლოგია“ თავდაპირველად ინგლისელმა ფილოსოფოსმა, იურისტმა, უტილიტარიზმის ფუძემდებელმა იერემია ბენტამმა (1748–1832) იხმარა. მან წიგნში „დეონტოლოგია ანუ მეცნიერება მორალის შესახებ“ ჩამოაყალიბა დეონტოლოგიის როგორც დამოუკიდებელი მეცნიერების პრინციპები. მისი განმარტების თანახმად, ადამიანის მოქმედების მორალური შეფასების საზომი ამ მოქმედების სარგებლიანობის გამორჩენის, კმაყოფილების, სიკეთის და ბედნიერების მიღწევას. ისინი განსაზღვრავენ ადამიანის ჯერარს – იმას, რაც უნდა იყოს – ბედნიერებას, ამცირებენ ტანჯვას. ბეტმანის მტკიცების თანახმად, ცხოვრების უმაღლესი პრინციპი ადამიანისთვის მეტი ბედნიერების მინიჭებით განისაზღვრება. ბენტამმა დეონტოლოგიის ზოგადი პრინციპების განხორციელება მიზანშეწონილად,

უპირველეს ყოვლისა, მედიცინაში მიიჩნია. მან ზოგად დეონტოლოგიასთან ერთად პროფესიული ეთიკის ერთ-ერთი სახის – სამედიცინო დეონტოლოგიის თეორიული საფუძვლები დაამუშავა.

დეონტოლოგია (დეონ – საჭირო, ლოგოს – მოძღვრება) როგორც ეთიკური მოძღვრება ფართო გაგებით არის მეცნიერება მოვალეობის და ჯერარსის შესახებ. სამედიცინო დეონტოლოგია, მოიცავს რა პაციენტ-ექიმის ადმინისტრაციულ-რეგლამენტირებულ ურთიერთობებს, აზუსტებს და ანესრიგებს მათი შესრულების მექანიზმს, მოითხოვს სამედიცინო პერსონალისაგან, საზოგადოებრიობისაგან. ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენლებისაგან დადგენილი ნორმების (ზნეობრივი პრინციპების) შესრულებას, რომლებიც მიზნად ავადმყოფის მკურნალობისათვის სარგებლიანობის მაქსიმალური ამალღების მიღწევას ისახავს. სამედიცინო დეონტოლოგია მოიცავს საექიმო საიდუმლოების დაცვის ტრადიციების სფეროს. სწორედ ამიტომ დეონტოლოგია უფრო ფართო მოცულობის ცნებაა, ვიდრე სამედიცინო დეონტოლოგია.

ისტორიულ ეპოქებში მეცნიერული კვლევის მეთოდების გაფართოება, ახალი მეცნიერებების წარმოშობა, ტექნოლოგიების განვითარება, ცვლილებები ადამიანთა ცნობიერების შინაარსში სამედიცინო ეთიკის, საექიმო ეთიკის, სამეცნიერო დენტოლოგიის პრინციპებში გარკვეული

კორექტივების შეტანის საჭიროებას აყენებდა. ეს მოთხოვნები განსაკუთრებით აქტუალურად XX საუკუნის ბოლოს დაისვა. სამედიცინო ეთიკის ცნებაში საჭირო გახდა იმ პრინციპების შეტანა, რომლებიც ჰიპოკრატეს ექიმის ფიცში მოცემული არ იყო. ასე მაგალითად: ჰიპოკრატეს ფიცი არ მოითხოვდა სიცოცხლის გახანგრძლივების ღონისძიებებს. ინგლისელმა ფილოსოფოსმა, ექსპერიმენტალური მეთოდის ფუძემდებელმა ფრენსის ბეკონმა (1561–1628) დაასაბუთა ექიმის დანიშნულების ისეთი მოთხოვნები, როგორებიცაა: 1. დაავადების განკურნება, 2. ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება და 3. სიცოცხლის გახანგრძლივება. ბეკონის დებულება – „ექიმის მოვალეობა სიცოცხლის გახანგრძლივებაა“ სამედიცინო ეთიკის, საექიმო ეთიკის და სამედიცინო დეონტოლოგიის ერთ–ერთ აუცილებელ ატრიბუტად იქცა.

შემდგომ წლებში ჰიპოკრატეს ფიცის პრინციპებით დატვირთული სამედიცინო მოვალეობები სამართლებრივი იმპერატივებით შეივსო – ეგრეთ წოდებული თომას პერსივალის კოდექსი, ამერიკელ ექიმთა ასოციაციის 1874 წლის კოდექსი და სხვა.

სამედიცინო დარგების სწრაფმა განვითარებამ, ადამიანის უფლებების და თავისუფლების დაცვის საერთაშორისო საკანონმდებლო დოკუმენტებმა ჰიპოკრატეს ექიმის ფიცის ზოგიერთი პრინციპის

„კრიზისი“ გამოიწვია, რადგან ისინი და სინამდვილის მოთხოვნები ერთმანეთს არ ეთანხმებოდნენ. ამის გათვალისწინებით „სამედიცინო ეთიკის საერთაშორისო კოდექსში“, რომელიც მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის – „მსა“ მიერ 1949 წელს იქნა დამტკიცებული და წარმოადგენდა 1948 წელს იგივე ასოციაციის მიერ მიღებული „ჟენევის დეკლარაციის ფიცის“ ტექსტის სრულყოფას – სამედიცინო პროფესიული ეთიკის პრინციპები და ზნეობრივი ნორმები გაცილებით ფართოდა ისახა, ვიდრე ისინი ჰიპოკრატეს ექიმის ფიცით იყო დაკანონებული. კერძოდ: „ექიმის საერთო ვალდებულებების“ პარალელურად მასში შეტანილ იქნა „ექიმის ვალდებულებები ერთმანეთის მიმართ“, „ექიმის ვალდებულებები ავადმყოფის მიმართ“, „ავადმყოფის უფლებები“ და სხვა. ჰიპოკრატეს ექიმის ფიცთან „კონფლიქტი“ მოუხდა მოქალაქეობრივი ეთიკის ძირითად პრინციპს – ადამიანის თავისუფლებისა და უფლებების უზრუნველყოფის მოთხოვნებს, საჭირო გახდა არსებითი ხასიათის ცვლილებების შეტანა ცნებებში: „დონორი“, „გამოსაცდელი“, „მომაკვდავი ადამიანი“, „სიკვდილი“, ამიტომ ჰიპოკრატეს ექიმის ფიცის შინაარსის გაფართოების აუცილებლობა უფრო საჭირო გახდა.

უკანასკნელი ათეული წლის განმავლობაში სიფართოვით და სიღრმისეული თავისებურებებით წარმოჩინდა სამედიცინო-ბიოლოგიური აღმოჩე-

ნები და ამ მიმართულებით მეცნიერული კვლევების შედეგები: ცხოველების და ადამიანების ახალი სახეობების კლონირების შესაძლებლობები; ახალი მიკროორგანიზმების კონსტრუირებისა და მათი გავრცელებით გამოწვეული საშიშროებანი; ქალის ორგანიზმის გარეშე განაყოფიერების შესაძლებლობანი; ვაქცინო პროფილაქტიკური საშუალებების მიზნობრივი და არამიზნობრივი (ბოროტად) გამოყენების რეალობანი; ქსენობიოტიკების მოზღვაგების შეჩერების საჭიროებანი; უახლოესი ტექნიკურ-ინჟინერული მიღწევების შესაძლო უარყოფითი შედეგები; ეკოლოგიური წონასწორობის დარღვევის შედეგად გამოწვეული კატასტროფების რეალობანი და ა. შ. მედიცინის ტექნოლოგიზაცია და ქიმიზაცია (ახალი აღმოჩენები – ულტრაბგერითი ტექნიკის განვითარების შედეგები, კომპიუტერიზაცია განვითარების შესაძლო პერსპექტივები), რასაკვირველია, ეხმარება ექიმს მუშაობაში, მაგრამ ტექნოლოგიების სიმრავლე ექიმის ავადმყოფთან დაშორების საშიშროებას, ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობის უნიკალური ფენომენის დაკნინების რეალობას ქმნის. ცხადია, ყოველივე აღნიშნულმა არსებითად შეცვალა ზნეობრივი პრინციპების ტრადიციული ხასიათი – ადამიანის სამყაროსადმი, ადამიანისადმი, სიცოცხლე-სიკვდილისადმი მიდგომის კრიტერიუმები. მთელი პრინციპულობით დაისვა ზოგად მსოფლმხედველობრივ-ფილოსოფიურ-

ზნეობრივი პრობლემები მოითხოვა აპოკალიპსური პარადიგმების მცდარების დასაბუთება და მათ ნაცვლად ახალი ზნეობრივი იმპერატივების შემუშავების საჭიროება – რა არის სიცოცხლის საზრისი? რა ღირებულება აქვს ჯანმრთელობას და რა არის ავადმყოფობა? როგორია სიცოცხლე–სიკვდილის ურთიერთობა? რა „დოზით“ შეგვიძლია ჩავერთოთ ბუნების საიდუმლოებებში? (აბორტი, სუიციდი, ევთანაზია, ორგანოთა და ქსოვილთა ტრანსპლანტაცია და სხვა) რას მოგვიტანს უახლოეს მომავალში ეს მიღწევები? (გენომი, გენური ინჟინერია, ხელოვნური ადამიანის შექმნა და ა. შ.) მედიცინის ზედმეტად ინსტრუმენტალიზაცია, არსებითად ხომ არ იმოქმედებს მეცნიერების ამ სახეობის სპეციფიკაზე? და ა. შ. ე. ი. დღის წესრიგში, როგორც იტყვიან, მთელი სიგრძე–სიგანით დადგა აქსიოლოგიური ხასიათის პრობლემები.

ყველა ჩამოთვლილი და მისი რიგის საკითხები აღარ „ეტეოდა“ სამედიცინო ეთიკის, საექიმო ეთიკის, სამედიცინო დეონტოლოგიის ჩარჩოებში. ისინი ბიოსამედიცინო ეთიკის, როგორც სიცოცხლის რაობის, სამყაროს მომავლის (ჯერარსის), ადამიანთ აბედის, სიცოცხლის არსის, ავადმყოფობის და ჯანმრთელობის და ა. შ. მეცნიერების „მოქმედების სფერო“ გახდა. გადამწყვეტი მნიშვნელობა შეიძინა ადამიანთა უფლებების საყოველთაო აღიარებამ, მათი დაცვის მექანიზმების ამოქ-



მედებამ, თავისი ადგილი განესაზღვრა ექიმს, „ხმის ამოღების“ უფლება მიეცა პაციენტს. ჰიპოკრატეს ყველაზე ცნობილმა პრინციპმა „არ ავნო ავადმყოფს“ ცვლილებები განიცადა. როდესაც თანამედროვე პროფესიონალი ქირურგი-ტრანსპლანტოლოგი ნერგავს თირკმელს ან ცოცხალი დონორის ფილტვის ნაწილს (იმ შემთხვევაშიც, როცა მას დონორის თანხმობა აქვს), ეთიკური ნორმების დაცვა საკმარისი არ არის. დამატებით აუცილებელია სამართლებრივი უზრუნველყოფა.

კლინიკური მედიცინის განვითარების თანამედროვე პროგრამებმა ჰუმანიზმის პრინციპების დაზუსტება მოითხოვა. ბევრი ზნეობრივი ნორმის და კრიტერიუმის გადაფასება გახდა საჭირო. ასე მაგალითად: შეესაბამისება თუ არა ჰიპოკრატეს ექიმის ფიციდან გამომდინარე პრინციპებს და რელიგიურ (საეკლესიო) პოზიციებს ხელოვნური განაყოფიერება ან მომაკვდავი ადამიანის სიცოცხლის გახანგრძლივებისათვის ტექნიკური საშუალებების გამოყენება? საჭიროა თუ არა „ადამიანის მიღება“ ინკუბაციის საშუალებებით და ა. შ.

საუკუნეების განმავლობაში აბსოლუტურ ჭეშმარიტებად მიჩნეული პრინციპების კრიტერიუმების ერთი რიგი გადასასინჯი გახდა. ყოველივე ამან შეცვალა საექიმო აზროვნების შინაარსი და თავისი შესაბამისი ასახვა ავადმყოფის მკურნალობის დროს მისაღებ გადანყვეტილებებში ჰპოვა.

სწორედ აღნიშნული და სხვა გარემოებების გამო ამერიკელმა ბიოლოგმა ვ. რ. პოტერმა 1969 წელს გამოცემულ წიგნში „ბიოეთიკა—მომავალთან კავშირის ხიდი“ ხმარებაში შემოიტანა ახალი ცნება „ბიოეთიკა“. ბიოეთიკა მიჩნეული იქნა „ბიოლოგიის საუკუნის“ ადეკვატური ასახვის მსოფლმხედველობად (პ. ბროუდი), ახლად ღირებულებათა კულტურად (დ. კოლახენი), მის მიზნად ადამიანის ბუნების „დინამიურ თვისობრიობაში“ ახსნა დაისახა (დ. ვოქსი). ბიოეთიკის ფუძემდებლებმა პ. ბროუდმა, ვ. ვოქსმა, დ. კოლახენმა, ვ. პოტერმა, ჯ. ფლეტჩერმა, ს. გოროვიტციმ, ე. პელეგრინმა, რ. ტიტმასმა, რ. ფოქსმა, ზ. მაპესიმ, ჯ. ზემბატიმ, თ. მერიემ, გ. ენესიმ ჩამოაყალიბეს „ბიოეთიკური კრედოს“ პრინციპები, რომლებიც ბიოსამედიცინო ცოდნის ადამიანურ ღირებულებებთან შეერთების პრტინციპებს დაუკავშირეს. ძალიან მოკლე დროში ეს ცნება მეცნიერებაში საყოველთაოდ დამკვიდრდა. დაიწყო მასში მოაზრებული შინაარსის დაზუსტება. საერთო იყო ის, რომ ბიოეთიკას განიხილავდნენ როგორც სადისციპლინათაშორისო მეცნიერებას; კულტურულ ღირებულებათა ახალ ფორმას; მედიცინაში ტექნოლოგიების დანერგვის დროს წარმოშობილი აქსიოლოგიური ხასიათის სიძნელეების გადაწყვეტის საშუალებას და ა. შ.

ბიოეთიკა სამედიცინო დეონტოლოგიის პრობლემების მხოლოდ ახლებური სახელწოდება

როდბია. ბიოეთიკამ ასახა პაციენტი-ექიმის ურთიერთობის ყველა მხარე, რადგან მასში, ერთი მხრივ, აირეკლა ამ ურთიერთობიდან გამომდინარე ფილოსოფიური, აქსიოლოგიური, ზნეობრივი ხასიათის პრობლემები და, მეორე მხრივ, საჭირო გახდა ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვის, ორგანოთა ტრანსპლანტაციის, სიცოცხლის ჩასახვის საკითხების ახლებური გააზრება, აქსიოლოგიური თვალსაზრისით მათი ახსნა. აქტუალობა შეიძლება საერთოდ სიცოცხლისა და სიკვდილის პრობლემის, კერძოდ, სიკვდილის დადგენის კრიტერიუმების შეცვლის საკითხთან დაკავშირებული პრობლემების გადანყვეტის აუცილებლობამ. ბიოეთიკაში ექიმთა და პაციენტთა აზროვნების გაფართოების რეალობა აისახა.

დამოუკიდებელი მეცნიერების – ბიოეთიკის პრინციპები საერთაშორისო ხასიათის დოკუმენტებში აისახა, რაც იმითაც დასაბუთდა, რომ სამედიცინო დარგის წარმომადგენლების ყოველდღიურ საქმიანობაში პაციენტისათვის სიკეთის მოტანის მიღწევა დამატებითი ხასიათის მოთხოვნების შესრულებას საჭიროებდა – მხოლოდ კლინიკური ინფორმაციისა და სამედიცინო მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე პრობლემები არ წყდებოდა. ექიმების მხრიდან პაციენტების მიმართ მხოლოდ პატერნალური დამოკიდებულების პრინციპის გატარება წარმოშობილ კაზუსებს ვერ ძლევდა. საჭირო გახდა

ფილოსოფიური, რელიგიური, ისტორიული ტრადიციების, მორალური იმპერატივების, ღირებულებების, ახლებური პარადიგმების არსენალის – ინსტრუმენტალის გამოყენება.

ბიოეთიკა აუცილებლობით დაუკავშირდა ფილოსოფიურ მეცნიერებას, რადგან მასში ცენტრალურ–ძირითად საკითხად სიცოცხლე–სიკვდილის, ჯანმრთელობა–ავადმყოფობის პრობლემა დაისვა. აქსიოლოგიური შინაარსით „დატვირთულმა“ ბიოეთიკამ გაარღვია ვიწრო პროფესიული (სამედიცინო) ეთიკის ჩარჩოები და დღის წესრიგში მსოფლმხედველობრივი პრობლემების ახსნა მოითხოვა. აუცილებელი გახდა სიცოცხლის ფილოსოფიასთან კავშირის დამყარება. ბიოეთიკოსებს „მიაკითხეს“ ფ. ნიცშეს, ვ. დილთაის, ო. შპენგლერის, ზ. ფროიდის, ა. ბერგსონის, ო. ი. გასეტის ფილოსოფიურ მემკვიდრეობას. გაჩნდა მონივნების ეთიკის შემუშავების საჭიროება. ამდენად, ბიოეთიკა დაუკავშირდა კულტურულ ღირებულებებს, საჭირო გახდა მითოსურ აზროვნებაში, მსოფლიო რელიგიებში, ფილოსოფიაში „საკვების“ შერჩევა და მისი მიზნობრივი გამოყენება. თურა მდიდარი არის ის ისტორიული მემკვიდრეობა, რომელსაც ბიოეთიკა, როგორც დამოუკიდებელი მეცნიერების სისტემა ეყრდნობა და რომლითაც „იკვებება“ ბიოეთიკის კატეგორიათა სისტემა, რომლის ძირითადი კატეგორიებია: „სიცოცხლე–სიკვდილის“, „პაციენტ–ექიმის“, „გენომის“ და

სხვა. როგორი უნდა იყოს ექიმის ავადმყოფთან ურთიერთობა? როგორი ზნეობრივი თვისებები უნდა გამოავლინოს მან თავის საექიმო მოღვაწეობაში? ამ და მის მსგავს კითხვებთან დაკავშირებული პრობლემები სამედიცინო დარგის წარმომადგენლებს, ავადმყოფებს, მათ ახლობლებს, მომიჯნავე დარგის წარმომადგენლებს ყოველთვის აინტერესებდათ. ამ მიმართულებით უზარმაზარი მოცულობის მემკვიდრეობა არის დაგროვილი, ეს ყოველივე ბიოეთიკის „გამგებლობაში“ შედის. ამ უდიდესი მემკვიდრეობის გამოყენებით ბიოეთიკაში იოლდება დასახელებულ კატეგორიებსა და ცნებებში მოაზრებული შინაარსის განმარტება.

ფილოსოფიურ და რელიგიურ მდიდარ მემკვიდრეობაზე დაფუძნებული ბიოსამედიცინო ეთიკა იურიდიულ, ფილოსოფიურ, თეოლოგიურ ტრადიციებსაც მოიცავს: ა) ჰიპოკრატეს ტრადიცია; ბ) იუდაიზმის ეთიკა, იმ წმინდა წიგნებზე დაფუძნებული, რომლებიც ადამიანებს ღმერთმა უბოძა; გ) კათოლიკური და პროტესტანტული რელიგიების პოზიციები ეთიკურ ღირებულებებზე; დ) დასავლეთის საგანმანათლებლო ტრადიცია; ე) ინგლის-ამერიკული იურიდიული ტრადიცია; ვ) სხვა ტრადიციები (კონსფუციანელობა, ინდუიზმი, ბუდისტური, ისლამური).

ბიოეთიკა მჭიდროდ უკავშირდება კულტუროლოგიას. იგი იხილავს არა მხოლოდ ადამიანის ან-მყოფი ყოფნას, არამედ მის მომავალში, სამყარო-

ში არსებობასაც (ჯერარსის პრობლემებს). ამდენად ბიოეთიკამ თავისი ავტორიტეტული სიტყვა უნდა თქვას მომავლის რეალობის, აპოკალიპსის თავიდან აცილების საკითხშიც.

არც ისე უნდა წარმოვიდგინოთ, თითქოს ბიოეთიკა სამედიცინო ეთიკისაგან, საექიმო ეთიკისაგან და სამედიცინო დეონტოლოგიისაგან ჩინური კედლით იყოს გამოყოფილი. პირიქით, იგი (ბიოსამედიცინო ეთიკა) განზოგადებული, ფილოსოფიური, მსოფლმხედველობრივი ხასიათის მეცნიერებაა, რომელიც ჰიპოკრატეს ექიმის ფიცის პრინციპების გამოყენებით თანამედროვე კულტურულ ღირებულებებს ესადაგება.

ბიოეთიკა არც ისე უნდა წარმოვიდგინოთ, როგორც ტრადიციული ფილოსოფიური და ზნეობრივი პრობლემების უბრალო განმეორება. XX საუკუნის დასასრულისათვის საჭირო გახდა გლობალური აზროვნების დონეზე სიცოცხლის, ჯანმრთელობის, ავადმყოფობის, სიკვდილის ცნებებში მოაზრებული შინაარსის შეცვლა, სინამდვილემ აუცილებელი გახადა შიდსთან, ნარკომანიასთან, ჰეპატიტებთან, ავთვისებიან სიმსივნეებთან დაკავშირებული ეთიკური პრობლემების გადაწყვეტის მოდელების შექმნა, ფინანსების საშიშროების პრობლემის ამოხსნა.

სამედიცინო ეთიკის პრობლემატიკის განზოგადოებამ ბიოეთიკა წარმოშვა, რომელმაც დღის წერიგში მისი საწიერიდან ადამიანის თავისთავთან

დამოკიდებულების, მისი ბიოსფეროსთან, სიცოცხლესთან კავშირმიმართულების პრობლემების გადანყვეტის აუცილებლობა დააყენა. ამდენად, მთელი პრინციპულობით დაისვა ბიოეთიკისა და ფილოსოფიის ურთიერთობის აუცილებლობა.

არ შეიძლება ბიოეთიკის როგორც ფუნდამენტალურ–თეორიულ და პრაქტიკულ–გამოყენებითი ცოდნას ოპოზიციურ ფორმად დახასიათება. ბიოეთიკა გაიაზარება როგორც ერთელუი შემთხვევების ანალიზის შედეგები, როგორც კაზუსტების მორალი. ბიოეთიკა თავს იმკვიდრებს, როგორც მორალური კოლიზიების გამოვლენა და ალტერნატიულ გადანყვეტილებათა ძიებები.

მაშასადამე, ბიოეთიკა, ერთი მხრივ, წარმოიშვა როგორც მედიცინაში ტექნოლოგიურ რევოლუციებზე რეაქცია, ადამიანის ორგანოების და ქსოვილების რეპროდუქციის ტრანსპლანტაციის, გენური ინჟინერიის, გენომის, ადამიანის რეპროდუქციის შესაძლებლობების სხვადასხვა ახსნის შედეგი, მეორე მხრივ, ამ პრობლემებიდან გამომდინარე დასკვნების განხილვის შედეგად ბიოეთიკამ ფილოსოფიურ–აქსიოლოგიურ დისციპლინათა რიგში გადაინაცვლა, უფრო ზუსტად, ბიოეთიკა ამ მეცნიერებათა კავშირის სახით წარმოჩინდა.

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 ერთმანეთისგან სიცოცხლესა და ბიოლოგიას, როგორც მეცნიერებას მის შესახებ.

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 სახელმძღვანელოში ტერმინს „ეთიკა“ ჩვენ გამოვიყენებთ მეცნიერული გაგებით. ეთიკოსთა შორის კამათს იწვევს ურთიერთმიმსართება ცნებებისა „მორალი“ და „ზნეობა“. ხშირად ისინი სინონიმებად მოიაზრება, თუმცაღა მათ შორის გარკვეული განსხვავებაა. არსებობს ტრადიცია, რომლის თანახმადაც მორალი გაგებულება როგორც ერთობლიობა (უფრო ზუსტად კი – სისტემა, ე. ი. გარკვეული კავშირებისა და ელემენტების მონესრიგებული ერთობლიობა) ნორმებისა – აკრძალვების იდეალები, მოთხოვნები, 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.

ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობის საკითხი ყოველთვის იდგა სამედიცინო ეთიკის ყურადღების ცენტრში. ტრადიციული სამედიცინო ეთიკის პოზიცია ამ საკითხზე ყველაზე უკეთ ჰიპოკრატეს ცნობილ დებულებაშია გადმოცემული: „არ ვავნოთ ავადმყოფს“. თანამედროვე მედიცინის განვითარებამ დღის წესრიგში დააყენა ამ დებულების შემდგომი გაღრმავების, გაფართოების, ახალ იდეებში ტრანსფორმირების საკითხი.

ტრადიციული სამედიცინო ეთიკა ექიმს შეუზღუდავ უფლებას აძლევდა გაეგო პაციენტის სხეული. მართალია, ამ შემთხვევაში ექიმებს ამოძრავებდა კეთილი განზრახვა – დახმარება გაეწიათ ავადმყოფებისათვის, შეემსუბუქებინათ მათი მდგომარეობა, მაგრამ დღეს, როცა წინა პლანზეა წამოწეული ადამიანის თავისუფლების პრობლემა, საკითხი უკვე სხვანაირად ისმება: ვალდებულია თუ არა ექიმი გაითვალისწინოს კონკრეტული ადამიანის – პაციენტის აზრი იმ საკითხის შესახებ, რომელიც ექიმს ამოძრავებს? საკითხის ამგვარი დასმა ბიოსამედიცინო ეთიკაში უფრო

ზოგად პრობლემაში გადაიზარდა – ესაა პიროვნების, ამ შემთხვევაში პაციენტის თვითდენტიფიკაციის პრობლემა. დაიწყო ამ პრობლემის ფილოსოფიური, ეთიკური, თეოლოგიური და სხვა ასპექტების ინტენსიური დამუშავება.

ბიოსამედიცინო ეთიკამ, როგორც მედიცინაში ჰუმანიზმის კონკრეტულმა გამოვლენამ, მიზნად დაისახა პაციენტის უფლებების გაზრდა. ე. წ. აქტიური პაციენტის ჩამოყალიბება. ბიოეთიკა მოითხოვს პაციენტ-ექიმის ურთიერთობაში ორივე მხარე, ეთიკური თვალსაზრისით, ერთნაირი უფლებით აღიჭურვოს. ბიოსამედიცინო ეთიკამ გაარღვია ექიმის კარჩაკეტილი მოღვაწეობის საზღვრები, საექიმო გადაწყვეტილებების მიღებაში აქტიურად ჩააბა პაციენტი, ავადმყოფმა ადამიანმა თავისუფლება მოიპოვა. ამ შემთხვევაში მხედველობაში გვაქვს ბიოსამედიცინო ეთიკაში გაბატონებული ტენდენცია, ისე კი პაციენტისა და ექიმის ურთიერთობაზე ბიოეთიკოსებს შორის ჯერ კიდევ შეიმჩნევა აზრთა სხვადასხვაობა; თუკი ბიოეთიკოსთა ერთი ნაწილი მოითხოვს საექიმო გადაწყვეტილება მიღებაში გაზრდას, მეორე ნაწილი, პირიქით, საკითხის ასე დასმას არასწორად მიიჩნევს.

ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობაზე ბიოეთიკოსების მიერ, განსაკუთრებით ამერიკის შეერთებულ შტატებში, უამრავი ნაშრომი გამოქვეყნდა. მათ შორის, ჩვენი აზრით, მეტად საინტე-

რესო თვალსაჩინო ბიოეთიკოსის ვითრის შეხედულებანი. ვითრის აზრით, ექიმსა და ავადმყოფს შორის შესაძლებელია ჩამოყალიბდეს ურთიერთობის ოთხი ტიპი: 1. ექიმი – ინჟინერი, ამ შემთხვევაში ის გამოდის, როგორც სწავლული, მეცნიერი. მისი ამოცანაა შეკრიბოს და აცნობოს ავადმყოფს ყველაფერი მისი დაავადებისა და მკურნალობის შესახებ. ამა თუ იმ გადაწყვეტილებას მხოლოდ თვითონ ავადმყოფი იღებს. 2. ექიმი – ღვთის მსახური, რომელიც მისდევს პაციენტს – „სარგებლობა მოუტანოს ავადმყოფს და არ ავნოს მას“. ესაა პატერნალიზმის პრინციპი. ამ შემთხვევაში ექიმს ჰგონია, რომ მხოლოდ მან იცის, თუ რა არის კარგი ავადმყოფისათვის და რა საშუალებები უნდა იქნას გამოყენებული მისთვის სამედიცინო დახმარების გასანევად. 3. ექიმი – კოლეგა ამ კოლეგიურ მოდელში ექიმი და ავადმყოფი გამოდიან როგორც თანაბარუფლებიანი პარტნიორები, გაერთიანებულნი მათი ინტერესებისა და მათ წინაშე მდგარი ამოცანების ერთიანობით. ამ მოდელის ჩარჩოებში განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს კონფიდენციალობისა და ურთიერთნდობის პრინციპი. 4. სახელმეკრულებო მოდელი. ექიმი-სა და ავადმყოფის ურთიერთობა განისაზღვრება თავისებური კონტრაქტის საფუძველზე. ეს არის კონტრაქტი ამ სიტყვის იურიდიული მნიშვნელობით. ამ მოდელის ჩარჩოებში მხარეები არ არიან თანასწორნი, თუმცა მათ აქვთ საერთო ინტერე-

სები და შესაბამისი უფლებები და ვალდებულებანი ერთმანეთის მიმართ.

ამ ოთხი მოდელიდან, ვიჩითის აზრით, პატერნალიზმის პრინციპი არ ეთანხმება ავადმყოფისადმი ექიმის პატივისცემის პრინციპს და ასკვნის რომ მხოლოდ სახელშეკრულებო მოდელი უზრუნველყოფს ექიმსა და ავადმყოფის ურთიერთპატივისცემაზე დამყარებულ სათანადო ქცევებს.

ვითჩის სტატიის გამოსვლის შემდეგ (1986 წ.) და მანამდეც, მრავალი მოსაზრება გამოითქვა ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობის საკითხებზე. ამ მხრივ დამახასიათებელია ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის ჟურნალის „ჯამას“ 1992 წლის ერთ-ერთ ნომერში ეთიკისა და სამართლის საქმეების შემაჯამებელი სტატია, რომელიც ნათელ წარმოდგენას გვაძლევს ჩვენთვის საინტერესო საკითხებზე. ან სტატიასა და ავტორთა პუბლიკაციებში შენარჩუნებულია ვითჩის ზემოთ მითითებული ოთხი მოდელი, ოღონდ უფრო ხორცშესხმული და სრულყოფილი სახით. ამასთან ერთად შეიცვალა ცალკეული მოდელების ზოგადი სახელწოდება: საინჟინრო-მეცნიერული მოდელი ცნობილია როგორც ინფორმაციული მოდელი, კოლეგიური მოდელი მთელ რიგ პუბლიკაციებში ინტერპრეტაციულ მოდელად იწოდება, სახელშეკრულებო მოდელს ხშირად სათათბირო მოდელის სახელით მოიხსენიებენ. იმისათვის, რათა სრული სურათი გვქონდეს ექიმისა და ავადმყოფ-

ფის ურთიერთობის გაგებაზე ბიოსამედიცინო ეთიკაში, საჭიროა უფრო დაწვრილებით განვიხილოთ თითოეული მოდელი, მათი დადებითი და უარყოფითი მხარეები.

ინფორმაციული მოდელის თანახმად, ექიმის უპირველესი მოვალეობაა განახორციელოს პაციენტის სურვილი, გაითვალისწინოს მის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება. ექიმს ევალება მის ხელში არსებული მთელი ინფორმაცია სრულად გააცნოს ავადმყოფს. ავადმყოფმა უნდა იცოდეს, თუ რა მდგომარეობაშია მისი ჯანმრთელობა, რა საექიმო პროცედურები სჭირდება მას მკურნალობისათვის, რა სარგებლობას მოუტანს მას მკურნალობა, დაკავშირებულია თუ არა ის გარკვეულ რისკთან, საფრთხესთან. რამდენია ამ საფრთხის ხვედრითი წილი და ა. შ. როცა ავადმყოფი ექიმისგან მიიღებს სრულ ინფორმაციას, ამის შემდეგ იგი თვითონ წყვეტს, დაიწყოს თუ არა მკურნალობა, და თუკი დაიწყოს, თვითონ ირჩევს მკურნალობის მეთოდს. როგორც ვხედავთ, ინფორმაციული მოდელი სრულ თავისუფლებას აძლევს ავადმყოფს. იბადება კითხვა, რა უნდა ქნას ექიმმა იმ შემთხვევაში, როცა ავადმყოფის არჩევანი არ იქნება მისი ობიექტური მდგომარეობის შესატყვისი, ე. ი. ავადმყოფის მიერ არჩეული მკურნალობის მეთოდი იქნება ადექვატური? ინფორმაციული მოდელის თანახმად, ასეთ შემთხვევაშიც ავადმყოფის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება უცვლელი

რჩება. ერთადერთი, რაც ექიმს ასეთ შემთხვევაში შეუძლია, ეს არის მისი უნარი მოთმინებით აუხსნას ავადმყოფს მისი მდგომარეობა, მისი დაავადების ობიექტური სურათი, შესაძლო შედეგები, რაც ავადმყოფის არჩევანს შეიძლება მოჰყვეს. ექიმმა უნდა გამოიყენოს მთელი თავისი ხელოვნება, ცოდნა და გამოცდილება, რათა დაარწმუნოს ავადმყოფი და ნებაყოფლობით შეაცვლევინოს მის მიერ არჩეული მკურნალობის მეთოდი. ამრიგად, ინფორმაციულ მოდელში ექიმ-ავადმყოფის ურთიერთობაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ავადმყოფს ენიჭება, თუმცა ექიმზეც ბევრი რამ არის დამოკიდებული და მისი როლი იზრდება კიდევ იმ შემთხვევებში, როცა ავადმყოფის არჩევანი არ არის მისი დაავადების ადექვატური.

რა შეიძლება ითქვას ინფორმაციული მოდელის ავკარგიანობაზე, მის დადებით თუ უარყოფით მხარეებზე? ინფორმაციულ მოდელს, ცხადია, აქვს დადებითი მომენტები. მთავარი ამ შემთხვევაში არის ის, რომ აიარალებს რა პაციენტს აუცილებელი ინფორმაციით, ექიმი მას ეხმარება კომპეტენტური გადაწყვეტილების მიღებაში. მაგრამ ამ მოდელის უარყოფითი მომენტები, ჩვენი აზრით, აშკარად გადასწონის დადებითს და იგი საკმაოდ შორს დგას ექიმისა და ავადმყოფის სასურველი ურთიერთობისაგან. ამ მოდელის ძირითადი ნაკლი იმაში მდგომარეობს, რომ იგი ავადმყოფს არჩევანის ზედმეტ უფლებას აძლევს

და ამით ძალაუნებურად ამცირებს ექიმის როლს, მას მხოლოდ ავადმყოფის მიერ მიღებული გადაწყვეტილების თანხმობის უფლებას უტოვებს. ლიტერატურაში ინფორმაციული მოდელის სხვა ნაკლოვანებებზეც მიუთითებენ, კერძოდ იმაზე, რომ პაციენტებს სურთ ექიმში არა მარტო პროფესიონალი დაინახონ, არამედ ადამიანი რომელსაც აქვს შეწყნარების უნარი. თუკი ექიმი შემოისაზღვრება მხოლოდ სამედიცინო რეკომენდაციებით, რომ მხედველობაში არ მიიღებს პაციენტის სულიერ მდგომარეობას, მის განწყობას, მაშინ ავადმყოფი სამართლიანად გამოხატავს უკმაყოფილებას.

პატერნალურ მოდელს ხშირად ექიმ-პაციენტის მამობრივ, „მშობლიურ“ დამოკიდებულებას უწოდებენ (ლათინური „პატერნუს“ ნიშნავს „მამობრივს“). ამ მოდელის თანახმად, ექიმი, მას შემდეგ, რაც დანვრილებით გაეცნობა ანამნეზის ძირითად მონაცემებს, დაადგენს პათოლოგიური პროცესის სტადიებს, ჩაატარებს ყველა შესაბამის სამედიცინო გამოკვლევას, გაითვალისწინებს კონკრეტული შემთხვევებისათვის დამახასიათებელ ნიშნებს, მიიღებს სათანადო გადაწყვეტილებას, რომელიც ტკივილების გაყუჩების, დაავადების გამომწვევი მიზეზების აღმოფხვრის საერთოდ დაავადების განკურნებისათვის იქნება საჭირო. ამის შემდეგ იგი საქმის კურსში აყენებს ავადმყოფს, უსაბუთებს მას მიღებული გადაწყვეტი-

ლების სისწორეს იმისათვის, რათა პროცედურების ჩატარებისა თუ სხვა სახის მოქმედებისათვის დაითანხმოს იგი. იმ შემთხვევებში, როცა ავადმყოფი შეეცდება არ დაემორჩილოს ექიმის გადანყვეტილებებს, ეს უკანასკნელი აიძულებს მას მიიღოს მისი რჩევები.

როგორც ვხედავთ, ექიმი ფაქტიურად ავადმყოფის ჩარევის გარეშე ირჩევს მკურნალობის მეთოდებს, ესე იგი ამ მოდელში პაციენტის უფლებები, გადანყვეტილების მიღებაში მისი აქტიური მონაწილეობა ძალზე შეზღუდულია, უმნიშვნელოა. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ავადმყოფის პოზიციის ობიექტური სამედიცინო მონაცემების შემთხვევაში გადამწყვეტი უპირატესობა ექიმს ეძლევა, რომელიც ერთპიროვნულად იღებს ისეთ გადანყვეტილებებს, რომელსაც მიიჩნევს ყველაზე ადეკვატურ მკურნალობად. ამ მოდელში ავადმყოფის ავტონომია გაგებულია როგორც ექიმის მიერ გამოტანილი დასკვნისადმი თანხმობა.

არცთუ იშვიათად, პატერნალურად, ორიენტირებული ექიმები, რათა გაამართლონ თავიანთი მოქმედება, ამტკიცებენ, რომ თვითონ პაციენტებს არ სურთ გაიგონ „ცუდი ამბები“, ე. ი. სიმართლე მათი დაავადებების შესახებ და რომ მართალ ინფორმაციას მათთვის საგრძნობი ზიანის მოტანა შეუძლია. ამგვარი მოსაზრება არა გვგონია სათანადოდ დასაბუთებული იყოს. საქმის ფაქტიური მდგომარეობის შესწავლა, კლინიკის პირობებში



ავადმყოფზე დაკვირვება ადასტურებს, რომ ბევრ პაციენტს, რომლებსაც მათი სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებანი აქვთ, მაინც სურს გაიგოს სიმართლე, ჰქონდეს სრული ინფორმაცია საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ამასთან დაკავშირებით საინტერესოა იმის აღნიშვნა, რომ ჯერ კიდევ კანტის დეონტოლოგია კატეგორიულად უარყოფდა ექიმის უფლებას ავადმყოფისათვის ტყუილი ეთქვა. იმავე კანტმა ერთ–ერთმა პირველმა გამოჰყო ერთმანეთისაგან ტყუილი და თვალთმაქცობა, ფარისევლობა, და რაც მთავარია, არ მიაკუთვნა თვალთმაქცობა ამორალურ საქციელთა რიცხვს. კანტის მოსაზრებებით, ბიოეთიკოსები, რომლებიც იზიარებენ იმ აზრს, რომ ყოველთვის არაა მიზანშეწონილი ავადმყოფის ინფორმირება, გამოსავალს იმაში პოულობენ, რომ ექიმებს მიეცეთ თვალთმაქცობის უფლება. მიმართავს რა თვალთმაქცობას, ექიმი არ აწვდის ავადმყოფს მცდარ ინფორმაციას, არამედ მხოლოდ ქმნის ისეთ პირობებს, რომლებიც ავადმყოფს უბიძგებს თვითონ გააკეთოს მცდარი დასკვნები. როგორ უნდა შეფასდეს პატერნალური მეთოდი მთლიანად? ალბათ, არ იქნება საკამათო, თუ ვიტყვით, რომ ე. ნ. ექსტრემალურ სიტუაციებში, როდესაც საექიმო გადაწყვეტილების მიღების დაგვიანებას თუნდაც მცირე დროით შესაძლებელია ავადმყოფისათვის ძალზე მძიმე შედეგი მოჰყვეს, ეს მოდელი არა მარტო მთლიანად

გამართლებულია, არამედ ერთადერთი და შეუცვლელია. რაც შეეხება ჩვეულებრივ, ნორმალურ, ორდინალურ სიტუაციას, მისი გამოყენება, ყოველ შემთხვევაში ბიოსამედიცინო ეთიკის პოზიციებიდან, მიღებულად უნდა მივიჩნიოთ. სხვათა შორის, დასავლეთის ქვეყნებში თვითო ექიმები ძალზე იშვიათად ირჩევენ მკურნალობის პატერნალურ მეთოდს.

ინტეპრეტაციული მოდელი ითვალისწინებს ექიმ-ავადმყოფის ურთიერთობის შემდეგ შესაძლო ვარიანტებს: ა) ავადმყოფის მდგომარეობის ახსნა. ბ) შესაძლო სამედიცინო მოქმედებების არჩევანში დახმარება. გ) ამ მოთხოვნების მაქსიმალური ეფექტით რეალიზაცია. სინფორმაციო მოდელის მსგავსად ამ მოდელში ექიმის მოვალეობაა მიაწოდოს ავადმყოფს რაც შეიძლება სრული ინფორმაცია იმის დაავადების, ჩასატარებელი საექიმო მანიპულაციების, რისკისა და მოსალოდნელი შედეგების შესახებ. მონაცემების გაცნობისა და ექიმის რჩევის მიღების შემდეგ პაციენტი თვითონ ირჩევს მკურნალობის მეთოდს, იღებს საბოლოო გადაწყვეტილებას. ისე როგორც საინფორმაციო მოდელში, ამ მოდელშიც გასაგები მიზეზების გამო ხშირ შემთხვევაში ავადმყოფის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება არ იქნება ობიექტური და საფუძვლიანი. სწორი გადაწყვეტილების მიღებას, სამწუხაროდ, ყოველთვის პროფესიონალი ექიმებიც ვერ ახერხებენ და რა გასაკვირია, რომ

არაპროფესიონალი ავადმყოფის მიერ მიღებული გადანყვეტილება მცდარი იყოს. ასეთ შემთხვევაში ექიმის მოვალეობაა დაეხმაროს ავადმყოფს სწორი გადანყვეტილების მიღებაში. ამისათვის საჭიროა ექიმი ღრმა პროფესიონალურ ცოდნასთან ერთად ფლობდეს ადამიანის ფისქოლოგიის საფუძვლებს, რაც დაეხმარება მას ავადმყოფის ნდობის მოპოვებაში. მოცემულ მოდელში ექიმი გვევლინება როგორც მრჩეველი, ავადმყოფის აუცილებელი ინფორმაციის მომმარაგებელი, ამხსნელი იმისა, თუ მკურნალობის რა საშუალებები შეესაბამება ავადმყოფის მდგომარეობას და რა არა. ამდენად, ამ მოდელს ბევრი საერთო აქვს ინფორმაციულ მოდელთან, მაგრამ აღინიშნება განსხვავებაც, რაც პაციენტთან ურთიერთობის მეტ კონტაქტში გამოიხატება. მისი მიზანია პაციენტისათვის მუშაობის ჩატარების აუცილებლობის შეგნებაც.

რაც შეეხება ინტერპრეტაციულ მოდელის საერთო შეფასებას, მისი ძირითადი დადებითი მომენტია ის, რომ ეს მოდელი ავადმყოფისა და ექიმის ურთიერთობას ყველაფერზე და ყველაზე მაღლა აყენებს. მოდელის უარყოფითი მხარეებიდან ბიოეთიკოსები უპირველეს ყოვლისა მიუთითებენ მისთვის დამახასიათებელ გარკვეულ ვიწრო სპეციალიზაციაზე. რაც, ცხადია, ხელს უშლის ექიმის ზოგადი კვალიფიკაციის ამაღლებას. მოდელის უარყოფით მხარედ მიჩნეულია ისიც, რომ ის

მთლიანად ვერ გამოორიცხავს ავადმყოფისადმი მკურნალობის მეთოდის იძულებით თავს მოხვევის შემთხვევებს.

სათათბირო მოდელის მიხედვით ექიმის მოვალეობაა დაეხმაროს ავადმყოფს იმ რეკომენდაციების შერჩევაში, რომლებიც მისთვის ყველაზე მეტად არის სასარგებლო და შესაძლებელია მათი კლინიკურ სიტუაციაში განხორციელება. ექიმმა რაც შეიძლება უფრო სრულყოფილად უნდა მიაწოდოს ავადმყოფს მის ხელთ არსებული ყველა სამედიცინო ინფორმაცია, განუმრატოს მას, მკურნალობის რომელი მეთოდის გამოყენებაა მოცემულ შემთხვევაში უკეთესი. ამასთან ერთად ექიმმა არავითარ შემთხვევაში ავადმყოფს თავს არ უნდა მოახვიოს საკუთარი თვალსაზრისი, თანხმობა ურთიერთშეთანხმების, საერთო განსჯის შედეგად უნდა იქნას მიღებული. განსახილველ მოდელში ექიმი მოქმედებს როგორც ავადმყოფის მეგობარი და მრჩეველი, მოთმინებით უხსნის მას საქმის ვითარებას, აცნობს მისაღები გადაწყვეტილებების შესაძლო ვარიანტებს, ითვალისწინებს პაციენტის ცოდნის დონეს, მის პროცესიას, რეკომენდაციას უწევს ავადმყოფს აირჩიოს მკურნალობის სპეციალისტის თვალსაზრისით ყველაზე საუკეთესო და სასარგებლო მეთოდი.

სათათბირო მოდელის შეფასების დროს ძირითადად უნდა ჩაითვალოს ის, თუ რამდენად შეძლებს ექიმი სწორად შეაფასოს და გაითვალისწინოს

ნოს ავადმყოფის ინდივიდუალური თავისებურებები, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როცა არსებობს მისი ჯანმრთელობის მკვეთრად გაუარესების, ზოგჯერ კი სიცოცხლის დაკარგვის საშიშროებაც. ამ მოდელის ერთ-ერთი ნაკლი ის არის, რომ ხშირ შემთხვევებში ექიმისათვის ძნელია ავადმყოფის მიერ შერჩეული სხვადასხვა, ზოგჯერ ურთიერთსაპირისპირო პრიორიტეტებიდან გამოაცალკეოს ის, რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია მკურნალობისათვის. ამ მოდელის მეორე ნაკლად ასახელებენ იმას, რომ საბოლოო გადაწყვეტილების მიღებაზე გავლენას ახდენენ არა მარტო ავადმყოფის შეხედულებები, არამედ ექიმის რჩევები. ამიტომ ექიმის რეკომენდაციები საბოლოოდ ავადმყოფის მიერ არჩეულ ღირებულებებს კი არ უნდა ეფუძნებოდეს, არამედ საერთოდ აღიარებულ ღირებულებებს. და ბოლოს, სათათბირო მოდელის მიხედვით არჩეული პოზიცია ყველა სიტუაციისათვის მისაღებად ითვლება, რაც ავადმყოფს არჩევანის შესაძლებლობა არ უტოვებს.

სათათბირო მოდელის და სხვა მოდელების განხილვა არ იქნება მეტნაკლებად სრული, თუ ამ მოდელებთან დაკავშირებით არ შევხებით ბიოსამედიცინო ეთიკის ერთ-ერთი ძირითადი ცნების – კომპეტენტურობის საკითხს.

ბიოეთიკურ ლიტერატურაში კომპეტენტურობის ცნება მოდელურ სიტუაციებთან მჭიდრო კავშირში განიხილება, კერძოდ, რამდენადაა

კომპეტენტური ის ავადმყოფი, რომელიც უარს აცხადებს მისი ჯანმრთელობის აღდგენისა და შენარჩუნებისათვის აუცილებელ თერაპიაზე. კომპეტენტურობასთან დაკავშირებული რთული ეთიკური სიტუაციების განხილვის დროს ამერიკელი ბიოეთიკოსები არცთუ იშვიათად იმონებენ სხვადასხვა ინსტანციების სასამართლო ორგანოების გადანყვეტილებებს. იმის საილუსტრაციოდ, თუ რაოდენ ძნელია კონკრეტული ინდივიდის კომპეტენტურობის სწორი შეფასება, ასეთი მაგალითი მოჰყავთ: 72 წლის ავადმყოფი ქალი, რომელმაც უარი განაცხადა განგრენით დაზიანებული კიდურების ამპუტაციაზე, ამერიკის სასამართლოს გადანყვეტილებით არაკომპეტენტურად იქნა აღიარებული, თუმცა ყველა სხვა მხრივ ის ფსიქიკურად ნორმალური იყო. ამ შემთხვევის ანალიზის შედეგად ბიოეთიკოსები შემდეგ დასკვნამდე მიდიან: სასამართლოს გადანყვეტილება სინამდვილეში განისაზღვრება არა ავადმყოფის კომპეტენტურობის ხარისხით, არამედ სრულიად სხვა ხასიათის კომპლექსებით. თითქმის ყველა ბიოეთიკოსი ეთახმება იმ აზრს, რომ ადამიანის სიცოცხლეს, კონკრეტულ სიტუაციასთან დაკავშირებით, შეიძლება სხვადასხვა დახმარება ჰქონდეს. აქედან გამომდინარე, როცა ექიმი სამედიცინო დახმარებას უწევს არაკომპეტენტურ პაციენტს, ის, ხშირად, მისდაუნებურად კომპეტენტური და არაკომპეტენტური ინდივი-

დების სიცოცხლის სხვადასხვა ღირებულების წარმოდგენას ემყარება.

ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობის ყველაზე უფრო მიღებული მოდელებიდან, რომლებიც ზევით განვიხილეთ, შეიძლება თუ არა ამოვარჩიოთ ერთი რომელიმე მოდელი, რომელიც იქნება ყველაზე ეფექტიანი, ოპტიმალური, რაციონალური, ყველა შემთხვევისათვის გამოსადეგი? მედიცინის თავისებურებებიდან გამომდინარე, თვით საკითხის ამგვარი დასმა მცდარია, მიუღებელია. მედიცინაში არასოდეს არ ყოფილა, არ არის და არც შეიძლება იყოს რაიმე უნივერსალური მეთოდი მკურნალობისა, რომელიც ყოველთვის, ყვლეგან, ყველა ვითარებაში გამოდგება. აქედან გამომდინარე, არც ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობა არის ყოველთვის ერთნაირი, ერთნიშნა, ცალსახა. განსაკუთრებული კლინიკური სიტუაცია განსხვავებულ მიდგომას, განსხვავებულ მოდელს მოითხოვს. რასაკვირველია, ეს სრულეზბით არ ნიშნავს იმას, რომ ოთხივე დასახელებული მოდელი ერთნაირი ღირებულებისაა. ცხადია, არა, სინამდვილეში ზოგიერთი მოდელის გამოყენების არე გაცილებით უფრო მეტია, ზოგიერთის უფრო შეზღუდული, ერთ მოდელს შეიძლება დადებითი მომენტები უფრო მეტი ჰქონდეს, ვიდრე მეორეს და ა. შ. განვიხილოთ ეს საკითხი უფრო დანვრილებით.

როგორც უკვე ვთქვით, განსხვავებულ კლინი-

კურ სიტუაციას განსხვავებული მოდელის შეესაბამება. მკურნალობის პროცესში ერთმა მოდელმა შეიძლება შეცვალოს მეორე, მაგრამ აქ ძირითადი ისაა, რომ ყველა კონკრეტულ შემთხვევაში შერჩეულ იქნას ყველაზე მისაღები მოდელი. მასთან ერთად, მოცემულ შემთხვევაში ამა თუ იმ მოდელის გამოყენების მიზანშეწონილობა ყოველთვის ავადმყოფის ობიექტური მდგომარეობით უნდა განისაზღვროს, მიუღებელია წინასწარ, აბსტრაქტულად რომელიმე მოდელის გაიდებება, სხვა მოდელების უგულველყოფა. ასე მაგალითად, ექსტრემალურ სიტუაციაში, როდესაც არსებობს სიკვდილის სერიოზული საფრთხე, როდესაც სულ მცირე დაყოვნებამაც კი შეიძლება გამოუსწორებელი ზიანი მიაყენოს ავადმყოფს, და როცა ექიმს არ რჩება დრო ავადმყოფთან შეთანხმებისათვის, ასეთ პირობებში, ცხადია, ყველაზე უფრო მისაღებია პატერნალური მოდელი, როგორც მოცემული სიტუაციის შესატყვისი, შესაფერი. სულ სხვა მშვიდი კლინიკური პირობები, როცა სიტუაცია არ ითხოვს გადაუდებელ ჩარევას, ხოლო ავადმყოფს ეძნელება არჩევანის გაკეთება. ასეთ შემთხვევაში ყველაზე უფრო მისაღებია, ალბათ, ინტერპრეტაციული მოდელი იქნება. მაგალითად: ავადმყოფი 65 წლისაა, მკურნალობდა ლეიკოზის წინააღმდეგ, რეციდვით შემთხვევაში იგი ქიმიოთერაპიაზე უარს აცხადებს. სიტუაცია იმით მძიმდება, რომ ამ ქალს უნდა შეეძინოს შვილიშვილი. ავადმ-



ყოფი ექიმს სთხოვს დააზუსტოს, ქიმიოთერაპიის შემთხვევაში იცოცხლებს თუ არა ის შვილიშვილის დაბადებამდე. ამ შემთხვევაში ყველაზე ობტიმალურად ინტერპრეტაციული მოდელი უნდა იქნას მიჩნეული, თუმცა ეს არ გამორიცხავს, განსაკუთრებით მაშინ, როცა ორიენტირი არ იქნება გამოკვეთილი, სხვა მოდელის, კერძოდ, ინფორმაციული მოდელის გამოყენებას.

ბიოეთიკურ ლიტერატურაში ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთობის მოდელებზე მსჯელობის დროს ბევრი ავტორი განხილული ოთხი მოდელიდან უპირატესობას სათათბირო მოდელს ანიჭებს, ზოგიერთი მათგანი კი უფრო შორს მიდის და მას იდეალურ მოდელად მიიჩნევს. ასეთი დასკვნის გაკეთების საშუალებას მათ ის გარემოება აძლევს, რომ სათათბირო მოდელი ემყარება ავტონომიის კონცეფციას. მართლაც, სათათბირო მოდელის უპირატესობა ცხადი გახდება, როცა მას დავუპირისპირებთ პატერნალურ მოდელს, რომელიც პიროვნების (ამ შემთხვევაში ავადმყოფის) უფლებების ძალდატანებით შეზღუდვას ემყარება. ვინაიდან ბიოეთიკოსები სათათბირო და პატერნალური მოდელის განსხვავება—დაპირისპირების საკითხს დიდ ყურადღებას უთმობენ, მოგვანვეს ამ საკითხის უფრო დანვრილებით განხილვა.

ავტონომიის კონცეფცია ანუ პიროვნების უფლება დამოუკიდებლად განსაზღვროს თავისი ქცევა (თვითგამორკვევის უფლება) ბიოეთიკა-

ში განიხილება როგორც ერთ–ერთი ყველაზე უფრო ფუნდამენტური უფლება, როგორც წესი, ამ პრობლემის სამ ასპექტს გამოყოფენ: 1. ავტონომია როგორც ამა თუ იმ ქცევის ჩადენის (ან არ ჩადენის) თავისებურება; 2. ავტონომია როგორც თავისუფალი არჩევანის განხორციელების უფლება, ქალი, რომელსაც უნდა, მაგრამ სიღარიბის გამო არ შეუძლია აბორტის გაკეთება, მოკლებულია ამ უფლებას, თუმცა მისი თავისუფლება (პირველი პუნქტის აზრით) დარღვეული არ არის; ანალოგიურად, თავისუფალი არჩევის უფლებას მოკლებულია ავადმყოფი, რომელსაც სურს, მაგრამ ფიზიკური სისუსტის გამო არ შეუძლია თავი მოიკლას. არჩევანის თავისუფლების დარღვევას ადგილი აქვს იმ შემთხვევაშიც, როცა ავადმყოფს, რომელსაც არ სურს მონაწილეობა მიიღოს მისი ადავადების მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდების არჩევაში, ამა თუ იმ მეთოდის ექიმი ახვევს თავს. 3. ავტონომია როგორც უნარი – ეფექტიანად განიხილოს შექმნილი სიტუაცია.

ზემოთ მოყვანილ პირველ ორ შემთხვევაში პიროვნების ავტონომიის შეზღუდვა პირდაპირ თუ არაპირდაპირ გარეშე ფაქტორების ზეგავლენითაა განპირობებული, მესამე შემთხვევაში კი ლაპარაკია შეზღუდულობაზე, რაც იმაზე დამოკიდებული, თუ რამდენად შეუძლია ავადმყოფს გონივრულად გააანალიზოს სიტუაცია, განსაზღვროს მოქმედების მიზანი და ჰქონდეს მისი განხორცი-

ელების უნარი. ეს უნარი, თავის მხრივ, შეიძლება შემცირდეს სხვადასხვა გარემოების ზეგავლენით უპირველეს ყოვლისა, მოცემულ ინდივიდს ეს უნარი შეიძლება საერთოდ არასაკმარისად ჰქონდეს გენვითარებული. ემოციურ აგზნებას, შიშს, აპათიას შეუძლია მისი საგრძნობი დასუსტება. როგორ მოვიქცეთ იმ შემთხვევაში, როცა მიზანი, რომელიც აირჩია ავადმყოფმა, 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 მოვიყვანთ ავადმყოფის მიერ სასიცოცხლო მაჩვენებლებით განპირობებულ დონორული გადასხმაზე უარის თქმის ორ შემთხვევას: ერთი ავადმყოფი იყო „იელოვას მონუმენტის“ რელიგიური სექტის წევრი, მეორე კი არარელიგიური ახალგაზრდა ქალი, რომელსაც ძლიერი ტკივილები და მაღალი ტემპერატურა ჰქონდა. პირველმა ავადმყოფმა სისხლის გადასხმაზე უარი თქვა რელიგიური მოტივებით, მეორემ კი იმიტომ, რომ სურდა რაც შეიძლება ჩქარა მოხვედრილიყო ზეცაში. სადაც, მისი აზრით, ის განთავისუფლდებოდა „წვალებისაგან“. მეორე შემთხვევაში, ცხადია საქმე გვაქვს ინდივიდის უნარის დროებით დაქვეითებასთან,

რომელსაც არ შეუძლია ადექვატურად შეაფასოს სიტუაცია, რომელშიც ის მოხვდა.

სხვადასხვა ეთიკური თეორიების ჩარჩოებში პიროვნების ღირებულება და მისი ავტონომიები სხვადასხვაგვარად განისაზღვრება. კანტის დეონტოლოგია, მაგალითად, ნებელობის ავტონომიის პრინციპს ემყარება და, მაშასადამე, აღიარებს პიროვნების ავტონომიას და პატივს სცემს მას. უნდა ითქვას, რომ უტილიტარიზმის კონცეფციაში ავტონომიის პრინციპს მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია, თუმცა აქ ეს პრინციპი სარგებლიანობის პრინციპის ნაწარმოებადაა მიჩნეული. ამის გამო უტილიტარიზმს დასაშვებად მიაჩნია პიროვნების ავტონომიის შეზღუდვა.

ბიოეთიკურ ლიტერატურაში სხვა პიროვნების ან საზოგადოების მიერ პიროვნების თავისუფლების შეზღუდვის უფლების დასაფუძნებლად შემდეგი არგუმენტები მოჰყავთ: 1. პიროვნების თავისუფლების შეზღუდვა გამართლებულია იმ შემთხვევაში, როცა ეს აუცილებელია მეორე პიროვნების უსაფრთხოების უზრუნველსაყოფად (ზიანის არ მიყენების პრინციპი); 2. როცა მხოლოდ ამ გზით შეიძლება მეორე პიროვნების ზიანისაგან დაცვა; 3. როცა მხოლოდ პიროვნების თავისუფლების შეზღუდვა არ მისცემს საშუალებას ზიანი მიაყენოს საკუთარ თავს (პატერნალიზმის პრინციპი); 4. როცა ეს კეთდება მოცემული პიროვნების „საკეთილდღეოდ“ (უკიდურესი პა-

ტერნალიზმის პრინციპი); 5. როცა ეს აუცილებელია იმისათვის, რათა თავიდან იქნას აცილებული ამორალური საქციელის ჩადენა (ლეგალური მორალიზმის პრინციპი); 6. სხვა ადამიანის კეთილდღეობის გულისათვის (სოციალური კეთილდღეობის პრინციპი).

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

პატერნალიზმის პრინციპის გამოყენების საზღვრების საკითხი ბიოთიკოსებს შორის მეტად მწვავე დისკუსიას იწვევს. პატერნალიზმი, როგორც პიროვნების თავისუფლების ძალადობრივი შეზღუდვა, განპირობებულია მის კეთილდღეობაზე ზრუნვით. სამართლებრივი თვალსაზრისით პატერნალიზმის დაშვება ეჭვს არ იწვევს: კანონი რეკომენდაციებს კი არ იძლევა, არამედ აიძულებს. საქმე რთულდება მაშინ, როცა დღის წესრიგში დგება ამ პრინციპის სამედიცინო პრაქტიკაში გამოყენების საკითხი. უკეთ რომ წარმოვიდგინოთ წარმოქმნილი პრობლემების სირთულე, მოვიყვანოთ დამახასიათებელი მაგალითები:

1. ექიმმა არ აცნობა ავადმყოფს, რომ მას ალცჰეიმერის დაავადება აქვს, იმის გამო, რომ ავადმყოფს არაერთხელ განუცხადებია, რომ თუ მას ასეთი დაავადება აღმოაჩნდება, ის უსათუოდ თავს მოიკლავს. ექიმი თავის საქციელს ამ შემთხვევაში იმით ხსნის, რომ არ უნდა ზიანი მოუტანოს, ავნოს ავადმყოფს. 2. ექიმი უარს აბმობს გაუკეთოს აბორტი ქალს, რომელიც პატარა ქალაქში ცხოვრობს, სადაც მის გარდა სხვა ექიმი არ არის. ორივეს ესმის, რომ ქალს არა აქვს ქალაქში გამგზავრების საშუალება. ამ შემთხვევაში ექიმის გადაწყვეტილება ემყარება მის შინაგან რწმენას, რომ შემგომში ქალი ინანებს, რომ მან აბორტი გაიკეთა. 3. ავადმყოფი ექიმს სთხოვს მისი მონანღობის გარეშე გადაწყვიტოს მისი მკურნალობის საკითხი, მაგრამ ექიმი იგნორირებას უკეთებს ავადმყოფის თხოვნას, რადგან ფიქრობს, რომ ავადმყოფზე კარგად არავინ იცის, თუ რა არის მისთვის უკეთესი.

ზემოაღნიშნულ არცერთ შემთხვევაში იძულების ნატამალიც კი არ ჩანს. მიუხედავად ამისა, ცხადია, რომ ექიმების მიერ მიღებული გადაწყვეტილებები პატერნალიზმის სულისკვეთებით არიან გაჟღენთილნი. პირველ და მეორე შემთხვევაში ექიმი ეპყრობა ავადმყოფს, როგორც ისეთ არსებას, რომელსაც არა აქვს საკუთარი ინტერესების სწორად განსაზღვრის უნარი. პირველ და მესამე შემთხვევაში ექიმი ზღუდავს ავადმყოფის

არჩევანის შესაძლებლობებს. და ბოლოს, სამივე შემთხვევაში საქმე გვაქვს ექიმის მიერ ავადმყოფის უფლებების უზრუპირებასთან.

როგორც ვნახეთ, ავადმყოფისა და ექიმის ურთიერთობების შესახებ ბიოეთიკურ დისკუსიებში აქცენტი უპირატესად ორი სახის უკიდურესობაზეა გამახვილებული: ავტონომიაზე და პატერნალიზმზე. აკრიტიკებენ რა ექიმებს პატერნალიზმის გამო, ბევრი ავტორი ავადმყოფის უფლებების გაზრდას მოითხოვს. ამგვარი შეხედულება ყველაზე მეტად ინფორმაციულ მოდელშია ასახული და დომინირებულ სტანდარტად არის მიჩნეული. თავის მხრივ, როგორც უკვე ვნახეთ, არც ინფორმაციული მოდელია ნაკლოვანებებისაგან დაზღვეული. მისი ძირითადი ნაკლი ისაა, რომ მასში ავტონომია არასწორად არის გაგებული, ვინაიდან ექიმის მოვალეობად ეს მოდელი მხოლოდ და მხოლოდ ავადმყოფის სურვილის განხორციელებას მიიჩნევს. ავადმყოფისა და ექიმის ურთიერთობის ჩამოთვლილ და დახასიათებულ მოდელებს შორის უპირატესობას საბოლოოდ მაინც სათათბირო მოდელს უნდა მიენიჭოს. რაც, ცხადია, არ გამორიცხავს, არამედ გულისხმობს კონკრეტული სიტუაციების შესაბამისად სხვა მოდელების გამოყენების შესაძლებლობას.

საექიმო პროფესია უაღრესად რთული და მრავალმხრივია, ხოლო მისი საგანი და ობიექტი – ადამიანის სიცოცხლე ყველაზე უფრო ამაღლე-

ბული და სათუთი, ამიტომ სამედიცინო პროფესიის წარმომადგენელს ექიმს, რომ შეისწავლოს ეს სიცოცხლე, გაუფრთხილდეს და მოუაროს მას, სჭირდება მრავალი თვისება, მახასიათებელი, რომელთა გარეშე ვერ შეასრულებს თავის მაღალ ჰუმანურ მისიას.

ჰოლანდიელმა ექიმმა ვან ტიულპმა წამოაყენა წინადადება, რომ მედიცინის გერბად და სიმბოლოდ შემოღებულიყო ანთებული სანთელი, რომლითაც გამოხატული აზრი: „ვინვი სხვებისათვის ნათებაში“, ხოლო XX საუკუნის გამოჩენილმა ექიმმა ფ. გააზმა საექიმო პროფესიის სიღიადე ასე გამოხატა: „ბედნიერებისაკენ ყველაზე უფრო საიმედო გზა არა ბედნიერად ყოფნის სურვილია, არამედ ის, რომ სხვები გახადო ბედნიერი. ამისათვის საჭიროა ყურად ილო სხვების გასაჭირი, იზრუნო მათზე, გიყვარდეს ისინი; ამასთან, რაც უფრო ხშირად ავლენ ამ სიყვარულს, მით უფრო ძლიერი ხდები“. ამიტომ შემთხვევითი არაა, რომ გააზის საფლავის ქვაზე ამოკვეთილია სიტყვები: „იჩქარე აკეთო სიკეთე“. ძველი ინდოელი ქირურგი წერდა: „ექიმი ავადმყოფისათვის მამა უნდა იყოს, გამოჯანმრთელების პერიოდში – მისი დამცველი, ხოლო ჯანმრთელისათვის კი – მეგობარი“. არაბი ფილოსოფოსისა და ექიმის ავიცენას სიტყვებით კი „ექიმს თვალეები უნდა ჰქონდეს არწივის, ხელები – ქალწულის, სიბრძნე – გველისა და გამბედაობა – ლომისა“. ასეთი ექიმის მაგალითი იყო



ხარკოველი ოფთალმოლოგი ლ. გირშმანი, რომელმაც მთელი თავისი ცხოვრება შესწირა ავადმყოფთათვის თავდადებულ შრომას. „მე მაქვს არა მუშაობის ბოლო საათი, – ამბობდა იგი, – არამედ მუშაობას ვამთავრებ მაშინ, როდესაც ვღებულობ უკანასკნელ ავადმყოფს“. ამ თავდადების შედეგი იყო, რომ შირშმანის დაკრძალვის დღეს ქალაქში საერთო გლოვა გამოცხადდა და მუშაობა შეწყვიტეს ქარხნებმა, სკოლებმა და სხვა დაწესებულებებმა.

გამოჩენილ მკურნალსა და მწერალს ვ. ვერესაევს ერთი მეტად საყურადღებო მაგალითი მოაქვს: „დიდებისა და გამოცდილების მწვერვალს მიღწეულმა ბილროთმა ერთ თავის ნაცნობ ქალს მისწერა: „ბევრი ნაოპერაციევი ავადმყოფი მყავს და უფრო მეტი საოპერაციო. სულ მათზე ვფიქრობ. მათი რიცხვი წლითინლობით იზრდება და ჩემი უღელიც უფროდაუფრო მძიმდება. ერთი საათის წინ დავტოვე მშვენიერი ქალი, ვისაც გუშინ ოპერაცია გავუკეთე. – საშინელი ოპერაცია.. როგორი თვალებით მომჩერებოდა ამ საღამოს. – „ვიცოცხლებ?“ ვიმედოვნებ, რომ იცოცხლებს. მაგრამ რაოდენ არასრულყოფილია ჩვენი ხელოვნება! ნეტავ კიდევ მომცა ცოდნისა და გამოცდილების შეძენის ასი წელი – იქნებ მაშინ მაინც შემძლებოდა ცოტა რამ“.

ეს სიტყვები ას წელზე მეტი ხნის წინათაა ნათქვამი, მაგრამ ისინი დღესაც ინარჩუნებენ ცხო-

ველმყოფელ ძალას ყოველი ექიმის მოღვაწეობაში, რომელსაც სამედიცინო ცოდნა და საექიმო ხელოვნება თავის რწმენად გაუხდია, თავისი პროფესიის პატივისმცემელი ექიმი უნდა ცდილობდეს განივითაროს დაკვირვების უნარი, სიმამაცე, ოპტიმიზმი, გამბედაობა და ამავე დროს სიფრთხილე ავადმყოფისათვის სასიცოცხლო საკითხების გადაჭრაში. ექიმის ავტორიტეტის მარტომის პროფესიულ გამოცდილებასა და ცოდნაზე როდია დამოკიდებული. აქ უაღრესად დიდი მნიშვნელობისაა მისი ერუდიცია, კომუნიკაბელობა, ტაქტი, პრინციპულობა, კეთილმოსურნე დამოკიდებულება კოლეგებისადმი. ამასთან ექიმს უნდა ჰქონდეს კლინიკური აზროვნების უნარი, რომ ავადმყოფი განიხილოს მთელი მისი ცხოვრების გათვალისწინებით, რათა დაადგინოს ის მიზეზები და ვითარებები, რომლებმაც ხელი შეუწყვეს ავადმყოფის წარმოშობასა და განვითარებას, შემდეგ მოახდინოს ყველა მონაცემის ანალიზი და სინთეზი, რის საფუძველზეც უნდა გააკეთოს განმაზოგადებელი დასკვნები. ექიმობა მონოდებისა და ავადმყოფის ჭეშმარიტი სიყვარულის გარეშე თითქმის შეუძლებელია. ექიმი, როგორი დაღლილიც უნდა იყოს, როგორი გუნებაგანწყობილებაც უნდა ჰქონდეს, მაინც ყველგან და ყოველთვის უნდა ფიქრობდეს ავადმყოფზე და ყოველ წუთს მზად იყოს მის დასახმარებლად. ასეთია ექიმის პროფესია და ჭეშმარიტი ექიმის ცხოვრების წესი.

ექიმის ჩამოყალიბებაში დიდ როლს ასრულებს სამედიცინო დანესებულებებში გამეფებული ატმოსფერო, რომელშიც ხვდება ახალგაზრდა, გამოუცდელი ექიმი. ეს კოლექტივი ეხმარება მას დეონტოლოგიურ აღზრდაში. ასევე მნიშვნელობა აქვს ექიმის შემოქმედებით კონტაქტებს, ავადმყოფთა საერთო შემოვლებს, ავადმყოფის მონაცემების საერთო გარჩევებს, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ახალი მეთოდების ძიებას. ექიმი ყოველდღიურად უნდა იღებდეს ახალ-ახალ ინფორმაციას, ახალ ცოდნას. ავადმყოფობასთან ბრძოლაში მისი ძირითადი პრინციპი უნდა იყოს სიცოცხლის დამარცხების შეუძლებელობის რწმენა, ავადმყოფში შიშისა და განცდის დაძლევის აუცილებლობა, ბრძოლა ადამიანისა და საერთოდ კაცობრიობის ჯანმრთელობისათვის. ექიმის მოქმედებაში და ავადმყოფთან მის ურთიერთობაში ერთდროულად ვლინდება მისი მორალური, მსოფლმხედველობრივი და ფსიქოლოგიური სახე, მისი აღზრდისა და კულტურის დონე. როდესაც ექიმი ავადმყოფის ჯანმრთელობის აღდგენისათვის ზრუნავს, ამით ის ასრულებს არა მარტო კერძო, არამედ საზოგადოებრივ ამოცანასაც და ამ გზით საზოგადოებრივ მოთხოვნებსაც ემსახურება. ამავე დროს, ექიმი კონტაქტში შედის ავადმყოფთან, როგორც კონკრეტულ პიროვნებასთან და ამდენად მან არ შეიძლება არ გაითვალისწინოს მისი თავისებურებები, ინტიმური, ფიზიკური და სუ-

ლიერი სამყარო, ფსიქიკური მდგომარეობა, მისი ემოციები, განცდები, მსჯელობები, სოციალური და ოჯახური მდგომარეობა. ავადმყოფის სიცოცხლისათვის პასუხისმგებლობის შეგნება ექიმისგან მოითხოვს განსაკუთრებულ გულისხმიერებას და ყურადღებას, რაც დადებითად მოქმედებს ექიმის მიერ დანიშნული სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების შედეგიანობაზე.

ამის მაგალითია ს. პ. ბოტკინის მოღვაწეობა. ბევრი უბრალო ფარმაკოლოგიური საშუალება, რომლებმაც ბოტკინი ავადმყოფებს უნიშნავდა, საკმაოდ ეფექტიანად მოქმედებდა, მაშინ როდესაც ნაკლები გამოცდილების ექიმების მიერ იმავე საშუალებების დანიშვნა სრულიად უშედეგო იყო. ამ აზრს ადასტურებს ნ. პიროგოვის მაგალითი, მას განუვითარდა წყლული, რომელმაც დაკარგა შეხორცების უნარი. კონსიულიმმა დაადგინა ავთვისებიანი სიმსივნე. ოჯახის დაჟინებული თხოვნით ნ. პიროგოვი წავიდა ვენაში ცნობილი ქირურგის ბილროთის კლინიკაში. ბილროთმა უარყო სიმსივნის ავთვისებიანობა და ზედმეტად ჩათვალა ოპერაციული ჩარევა. პიროგოვის თანმხლები ექიმის გადმოცემით, ვენისაკენ მგზავრობისას ნ. პიროგოვი იყო დაღონებული, მოტეხილი და დაჩაჩანაკებული. მაგრამ ბილროთის პასუხსმა მასში გარდატეხა მოახდინა. იგი გახალისდა, გამოცოცხლდა და გაახალგაზრდავდა კიდევ. საქართველოში დაბრუნებისას კვლავ ხელი მოჰკიდა თავის

საყვარელ საქმეს – ცხენზე ვარჯიშს და სხვა გასართობებს.

ცხადია, ბილროთმა მაშინვე დასვა სწორი დიაგნოზი მაგრამ დარწმუნებულმა იმაში, რო პროცესში შორს იყო წასული, და რომ ყოველგვარი ჩარევა უშედეგო იქნებოდა, გადანყვიტა გაემხნევებინა მეგობარი. მისმა ავტორიტეტმა და საქციელმა იმედი ჩაუსახა ავადმყოფს და აღსასრულამდე დარჩენილი დრო შეუმსუბუქა. ასეთია ექიმის ავტორიტეტის მორალური ზემოქმედების ძალა, რომელმაც ყოველთვის უნდა სძლიოს ავადმყოფის უიმედობა და პესიმიზმი. ერვინ დიკის სიტყვებით რომ ვთქვათ, – „ექიმად ყოფნა ნიშნავს ორ შორის ყოველთვის იყო ძლიერი“, ე. ი. ავადმყოფთან მიმართებაში ყოველთვის ძლიერი უნდა იყოს ექიმი.

მაგრამ ავადმყოფს გამოკვლევისა და მკურნალობის პროცესში გარდა ექიმისა, ურთიერთობა აქვს სამედიცინო დაწესებულებების მთელ კოლექტივთან, ამიტომ მის სულიერ, ფსიქოლოგიურ და ფიზიკურ მდგომარეობაზე ზეგავლენას ახდენს მკურნალობის პროცესში მონაწილე ყოველი ადამიანი.

სამედიცინო მომსახურება კი დღეს, როგორც წესი, დიდ დაწესებულებებში (საავადმყოფოებში, კლინიკებში, მოხუცებულთა სახლებში და სხვა) წარმოებს. ამ დაწესებულებებში, ავადმყოფთა მკურნალობასა და დიაგნოსტიკაში გარდა ექიმე-

ბისა სხვადასხვა სამედიცინო და დამხმარე პერსონალი მონაწილეობს. სამედიცინო მომსახურებაზე გარკვეულ ზეგავლენას ახდენს, აგრეთვე, ამგვარი დაწესებულებების ადმინისტრაცია. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია განვიხილოთ ყველა ამ პირთა ქცევის ეთიკა, აგრეთვე უფლებები პაციენტებისა, რომლებიც სრულიად ახალ და უჩვეულო პირობებში იმყოფებიან.

პარადოქსულია, მაგრამ ფაქტია, რომ პირველი ორგანიზაცია, რომელმაც შეიმუშავა პაციენტის უფლებების ბილის ტექსტი (1979 წ.) იყო ამერიკის საავადმყოფოს ასოციაცია, რომელიც ძირითადად, საავადმყოფოს ადმინისტრაციული პერსონალით იყო წარმოდგენილი. მართალია ამ დოკუმენტის დებულებები გამოსვლისთანავე მწვავე კრიტიკის ობიექტად იქცა და ბილი ასოციაციაში შემავალ საავადმყოფოთა დაახლოებით მხოლოდ ნახევარმა აღიარა. ამის მიუხედავად, მთელი რიგი თვალსაჩინო ბიოეთიკოსები მას მნიშვნელოვან წინ გადადგმულ ნაბიჯად მიიჩნევენ ფართო პროფილის სამედიცინო დაწესებულებების პირობებში ავადმყოფთა მომსახურების ეფექტიანობის გასაუმჯობესებლად.

დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ პაციენტს აქვს შემდეგი უფლებები: – მოითხოვოს ტაქტიკანი და თავაზიანი მოსაზრება; დასმულ დიაგნოზზე, სამკურნალო თერაპიაზე, მოსალოდნელ პროგნოზზე და სხვა მისთვის საინტერესო საკითხებზე სრული

ინფორმაციის მიღება; მიიღოს ექიმისაგან ცნობები, რომლებიც აუცილებელია ნებისმიერ პროცედურებში (მათ შორის თერაპიულშიც) მონაწილეობის მისაღებად საჭირო ინფორმირებული თანხმობისათვის; უარი თქვას თერაპიაზე (თუ ეს დაშვებულია მოქმედი კანონმდებლობით); გაეცნოს ამ უარის მოსალოდნელ სამედიცინო შედეგებს; მოითხოვოს მის სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ყველა ასპექტის კონფიდენციალური განხილვა და სამედიცინო დოკუმენტაციის შენახვისათვის პირობების შექმნა; დაეთანხმოს ან არ დაეთანხმოს მონაწილეობა მიიღოს სამკურნალო თერაპიაზე ან მის სამედიცინო მომსახურებაზე.

ექიმების უმეტესობა, რომლებიც ჯერ კიდევ განაგრძობენ პატერნალიზმის პოზიციებზე დგომას, ამტკიცებენ, რომ ჯანმრთელობა და პაციენტის სიცოცხლის გახანგრძლივება გაცილებით უფრო მნიშვნელოვანი ფაქტორებია, ვიდრე ავადმყოფის თვითგამორკვევის უფლება.

ყველაზე ხშირად ეჭვის ქვეშ აყენებენ პაციენტის უფლებას – გაეცნოს საკუთარი დაავადების ისტორიას, აგრეთვე მისი ინფორმაციული თანხმობის უფლებას. ბიოეთიკოსთა უმრავლესობა კრიტიკულად მიმოიხილავს პატერნალიზმის მიმდევართა ამ არგუმენტებს და ააშკარავებს მათ უსაფუძვლობას. ისინი დარწმუნებულნი არიან, რომ უახლოეს პერიოდში დემოკრატიულ ქვეყნებ-

ში პაციენტის უფლებები კიდევ უფრო გაიზრდება. ამ მხრივ საინტერესო მოსაზრებებს გამოთქვამს ამერიკელი ბიოეთიკოსი ჯ. ენესი, რომლის მსჯელობებში შეიძლება ხუთი ძირითადი ასპექტი გამოიყოს:

1. საერთოდ მიღებულ რუტინულ პროცედურებზე უარის თქმა. დღეს, როდესაც ავადმყოფი ეკითხება მედდას, რატომ კეთდება ეს პროცედურა, ყველაზე ხშირად მას ასეთი პასუხი ესმის – „წუღელავთ, ეს საყოველთაოდ მიღებული პროცედურაა“. ავტორის აზრით, ნებისმიერი პროცედურა დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ის ნამდვილად სჭირდება ავადმყოფს.

2. ავადმყოფობის ისტორიის თავისუფალი ნვდომა. მიუხედავად იმისა, რომ ეს უფლება დღეს აღიარებულია როგორც აშშ-ს ფედერალური, ისე მთელი რიგი შტატების კანონმდებლობით, საავადმყოფოების სამედიცინო პერსონალი ჯერ კიდევ ათვალისწინებით უყურებს იმ პაციენტებს, რომლებიც ცდილობენ ამ უფლების რეალიზებას.

3. ავადმყოფის თავისუფალი მონახულება დღე-ღამის ნებისმიერ დროს.

4. ინფორმაციის მიღების უფლება, რაც აუცილებელია ავადმყოფისაგან ინფორმაციული თანხმობის მისაღებად. ავადმყოფს უნდა მიეცეს უფლება იცოდეს, თუ როგორია იმ სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაცია, რომლებიც სხვადასხვა პროცედურებს უტარებს, ეს მოთხოვნა იმითაა



განპირობებული, რომ ავადმყოფებს არ სურთ საცდელი ბაჭიების როლში გამოსვლა, არ უნდათ გამოუცდელის სტუდენტების ცოდნის ასამაღლებელი ობიექტები.

5. პაციენტის უფლების დასაცავად დამატებითი ზომების შემუშავება. აუცილებელია იმის აღიარება, რომ თავისი უფლების დასაცავად პაციენტს შეუძლია მოიწვიოს სხვა პირი (ადვოკატი), რომელიც საჭიროების შემთხვევაში მონაწილეობას მიიღებს პაციენტისათვის მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილების მიღებაში.

პაციენტის უფლებების ახლებურმა გაგებამ თავისი გამოხატულება ჰპოვა მედლის ეთიკის კოდექსში, რომელიც ამერიკის ექთანთა ასოციაციამ მიიღო 1976 წელს. მასში ჩამოყალიბებულია მედლის მოვალეობანი პაციენტების, კოლეგებისა და საზოგადოების წინაშე. ამ კოდექსის ყველაზე მნიშვნელოვანი თავისებურებაა ის ფაქტი, რომ მასში პაციენტისა და მედლის ურთიერთობები განხილულია სახელშეკრულებო (სათათბირო) მოდელის ჩარჩოებში, აქედან გამომდინარე, მედლის ძირითად ამოცანად პაციენტის გულისხმიერი მომსახურებაა მიჩნეული. ავადმყოფის მომსახურება ადამიანური ღირსების პატივისცემასა და თითოეული პიროვნების უნიკალურობის აღიარებას უნდა ემყარებოდეს. ისეთი მომენტები, როგორცაა ავადმყოფის სოციალური და ეკონომიკური სტატუსი, მისი პიროვნული თავისებურებანი,

მისი დაავადების ხასიათის და სხვა, მხედველობაში არ უნდა იქნას მიღებული. მედდა იძლევა გარანტიას დაიცვას პაციენტის პირადი ინტერესები, დაიცვას მის დაავადებასთან დაკავშირებული კონფიდენციალური ხასიათის ინფორმაცია უცხო პირებისაგან. მედდა მონოღებულია დაიცვას პაციენტი იმ შემთხვევაში, როცა მისი ჯანმრთელობა და უსაფრთხოება შეიძლება დაზარალდეს სხვა ინდივიდის არაკომპეტენტური, არათეიკური ან არაკანონიერი მოქმედებების გამო. ამ სხვა ინდივიდში ექიმიც იგულისხმება.

მითითებულ კოდექსში ავადმყოფისა და მედდის ურთიერთობას მთელი თავი აქვს დათმობილი. ეს მოდელი პრინციპულად არ განსხვავდება ვითრის მოდელისაგან.

ამდენად, მედდის მოქმედება განსხვავებული იქნება იმისდამხედვით, თუ რომელ მოდელს დაეყრდნობა ის თავის მუშაობის პროცესში. ბიოეთიკოსები ყურადღებას ამახვილებენ იმაზე, რომ მედდების მდგომარეობა ხშირ შემთხვევაში საკმაოდ წინააღმდეგობრივია: ერთი მხრივ, ის მოვალეა კარგად მოემსახუროს ავადმყოფს, მეორე მხრივ, მას ევალება შეასრულოს ექიმის მითითებები (დაიცვას დისციპლინა), რაც მთელ რიგ ეთიკურ პრობლემებს ქმნის. განვიხილოთ ზოგიერთი მათგანი:

1. ეთიკური დილემა ჩნდება იმ შემთხვევაში, როცა ექიმის მითითებები არღვევს (პირდაპირ ან

არაპირდაპირ) ავადმყოფის უფლებას ადექვატურ სამედიცინო მომსახურებაზე. ეს ხდება მაშინ, როდესაც ექიმის მითითებანი სამედიცინო თვალსაზრისით არასწორია (არასწორი დიაგნოზი და მისგან გამომდინარე არასწორი თერაპია). მეორე სახით დილემა მედდის წინაშე დგება მაშინ, როდესაც ის დარწმუნდება იმაში, რომ ექიმი არღვევს ავადმყოფის თვითგამორკვევის უფლებას. როგორ უნდა მოიქცეს მედდა მითითებულ დილემურ სიტუაციებში? ბიოეთიკოსების უმრავლესობა თვლის, რომ რადგანაც როგორც ექიმი, ისე მედდა მოვალენი არიან უზრუნველყონ პაციენტის სამედიცინო მომსახურება, ამიტომ მედდამ ყოველთვის ავადმყოფის სასარგებლოდ უნდა იმოქმედოს. როცა ექიმისაგან სამედიცინო თვალსაზრისით არასწორ მითითებას მიიღებს მედდას აქვს მორალური უფლება არ შეასრულოს იგი, თუმცა ამას მისთვის მეტად არასასურველი შედეგი შეიძლება მოჰყვეს, მაგალითად, სამსახურიდან განთავისუფლება დაუმორჩილებლობის გამო, ცხადია, ეს საკმაოდ რთული საკითხია, რომელიც ჯერ კიდევ შორსაა პრაქტიკული გადანყვეტისაგან.

ამასთან დაკავშირებით საინტერესოა იმის აღნიშვნა, რომ ზოგიერთი ავტორი არაფერ უჩვეულოს არ ხედავს იმაში, რომ მედდის კომპეტენტურობა ცალკეულ შემთხვევაში შეიძლება აჭარბებდეს მკურნალი ექიმის კომპეტენტურობას. ექთნებმა, როგორც წესი, უკეთ, ვიდრე ექიმებმა,

„იციან“ ავადმყოფი, რადგან მასთან მჭიდრო კონტაქტში იმყოფებიან. ისინი მუდმივად იმაღლებენ პროფესიულ დონეს, ხოლო მათ სპეციალიზაციის ხარისხი საკმაოდ მაღალია; 2. მეორე სახის დილემა, ეთიკური თვალსაზრისით, არცთუ ისე რთულია. იმისთვის, რომ გაარკვიოს, არღვევს თუ არა ექიმის მითითებები ავადმყოფის თვითგამორკვევის უფლებებს, მედდას არ სჭირდება სპეციალური ცოდნა. მაგრამ არც ისე ადვილია საკუთარ თავში გამბედაობა იპოვო და იმოქმედო ისე, როგორც სინდისი გიკარნახებს.

ბიოეთიკოსები ასახელებენ და აანალიზებენ მთელ რიგ ფაქტორებს, რომლებიც ართულებენ მედდის მიერ ნაკისრ ეთიკურ ვალდებულებების შესრულებას. უპირველეს ყოვლისა, ეს არის ექიმისა და მედდის განსხვავებული სოციალური მდგომარეობა, აგრეთვე მათი განსხვავება განათლების დონით. მნიშვნელობა აქვს იმასაც, რომ სადღეისოდ ექიმები, როგორც წესი, მამაკაცები არიან, ხოლო მედები საპირისპირო სქესს განეკუთვნებიან, რაც თანამედროვე საზოგადოებაში მიღებული ნორმების შესაბამისად გარკვეულწილად ზღუდავს მედდის ქცევებს.

მედდის მოქმედება მნიშვნელოვნად განისაზღვრება იმ ეთიკური ნორმებით, რომლებიც მოცემულ სამედიცინო დაწესებულებაში არის გამეფებული. ამიტომ ჩვენ არა გვაქვს უფლება მოვითხოვოთ მედდისაგან მოიქცეს ისე, როგორც ეს

შეეფერება გმირს ან წმინდანს აქედან გამომდინარე, მთელი რიგი ავტორები მოითხოვენ ისეთი მექანიზმების შემუშავებას, რომლებიც მედლებს საშუალებას მისცემდა დროულად მიეწოდებინათ ადმინისტრაციისათვის ინფორმაცია სხვადასხვა დარღვევების შესახებ ისე, რომ ამას არ მოჰყოლოდა რაიმე გართულება და რეპრესიული ზომები განმცხადებლის წინააღმდეგ.

ბიოეთიკურ ლიტერატურაში დიდი ყურადღება ექცევა საექიმო საიდუმლოების დაცვის პრობლემას. ყოველ ავადმყოფს აქვს უფლება მოითხოვს საექიმო საიდუმლოების დაცვა. ეს უფლება, ცხადია, არის ადამიანის უფლების დაცვის ერთ-ერთი ასპექტი. ასევე ცხადია, არის ადამიანის უფლების დაცვის ერთ-ერთი ასპექტი. ასევე ცხადია, რომ იგი ადამიანის ისეთი ფართო და უმნიშვნელოვანესი უფლების ერთ-ერთი ასპექტია, როგორცაა პიროვნების თავისუფლება. პიროვნებამ თვითონ უნდა გადანყვიტოს, სხვა პირისათვის რა სახის ინფორმაციის გადაცემა მიაჩნია შესაძლებლად. ყოველ ადამიანს აქვს უფლება არ დაუშვას სხვა ადამიანების ჩარევა მისი პირადი ინტერესების სფეროში. თითოეულმა ინდივიდმა თვითონ უნდა გადანყვიტოს, თუ რა ზომით შეიძლება ეცნობოს სხვა ადამიანს მისი საკუთარი აზრები, განცდები, გრძნობები. ეს იმდენადაა მნიშვნელოვანი, რამდენადაც ავადმყოფი ხშირად თავისი ავადმყოფობის მიზეზს, მის ხასიათს და მასთან დაკავ-

შირებულ მოვლენებს არავის უმხელს, თვით ოჯახის წევრებსაც კი. მაგრამ იგი „იხსნება“ ექიმთან, როგორც კი ნდობით განენწყობა მისდამი. ამიტომ ექიმის მორალური მოვალეობაა გაუფრთხილდეს ამ ნდობას. ექიმის მიერ საიდუმლოს გამჟღავნება შეიძლება საბედისწეროა ღმობინდეს ავადმყოფისათვის. ჯერ კიდევ „ჰიპოკრატეს ფიცში“ ეწერა: „ოდეს მკურნალობის ჟამს, ანუ სხვა დროს, ყური მოვკრა რაიმეს კაცთა ცხოვრებიდან, რაიცა არ უნდა იქნეს გამჟღავნებული, საიდუმლოდ მივიჩინო და არავის გაუუმხილო იგი“. ამის შემდეგ საექიმო საიდუმლოების დაცვას ყოველთვის დიდი ყურადღება ექცეოდა. ფეოდალიზმის ეპოქაში შეიქმნა პირველი საკანონმდებლო აქტები, რომელთა ძალითაც სხვადასხვა დროს, სხვადასხვა ქვეყანაში საიდუმლოს გამმჟღავნებელი ექიმი სხვადასხვა ზომით ისჯებოდა – ხან ფულადი ჯარიმით, ხან კი დაპატიმრებითაც. ავსტრიის კანონმდებლობის მიხედვით, პროფესიული საიდუმლოების გამხელისათვის პირველ შემთხვევაში ექიმს სამედიცინო პრაქტიკის უფლება ეკრძალებოდა სამი თვით. მეორე შემთხვევაში – ერთი წლით, ხოლო მესამე შემთხვევაში კი – სამუდამოდ. საფრანგეთში კი თანამდებობიდან ათავისუფლებდნენ, ან ექიმის დიპლომს ართმევდნენ. დღეს კი საექიმო საიდუმლოს გამჟღავნებისათვის მედიცინის მუშაკი არა მარტო ზნეობრივ გაკიცხვას იმსახურებს, არამედ იურიდიულ პასუხისმგებ-

ლობასაც. პასუხისმგებლობა ვრცელდება მედიცინის ყოველ მუშაკზე, დანყებული საავადმყოფოს მიმღებიდან. ამიტომ „ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო საზოგადოება“ კატეგორიულად მოითხოვს, რომ ავადმყოფობათა რეგისტრირების შედეგენისას აუცილებელია მკაცრად შესრულებული საიდუმლოს დაცვის წესები. პაციენტის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის მიწოდება სხვა ექიმებისათვის იმ შემთხვევაშია დასაშვები, თუ ამას მოითხოვს ავადმყოფის ინტერესები.

საექიმო საიდუმლოებაში გულისხმობენ ორი სახის ინფორმაციას: ცნობებს ავადმყოფობის შესახებ, რომელიც მედიცინის მუშაკმა მიიღო და არ შეიძლება გამჟღავნებულ იქნას საზოგადოებაში, და ცნობებს ავადმყოფობის შესახებ, რომლებიც ექიმმა ავადმყოფს უნდა შეატყობინოს. მაგალითად, არასასურველი დიაგნოზი, ავადმყოფობის საშიში პროგნოზი და სხვა.

ეს უკანასკნელი სერიოზული პრობლემაა ჯანმრთელობის დაცვის მთელ სისტემაში. ეცნობოს თუ არა ავადმყოფს მისი დაავადების სიმძიმის შესახებ (იგულისხმება განუკურნებელი დაავადებანი)?

უცხოეთის ბევრ ქვეყანაში მიღებულია, რომ ავადმყოფმა უნდა მიიღოს სრული ინფორმაცია თავისი ჯანმრთელობის შესახებ. არაფრის დამალვა არ შეიძლება. იქ ბატონობს სრული ინფორმაცია. ჩვენთან და პოსტსოციალისტურ ქვეყნებ-

ში დამკვიდრებულია ტრადიცია, რომ ავადმყოფს მისი მძიმე მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციას არ ვაწვდით. ორივე პოზიციის გასამართლებლად არსებობს არგუმენტები და საკმაოდ მნიშვნელოვანიც – დასავლეთის პოზიციის არგუმენტი ასეთია – როცა ავადმყოფმა იცის თავისი დაავადების შესახებ, მისი ორგანიზმი მობილიზაციას უკეთებს მთელ სასიცოცხლო ძალებს (ფიზიკურსაც და ფსიქიკურსაც) და აქტიურად ებრძვის ავადმყოფობას. ხოლო როცა პაციენტს არ ესმის მისი მდგომარეობის სიმძიმე, იგი სერიოზულად არ ეკიდება მკურნალობას (განაგრძობს სიგარეტის წევას, ალკოჰოლის მიღებას და ა. შ.) სიტუაციის არასწორი შეფასების გამო, პროცესი შორს მიდის და ხშირად ცუდად მთავრდება. გარდა ამისა, პატივი უნდა ვცეთ ადამიანის უფლებას, თავად განსაზღვროს, როგორ უნდა იცხოვროს დარჩენილი დრო, რა განკარგულებები გასცეს მისი გარდაცვალების შემთხვევაში, დაწეროს ანდერძი, მოაგვაროს თავისი პირადი პრობლემები.

არც მეორე პოზიციის არგუმენტებია სუსტი: საკუთარი დიაგნოზის გაცნობა (იგულისხმება განუკურნებელი დაავადებები) ზოგჯერ ისეთ მძიმე შედეგს იძლევა, რომ ავადმყოფი სულიერად სწორედ მისი შეტყობის დროს კვდება, ხოლო დარჩენილი სიცოცხლე მხოლოდ ბიოლოგიური სიცოცხლეა. დიდი ჰუმანისტი ექიმი, პოლონელი ვ. ბეგანსკი ამასთან დაკავშირებით წერდა, რომ



„ადამიანმა შეიძლება დაკარგოს სიცოცხლე, მაგრამ არასდროს არ უნდა დაკარგოს გამოჯანმრთელების იმედი“. დიდი გერმანელი ფილოსოფოსი ი. კანტი არაეთიკურად თვლიდა ავადმყოფისათვის ტყუილის თქმას. მისი აზრით, ავადმყოფმა სიმართლე უნდა იცოდეს, რომ მეტი ენერგიით და სიცოცხლის გადარჩენის დიდი სურვილით შეებრძოლოს დაავადებას. თვით კანტმა, რომელიც დაბადებიდან სუსტი და ავადმყოფი იყო, თავისი ნებისყოფით სძლია უძღურებას და ოთხმოც წლამდე იცოცხლა დაძაბული შემოქმედებითი შრომის პირობებში. „როდესაც ლოგინს მიჯაჭვული ტკივილებით გატანჯული ავადმყოფი სიკვდილს ნატრობს, არ დაუჯეროთ, რადგან ეს მისი სურვილი არ არის“, ამბობს ი. კანტი.

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.

ზემოთქმულიდან გამომდინარე, ბიოეთიკოსებს საექიმო საიდუმლოების დარღვევა დაუშვებლად მიაჩნიათ. ამასთან ერთად, ზოგიერთ ავტორს, ცალკეულ შემთხვევაში, მაინც დასაშვებად მიაჩნია საექიმო საიდუმლოების, კონფიდენციალობის პრინციპის დარღვევა. უპირველეს ყოვლისა,

აქ ისეთი შემთხვევები იგულისხმება, როდესაც კონფიდენციალობის პრინციპი წინააღმდეგობაში მოდის ექიმის სხვა ვალდებულებებთან, შესაბამისდა – პაციენტის უფლებებთან, ინტერესებთან მაგალითად, ექიმი, რომელსაც სურს დაიცვას ავადმყოფი სუიციდისაგან, ვალდებულია აცნობოს სხვა პირებს იმის შესახებ, რომ ავადმყოფი მძიმე დეპრესიულ მდგომარეობაში იმყოფება. კონფიდენციალობის პრინციპის დარღვევა დასაშვებია იმ შემთხვევაში, როცა მისმა შესრულებამ შეიძლება ზიანი მოუტანოს სხვა ადამიანებს ან საზოგადოებას მთლიანად, ეთიკური და სამართლებრივი თვალსაზრისითაც გამართლებულია ექიმის მოქმედება, როდესაც ეს უკანასკნელი სათანადო ორგანოებს აწვდის ინფორმაციას მშობლების მიერ ბავშვებისადმი სასტიკი მოპყრობის შესახებ. დაუშვებელია ექიმის მიერ გარკვეული პროფესიის ადამიანების (მეისრე, მძღოლი, პილოტი) ისეთი დაავადებების დაფარვა, როგორიცაა ეპილეფსია და გულსისხლძარღვთა დაავადებანი. იგივე შეიძლება ითქვას მემკვიდრული დაავადებების შესახებ.

ფსიქიატრიის მედიცინის სხვა დარგებისაგან არსებითი განსხვავება იმაში მდგომარეობს, რომ მის არსენალში იგულისხმება ზოგიერთი დაავადებულის მიმართ იძულების გაომყენება. რაც, რასაკვირველია, ზღუდავს ადამიანის თავისუფლებას. ფსიქიკურად დაავადებულის იძულებითი

დახმარება გულისხმობს სიღრმისეულ, დაძაბულ წინააღმდეგობას. იძულებითი მკურნალობა კი ფსიქიკურად დაავადებულთა შორის დაახლოებით 25% აღწევს და რამდენიმე ეტაპს მოიცავს: ავადმყოფის აღრიცხვაზე აყვანა მისი თანხმობის გარეშე, მასზე აუცილებელი მეთვალყურეობის დანერგებას, იძულებითი ჰოსპიტალიზაცია, სტაციონარში „ჩაკეტვა“, სამედიცინო პროცედურების იძულებითი ჩატარება (იზოლირება, ფიქსაცია), ქიმიური პრეპარატების მიცემა. ცნობიერების და მოქმედების მოდულირება. ჩამოთვლილ ზომებს შეიძლება მივაკუთვნოთ ავადმყოფის ფსიქიკური მდგომარეობის შესახებ დიაგნოზის დასმა, რომლის მიმართ პაციენტთა უმრავლესობა თანახმა არ არის, რასაც ისინი ხშირად აგრესიული ფორმითაც კი გამოხატავენ.

ცხადია, იძულების გამოყენება, მითუმეტეს, ასეთი მასშაბით სერიოზულ ეთიკურ-იურიდიულ დასაბუთებას, რეგულაციას და კონტროლს საჭიროებს. რაც შეიძლება უნდა შეიკვეცოს იძულების მომენტი, რომ მთლიანად გამოირიცხოს წინასწარ განზრახული ბოროტება. მაგრამ ფსიქიატრიის ობიექტისა და საგნის სპეციფიკის გათვალისწინებამ შეიძლება უშედეგო გამოიღოს. ფსიქიატრიაში ხშირად ისეთი პრობლემები იჩენს თავს, რომლებიც მედიცინის სხვა სფეროებში ასე რელიეფურად არ გამოვლინდება. საკითხი ეხება ფსიქიკურად დაავადებულ ავადმყოფთა კომპე-

ტენტურობას, მათ უნარს ადექვატურად გაიაზროს ინფორმაცია მათი ფსიქიკური აშლილობის შესახებ და დამოუკიდებლად მიიღონ სათანადო გადაწყვეტილება. ეს ფსიქიატრიის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემაა, რომელიც უშუალოდაა დაკავშირებული ეთიკურ პრობლემებთან, პიროვნების თავისუფლებასთან, ინფორმაციული თანხმობის ნორმებთან.

ასევე მნიშვნელოვანია იძულებითი ზომების მიღების დროს შემდეგი გარემოების გათვალისწინება: დაუბრუნო ადამიანს ჯანმრთელობა საერთოდ მიღებული ნორმების შესაბამისად, თუ მივალწიოთ სიკეთეს, როგორც ეს მას ესმის? ამ სიკეთეში ჯანმრთელობას როგორც ფასეულობას წამყვანი ადგილი უჭირავს, როდესაც ექიმი ავადმყოფს ჯანმრთელობას უბრუნებს, იგი სიკეთეს აკეთებს. მაგრამ თუ ჯანმრთელობის მდგომარეობა სუბიექტურ შკალაზე შედარებითი დაბალია, ვიდრე პირად თავისუფლების და ავტონომიის ფასეულობანი, მაშინ ექიმის მიერ დაძალებული მკურნალობა ავადმყოფის მიერ აღიქმება, როგორც სიკეთე მაშინ მორალურად როგორ გავამართლოთ იძულებითი ფაქტორი, როდესაც იგი არ გამომდინარეობს უსაფრთხოების მოსაზრებიდან? პრობლემის გადაწყვეტა ფსიქიატრებს საშუალებას მისცემს გააკეთოს არჩევანი – მოვალეობის შესრულება თუ მორალური საქციელი ან პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა? სამწუ-

ხაროდ, პროფესიული ეთიკა არსებული კოდექსები გვერდს უვლის ამ მწვავე საკითხს. უახლოეს მომავალში უნდა დამუშავდეს და დამტკიცდეს პროექტი: „ფსიქიატრიული დახმარება და მოქალაქეთა უფლებები“, მისი ძირითადი პოსტულატები ასეთი უნდა იყოს: პაციენტის უფლებებისა და თავისუფლებისგარანტიები, დისკრიმინაციის არდაშვება იმ პირების მიმართ, რომლებიც ფსიქიურად დაავადებულნი არიან, სასამართლოს მექანიზმების შემუშავება იძულებითი ხასიათის დახმარების დროს, მათ განხორციელებაზე საზოგადოებრივი კონტროლი და სხვა.

ეთიკური კოდექსი ვერ იმოქმედებს სამედიცინო დანესებულებების ეთიკური კომისიების გარეშე. ხოლო ეს უკანასკნელნი ვერ იმუშავებენ, თუ არ იქნა განხორციელებული საერთო კონტროლის დახვეწილი სისტემა, რომელიც არ იქნება სახელმწიფოებრივი, სამთავრობო, სამართლებრივი კონტროლი. თუ ჩვენ ამ იერარქიას ავადგებთ, მასში ჩაინერება კომისიების ეთიკური კოდექსები და ეთიკური სანქციები. ფსიქიატრია ამ გზით ვითარდება და შეიძლება მან, ამ თვალსაზრისით, მედიცინის სხვა დისციპლინებსაც კი გაუსწროს.

ბიოეთიკოსთა შრომებში მოყვანილია მთელი რიგი ფაქტები, რომლებიც გვიჩვენებენ, თუ რა ფართო მასშტაბებით ირღვევა თანამედროვე საავადმყოფოებში ავადმყოფთა უფლებები საექიმო საიდუმლოების შენახვისას. ასე მაგალითად, ქი-

რურგიული განყოფილების რიგითი ავადმყოფის ისტორიის გაცნობას ახერხებს ამ დანესებულების არანაკლებ 25, სავარაუდოდ 100 თანამშრომელი მაინც. ამ მდგომარეობიდან გამოსავალს მთელი რიგი ავტორები იმაში ხედავენ, რომ აუცილებლად უნდა მოხდეს ავადმყოფის შესახებ მთელი ინფორმაციის კლასიფიცირება მისი კონფიდენციალობის დონის მიხედვით. ამასთან, თვით პაციენტს, როცა იგი გაეცნობა თავისი ავადმყოფობის ისტორიას, უნდა მიეცეს შესაძლებლობა განსაზღვროს მასში შემავალი ინფორმაციის კონფიდენციალობის დონე. გარდა ამისა, ექიმ-ფსიქიატრის დოკუმენტაცია აუცილებლად უნდა გამოცალკევდეს სხვა საექიმო დოკუმენტაციისაგან და ცალკე ინახებოდეს.

საექიმო საიდუმლოების შენახვის საკითხის განხილვისას ბიოეთიკოსები საბოლოოდ იმ დასკვნამდე მიდიან, რომ არ შეიძლება ექიმის მიერ საექიმო საიდუმლოების დაცვის აბსოლუტიზირება. აუცილებლად უნდა განისაზღვროს ის საზღვრები, რომლის დარღვევითაც ექიმი ზიანს მოუტანს სხვა ადამიანებს და საზოგადოებას მთლიანად.

ბიოსამედიცინო ლიტერატურაში ფართოდ მიმოიხილავენ იმ ეთიკურ პრობლემებს, რომლებიც გერიატრიულ სამედიცინო დანესებულებების სამედიცინო პერსონალის წინაშე დგას. ეს განხილვა, ცხადია, მჭიდროდ უკავშირდება. ისეთ ძირეულ ბიოსამედიცინო პრობლემებს, როგორცაა პირა-

დი ავტონომიის, პატერნალიზმის, ინფორმირებული თანხმობის საკითხები. გადამწყვეტ ფაქტორს ამ შემთხვევაში პაციენტის ფსიქიკური უნარის დაქვეითება წარმოადგენს. როგორც შესაბამისი გამოკვლევები გვიჩვენებს, 65 წელს გადაცილებული პირების დაახლოებით 10%-ში შეიმჩნევა, კლინიკური თვალსაზრისით, ინტელექტის მნიშვნელოვანი დარღვევები, ხოლო იმ პაციენტებში, რომლებიც ღრმად მოხუცებულთა სახლებში არიან მოთავსებულნი, ფსიქიკური მოქმედების საგრძნობი დარღვევის ნიშნები დაახლოებით 75 პროცენტს აღწევს. ასეთი ავადმყოფების ნდობის მოპოვებაში ყურადღებასთან ერთად მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის ტაქტიანი მოქმედება. ტაქტი, როგორც ქცევის შინაგანი ზომა, განპირობებულია ადამიანის შინაგანი კულტურით, მისი ზნეობრივი შეგნების დონით, სამედიცინო პერსონალის უტაქტო საქციელი მათდამი ავადმყოფის უნდობლობასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების ხელშემწყობი პირობაა. უტაქტობის კლასიკურ ნიმუშს წარმოადგენს მოხუცებული ავადმყოფისადმი ხშირად ექიმის ან სხვა სამედიცინო პერსონალის მიერ ნათქვამი: „ეჰ, ნეტავ მეც მაცოცხლა თქვენს ასაკამდე. რალაც გეტკინებათ, აბა, რა იქნება, ხომ ხედავთ, ახალგაზრდები იხოცებიან“. ხშირად კი სამედიცინო პერსონალი უფრო შორს მიდის, როცა ღრმად მოხუცებულ ადამიანებს უარს ეუბნებიან

სტაციონარში გადაყვანასა და ოპერაციულ დახმარებაზე იმ მოსაზრებით, რომ – „გზას ვერ გაუძლებთ, ცუდად გახდებით“ ან „ოპერაციას ვერ გადაიტანს“. მედიცინის მუშაკის ასეთი საქციელი ძლიერ ზეგავლენას ახდენს ავადმყოფზე. რაც ხშირად სავალალო შედეგით მთავრდება და სახელს უტეხს მთლიანად სამედიცინო სამსახურს. საზოგადოების თვალში მედიცინის მუშაკებისადმი უნდობლობა კი ექიმის ავტორიტეტის დაკარგვას იწვევს, რაც უმნიშვნელოვანესია ექიმ-პაციენტის ურთიერთობაში. ამის მაგალითად პიროგოვთან დაკავშირებული ერთი შემთხვევაც გამოდგება. 1854 წელს თურქეთთან ომის დროს ლაზარეთში საკაცით თავმოკვეთილი ჯარისკაცი მოიტანეს. განცვიფრებულმა ექიმმა სანიტრებს მიზეზი ჰკითხა. სანიტრებმა გულწრფელად უპასუხეს: – „თქვენო აღმატებულებავ, თავი უკან მოაქვთ. ამბობენ პიროგოვი იქ არის, მას კი ყველაფერი შეუძლია“. ასეთია ექიმის ავტორიტეტით გამოწვეული რწმენა, რომელსაც ბევრი სასწაულის მოხდენა შეუძლია მედიცინაში.

განსაკუთრებით რთულია ღრმად მოხუცებულთა ფსიქიკური მოქმედების სიღრმისეული დარღვევების შეფასება. შეიძლება თუ არა გამოკვლევის შედეგად გამომჟღავნებული დარღვევები ჩაითვალოს შეუცქევადად? ეთიკური თვალსაზრისით რთული პრობლემები იქმნება იმ შემთხვევაშიც, როდესაც ეს დარღვევები აშკარად შეუქცევად



ხასიათს ატარებს (მაგალითად, ალცჰეიმერის დაავადების ან ტვინის მრავალჯერადი ინფარქტის დროს). როგორ და რამდენადაა ექიმი ვალდებული აცნობოს ავადმყოფს (და მისი ოჯახის წევრებს) დაავადების პროგნოზი? აქვს თუ არა ექიმს უფლება ამგვარ ავადმყოფებთან ურთიერთობის დროს მისდიოს პატერნალისტურ ორიენტაციას? გერიატრიულ ავადმყოფთა ფსიქიკური მოქმედების სიღრმისეულ დარღვევების შეფასება გაძნელებულია აგრეთვე მრავალრიცხოვანი ტესტების არსებობით, რომელთა გამოყენება ხშირად ურთიერთსაწინააღმდეგო შედეგს იძლევა.

ექიმების პოზიცია, რომელთაც გერიატრიულ ავადმყოფებთან აქვთ საქმე, საბოლოოდ ორ ურთიერთსაწინააღმდეგო მიდგომაზე შეიძლება დავიყვანოთ. ერთნი, ძირითადად პატერნალისტურად განწყობილი სპეციალისტები, პაციენტთა პიროვნული ავტონომიის უფლების დარღვევას დასაშვებად მიიჩნევენ, მეორენი ამის კატეგორიული წინააღმდეგნი არიან. რა შეიძლება ითქვას ამ ორი პოზიციის შესახებ? რასაკვირველია, პიროვნების უფლების შეზღუდვა დიდი ბოროტებაა, მაგრამ არც საპირისპირო პოზიციას უნაკლო, რადგან შეიძლება სერიოზულ გართულებასთან გვექონდეს საქმე და ცალკეულ შემთხვევებში ავადმყოფის დაღუპვამდეც კი მივიდეს საქმე. ძალზე გახმაურებულია რუსეთში ცნობილი ექიმის სპასკის მაგალითი. მან სიკვდილის წინ გასინჯა ა. პუშკინი,

შემდეგ კი გაემგზავრა მეორე, ასევე მძიმე მდგომარეობაში მყოფ მოხუც ავადმყოფთან. ტკივილით გატანჯულმა ავადმყოფმა ჰკითხა მას: „ექიმო, მითხარით, არის ჩემი გადარჩენის შანსი, გამოვჯანმრთელდები?“ ექიმმა სპასკიმ, რომელიც პუშკინის გარდაცვალების ფაქტით გაოგნებული იყო, მკაცრად უპასუხა: „არავითარი, მაგრამ ბოლოს და ბოლოს რა მოხდა, ჩემო კარგო? ჩვენ ყველანი ხომ სიკვდილის შვილები ვართ! პუშკინიც კი მოკვდა, გესმით თქვენ? პუშკინი! მით უმეტეს ჩვენ – მე და თქვენ შეიძლება მოვკვდეთ“. ამ პასუხიდან ერთი საათის შემდეგ ავადმყოფი გარდაიცვალა. აი, როგორი მნიშვნელობა აქვს ექიმის სიტყვას და ტაქტს.

მაშასადამე, პაციენტის, მისი ახლობლების და სამედიცინო პერსონალის (უპირველეს ყოვლისა მედდების) ურთიერთობის პრინციპების შემუშავება ბიოსამედიცინო ეთიკის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემაა. მისი გადანყვეტა უნდა მოხდეს ზოგადი ზნეობრივი პრინციპების, პაციენტის მდგომარეობის გათვალისწინების საფუძველზე, ე. ი. ყოველი კონკრეტული შემთხვევის თავისებურებების საფუძველზე. ამ პრობლემების ზოგადი, ყველასათვის მისაღები ზნეობრივი მაგალითების შექმნის ცდები უნაყოფოდ უნდა იქნეს მიჩნეული. ამის ნათელი მაგალითი იყო პაციენტთან დამოკიდებულების საბჭოური მოდელი. აღნიშნული თეზისის დაცვა იმის გარანტიას, რომ შენარჩუნე-

ბული და დაცული იყოს პაციენტის როგორც მოქალაქის თავისუფლების უფლება.

ბიოეთიკის ჩარჩოებში ყველა იდეურ წინააღმდეგობათა და სულიერ ძიებათა ნამდვილ საწყისს წარმოადგენს განგაში და ზრუნვა ადამიანთა მოდგომის მომავალზე. მომავალზე ფიქრისას კი ყოველი ადამიანი (მათ შორის სამედიცინო პერსონალიც) უნდა აკეთებდეს მორალურ არჩევანს ღირებულებათა სისტემაში. არჩევანის შერჩევისას კი უმთავრესი მიზანი უნდა იყოს ადამიანი, მისი სიცოცხლე, მისი კეთილდღეობა, მისი ღირსების დაცვა. ზნეობრივი ღირებულებების სიმყარით ხასიათდება, ისინი, კერძოდ მედიცინაში, თაობიდან თაობას გადაეცემა, ყალიბდება როგორც საექიმო ეთიკის ნორმები და ზნეობრივი პროგრესის მაჩვენებლები ხდება. ეს პროგრესი ყველაზე მეტად მედიცინაში დასტურდება და ექიმობის, როგორც ყველაზე ჰუმანურ პროფესიის ეთიკად ყალიბდება, რომელშიც ადამიანის ჯანმრთელობა ითვლება უმაღლეს სიკეთედ, ხოლო მისი სიცოცხლე – ყველაზე პრიორიტეტულ სოციალურ ღირებულებად.

ბიოეთიკის კატეგორიათა სისტემის ძირითადი კატეგორიის – „სიცოცხლე–სიკვდილის“ დეფინიცია ცნებების – „სიცოცხლე“ და „სიკვდილი“ ცალ–ცალკე განსაზღვრებით არ იქნება სრულყოფილი, რადგან მათში მოაზრებული შინაარსის სიკვდილის და სიცოცხლის ურთიერთმიმართება-

ში, ურთიერთგანსაზღვრულობაში არის შესაძლებელი. მხედველობაში გვაქვს არა ამ კატეგორიების სამედიცინო ბიოლოგიური გაგება, არამედ ფილოსოფიური, აქსოლოგიური განმარტება.

ვის არ უცდია „სიცოცხლე–სიკვდილის“ ფენომენის ამოხსნა, გონიერ და განსწავლულთ, ცხოვრებისეული სიბრძნით დახუნძლული და ბუნებრივი – ქარიზმატული ნიჭით მომადლებულთ, ირაციონალური ჭკრეტის უნარით დაჯილდოებულებს და აღქმის დიდოსტატებს, ისტორიკოსებს და პოეტებს, განდიდებულებს და დაბეჩავებულებს, ასკეტებს და მჩქეფარე ცხოვრებით თავგასულებს, ბავშვებს და მოხუცებს, ქალებს და მამაკაცებს.

რა ხერხი, და რა საშუალება არ გამოუყენებიათ „სიცოცხლე–სიკვდილის“ სიღრმეში ჩანვდომისათვის, საიდან არ მისდგომიან მის მრავალსახეობას, მტკიცებათა და ნეგრაციათა რა ფორმა არ მოუმარჯვებიათ. ამის მიუხედავად, დღემდე დაუდგენელია ყველასათვის მისაღები პასუხის შინაარსი, სხვადასხვა მოსაზრებების შეფასების საზომი–კრიტერიუმიც არ არის გამონახული.

ძველი ინდუსტრი წარმოდგენების თანახმად „სიცოცხლე–სიკვდილის“ ფენომენი ამოხსნა, „სიცოცხლე–სიკვდილის“ პრობლემის გადაწყვეტა შეუძლებელია მანამ, სანამ ადამიანი თვითცნობიერების ტყვეობაში იმყოფება. ამ თვალსაზრისით მიზნის მიღწევა მხოლოდ მაშინ არის განხორციელებადი, როცა ღვთიურისა და ადამიანურის

შერწყმა მოხდება; როცა მისტიკურის გასხივოსნების ჟამი დგება; როცა უმაღლესში დანთქმის – საფშვინველის დაუფლება მოხერხდება; როცა უზენაესის ზიარება ხორციელდება; როცა გონი სრულ ექსტაზში მოექცევა და სხვა.

ძვ. წელთაღრიცხვის IV-III ს. ეპიკურემ სიცოცხლე–სიკვდილის ურთიერთობის საისტორიო სილოგიზმი ააგო: „ამრიგად, ბოროტებათაგან უსაშინლესი – სიკვდილი ჩვენ სრულიად არ გვეხება, რადგან როცა ჩვენ ვართ, სიკვდილი არ არის, ხოლო როდესაც სიკვდილი არის, ჩვენ აღარ ვართ, ასე რომ, იგი სრულებით არ ეხება არც ცოცხლებს, არც მკვდრებს, რადგან პირველთათვის იგი არ არსებობს, მეორენი კი უკვე აღარ არსებობენ“.

რომაელმა პოეტმა და ფილოსოფოსმა ლუკრეციუს კარმუსმა (დაახ. 99–55 ძვ. წ.) სიკვდილის ახსნა – დამარცხება თვით სიკვდილის მარადიულობით და უკვდავებით სცადა: სწორედ ამ მიზნით „უკვდავი სიკვდილის“, „მარადიული სიკვდილის“ ცნებები გონივრულ იარაღად გამოიყენება.

ლუკრეციუსის მსგავსად რომაული სტოიციზმის წარმომადგენელმა, მორალისტმა სენეკამ (დაახლ. ძვ. წ. 65) სიკვდილ–სიცოცხლის ცნების რამდენიმე ნიშანზე მითითებით მისი დეფინიციის პრეტენზია განაცხადა. მისი აზრით: სიკვდილის შიშით სიკვდილი უმეცრებაა, ხალისიანი სიკვდილით სიკვდილი ძნელი და იდეალურია; უშიშრად სიკვდილი მხოლოდ ბერძენთ ხელენიფებათ.

ანტიკური ფილოსოფიის მამამთავრებს პლატონსა (428–348 ძვ. წ.) და არისტოტელეს (384–322 ძვ. წ.) მხედველობის გარეშე არ დარჩენიათ „სიცოცხლე–სიკვდილის“ კატეგორიის დიფენიციის აუცილებლობა. მათ ამ კატეგორიის საინტერესო ასპექტებს მიაქციეს ყურადღება, პლატონის აზრით, სიკვდილის ცოდნა შეუძლებელია, რადგან არავინ იცის ადამიანისათვის არის თუ არა იგი სიკეთე, ამის მიუხედავად მისი ყველას ეშინია, თითქოსდა იცოდნენ, რომ იგი დიდი ბოროტებაა. არისტოტელეს განმარტებით, იმის მიუხედავად, რომ ყველამ იცის სიკვდილის გარდაუვალობა, არავინ მის შესახებ არ ფიქრობს, რადგან იგი მოახლოებული არ არის.

საინტერესოდ ახსნა „სიცოცხლე–სიკვდილის“ რაობა ქართულმა მსოფლმხედველობამ, რომელიც კლასიკურად რუსთაველის ფილოსოფიურ ნააზრევში გამოვლინდა; მისი ძირითადი პოსტულატები შემდეგი სახით არის წარმოდგენილი; სიკვდილის „დაჭრა“ შეუძლებელია – სიკვდილი ყველას ათანაბრებს – „სუსტსა“ და „ძალგულოვანს“; ყველა ცდება, ვინც წამიერად არ მოელის სიკვდილს; სიკვდილამდე მოკვლა ეწინააღმდეგება ბუნებრივ კანონთმიმდინარეობას და ა. შ.

სიცოცხლე–სიკვდილის ურთიერთმიმართების კლასიკური ახსნა მოცემულია ალორძინების ხანის პერიოდის ფილოსოფოსის მიშელ მონტენის („533–1592) წიგნში „ცდები“ (სპეციალური თავში

იმისათვის რომ ფილოსოფოსობა სიკვდილისათვის მზადება ნიშნავს).

სიკვდილის გარდაუვალობის, მის წინაშე შიშის ახსნისას მონტენი იშველიებს მითოლოგიური პერსონაჟის ტანტალოსის მაგალითს. ტანტალოსი ღმერთებმა იმით დასაჯეს, რომ მოათავსეს თოკზე მიბნეული დიდი კლდის ქვეშ. ტანტალოსი ყოველ წამს განიცდიდა შიშს, რომ თოკი განყდებოდა და კლდე მას გაჭყლეთდა. ასეთივე მდგომარეობაშია, მონტენის განმარტებით, ადამიანი – იგი მუდმივად შიშის ქვეშ იმყოფება და არ იცის, როდის აღიგვება „მიწისგან პირისა“. რა უნდა გააკეთოს ტანტალოსმა – ადამიანმა ამ შიშისგან თავის დასაღწევად? როგორ დაიხსნას თავი ამ შიშისაგან? როგორ განთავისუფლდეს მისი ცნობიერება ამ შიშზე ფიქრისაგან? ამ უძნელესი ხასიათის კითხვებზე მონტენი საინტერესო პასუხს გვთავაზობს, რომელთა შორის საუკეთესოდ ითვლება ის აზრი, რომლის მიხედვით აუცილებელ, ჩვეულებრივ, ბუნებრივ მოვლენად უნდა იქნას მიჩნეული, – გადით ამ ქვეყნიდან, გადით ისევე, როგორც შემოხვედით, ხომ მშვიდად და უშფოთველად გადმოაბიჯეთ სიკვდილიდან სიცოცხლეში? მაშ, ასევე გადადით ახლა სიცოცხლიდან სიკვდილში, თქვენი სიკვდილი სამყაროს წესრიგის ერთ ნაწილია; ის არის სამყაროს სიცოცხლის ნაწილი... თქვენი სიცოცხლის ყოველ წამს თქვენსავე ცხოვრებას სტაცებთ, თქვენ მის ხარჯზე

ცხოვრობთ, მთელი თქვენი სიცოცხლის საქმე ისაა, რომ სიკვდილი ზარდოთ, სანამ გრძელდება სიცოცხლე, გრძელდება კვდომაც, რადგან სიკვდილს მხოლოდ მაშინ თუ დააღწევთ თავს, როცა მოკვდებით, როცა თავს დააღწევს სიცოცხლეს, მანამ ცოცხლობთ, იმავდროულად კიდევ კვდებით“.

მიშელ მონტენმა სიცოცხლე-სიკვდილის ურთიერთობის პარადიგმა შექმნა – „სიკვდილზე ფიქრი თავისუფლებაზე ფიქრს ნიშნავს“, რომლის თანახმად ადამიანის დაბადებასთან ერთად იბადება მთელი სამყაროც და, აქედან გამომდინარე, მის სიკვდილთან ერთად მთელი სამყაროც კვდება. ამიტომ განგაში იმის გამო, რომ ასი წლის შემდეგ აღარ ვიარსებებს, ისევე უსაფუძვლოა, როგორც მითქმა-გოდება იმის გამო, რატომ ასი წლის წინათ არ ვცხოვრობდითო.

მიშელ მონტენის მოსაზრების ლოგკიურობის მიუხედავად, მასში არსებითი ხასიათის ნაკლოვანებები აღინიშნება: ჯერ ერთი, მონტენის კონცეფცია წინასწარ – აპოსტერიორული დებულების ჭეშმარიტად მიღებას ითხოვს; მეორეც, როგორც უნდა იფიქრო და შექმნა უშიშარი სამყარო გარდაუვალობის აუცილებლობის წინაშე დგომის აუცილებლობა, ყოველი ადამიანის ცხოვრების კონკრეტული შემთხვევის დროს აზრში ჩამოყალიბებული ზოგადი – აბსოლუტური ჭეშმარიტების დამლთ მიღებული თეზისი ძალას კარგავს,



„არ ერგება“ ადამიანის მიერ აღიარებულ სულიერ ღირებულებებს, „ვერ ანეიტრალებს“ ბიბლიის ყოვლისმომცველ სენტენციაში – „ამაობა, ამაოებათა და ყოველივე ამაოა“ – მოაზრებულ შინა-აარსს.

მიშელ მონტენის მოძღვრების გავლენის შედეგად გერმანელმა ფილოსოფოსმა არტურ შოპენჰაერმა (1788–1860) სიცოცხლე–სიკვდილის ურთიერთობის კონცეფცია შექმნა იმ აზრით, რომ ეს თემა სპეციალურად განიხილა. ადამიანებს, – მსჯელობდა შოპენჰაუერი, – ანუხებთ კითხვები: რა იქნება სიკვდილის შემდეგ? აქვს თუ არა სიცოცხლეს საზრისი? რატომ უნდა მივანიჭოთ სიცოცხლეს სიკვდილთან შედარებით უპირატესობა? შოპენჰაუერი არ გაურბის ამ ურთულეს კითხვებზე პასუხის გაცემას. მისი ღრმა რწმენით, არ ყოფნა სიკვდილის შემდეგ უნდა გავითავისოთ დაბადებამდე არყოფნის მსგავსად. სინანული იმის გამო, რომ არად ვიქცევით, არ უნდა განვასხვავოთ იმისგან, რომ დაბადებამდე არ ვიყავით. შოპენჰაუერი სიკვდილს ისეთივე ბუნებრივ ფენომენად მიიჩნევს, როგორც სიცოცხლეს. მეტიც, საბოლოო ჯამში იგი სიკვდილს სიცოცხლეზე მეტად აფასებს.

სპეციალურ ფილოსოფიური მიმდინარეობის – „სიცოცხლის ფილოსოფიის“ წარმომადგენლებმა (ფ. ნიცშე, ვ. დილთაი, ო. შპენგლერი, ზ. ფროიდი, ა. ბერგსონი, ო. გასეტი) სიცოცხლის არსის თავი-

სებური მოდელი შექმნეს. მათ უარყვეს დებულება, რომლის თანახმად ადამიანის არსს შეადგენს შემეცნება, როგორც მისგან დამოუკიდებლად და სამუდამოდ დამყარებული წესრიგისადმი ზიარება. ამიტომ ბუნებრივი იყო ის, რომ სიცოცხლის ფილოსოფიაში სიცოცხლის წინასწარ განსაზღვრული იდეა თვითგანსაზღვრულობის იდეამ შეცვალა. ადამიანის სიცოცხლის და სიკვდილის აზრი და ღირებულება თვით ადამიანის შინაგანი, სიღრმისეული ტენდენციების განხორციელებლად წარმოჩინდა. უარყოფილი იქნა სიცოცხლის ინტერობა და მის ნაცვლად სიცოცხლის აქტივობა – შემოქმედობითობა დამკვირდა.

სიცოცხლის ფილოსოფიის თვალსაჩინო წარმომადგენელმა ფრიდრიხ ნიცშემ (1844–1900) გაითავისა სიცოცხლე–სიკვდილის ურთიერთობის მრავალფეროვნება. კერძოდ ის, რომ სიკვდილმა არ უნდა იბატონოს ადამიანზე. მეტიც, ადამიანმა იმას უნდა მიაღწიოს, რომ დაძლიოს სიკვდილის შიში. ამიტომ მან ახლებურად უნდა გაიზიაროს საკუთარი სიკვდილის ფასი, მისი ფენომენი. ამის მისაღწევად ნიცშე აღზრდის ორიგინალური სისტემის შექმნას მოითხოვს, სისტემისა, რომელიც სიკვდილსაც კი არ შეუშვებს მის ზონაში, მეტიც, დაამარცხებს კიდევ მას. ამ სისტემით აღზრდილი ზეკაცის ყოვლად ძლიერია. იგი ადამიანის ქვემარტივების საბოლოო მიზანია. სწორედ ზეკაცი აძლევს ადამიანს სიცოცხლეს საზრისს, „ღმერ-

თის სიკვდილის“ შემდეგ თვით ზეკაცი იქცევა ღმერთად, იგი იჭერს მის ადგილს. ადამიანი ამ სანუკვარ იდეალამდე გაივლის აქლემის, ლომის და ბავშვის საფეხურებს. აქლემი–ადამიანი შებოჭილი კერპებით და ფორმულით „შენ უნდა“, ლომად იქცევა, რომელშიც პრინციპს „შენ უნდა“ დაუპირისპირდება პრინციპი – „მე მსურს“, მაგრამ ჭეშმარიტი თავისუფლებისათვის ადამიანი უნდა მოვიდეს ბავშვის – „თამაშის“ საფეხურამდე. სწორედ ამ ეტაპზე აღწევს ადამიანი ისეთ მდგომარეობას, სადაც თვითონ ქმნის ღირებულებებს, ე. ი. თავისუფლდება გარედან თავსმოხვეული ღირებულებებიდან.

გერმანელმა ფილოსოფოსმა ვილჰელმ დილთაიმ (1833–1911) თავისებური ინტერპრეტაციით ახსნა სიცოცხლის ღირებულების და მისი სიკვდილთან მიმართების ნიცშესეული გაგება. სიცოცხლე, იმის მიუხედავად, რომ ერთმანეთისგან განსხვავებულ ინდივიდებში ხორციელდება, ვერ ეგუება ჩარჩოებს, საზღვრებს. ამიტომ ფინალის აუცილებლობა ტრაგიზმია. ცხოვრება მუდმივი ძიება, მუდმივი მოქმედებაა, განუწყვეტლობა. ამდენად მისი შესაძლებლობების ამოუწურავია, ე. ი. (სიცოცხლე) შთაუწვდომელია, მარადიულია.

სიცოცხლის ფილოსოფიის თვალსაჩინო წარმომადგენელი ფრანგი ფილოსოფოსი ანრი ბერგსონი (1859–1914) სიკვდილ–სიცოცხლის ურთიერთობის გარკვევისას მეტ მნიშვნელობას სიცოცხლის

რაობის გაგებას ანიჭებდა. სიცოცხლე, – ბერგსონის აზრით, – არის „შემოქმედებითი ევოლუცია“, რაც წინასწარ განსაზღვრული მიზნების, საშუალებების, პირობების ფარგლებს გარეთ გასვლას ნიშნავს. „ცოცხლობა“ დაკავშირებულია სიტუაციების მიხედვით მიზნების ცვლასთან, ახალ ღირებულებებთან ურთიერთობის დამყარების სიძნელეებთან. ამიტომ საჭიროა „ინტელექტის ჩვევების“ საზღვრების გადალახვა და ინტუიციის გამოყენება, რათა დავაფასოთ სიცოცხლე. სიცოცხლის ფილოსოფიის სხვა წარმომადგენლებისაგან განსხვავებით, ბერგსონი უშვებს სულის უკვდავების რეალობას, სული არ ქრება, სხეულებრივი ორგანიზმის დაშლის შემდეგ. იგი განაგრძობს არსებობას. ეს დაშვება, საბოლოო ჯამში, ბერგსონთან პანთეიზმში გადაიზარდა. მაგრამ შეიძლება უსაფუძვლოდ ჩაითვალოს სიცოცხლისა და სიკვდილის შესახებ სპეციალური მიმდინარეობის („სიცოცხლის ფილოსოფია,“) არსებობა იმ აზრით, რომ საერთოდ ყოველი ფილოსოფიური სისტემა, პირდაპირ თუ არაპირდაპირ, საბოლოოდ, ამ პრობლემით არის დაკავშირებული, მის გადანყვეტას ისახავს მიზნად. სწორედ ამიტომ საყოველთაოდ არის მიღებული დეფინიციები: „სიკვდილი ფილოსოფიის მუზაა“. „ფილოსოფოსობა სხვა არ არის რა, თუ არა სასიკვდილოდ მზადება“ ამ აზრით სწორი იყო, ალბათ, XVII საუკუნის რელიგიური ორდენის – ტრანსპისტების – ქცევა და განს-

ჯა, როცა ისინი ყოველდღე და ყოველწამს ერთმანეთს სიკვდილის გარდაუვალობას ახსენებდნენ. წესად ჰქონდათ მისალმება ლათინური სენტენციით: „მემენტო მორი“ „გახსოვდეთ მორი“ – „გახსოვდეთ სიკვდილი“. „მომენტო მორი“ გვახსენებს ყოველდღიურობას, მაგრამ იგივე ყოფიერება გვაიძულებს არ ვიფიქროთ ადამიანისათვის ყველაზე მნიშვნელოვან საკითხებზე – სიკვდილის აუცილებლობაზე.

ადამიანმა რომ შეაჯამოს, თავისი ცხოვრების რამდენი დრო დაუთმო ამ კითხვაზე ფიქრს, გამოირკვევა, რომ ყველაზე ცოტა. მაშინაც კი, როდესაც ცხოვრების რეალობა შეახსენებს ამ აუცილებლობას (სხვა ადამიანის დაკრძალვა, პანაშვიდები და ა. შ.), ადამიანს მსჯელობა და ფიქრი სხვა თემებზე, საკითხებზე, პრობლემებზე გადააქვს, ან იმშვიდებს თავს იმით, რომ სიკვდილი მას არ ეხება, სხვა კვდება, ის არა, ან განსჯიდა ხსნის ამ თემას.

სიკვდილის ეს ასპექტი მთლიანობაში აღიქვა, გაითავისა და აღწერა ლევ ტოლსტოიმ მოთხრობებში: „ივან ილიჩის სიკვდილი“ და „სამი სიკვდილი“ როდესაც ივან ილიჩმა ახალგაზრდობის დროს ისწავლა ლოგიკის სახელმძღვანელოდან სილოგიზმი:

ყველა ადამიანი მოკვდავია;

კაიუსი ადამიანია;

მაშასადამე, კაიუსი მოკვდავია.

მაშინ არ ჩადო მასში კონკრეტული შინაარსი. კვდომის კატეგორია მან ზოგადად წარმოიდგინა, კვდომა კაიუსს ეხებოდა და არა ივან ილიჩს, იგი ხომ კაიუსი არ იყო, შინაგანად ივან ილიჩს არ სურდა სილოგიზმის გათავისება. ასე გაურბოდა სიკვდილთან შეხვედრას ივან ილიჩი, მაგრამ როდესაც სიკვდილმა მასაც მიაკითხა, დაიწყო ფიქრი იმაზე, რომ იგი კაიუსი ხდებოდა. ეს კი სტანჯავდა მასაც და მისი ტანჯვით – მის ახლობლებსაც.

მოთხრობაში „სამი სიკვდილი“ ტოლსტოიმ სამი ცოცხალი არსების: ქალბატონის, გლეხის და ხის სიკვდილი აღწერა, მათი აღსასრულის პროცესი ერთმანეთს შეადარა. ქალბატონი, ტოლსტოის განმარტებით, საშინელი სიკვდილით კვდება, რადგან მთელი ცხოვრების მანძილზე სიკვდილის წინაშე ცრუობდა. იმასვე აკეთებს იგი სიცოცხლის დასასრულის დროს. ამიტომ ამ ქალბატონს სიკვდილი არ უმსუბუქდება. მისი აზროვნება ქარგაზე არის გამოჭრილი – „რატომ უნდა მოვკვდე მაშინ, როცა ძალიან მინდა სიცოცხლე?“ გლეხი კი მშვიდად კვდება, რადგან სიკვდილის გარდაუვალობა მას შეგნებულად აქვს. ისიც ხოცავდა ცხვრებს, ჭრიდა ხეებს, მის თვალწინ იხოცებოდნენ მოხუცები. გლეხის რელიგია ბუნება იყო და არა ქრისტიანობა, თუმცა ასრულებდა მის წეს-ჩვეულებებს. რაც მთავარია, გლეხი სიკვდილის წინაშე არ თამაშობს, გლეხები კი მშვიდად, პატიოსნად და ლამაზად იხოცებიან, იმიტომ რომ

არ ცრუობენ, არ თამაშობენ, არ ნანობენ იმაზე, რაც უნდა მოხდეს“.

ტოლსტოი ხედავდა და გრძნობდა ცხოვრების საოცრებას, მეექვსე გრძნობის საშუალებით სწვდებოდა ნეტარების სიღრმეებს – მდელიში ერთი უცნაური და მაღალი ყვავილის ნახვამ ჰაჯი მურატის ასოციაცია გამოიწვია და გასაოცრად მოკლე დროში დაწერა „ჰაჯი მურატი“ საშინლად განიცდიდა ანა კარენინას თვითმკვლევლობას, მაგრამ მან – ავტორმა ვერ შეძლო მისი გადარჩენა. ტოლსტოიმ ვერ დაძლია იმ ფიქრის საშინელება, რომ იგი უნდა წასულიყო ამ უმშვენიერესი ჰარმონიული სამყაროდან, სადაც ყველაფერი თავის ადგილზეა, სადაც ორი ერთნაირი ფოთოლიც კი არ არის (ორი ერთნაირი ერთია).

ტოლსტოის არ აკმაყოფილებდა სიცოცხლის საზრისის შესახებ მანამდე შექმნილი მოდელები. ამიტომ უარყო მართლმადიდებლობის ძირითადი პრინციპები და საკუთარი რელიგია – ბოროტებისთვის წინააღმდეგობის არგანევის რელიგია შექმნა.

საბალეტო ხელოვნების თვალსაჩინო სპეციალისტმა მორის ბეჟარმა წიგნში „რომელთა სიცოცხლე?“ მეტად საინტერესო, მრავლის მთქმელი მოსაზრება გამოთქვა: „მომწონს იმის მტკიცება, რომ თითოეულ ჩვენგანს დაბადების რამდენიმე თარიღი აქვს. მე ისიც ვიცი, თუმცა მას იშვიათად ვაცხადებ ხოლმე, რომ სიკვდილის თა-

რილიც რამდენიმეა. პირველად მე შვიდი წლისა მოვკვდი მარსელში, როცა დედა გარდამეცვალა. მოვკვდი მამაჩემის გვერდით საავტომობილო კატასტროფაში და მოვკვდი სულ ახლახან... ლოზანის კლინიკის ერთ-ერთ პალატაში“.

ბეჟარის აზრი გასაგები არ იქნება, თუ სიკვდილის მისეული აღქმა არ განიმარტა. სიკვდილი, მორის ბეჟარის რწმენით, აღმატებული ორგანიზმია, ამ დროს ადამიანი კარგავს თავის სქესს, ეროვნებას, რაობას და სრულყოფილ, იდეალურ, ნამდვილ ადამიანურ არსებად – ანდროგინად იქცევა „სიკვდილის შემზარავი წამი, – განმარტავს ბეჟარი, – ეს უმაღლესი სიამოვნებაა. მე ვიტყვოდი, რომ სიცოცხლეში მხოლოდ ორი მნიშვნელოვანი მოვლენა არსებობს: სქესის აღმოჩენა (მისი აღმოჩენა ყოველ კერძო შემთხვევაში თავიდან ხდება) და სიკვდილთან მიახლოება, სხვა დანარჩენი ამაოებაა“. პრობლემის განმარტების მიზნით ბეჟარი სიკვდილის შემდეგ სახის დეფინიციას ახდენს: „სიკვდილი – ეს ისეთი მოვლენაა, რომელსაც ელის თითოეული ჩვენგანი, თითოეულ ჩვენგანს ხომ ასე ძალუმად სურს იცოდეს, როდის, როგორ, სად ეწევა სიკვდილი. ამასთან შედარებით ყოველივე სხვა – ოპერის დირექტორობა, ნობელის პრემია, ნებისმიერი წარმატებას სისულელეა. მე პირადად ვფიქრობ, რომ ეს ასეა!“

მორის ბეჟარის აღნიშნული სახის განზოგადებული დეფინიცია საბალეტო ხელოვნებაში სიკვ-



დილის თემის თავისებურმა ინტერპრეტაციამ განაპირობა.

უფრო ზუსტად თუ ვიტყვით – ცნობილი ბალერინების მიერ სწორედ ამ თვალსაწიერიდან განხორციელდა ბახის მუსიკაზე შექმნილი ბალეტი „სიცოცხლე“. რასაკვირველია, ხელოვნების ყველა დარგი – მუსიკა, პროზა, პოეზია, ქანდაკება და ა. შ. სათანადო ადგილს თმობს სიკვდილ–სიცოცხლის უბერებელ და უშრეტ თემას. მაგრამ სწორედ საბალეტო ხელოვნებაში ჰპოვა მან საოცარი, ამაღლებული განსახიერება. საკმარისია დავასახელოთ უკვდავი საბალეტო ჰიტი–მიხეილ ფოკინის „გედი“ – სენ სანსის მუსიკაზე, რომელიც შემდეგ „მომაკვდავი გედის“ სახელით დამკვიდრდა და 1907 წლიდან დიდი ბალერინების რეპერტუარის განუყოფელი ნაწილი გახდა. სხვადასხვაგვარად კვდებოდნენ (კიდურების სინქრონული რხევა, ხელების ტალღისებური ლივლივი) ოლგა სპეცივცევას, ანა პავლოვას, მაია პლისეცკაიას, ვერა ნიგნაძის მომაკვდავი გედები. მათ შორის საერთოც ბევრი იყო.

მიქელანჯელოს პიეტაში (ქრისტეს დატირება – მარმარილოს განთქმული კომპოზიცია! წარმოჩინდა სიკვდილის სილამაზე, დიდებულება და უკვდავება. რომში (ვატიკანში), პეტრეს დიდებული ტაძრის შესასვლელის მარჯვენა მხარეს, ღვთისმშობელი – ნანამები იესო ქრისტეთი ხელში, ცოცხალი, სევდანარევი ბედნიერებით სავსე დედა

დასცქერის ღმერთის ძეს, რომელიც სუნთქავს და არსებობს. რამდენი რამ არის ამ სცენაში წარმოჩენილი: ღვთისმოსაობა, ერთგულება, სინაზე, იმედი, სინანული, მონყალება, კაცთმოყვარეობა, შენდობა და სხვა.

სიკვდილის ფენომენი, სიკვდილის ფილოსოფიური კატეგორია ყოველმხრივ იქნა გააზრებული ეკზისტენციალურ ფილოსოფიაში, ცხოვრების საზრისის ეს ფილოსოფიური მიმდინარეობა ცნებას „სიკვდილი“ სპეციალურად იხილავს. ეს ცნება ამ ფილოსოფიის ძირითადი კატეგორია.

მარტინ ჰაიდეგერის შრომაში „ყოფიერება და დრო“ ერთი პარაგრაფი დათმობილი აქვს სიკვდილის ფენომენის გარკვევას – „სხვისი სიკვდილის განცდადობა და მთელი მუნყოფელობის წვდომის შესაძლებლობა“. საერთოდ დასახელებული შრომის „მუნყოფიერების შესაძლებელი მთლიანობა და ყოფნა სიკვდილისაკენ“ პარაგრაფებში განხილულია ისეთი საკითხები, როგორცაა: „სიკვდილის ეკზისტენციალური ანალიზის გამიჯვნა ფენომენის სხვა შესაძლებელი ინტერპრეტაციებისაგან“, „სიკვდილისაკენ ყოფნა და მუნყოფიერების ყოველდღიურობა“, ყოველდღიური ბოლოსკენ და სიკვდილის სრული ეკზისტენციალური ცნება“ და სხვა. როგორც ცნობილია, ჰაიდეგერი ცნებებში განსაკუთრებულ შინაარსს დებდა, მისი არსის წვდომა საკმაოდ რთულია. იგივე უნდა ითქვას სიკვდილის შიშის ჰაიდეგერისეულ გაგებაზე

მისი განმარტებით, ადამიანის სტრუქტურა – „სამყაროში ყოფნა“ – არის შიში. ადამიანი განიცდის ამ შიშს იმიტომ, რომ ის არის „თავის სახლში“ იგი არის „სამყაროს ყოფნაში“, სადაც ძრწოლვას განიცდის, მაგრამ ამ შემთხვევაში, ჰაიდეგერის გაგებით, ადამიანი კი არ განიცდის შიშს, არამედ მისი (ადამიანის) არსებობა თვით არის შიში, ე. ი. ადამიანისათვის შიში გარეგანი რამ კი არ არის, არამედ შინაგანი. ანალოგიურია სიკვდილიც, იგი ყოფიერების თავისებური ფორმაა და არსებობას თავიდანვე ახასიათებს. „დაიბადა თუ არა ადამიანი, ის უკვე მოზრდილია სიკვდილისათვის“. ამიტომ ადამიანი ვერ გაექცევა სიკვდილს – იგი თავიდანვე გადასროლილია სიკვდილში. სიკვდილი არ ემართება ადამიანს, იგი მისი არსებითი მომენტია.

ჰაიდეგერმა ტოლსტოის „ივან ილიჩის სიკვდილი“ დაწვრილებით აღწერა, როგორც სიკვდილის ფენომენის მისეული გაგების კლასიკური მაგალითი: ივან ილიჩის მხრიდან საკუთარი თავის დაიმედება. დამამშვიდებელი გამოთქმა „იხოცებიან“, „მე ის არ მეხება“ მხოლოდ თავის მოტყუებაა, საშუალო უპიროვნო ადამიანის თამაშია, შექმნილი ილუზიაა, რომელიც სიკვდილთან მიახლოებისას საპნის ბუშტივით ქრება. ჰაიდეგერმა აღნიშნული ნაწარმოების პერსონაჟის ივან ილიჩის ფილოსოფიური განსჯის ჩვენებით დაასაბუთა, რომ უპიროვნო არსება არ არის ნამდვილი არსება, რო-

გორც არსებობა არის „ყოველთვის ჩემი“ ასევე სიკვდილი არის „ყოველთვის ჩემი“. იგი სრულიად არ არის აბსტრაქტული და არც აპრიორული. იგი კონკრეტულია, რადგან ეს არ მოგვწონს, ამიტომ მას წარმოვსახავთ როგორც ზოგადს, აბსტრაქტულს: კი არ იხოცებიან, არამედ მე ვკვდები, ის კვდება, თქვენ კვდებით, ჩვენ ვკვდებით და ა. შ. როგორ ცდილობს ადამიანი სიკვდილისაგან, სიკვდილის შიშისაგან თავის დაღწევას? ადამიანი გარბის თავის თავიდან, საზოგადოებაში და იგი ხდება ისეთივე, როგორც სხვები არიან. ითქვიფება რა მასაში ადამიანი ლაყბობს, ცნობისმოყვარეობს, ცრუობს, ორაზროვნებს და ა. შ. ადამიანი ყოველდღიურ ადამიანად გადაიქცევა. ასეთი არსებობა ადამიანისათვის დამამშვიდებელია. იგი აღარ განიცდის სხვის სიკვდილს, იმიტომ რომ ეს მას არ ეხება. ადამიანს ავინწყდება, რომ ის, ვინც გარდაიცვალა, თავისი გარდაცვალებით გარდაიცვალა, რომ ასეთივე გარდაცვალებით გარდაიცვლება სხვაც.

ჰაიდეგერმა სიღრმისეულად განიხილა „სიკვდილის“, „სიკვდილის წინაშე შიშის“, „ძრწოლების“ და სხვა კატეგორიები. მან არ გაიზიარა ამ კატეგორიების თეოლოგიური ინტერპრეტაცია (ავგუსტინე ლუთერი, კალვინი, კირკეგორი და სხვები), მაგრამ, როგორც ეს სპეციალურ ლიტერატურაში არის აღნიშნული, სწორედ საკითხის განხილვის სიღრმისეულობის გამო ჰაიდეგერის გაგებას „სე-

კულარიზებული თეოლოგიის“ სახესხვაობა ენოდა.

ეკზისტენციალური ფილოსოფიის სხვადასხვა წარმომადგენელი სხვადასხვა პრობლემის ამსახველ ცნებებს განსხვავებულად მოიაზრებს, ასევეა ამ შემთხვევაშიც. თუ მარტინ ჰაიდეგერი „სიკვდილს“, „სიკვდილის წინაშე შიშს“ და ა. შ. ტერმინებს, ცნებებს ჰერმენევტიკული დატვირთვით აანალიზებს, ეკზისტენციალური აზროვნების მეორე კლასიკოსი, სიმონა დე ბოვუარი, სიკვდილის ფენომენს სრულიად განსხვავებულად – შედარებით მარტივ, გასაგებ, რომანტიკულ, შეიძლება ითქვას, ადამიანურ ფორმაში წარმოსახავდა. მხედველობაში გვაქვს მისი ფილოსოფიური მოთხრობა „ძალიან მშვიდი სიკვდილი“. ბოვუარი, ერთი გააზრებით, ნატურალისტურადაც კი აღწერს საკუთარი დედის სიკვდილს. ამ საშინელ ფენომენს, დედის განცდებს და რეალობისგან გაქცევის პოზიციებიდან სიკვდილის აღწერა იზიარებს ტანჯვის, ძრწოლების ასპექტიდან.

განზოგადებული ინტერპრეტაციის შედეგად კონკრეტული შემთხვევა „სიკვდილის“, „სიკვდილის შიშის“, „ძრწოლების“ და სხვა კატეგორიების ცხოვრების საზრისის არსის წვდომის დონემდეა აყვანილი. იმის მიუხედავად, რომ შვილი მომაკვდავი დედის ადგილას აყენებდა თავს, იგი (შვილი) ბოლომდე მაინც ვერ ითავსებდა სიკვდილს, რადგან მისი სიკვდილი მისსავე ყოფაში იყო, დედის

სიკვდილი კი დედის ყოფაში „ძნელია სიკვდილი იმისათვის, ვისაც ასე ძალუმად უყვარს სიცოცხლე“, – ასკვნის ბოვუარი.

სიღრმისეული ფსიქოლოგიის დონეზე ბოვუარი იჭრება ადამიანური განცდების სიღრმეში, შეუმეცნებლად და აუხსნელად მიიჩნევს თითქოსდა მარტივ – გასაგებ მოვლენას – განსაკუთრებული სენით დაავადებული ადამიანის, ახლობლის – დედის გარდაცვალებით გამოწვეულ სულიერ ტკივილს – უკუჩვენებელი სენით შეპყრობილის რეალიზაციას – გარდაცვალებას. ამით სიმონა დე ბოვუარი ნათელყოფს სიკვდილის ფენომენის სიძლიერეს, მის ქარიზმატულობას.

მნიშვნელოვანია ბოვუარის პასუხი, მისი პოზიცია სიკვდილის შემდგომი სახელისათვის – დიდებისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობის მინიჭების შესახებ. ეკზისტენციალისტებმა, ამ შემთხვევაში ბოვუარმა, პირდაპირ მოგვახალეს, რომ ადამიანთა სწრაფვა და ბრძოლა დატოვონ სახელი, მაგალითად, დასაფლავდნენ პანთეონში, ქიმერაა და თავის მოტყუება.

აღნიშნული პოზიციის საპირისპიროდ არსებობს მეორე რეალობა. მის თანახმად ყოველ ადამიანს საკუთარ „მე“-ში შექმნილი ჰყავს მისივე საკუთარი „იდეალური ტიპის“ ხატი, როგორადაც ყოფნა მისი ცხოვრების მიზანია და რომლისკენაც იგი მთელი ცხოვრების მანძილზე მიისწრაფვის „მე“-ს და „არამე“-ს საუბარში სწორედ ასეთი სა-

ხის „იდეალური ტიპის“ ხატი დომინირებს, საზრისიანს ხდის ცხოვრებას. ასე იყო ინგლისელი ეკზისტენციალისტის მწერალ ენტონ უესტამის რომანის „ბნელი ღამის“ გმირის ჯონ უილისის პიროვნებაშიც. მაგრამ ბედმა იგი „იდეალურ მე“ – სთან უცნაურ ვითარებაში შეახვედრა: ჯონ უილისი ასამართლებს ფაშისტური გერმანიის ერთგულ მსახურს, გენერალ ფონ კენელმს. რისთვისაც სიკვდილის განაჩენი გამოაქვს. მაგრამ სასამართლო პროცეზე ჯონ უილისის ცნობიერებაში ამოტივტივდება ნაკადი, რომელიც მტკიცე აზრად ჩამოყალიბდება და დაიპყრობს მთელ მის არსებას. როგორც პიროვნება გენერალი ფონ კენელმი იმ თვისების მქონეა, რომლებიც ჯონ უილისის „იდეალური ტიპს“ ახასიათებდა მაღალკულტურულობა, სიდარბაისლე, ბუნებრივი მოკრძალება, სიფაქიზე, თავდაჭერილობა და ა. შ. მათ შორის კანონის შესრულებისადმი ერთგულება, რამაც იგი საბრალდებო სკამამდე მიიყვანა.

გაგულისებული იმით, რომ მისი „იდეალური ტიპი“ განგებამ სხვაში (სამხედრო დამნაშავეში) გაანივთა და არა მასში, იგი გაუცხოვდება „იდეალური ტიპისგან“ და თვითონვე დაასრულებს ფიზიკურ არსებობას, მან ვერ გადალახა რა წარმოშობილი ეკზისტენციალური ვაკუუმი ზღუდე, მასში (ამ ვაკუუმში) ჩაინთქა.

ეკზისტენციალისტი მწერლის ენტონი უესტის მიერ დანახული და შესანიშნავად აღწერილი ეკ-

ზისტენციალური ყოფის „კუთხე“ – ასპექტი არა მხოლოდ საინტერესოა და აზროვნების სირთულის თავისებურებების ნათელი დემონსტრაციაა, არამედ ჭეშმარიტების კრიტერიუმის პირობითობის მაგალითიცაა.

რეალური ფენომენია იდეისათვის სიკვდილი, მაგრამ არ შეიძლება მისი გამარტივება. ჯერ ერთი, იდეისათვის სიკვდილი იდეის – იდეალის – ღვთაებრიობას ადასტურებს. სწორედ ამ აზრით ამბობდა ფრიდრიხ შლეგელი: „იდეები არიან უსასრულო, დამოუკიდებელი, მუდმივი თავის თავში მოძრავი ღვთაებრივი აზრები“, „იდეისათვის სიცოცხლე სიკვდილს ბედნიერს ხდის“, „იდეით ცოცხლობდე, – წერდა გოეთე, – იმას ნიშნავს, რომ შეუძლებელს ისე იპყრობდე, თითქოს შესაძლებელი იყოს“.

იდეისათვის, იდეალისათვის სიკვდილი ადამიანის – ანთროპოსის – ისეთი მდგომარეობაა, როდესაც მას შეგნებული აქვს და მყარად სჯერა მისი უზენაესობა, იდეალის და საკუთარი არსების იგივეობა. მაგრამ ეს არ არის ფანატიკური რწმენა, რომლის დროსაც რწმენა სუბიექტური განსჯის შედეგად არის მიღებული. ფანატიკური რწმენის დროს გონება არ მოქმედებს. გონება არ მუშაობს. აღნიშნული იდეის, იდეალისათვის სიკვდილის ფენომენის დროს განსჯა გასარწმუნოებულია და სარწმუნოება განსჯადი.

იდეალი შეიძლება იყოს ქარიზმატული პიროვ-



ნება, ბელადი, პოლიტიკური ლიდერი, სამშობლო, მოვლენა, საგანი, პროცესი – „ნამდვილი რამ თავის უმაღლეს ქეშმარიტებაში“ (ჰეგელი).

იდეისთვის (დავით აღმაშენებლის ქვის მოვლის ვალდებულების გამო) განუტევებს სულს ნოდარ წულეისკირის მოთხრობის „დავით აღმაშენებლის ქვა“ (გმირი პანტე, და რაც ამ შემთხვევაში ჩვენ გვაინტერესებს, ამ სიკვდილში პოვებს იგი ბედნიერებას, სიცოცხლის საზრისს: „უკეთეს სიკვდილს ვერ ინატრებდა ადამიანი. სასაცილოც კი იყო ამგვარი ფიქრი, მაგრამ პანტეს იმის ძალაც აღარ ჰქონდა აბეზარი ფიქრი მოეშორებინა და სიცოცხლის უკანასკნელი წამებისთვის მაინც შეეხედა მიწიერით ვალით“.

თვითშენიშვნის დროს სიკვდილის ფენომენი, მისი ონტოლოგიური, გნოსეოლოგიური, რელიგიური და ა. შ. რაობა ერთი ფოკუსში იყრის თავს და რეალიზდება სიკვდილზე გონებით გამარჯვებით.

ამ დროს ადამიანს არ „სტკივა სიკვდილი“, არ აშინებს, მეტიც – სიკვდილი მას ბედნიერს ხდის, იგი სიკვდილში ითქვიფება, სიკვდილთან ერთიანდება. აღნიშნულის ნათელ დადასტურებას წარმოადგენს იაპონური სეპკუ ანუ ხარაკირი, რომელიც იაპონიაში ფართოდ გავრცელებულ თვითმკვლელობათა სხვა ფორმებს შორის ყველაზე მეტად არის მოწონებული.

პიროვნება, რომელიც ხარაკირს „იკეთებს“, ტკივილს არ განიცდის. იგი მშვიდად ირჭობს ხან-

ჯალს მარცხენა ფერდში და ჭიპის ქვემოთ მარჯვენა ფერდამდე მას ჰორიზონტალურად ატარებს. შემდეგ ხანჯლის მოძრაობას გარკვეული მიმართულებით ვერტიკალურად აგრძელებს. თუ ამ გზით სიცოცხლე არ წყდება, ასეთ შემთხვევაში ადამიანი, რომელიც ხარაკირს იკეთებს, ხანჯალს ყელში ირჭობს და სიცოცხლეს განდევნის სხეულიდან.

ყოველივე ეს კეთდება, როგორც წესი, მშვიდად, ტკივილის შეგრძენების სრული გამოვლენის გარეშე, მეტიც, ხარაკირებული ადამიანი „მკურნალობს“, რიტუალის შესრულების კონტროლირებას უსაბუთებს თავის საზეიმო განწყობილებას და ბედნიერებას.

ხარაკირის რიტალური დახვეწილობა და განსაზღვრულიწესების თანმიმდევრობის აუცილებელი დაცვა ამ რიტუალს სილამაზეს ანიჭებს და მიზანმიმართულებას აძლევს, ხელს უწყობს იაპონელ სამურაებს ცხოვრებასთან კავშირის ლამაზ გადანწყვეტაში.

სიკვდილის, ანუ ფინალის, პრობლემა უნივერსალური ხასიათისაა იმ აზრით, რომ დგას ყველა ადამიანის წინაშე იმის მიუხედავად, რა პროფესიის, განათლების, რომელი სოციალური ფენის, რასის, მრწამსის და ა. შ. წარმომადგენელია იგი!

ეს პრობლემა დგას განუკურნებელი სენით შეპყრობილი ადამიანის და სრულიად ჯანმრთელი ადამიანის წინაშე, ცხოვრების საზრისის დაკარ-

გული ადამიანის და თავისი მდგომარეობით გა-  
ლაღებული ადამიანის წინაშე.

გლობალური გააზრებით სიკვდილის პრობლემა  
დგას არა მხოლოდ მოაზროვნე ცხოველის – ადა-  
მიანის წინაშე, არამედ საერთოდ ცოცხალ არსება-  
თა და კერძოდ, ცხოველთა წინაშეც. ასეთი ახსნის  
შემდეგ ალბათ უფრო გასაგებია დიმიტრი უზნა-  
ძისეული დეფინიცია, რომლის თანახმად სიკვდი-  
ლი არის ჭურჭელი, სიცოცხლე კი სითხე. როგორც  
ჭურჭელი ფორმას აძლევს სითხეს, ისე სიკვდილი  
აფიქსირებს სიცოცხლის რაობას, თავს უკრავს  
მას, ამის ანალოგიურად, სიკვდილის გააზრების  
ფორმა სიცოცხლის რაობას განაპირობებს.

კაცობრიობის ისტორიაში აღინიშნა სიკვდილ-  
სიცოცხლის, სიკვდილის წინაშე შიშის და სიცოც-  
ხლის ღირებულების ადამიანებისათვის ყველაზე  
მისაღები მოდელის გონივრული, ღვთაებრივი  
შემუშავება. მას შემდეგ, როდესაც სიკვდილის  
შიში ვერ დაძლია, სიცოცხლის რაობა ვერ ახსნა  
პოზიტიური ხასიათის ღირებულებებმა, მოინახა  
თვით სიკვდილის პოზიტიურობის ყოვლადძლი-  
ერი ფორმულა – „სიკვდილისა სიკვდილითვე“. ამ  
ფორმულამ მოხსნა სიძნელე, დაამარცხა სიკვდი-  
ლი. „ესე საწუთრო არს, არახილული იგი საუკუ-  
ნოი“ – რელიგიური მსოფლგაგების ამ საძირკ-  
ველზე აშენებული სიკვდილ-სიცოცხლის ურ-  
თიერთობა, შიში სიკვდილის წინაშე, მარტივად და  
მისაღებად აიხსნა.

ბიოეთიკის ძირითადი კატეგორის – სიცოცხლე–სიკვდილის რაობის შესახებ ფილოსოფიურ, რელიგიურ სისტემებში, კულტუროლოგიაში დაგროვილი მეტად მდიდარი, მრავალფეროვანი მასალის ზოგადი მიმოხილვაც კი ადასტურებს იმას, რომ ყოფნა–არყოფნის ანუ სიცოცხლე–სიკვდილის, პრობლემა ადამიანის (მათ შორის ავადმყოფი ავადმყოფის) უძირითადესი ფენომენია და, რაც მთავარია, არ არის მიკვლევული ამ პრობლემის საბოლოო, ყოვლისმომცველი ახსნა. თითოეულ ადამიანს მისი ახსნის ინდივიდუალური (შეიძლება ითქვას უნიკალური) მოდელი აქვს შექმნილი. ამ თვალსაზრისით საინტერესოა რუსი მოაზროვნის ნიკოლოზ ბერდიაევის დასკვნა: მთელი ჩემი ცხოვრების მანძილზე ვეძებდი პასუხს კითხვაზე: „რა არის ჩემი ცხოვრების მიზანი?“ მივაგენი – ჩემი ცხოვრების მიზანია ვეძებდე პასუხს კითხვაზე: „რა არის ჩემი ცხოვრების მიზანი!“

ბიოსამედიცინო ეთიკამ ძირფესვიანად შეცვალა ტრადიციული წარმოდგენა სიკვდილზე. ეთიკური დისკუსიების ამგვარი ცვლილებები მნიშვნელოვანწილად განაპირობა თანამედროვე სამედიცინო–ბიოლოგიური მეცნიერების, კერძოდ, რეანიმატოლოგიის წარმატებებმა. ადამიანთა დიდი ნაწილის შეგნებაში სიკვდილი დაკავშირებულია სუნთქვისა და გულისცემის შეწყვეტასთან, რაც არ შეესატყვისება თანამედროვე მეცნიერების მიღწევებს.

ამჟამად რეანიმაციული ღონისძიებებით შესაძლებელია ადამიანის სიცოცხლის შენარჩუნება სუნთქვისა და გულის მოქმედების შეწყვეტის შემდეგაც. უფრო მეტიც, ხელოვნური სუნთქვის აპარატის, ხელოვნური თირკმლის, კარდიოსტიმულატორების, გულის კლაპანური აპარატის, პროთეზითა და სხვა საშუალებათა გამოყენებით ადამიანის სიცოცხლე შეიძლება შენარჩუნებულ იქნას საკმაოდ ხანგრძლივი დროით. ეთიკური მედისინის წარმომადგენელთა მტკიცებით, ზღვარი სიცოცხლესა და სიკვდილს შორის განისაზღვრება არა გულისა და ფილტვების მოქმედებით, არამედ ადამიანის თავის ტვინის სიცოცხლისუნარიანობით. სანამ ტვინი ცოცხალია, ადამიანიც ცოცხალია, თუნდაც გული გაჩერდეს და სუნთქვა შეწყდეს, ადამიანი მკვდარია თუ მისი ტვინი შეუქცევადად იღუპება, თუნდაც გული ძგერდეს და ფილტვები სუნთქავდეს. ახლა უფრო დანვრისლებით ადამიანის ტვინის სიკვდილის კრიტერიუმების შესახებ.

ინტენსიური თერაპიის განვითარების შედეგად წარმოშობილ ეთიკურ პრობლემებს შორის განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს ადამიანის მყარ ვეგეტატიურ მდგომარეობასთან დაკავშირებული საკითხები. მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობა ხასიათდება ცნობიერების ნიშნების უქონლობით, გარემოსთან გაცნობიერებული ურთიერთობის არ არსებობით, ამასთან შენარჩუნებულია

ძილისა და ღვიძილის ფაზები, დამოუკიდებელი სუნთქვა და ტვინის ღეროს რეფლექსები, რომლებიც არეგულირებენ ჰომეოსტაზს. ასეთ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტს დაკარგული აქვს ღეჭვისა და ყლაპვის უნარი და ვერ ახდენს ტკივილზე ადეკვატურ რეაგირებას.

მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობა, როგორც წესი, ვლინდება ავადმყოფის კომიდან გამოსვლის შემდეგ და შეიძლება შენარჩუნდეს ხანგრძლივი დროით – რამდენიმე დღიდან რამდენიმე თვით ან წლებითაც კი. ასეთი ავადმყოფები მთლიანად ძვირადღირებულ სამედიცინო მხარდაჭერაზე არიან დამოკიდებული და ხანგრძლივი დროით მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებიან. ბუნებრივად იბადება კითხვა: რამდენადაა გამართლებული ამგვარი ავადმყოფის მიმართ ხანგრძლივი აქტიური თერაპიულ ღონისძიებების ჩატარება და მათი სიცოცხლის შენარჩუნება.

ამ კითხვაზე პასუხის გაცემისათვის უპირველეს ყოვლისა უნდა გაირკვეს ავადმყოფის ვეგეტატიური მდგომარეობიდან გამოსვლის ალბათობის საკითხი. ამ მხრივ უკანასკნელ წლებში სამედიცინო და ეთიკური თვალსაზრისით მეტად მნიშვნელოვანი ცვლილებები მოხდა. კერძოდ, თუკი 1982 წელს თვალსაჩინო ნევროლოგები თვლიდნენ რომ ვეგეტატიური მდგომარეობის შენარჩუნება შესაძლებელია სულ რაღაც 2–4 კვირით, უკვე 1988 წელს აღწერილ იქნა სრული რეაბილიტაციის 11

შემთხვევა ავადმყოფების მითითებულ მდგომარეობაში შვიდკვირიანი ყოფნის შემდეგ. იმავე წელს ოფიციალურად იქნა აღიარებული ვეგეტატიურ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფებისადმი დაკვირვების წარმოება ერთიდან სამი თვის განმავლობაში მათი მდგომარეობის შეუქცევადობის დადგენის მიზნით. ცოტა ხნის შემდეგ დაიწყო დამუშავება მეთოდებისა, რომლებიც ვეგეტატიური მდგომარეობიდან ავადმყოფის გამოყვანის საშუალებას იძლეოდნენ 4–6 თვის შემდეგ.

ამჟამად მყარ ვეგეტატიურ მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფებისათვის კრიტერიუმად მიჩნეულია თორმეტი თვე. აქვე უნდა დავამატოთ, რომ დაფიქსირებულია რამდენიმე შემთხვევა ავადმყოფების მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობიდან გამოყვანისა და მათი ცნობიერების აღდგენისა 2–3 წლის შემდეგ. ყველაფერი ეს ნათლად მიუთითებს უიმედო პროგნოზის კრიტერიუმების ცვალებადობაზე, რამაც ზოგიერთ სპეციალისტს საფუძველი მისცა უარი ეთქვა „მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობის“ ცნებაზე და მოეთხოვა ამგვარი პათოლოგიის შექცევადობის შეფასების მიზნით შემდგომი გამოკვლევების წარმოება.

ავადმყოფის ვეგეტატიურ მდგომარეობასთან დაკავშირებულ ბიოეთიკურ პრობლემების განხილვისას აუცილებელია გამოვყოთ ამ პრობლემის ერთ–ერთი მნიშვნელოვანია სპექტი, რომლის გადანყვეტივით თანამედროვე საზოგადოებრიობა

მეტად დაინტერესებულია. იმის გათვალისწინებით, რომ ამგვარ ავადმყოფთა სიცოცხლის შენარჩუნება საზოგადოებას ძალზე ძვირი უჯდება, თანაც მათი მკურნალობის ახალი მეთოდების შედეგები ჯერ კიდევ საკმაოდ პრობლემატურია, ყველაფერ ამას დავუმატოთ ასეთი ავადმყოფთა საკმაოდ დიდი რიცხვი (მარტო აშშ 10–დან 15 ათასამდე მოზრდილი და 40–დან 10 ათასამდე ბავშვი), საკითხი ასე დგება: მას შემდეგ, რაც მყარად დადგინდა ამგვარ ავადმყოფთა მდგომარეობის შეუქცევადობა, რამდენად მიზანშეწონილია მათი მკურნალობის გაგრძელება? ამ საკითხზე ბიოეთიკოსებს შორის არ არის ერთიანი აზრი, თუმცა მათი უმრავლესობა (გამოკითხულთა 75% წინააღმდეგია ამგვარ ავადმყოფთა მკურნალობის შეწყვეტისა; ისინი თვლიან, რომ ამჟამად შეუძლებელია ამ კითხვაზე ერთნიშნა პასუხის გაცემა და კაცობრიობის კიდევ დიდხანს მოუნევს მისი განხილვა. ეს გასაგები უნდა იყოს, თუკი გავითვალისწინებთ, რომ ამგვარ დაავადებათა პროგნოზირების ნებისმიერი მეთოდი ალბათური ხასიათისაა და მხოლოდ დღევანდელი დღისათვის აქვს მნიშვნელობა.

ადამიანის სიცოცხლის უმაღლესი ღირებულებიდან გამომდინარე, ექიმი და საზოგადოება მთლიანად ვალდებულია ყველაფერი იღონოს იმისათვის, რათა აღადგინოს და შეინარჩუნოს ადამიანის სიცოცხლე. სხვაგვარი მიდგომა, იმის მტკიცება,



რომ საზოგადოებამ არ უნდა გაიღოს დიდი ხარჯები სრულიად უპერსპექტივო ავადმყოფების სიცოცხლის გასახანგრძლივებლად, იმის მიმანიშნებელია, რომ საზოგადოების ფინანსური ინტერესელი დომინირებს მის ზნეობრივ ნორმებზე, რასაც საბოლოო ჯამში შეუძლია გამოიწვიოს კაცობრიობის მიერ საუკუნეების განმავლობაში შემუშავებული ეთიკური ნორმების კრახი. სამწუხაროდ, დღესდღეობით თვით განვითარებულ ქვეყნებშიც კი ეს ზნეობრივი ნორმა არცთუ იშვიათად ირღვევა. იმედი უნდა ვიქონიოთ, რომ XXI საუკუნეში როგორც სახელმწიფო, ისე საზოგადოებრივი ორგანიზაციები მეტად მნიშვნელოვანი პრობლემის გადაწყვეტას მეტ ყურადღებას დაუთმობენ, რაც უსათუოდ შეუწყობს ხელს მის სამართლიან და ღირსეულ გადაწყვეტას.

სიკვდილის ახალი კონცეფცია ჯანდაცვის სფეროს სხვადასხვა პროფესიის წარმომადგენლების სერიოზულ წინააღმდეგობას წააწყდა, თუმცა ტვინის სიკვდილის ცნების ფილოსოფიური დასაბუთება ექიმ-მედიკოსთა უმრავლესობამ უყოყმანოდ მიიღო და დაიწყო კიდევაც მისი გამოყენება კლინიკურ პრაქტიკაში.

სიკვდილის კრიტერიუმების სწორად გამოყენების მიზნით ამერიკის სამკურნალო დაწესებულებებში შეიქმნა სპეციალური კომისიები, რომლებშიც ჩვეულებრივ შედიოდა თერაპევტი, ელექტროენცეფალოგრაფიის სპეციალისტი და

ნევროპათოლოგი ან ნეიროქირურგი. ამ კომისიის ამოცანა იყო ავადმყოფის ისტორიის შესწავლა და ავადმყოფთა გამოკვლევა მანამ, სანამ ტვინის სიკვდილის ეჭვით მათ რეანიმაციულ ღონისძიებებს შეუწყვეტდნენ. ამ კომისიების საქმიანობა მიზნად ისახავდა მკურნალი ექიმისათვის საკონსულტაციო დახმარების აღმოჩენას, იმის დადგენას, ნამდვილად შეესაბამება თუ არა ავადმყოფის მდგომარეობა ტვინის სიკვდილის კრიტერიუმებს. როცა ექიმი მოახდენდა სიკვდილის კონსტანტაციას, ამის შემდეგ ყველა რეანიმაციული ღონისძიება წყდებოდა და გვამს მიღებული საერთო წესების შესაბამისად ექცეოდნენ. იმ შემთხვევაში, როცა დგებოდა საკითხი გარდაცვლილის ამა თუ იმ ორგანოს გადასანერგად შესაძლო გამოყენების შესახებ, საკონსულტაციო კომისიის არც ერთ წევრს უფლება არ ჰქონდა კავშირი ჰქონოდა მკურნალ ექიმთან ან ქირურგთან, რომელსაც ტრანსპლანტაცია უნდა განეხორციელებინა.

ტვინის სიკვდილთან დაკავშირებული ეთიკური პრობლემები მჭიდროდაა გადახლართული ამავე პრობლემის იურიდიულ ასპექტებთან.

სიკვდილის საყოველთაოდ მიღებული იურიდიული განსაზღვრება, რომელიც ადამიანის გულისა და ფილტვების შეუქცევად დაკარგვას გულისხმობს, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, სამედიცინო თვალსაზრისით მოძველებულია, ვინაიდან რეანიმაციული ღონისძიებებით შესაძლებელია ამ

ორგანოთა ფუნქციის აღდგენა. თუმცა ამგვარ მდგომარეობაში მყოფი ადამიანი კარგავს ყოველგვარ აქტიურობას და სახეზეა სიკვდილის ყველა ნევროლოგიური სიმპტომი. იზადება კითხვა: ბოლოსდაბოლოს, მკვდარია თუ ცოცხალია ასეთი ადამიანი? ეს დილემა მთელი სიმწვავეით დგება სისხლის სამართლის კანონმდებლობის წინაშე. შესაძლო მკვლელობის თავიდან აცილების მიზნით ეს საკითხი სადღეისოდ ასე ისმება: რისგან დაიღუპა ადამიანი – სიცოცხლისათვის შეუთავსებადი დარღვევებისაგან თუ რესპირატორის გამორთვის შედეგად?

ამგვარი შემთხვევები ძირითადად დაკავშირებულია იმ პირთა სიკვდილის მიზეზების დადგენასთან, რომლებშიც რეგისტრირებული იყო ტვინის სიკვდილის ნიშნები, გამოწვეული ძალადობრივი ქმედებით, ხოლო მათი შინაგანი ორგანოები შემდგომ გამოყენებული იქნა გადასანერგად. ასეთ სიტუაციებთან დაკავშირებით აშშ-ში მრავალი სასამართლო საქმე იქნა განხილული. ბევრი ასეთი საქმე თავიდან იქნებოდა აცილებული, თუკი ტვინის სიკვდილი, როგორც ადამიანის სიკვდილის გამოვლენა, დროულად შეიძინდა იურიდიულ სტატუსს. საბედნიეროდ, სადღეისოდ ეს ნაკლი უკვე გამოსწორებულია და ამერიკის ყველა შტატში ასეთი სტატუსი უკვე არსებობს.

ჩვენს ქვეყანაში ამ მხრივ ყველაფერი წესრიგშია. საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებულ

კანონში პირველად ჩვენი ქვეყნის ისტორიაში დაფიქსირდა, რომ „პირი გარდაცვლილად ჩაითვლება მხოლოდ მას შემდეგ, რაც ჯანმრთელობის სამინისტროს მიერ საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად განსაზღვრული და პრეზიდენტის ბრძანებულებით დამტკიცებული კრიტერიუმებით დადგინდება პაციენტის თავის ტვინის ფუნქციის სრული, შეუქცევადი დათრგუნვა“.

როგორია ექიმისა და ავადმყოფის ოჯახის წევრების მორალური პასუხისმგებლობა განსაკუთრებული ღონისძიებებით ავადმყოფის სიცოცხლის შენარჩუნებისა მაშინ, როცა სავსებით ცხადია, რომ ეს ადამიანი ვერასოდეს ვერ შეძლებს საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობას და გარშემო მყოფ სხვა ადამიანებთან კონტრაქტირებას? თანამედროვე კანონმდებლობა ამ კითხვაზე პასუხს ვერ იძლევა. ექიმს პრობლემის სამედიცინო ასპექტების გათვალისწინებით, ცხადია, შეუძლია სიცოცხლის უზრუნველმყოფი ღონისძიებების ღირებულების შეფასება, მაგრამ ამ კითხვაზე მთავარი პასუხის გაცემა, ალბათ, თვით ავადმყოფს უნდა დაეკისროს, მას რომ ამის უნარი ჰქონდეს. სადღეისოდ გაურკვეველია ისიც, შესაძლებელია თუ არა ასეთი უფლების ავადმყოფის ოჯახის წევრებისათვის დაკისრება.

ტვინის სიკვდილის პრობლემის განხილვას ლოგიკური აუცილებლობით მივყვავართ ბიოეთიკური დისკუსიების ერთ-ერთ ძირითად საკითხთან

– ესაა საკითხი იმის შესახებ, აქვს თუ არა ავად-  
მყოფს სიკვდილის უფლება? ეს საკითხი განსა-  
კუთრებით აქტუალური გახდა მას შემდეგ, რაც  
მედიცინის მუშაკებმა შესაძლებელი გახადეს  
სიკვდილიანობის მკვეთრი შემცირება, მაგრამ  
იმავედროულად საგრძნობლად გაიზარდა ხანში-  
შესულ ინდივიდების რიცხვი. ხანდაზმულ ადა-  
მიანებისათვის განკუთვნილ საავადმყოფოებსა  
და სახლებში ძაბუნდება დანელ–ნელა იღუპება  
უამრავი მოხუცი; სამედიცინო დაწესებულებები  
იძულებული არიან უზრუნველყონ თანამედრო-  
ვე დონეზე მათი საუკეთესო მომსახურება; ეს იმ  
დროს, როცა ბევრ ამგვარ ავადმყოფს სურს მის-  
ცენ მას სწრაფი და უმტკივნეულო სიკვდილის შე-  
საძლებლობა და აი, კალიფორნიის შტატის საკა-  
ნონმდებლო ორგანოებმა პირველად შეიმუშავეს  
კანონპროექტი, რომელიც ტერმინალურ მდგო-  
მარეობაში მყოფ ავადმყოფს თავისი სიცოცხლის  
ღირსეულად დასრულებას ანიჭებს. ვინაიდან სიკ-  
ვდილი გარდაუვალია, აუცილებელია გავხადოთ  
ეს გარდაუვალობა ადამიანური და რამდენადაც  
შესაძლებელია – უმტკივნეულო, აცხადებენ კა-  
ნონმდებლები. ამ მიზნით მოწოდებულ იქნა სპე-  
ციალური დოკუმენტის გაფორმება, რომელიც  
ასახავს ადამიანის უკანასკნელ ნებასურვილს და  
რომელსაც ხელი მოეწერება იმ დროს, როცა ის  
სრულ გონებაზეა. მისი ტექსტი ასეთია: „თუკი  
მე მომელის განუკურნებელი სენით დაავადება,

რომლის დროსაც ორი ექიმის აზრით არ არსებობს გამოჯანმრთელების არავითარი საფუძველი მე მსურს მომცენ სიკვდილის უფლება, არ შემიწინააღმდეგონ სიცოცხლე ხელოვნური საშუალებების ან გმირული ქსელების გამოყენებით“. ადამიანის ამგვარ ნებასურვილის შესრულებას, 1985 წლის მონაცემებით, იურიდიულად სავალდებულოდ ითვლებოდა ამერიკის 12 შტატში.

საინტერესოა განსახილველი პრობლემის კიდევ ერთი ასპექტი: საქმე ეხება მასობრივი კატასტროფებისა და ომების სიტუაციებს როცა გარდაუვალი ხდება უფრო პერსპექტიული ავადმყოფებისა და დაჭრილების გამორჩევა წამლებისა და აპარატურის საკმაო რაოდენობით უქონლობის, ან სათანადო პერსონალის არასაკმარისობის გამო. შედეგად სრულიად სიცოცხლისუნარიანი და გადარჩენის გარკვეული შანსის მქონე ადამიანების დახმარების გარეშე რჩებიან და უმწეო მდგომარეობაში ვარდებიან. ასეთ ვითარებაში დაინტერესებული პირები უნდა ეცადონ გამოძებნონ ისეთი ტაქტიკა, რომელიც უზრუნველყოფს დაზარალებულთა მაქსიმალური რაოდენობის სიცოცხლის შენარჩუნებას.

მას შემდეგ, რაც საზოგადოება ბიოლოგიური სიკვდილის კრიტერიუმად ტვინის სიკვდილის აღიარებას დაეთანხმა (ოღონდ ფორმალურად და არა ფსიქოლოგიურად!), ის წააწყდა ტვინის სიკვდილის სამნაირ განსაზღვრებას: 1. მთელი ტვინის

დალუპვა ღეროს ჩათვლით, შეუქცევადი უგონო მდგომარეობა, დამოუკიდებელი სუნთქვის შეწყვეტა და ყველა ღეროსებრივი რეფლექსის გაქრობა; 2. ტვინის ღეროს დალუპვა (შეიძლება შენარჩუნებული იყოს ტვინის ნახევარსფეროების სიცოცხლისუნარიანობის ნიშნები, კერძოდ, მათი ელექტრული აქტივობა); 3. ტვინის იმ ნაწილების დალუპვა, რომლებიც განაგებენ ცნობიერებას, აზროვნებას, ე. ი. ადამიანის როგორც პიროვნების შენარჩუნებას. ამ განსაზღვრებების გარშემო კამათი არათუ წყდება, არამედ, პირიქით, სულ უფრო და უფრო მწვავე ხასიათს იღებს. დავინყოთ ბოლო, მესამე, ვარიანტით. თუ ჩვენ მას დავეთანხმებით, მაშინ ფორმალური ლოგიკის თანახმად, დაისმება არა მარტო ასეთი ადამიანებს მკურნალობის საკითხი, არამედ გადასანერგად მათი ცალკეული ორგანოების აღების საკითხიც. აქედან გამომდინარე, ჩვენი დამოკიდებულება მესამე ვარიანტისადმი უნდა იყოს ცალსახა უარყოფითი; მართლაც, ამერიკასა და ევროპის უმეტეს ქვეყნებში ასეთი პოზიცია იურიდიულად დაკანონებულია. იგივე პოზიციაა დაფიქსირებული საქართველოს პარლამენტის მიერ. რაც შეეხება მეორე ვარიანტს, რომელიც მიღებულია ინგლისში, საზოგადოებისათვის ის საშიში არ არის, ვინაიდან ამგვარი ავადმყოფები განწირულნი არიან, ყოველ შემთხვევაში სადღეისოდ მათი ხსნის შესაძლებლობა ნულის ტოლია.

ამგვარად, ბიოეთიკის მიხედვით ჩვეულებრივი წარმოდგენა სიკვდილზე, როგორც ერთჯერადად, ერთმომენტიან აქტზე, უნდა შეიცვალოს „საფუძვლიანი“ წარმოდგენით: დასაწყისში ილუპება ტვინის ქერქი, რომელიც უზრუნველყოფს ადამიანის უმაღლესი პიროვნული თვისებების – აზროვნების და ნებელობის რეალიზაციას.

ამგვარი მდგომარეობა შეიძლება წლობით გაგრძელდეს, რადგან ტვინის დაუზიანებლად დარჩენილ ნაწილს (უპირველეს ყოვლისა ტვინის ღეროს) აქვს უნარი მართოს ორგანიზმის ჰომეოსტაზი, სამედიცინო პერსონალის მინიმალური დახმარების პირობებში. ქერქის დაღუპვის შემდეგ ილუპება ტვინის ღერო, რის შედეგად ადამიანის ორგანიზმი მთლიანად კარგავს ჰომეოსტაზის შენარჩუნების უნარს. ამ შემთხვევაშიც, უახლოეს ტექნიკური საშუალებების გამოყენებით, შესაძლებელია გულისა და მრავალი შინაგანი ორგანოს მოქმედების შენარჩუნება ხანგრძლივი დროით, რაც ადამიანის სიცოცხლის გარკვეული მინიმალური დონით შენარჩუნების ტოლფასია. შემდეგი ეტაპი – ეს არის შინაგანი ორგანოების სიკვდილი, როცა საბოლოოდ წყდება ადამიანის მთლიანი სახით არსებობა, თუმცა ზოგიერთი უჯრედი ამის შემდეგაც შეიძლება იზოლირებული იქნას და სპეციალურ მკვებავ გარემოში მოთავსებით შეინარჩუნოს სიცოცხლისუნარიანობა. ვინაიდან სომატური უჯრედების ბირთვები მთლიანად ინარჩუნებს



გენების წყობას, შეიძლება ითქვას, რომ გარდაცვლილი ადამიანის სიცოცხლის რალაც ნაწილს (ნაპერწკლის) შენარჩუნება სავსებით შესაძლებელია. თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ თანამედროვე ემბრიოლოგიაში წარმატებით ექსპერიმენტი ტარდება ფანტასტიკურად მოგვეჩვენება მომავალში გარდაცვლილი ადამიანის გაცოცხლება. სხვა საკითხია გაცოცხლებული ადამიანი იგივენაირი იქნება, რაც სიკვდილამდე იყო?

### **სუიციდი და ეთიკაზია როგორც ეთიკური პრობლემა**

სუიციდის (თვითმკვლელობის) პრობლემა ბიოეთიკის ერთ-ერთი აქტუალური ფენომენია. განსაკუთრებულ ყურადღებას იმსახურებს მისი სამი ძირითადი ასპექტი: 1. როგორ უნდა შეფასდეს სუიციდი – როგორც ამორალური ქმედება თუ კონკრეტულ შემთხვევაში დასაშვები გადაწყვეტილება? 2. ეთიკური თვალსაზრისით დასაშვებია თუ არა სუიციდის აღმკვეთი იძულებითი ზომების მიღება? 3. აქვს თუ არა ექიმს უფლება უყურადღებოდ დატოვოს პაციენტის გადაწყვეტილება – უარი თქვას სასიცოცხლო თერაპიაზე?

ამ რთულ კითხვებზე პასუხის გაცემა გაადვილდება, თუ წინასწარ მოხერხდება სუიციდის ცნების მეტნაკლებად მისაღები შინაარსის დადგენა,

რაც, მიუხედავად მრავალი ცდისა, ბიოეთიკოსებმა დღემდე ვერ მოახერხეს.

მაგალითად, შეიძლება თუ არა თვითმკვლელობას მივაკუთვნოთ ყველა ის შემთხვევა, როდესაც ადამიანი შეგნებულად წირავს საკუთარ სიცოცხლეს ისეთი მიზნის მისაღწევად, რომელიც მას უმაღლეს ღირებულებად მიაჩნია? საინტერესოა იმის აღნიშვნა, რომ ასეთ ადამიანს კანტიც არ თვლიდა თვითმკვლელად, თუმცა მას საკუთარი სიცოცხლის ხელყოფაში დამნაშავედ მიიჩნევდა.

ბიოეთიკოსები, რომლებიც მიზეზის განურჩევლად სუიციდს ამორალურად მიიჩნევენ, თავისი შეხედულებების სისწორის დასამტკიცებლად შემდეგი სახის არგუმენტებს იშველიებენ: 1. თვითმკვლელობა არღვევს სახარებისეულ მცნებას „არა კაც ჰკლა!“ და ამდენად, ღვთაებრივი ნებისადმი დაუმორჩილებლობის ამკარა აქტივს წარმოადგენს; 2. თვითმკვლელობა ცოდვაა, ვინაიდან ეწინააღმდეგება „ბუნებრივ კანონს, რომელიც თითოეულ ადამიანს ავალდებულებს უყვარდეს თავისი თავი; 2. თვითმკვლელობა ამორალურია, ვინაიდან ზიანს აყენებს სხვა ადამიანებს, საზოგადოებას მთლიანად.

საპირისპირო პოზიციის სპეციალისტები აანალიზებენ ამ არგუმენტებს და ასკვნიან, რომ ისინი არ გამოდგება იმის დასასაბუთებლად, რომ სუიციდი აბსოლუტურად ამორალურია. სუიციდი, მათი აზრით, რასაკვირველია, კარგი არ არის, მაგრამ

არც დიდი უბედურებაა, თვითმკვლელობა ისევე „ცუდია“, როგორც, მაგალითად, სიგარეტის მოწვევა ან უსაფრთხოების ქამრის გამოუყენებლობა, მაგრამ არცერთი მათგანი ჯერ კიდევ ტრაგედია არ არის. დადგენილია, რომ ადამიანები შექმნილი სიტუაციის გონივრული, რაციონალური ანალიზის საფუძველზე ძალზე იშვიათად მიდიან თვითმკვლელობის აზრამდე. ისინი ითვალისწინებენ სხვადასხვა მოტივებსა და ფაქტორებს, რომლებსაც შეუძლიათ არსებითი ხასიათის ზეგავლენა მოახდინონ ადამიანის მიერ სუიციდისადმი დამოუკიდებლობის განსაზღვრაში, დანვრილებით არკვევენ პოტენციური სუიციდენტის ნათესავებისა და ექიმების მორალურ ვალდებულებებს. ექიმის მოვალეობანი გარკვეულწილად იმაზეც არის დამოკიდებული, სად ხვდება იგი თვითმკვლელობის ფაქტს (ან მისთვის მომზადებას) – საავადმყოფოს პირობებში თუ მის ფარგლებს გარეთ;

თუმცა ამის მიუხედავად ექიმი მოვალეა ყველა საშუალება იხმაროს იმისათვის, რომ დაეხმაროს ინდივიდს სიცოცხლესთან ნებაყოფლობითი გამოთხოვების საკითხისადმი გონივრულად მიდგომაში. გასათვალისწინებელია ის, რომ თვითმკვლელობის ძალდატანებითი აკრძალვა ყოველთვის სასურველ შედეგს არ იძლევა. აღნიშნული მოსაზრების წარმომადგენელთა მსჯელობის თანახმად, თუკი მოზრდილი კომპეტენტური ინდივიდი თავის მოკვლას გადაწყვეტს, ჩვენ მის პოზიციას პა-

ტივისცემით, გაგებით უნდა მოვეპყრათ, თავდაპირველად სუბიექტის ნდობა დავიმსახუროთ და სიტუაციის გათვალისწინებით ვიმოქმედოთ.

პატერნალისტურად ორიენტირებულ მკვლევარებს დასაშვებად მიაჩნიათ სუიციდის თავიდან აცილება იძულებითი საშუალებების გამოყენებით. თავის ამგვარ პოზიციას ისინი იმით ასაბუთებენ, რომ სუიციდის გადანყვეტილებას თავისი ბუნებით ირაციონალურად და უკვე დაწყებული სულიერი დაავადებების ერთ-ერთ გამოვლენად მიიჩნევენ, ძალდობის გამოყენებას ისინი საზოგადოების ინტერესების დაცვით, აგრეთვე თვითმკვლელობის ამორალურობაზე მითითებით ამართლებენ. ისინი სვამენ კითხვას: სინამდვილეში სურს თუ არა ინდივიდს სიკვდილი, როცა ის თვითმკვლელობის ცდას მიმართავს, და თვითონვე უარყოფითად პასუხობენ ამ კითხვას. მათი აზრით, ასეთი ცდები უმეტეს შემთხვევაში მიზნად ისახავს არა სიცოცხლის შეწყვეტას, არამედ სუიციდენტის არსებობის პირობების გაუმჯობესებას. ამგვარი ქცევით ინდივიდი გარშემო მყოფთ აცნობებს, თუ რაოდენ უკმაყოფილოა იგი იმ სიტუაციით, რომელშიც აღმოჩნდა. როგორც გამოკვლევები გვიჩვენებს, თვითმკვლელობის ცდები ხშირად ნამდვილად გაუმჯობესებს სუიციდენტის ცხოვრების პირობებს. ამასთან დაკავშირებით აღსანიშნავია ასეთი ფაქტი: ერთი წლის განმავლობაში მხოლოდ 1% მიმართავს თვითმკვლელობის განმე-

ორებით ცდას. დროის უფრო ხანგრძლივ ინტერვალში თვითმკვლელობის განმეორებითი ცდების რაოდენობა 5–15%–ს არ აღემატება. ეს დაკვირვებები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს თვითმკვლელობის თავიდან ასაცილებელი ღონისძიებების სისწორის, მორალური დასაბუთებისათვის.

თვითმკვლელობის საწინააღმდეგო სამსახურის შექმნის შემთხვევაში აუცილებელია, რომ მან რაიმე უხერხულობა არ შეუქმნას იმ პირებს, რომლებიც არ ფიქრობენ სიკვდილზე და ამავე დროს არ შეავინროვონ ნამდვილი თვითმკვლელები ე. ი. ის პირები, რომლებიც სერიოზული განსჯის შემდეგად მივიდნენ ასეთ გადაწყვეტილებამდე. სუიციდის თავიდან ასაცილებელი ზომები არ უნდა იყოს მტკივნეული, უსიამოვნო და ხანგრძლივი. სამედიცინო პერსონალმა, საზოგადოებამ გადაუდებელი დახმარება უნდა გაუწიოს ყველა პირს, რომლებიც მათი მხედველობის არეში მოხვდება. მათი ჰოსპიტალიზაციის დროს 24 საათს არ უნდა აღემატებოდეს. ამ ვადის გასვლის შემდეგ ინდივიდს შესაძლებლობა ეძლევა გაიზაროს მის მიერ თავის თავისადმი გამოტანილი სასჯელის რაობა. საზოგადოებას „ჭეშმარიტი თვითმკვლელების“ უფლებების დასაცავად შეუძლია ღონისძიებების მთელი სისტემის შექმნა. პირებს, რომლებსაც სინამდვილეში სურთ სიკვდილი, შეუძლიათ (მას შემდეგ, რა ისინი თავისი განზრახვის რეგისტრირებას მოახდენენ და მოკლე „საცდელ ვადას“

გაივლიან) მოითხოვონ საშუალებები, რომლებიც უზრუნველყოფენ უმტკივნეულო სიკვდილს. აღნიშნულ პრობლემაზე მომუშავე სპეციალისტების აზრით, მოქალაქეთა ცხოვრებაში ამგვარი დელიკატური ჩარევა საშუალებას მოგვცემს ვიხსნათ იმ ადამიანების სიცოცხლე, რომლებიც სათანადო მოტივაციის გარეშე მიმართავენ თვითმკვლელობას. ეს ჩარევა ამავე დროს არ იწვევს პიროვნების თავისუფლების რაიმე სერიოზულ შეზღუდვას.

სასიცოცხლო თერაპიაზე უარის თქმა მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება იქნეს განხილული, როგორც თვითმკვლელობის პასიური ფორმა, როცა უარის მიზანია სიცოცხლის ხელყოფა და არა სხვა რაიმე მორალური ვალდებულებების შესრულება. ამ საკითხთან დაკავშირებით დასმული კითხვების პასუხს ეძღვნება რ. მაკლინის ნაშრომი, რომელშიც დაწვრილებით გაანალიზებულია „იელოვას მონწიეების“ სექტის წევრთა მიერ დონორული სისხლის გადასხმაზე უარის თქმის შემთხვევები. ავტორის აზრით, საზოგადოებამ მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა აღიაროს პაციენტის უფლება – უარი თქვას სასიცოცხლო თერაპიაზე როცა ასეთი გადაწყვეტილება „კომპეტენტური პირის“ მიერაა მიღებული ეს უარი შეიძლება დასაბუთდეს არა მარტო კონსტიტუციის შესაბამის მუხლზე მითითებით, არამედ უფრო ფუნდამენტურ პრინციპზე დაყრდნობით, როგორიცაა ადამიანის უფლება დამოუკიდებლად გადაწყვეტის დროს სასამარ-

თლო ინსტანციები წინააღმდეგობას ხვდებიან. ჩვეულებრივ, სასამართლო ამ საკითხების გადანყვეტის დროს მხედველობაში იღებს პაციენტის მდგომარეობას, სასიცოცხლო თერაპიაზე კომპეტენტური უარის თქმის უფლებას, აგრეთვე მესამე პირის (მაგალითად, ბავშვების ინტერესებს). ავტორი არ მალავს თავის კმაყოფილებას ოჰაიოს შტატის სასამართლოს მიერ მიღებული გადანყვეტილების გამო, რომლის საფუძველზეც ექიმებს ნება დაერთოთ სისხლი გადაესხათ იმ ბავშვისათვის, რომელიც „იელოვას მოწმეების“ სექტის წევრის ოჯახში ცხოვრობდა. სასამართლო გადანყვეტილებაში ნათქვამი იყო რომ თუმცა მშობლებს უფლება აქვთ გარკვეულ პირობებში დათრგუნონ თავისი ბავშვის თავისუფლება, მაგრამ არ არსებობს არავითარი საფუძველი (რელიგიური თუ სხვა), რომელიც მათ შვილისათვის სიცოცხლის წართმევის უფლებას მისცემდა.

მსგავსი სიტუაციების განხილვის დროს მკვლევარები არც ექიმის უფლებებს ივინყებენ და აღნიშნავენ, რომ ექიმს უფლება აქვს უარი თქვას პაციენტის მიერ მისთვის თავს მოხვეულ „არასწორ“ თერაპიაზე. კერძოდ, პაციენტს არა აქვს უფლება მოითხოვოს ექიმისაგან, რომ ამ უკანასკნელმა რეკომენდებული ოპერაცია „ჩვეულებრივად“ ჩაატაროს, ოღონდ სისხლის გადასხმის გარეშე. ამ მდგომარეობის გათვალისწინება ძალზე მნიშვნელოვანია, ვინაიდან იგი პაციენტს სერიოზუ-

ლი არჩევანის წინაშე აყენებს: ან საერთოდ უარი თქვას რაიმე სამედიცინო დახმარებაზე, ანდა დათანხმდეს საერთოდ მიღებული პრაქტიკის შესაბამისად.

ბიოსამედიცინო ლიტერატურაში ფართოდ განიხილება სასიცოცხლო თერაპიაზე უარის თქმის იურიდიული და ზნეობრივი ასპექტები. თუმცა ყოველ ადამიანს აქვს კონსტიტუციური უფლება განაგებდეს საკუთარ სხეულს. ექიმს, რომელიც ავადმყოფს გადაუდებელ დახმარებას უწევს, უფლება აქვს უგულვებელყოს 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, ვინაიდან ორივეს მოქმედება ერთნაირ შედეგს იძლევა.

საპირისპირო მოსაზრების მქონე ავტორთა ერთი ნაწილი თვლის, რომ სასიცოცხლო თერაპიაზე პაციენტის უარს გაგებით უნდა მოვეკიდოთ. იმისდამიუხედავად, თუ რა მოსაზრებები უდევს მათ საფუძვლად, მათი აზრით, საზოგადოების ინტერესები არ შეიძლება პიროვნების თავისუფლების შეზღუდვის საკმაო საფუძველი იყოს – პიროვნულ ავტონომიას, რელიგიურ თავისუფლებას



ყველამ პატივი უნდა სცეს. მათ მოჰყავთ კონკრეტული მაგალითები: ვთქვათ, საავადმყოფოში შემოვიდა კუჭის წყლულის მძიმე ფორმით დაავადებული პაციენტი, რომელსაც გადაუდებელი ოპერაცია სჭირდება. ის უარს აცხადებს ოპერაციაზე, თუმცა კარგად ესმის, რომ ეს უარი ლეტალურ შედეგს გამოიწვევს. ავადმყოფი თავის გადანყვეტილებას შემდეგნაირად ასაბუთებს: 1. რელიგიური რწმენა მას უკრძალავს სისხლის გადასხმას; 2. მას სიკვდილი სურს, ვინაიდან გაკოტრდა და პირად ცხოვრებაში საშინელი მარცხი იწვნია; 3. ვინაიდან მას, კუჭის წყლულის გარდა, სხვა მტანჯველი და განუკურნებელი დაავადებები აწუხებს; 4. სასიცოცხლო თერაპიაზე უარი – ეს პროტესტის სიმბოლური აქტია მთავრობის მიერ. გატარებული პოლიტიკის (მაგალითად, ვიეტნამის ომის) წინააღმდეგ ყველა ეს არგუმენტი პატივისცემას იმსახურებს. საზოგადოების ინტერესებზე მითითება კი, უბრალოდ რომ ვთქვათ, არასერიოზულია, ვინაიდან ძალზე გადაჭარბებულად აფასებს ცალკე აღებული ინდივიდის სიცოცხლეს. მათივე მტკიცებით. სასიცოცხლო თერაპიაზე უარის თქმის შედეგად „დაკარგულ“ ინდივიდთა საერთო რიცხვი ვერასოდეს მიაღწევს ისეთ სიდიდეს, რომელსაც მთელი კაცობრიობის პოპულარიზაციის შეცვლა შეუძლია. ცალკეულ ინდივიდებს კი არცთუ ისე დიდი წვლილის შეტანა შეუძლიათ საზოგადოების ცხოვრებაში და უნდა გავიზიაროთ

ის შეხედულება, რომ მთავრობის, სახელმწიფოს, საზოგადოების ინტერესები უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე პიროვნების თვითგამორკვევის უფლება. ისინი ასკვნიან, რომ სასიცოცხლო თერაპიაზე უარის თქმის იგნორირება მხოლოდ იმ შემთხვევაშია გასათვალისწინებელი, როცა ასეთი უარი არასრულწლოვანი პიროვნების შეხედულებას ეფუძნება.

თანამედროვე მედიცინას აქვს მძლავრი საშუალებები, რომ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში სიცოცხლე შეუნარჩუნოს იმ პაციენტს, რომლის ორგანიზმს სამუდამოდ დაკარგული აქვს ასეთი ამოცანის დამოუკიდებლად გადანყვების უნარი. იბადება კითხვა: რამდენადაა მორალურად გამართლებული ასეთი პაციენტების სიცოცხლის შენარჩუნების პრაქტიკა, კერძოდ, საჭიროა თუ არა ვეცადოთ გავუხანგრძლივოთ პაციენტს სიცოცხლე იმ შემთხვევაში, როდესაც: 1. მისი ცნობიერება შეუქცევადი და დაკარგულია; 2. კვდება რა, ის განიცდის საშინელ ფიზიკურ ტანჯვას და ექიმები იძულებული არიან ყოველგვარი საშუალებით შეინარჩუნონ მისი თითქმის უგონო მდგომარეობა; 3. ეს პაციენტი ახალშობილია, მისი ორგანიზმის ანატომიური დეფექტები ტოტალური და მოუშორებელია, ე. ი. ღირს კი ვიბრძოლოთ იმ პაციენტის სიცოცხლის გადასარჩენად, რომელიც ფაქტიურად უკვე მკვდარია ან მასთან ურთიერთობა ნათლად გვარწმუნებს, რომ ჯობია მოკვდეს.

ზრდასრულ პირთა და განვითარების სერიოზული დეფექტებით დაბადებულ ახალშობილთა ევთანაზიის საკითხის კომპეტენტური განხილვა შეუძლებელია, თუ წინასწარ არ მოხერხდა: 1. „სიკვდილის“ ცნების და მისი კრიტერიუმის განსაზღვრა. 2. ევთანაზიის სამედიცინო პრაქტიკაში შემოღების ეთიკური და იურიდიული საფუძვლების გარკვევა, აგრეთვე ევთანაზიის ცნების შინაარსის დაზუსტება.

სიკვდილის ცნების ახლებური განსაზღვრის მიზნით გავაანალიზოთ ორი პაციენტის მდგომარეობა: პირველი ეს არის ავადმყოფი, რომლის ტვინს (ქერქსა და ლეროს) მთლიანად შეუქცევად აქვს დაკარგული ფუნქციური აქტივობა. პაციენტი პერმანენტულ კომატოზურ (უგონო) მდგომარეობაშია, მისი სუნთქვა და სისხლის მიმოქცევა მხოლოდ და მხოლოდ სათანადო აპარატურის საშუალებით არის შენარჩუნებული. პაციენტის ამგვარ მდგომარეობას, ჩვეულებრივ, „ტვინისმიერ სიკვდილს“ უწოდებენ. მეორე პაციენტის ტვინის ღეროები (მაგრამ არა ქერქი) ინარჩუნებს ფუნქციურ აქტივობას, რის შედეგად სუნთქვა და გულის მოქმედება შენარჩუნებულია, ხოლო ცნობიერება დაკარგულია და მისი აღდგენა შეუძლებელია. ამგვარ ავადმყოფს შეუძლია დიდი ხნის განმავლობაში დარჩეს ასეთ მდგომარეობაში (იყოს სიცოცხლისა და სიკვდილისზღვარზე) შეიძლება თუ არა ეს პაციენტები ჩაითვალონ ცოცხლებად?

ისტორიამ მრავალი მაგალითი იცის, როდესაც თითქოს მკვდარი ადამიანი „გაცოცხლებულა“, მათგან ყველაზე ცნობილია პოეტ პეტრარკას შემთხვევა, რომელიც საკუთარ გასვენებამდე რამდენიმე საათით ადრე წამოდგა კუბოდან და შემდეგ 30 წელიწადს იცოცხლა; XX საუკუნეში მომხდარი ფაქტი: ნიუ-იორკის საცხედრეში 1964 წელს გაკვეთის დაწყებისას „გვამი“ გონს მოვიდა და ყელში სწვდა პათანატომს, რომელსაც იქვე „გული გაუსკდა“.

XX საუკუნის დამდეგს ინგლისელმა მეცნიერებმა განხორციელებული კვლევის შედეგად გამოიტანეს დასკვნა, რომ ინგლისში ყოველწლიურად ცოცხლად დაახლოებით 2,5 ათას კაცს მარხავენ, ამის მიუხედავად მხოლოდ 60–იანი წლების დამლევს შეიქმნა ლონდონში პირველი აპარატი, რომელიც გულის სუსტ ელექტრონულ აქტივობას აფიქსირებს. პირველივე გამოცდის დროს საცხედრეში დაწყობილ გვამებს შორის აღმოჩნდა „ცოცხალი“ ქალიშვილი.

საჭიროა თუ არა ასეთი პაციენტები ცოცხლად ჩავთვალოთ? საჭიროა თუ არა მათი მკურნალობა და, თუ საჭიროა, მაშინ ამისთვის კონკრეტულად რა თერაპიული მეთოდები უნდა იქნეს გამოყენებული? მორალური თვალსაზრისით დასაშვებია თუ არა მათი სასიცოცხლო თერაპიის შეწყვეტა? ან იქნებ დავაჩქაროთ მათი სიკვდილი, გამოვრთოთ სიცოცხლის შენარჩუნებისა და გახანგრძ-

ლივების სისტემები, მათ ორგანიზმში შევიყვანოთ 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. ასეთად ითვლებოდა: სუნთქვის გაჩერება და გულის მოქმედების შეწყვეტა, ე. ი. სწორედ ისეთი ფუნქციების დაკარგვა, რომლებიც სადღეისოდ შეიძლება სათანადო აპარატურის დახმარებით დიდი ხნის განმავლობაში იქნეს შენარჩუნებული.

ამ რთული მდგომარეობიდან გამოსვლის მიზნით, ჰარვარდის სამედიცინო სკოლის სპეციალისტებისაგან დაკომპლექტებულმა კომიტეტმა ჯერ კიდევ 1968 წელს შეიმუშავა სპეციალური ტესტები, რაც შესაძლებლობას იძლევა დადგინდეს ტვინის ფუნქციის შეუქცევადად შეწყვეტა. სწორედ „ტვინის სიკვდილი“ მიიჩნია ამ კომიტეტმა სიკვდილის კრიტერიუმად.

სიკვდილის მომენტის ზუსტი განსაზღვრა არ არის წმინდა აკადემიური საკითხი, ცალსახად შესაფასებელი ფენომენი. მას სხვა ასპექტებიც აქვს. ასე მაგალითად, გვამის ორგანოები შეიძლება სხვა ადამიანისათვის გადანერგვის მიზნით იქნეს გამოყენებული (შესაბამისი ნებართვის მიღების შემდეგ).

ჰარვარდის კომიტეტის მიერ მონოდებულმა

სიკვდილის განსაზღვრებამ ფართო გავრცელება პოვა და სადღეისოდ ყველაზე მისაღებ თვალსაზრისად ითვლება. უფრო მეტიც, ამერიკის პრეზიდენტთან არსებული მედიცინისა და ბიოსამედიცინო გამოკვლევების სფეროს ეთიკური პრობლემების შემსწავლელი კომისიის დოკუმენტში ამერიკის ყველა შტატს რეკომენდაცია ეძლევა პაციენტის სიკვდილის კრიტერიუმად ტვინის (ღეროების ჩათვლით) ფუნქციის შეუქცევადი შეწყვეტა მიიჩნიოს.

ინდივიდის სიკვდილის კრიტერიუმად ტვინის სიკვდილის გამოცხადებას ყველა არ ეთანხმება. მათი აზრით, სიკვდილი, ისევე როგორც სიცოცხლე, ბიოლოგიური ცნებაა და ამდენად, შეიძლება განსაზღვრული იქნეს „სიცოცხლის ნიშნების არქონის“ საფუძველზე. ბიოლოგიური თვალსაზრისით სიკვდილი ეს ისეთი ფინალური მდგომარეობაა, რითაც კვდომის პროცესი მთავრდება. როცა ბიოლოგი ამბობს, რომ ორგანიზმი მკვდარია, ის იმაზე მიუთითებს, რომ ორგანიზმისათვის საჭირო და აუცილებელია სასიცოცხლო სისტემებმა ფუნქციონირება შეწყვიტეს. აქედან გამომდინარე, ამ ავტორთა აზრით, ორგანიზმი, რომლის სუნთქვა და სისხლის მიმოქცევა შესაბამისი აპარატურის წყალობითაა შენარჩუნებული, ცოცხლად უნდა მივიჩნიოთ. ისინი აკრიტიკებენ ს. ვითრის პოზიციას, რომელიც სიკვდილს განსაზღვრავს, როგორც ადამიანის ბუნებისათვის დამა-

ხასიათებელ თვისებების შეუქცევად, უპირველეს ყოვლისა, ცნობიერებისა და სოციალურად მნიშვნელოვანი ურთიერთობების დაკარგვას. ამასთან დაკავშირებით იგივე ავტორები აღნიშნავენ, რომ მართალია ცნობიერება, ადამიანის სიცოცხლის ღირებულების ერთ-ერთი განმსაზღვრელი პირობაა, მაგრამ ადამიანის სხეულის სიცოცხლისათვის ის არ არის აუცილებელი. მათივე აზრით, სიკვდილი არის არა ღირებულებით (ეთიკური), არამედ ბიოლოგიური ცნება. ღირებულებითი და ბიოლოგიური მიდგომის აღრევამ, აცხადებენ ისინი, განაპირობა ჰარვარდის კომიტეტის პოზიცია დაედგინა სიკვდილის ახლებური დეფინიცია, 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. აღნიშნულ პრობლემას უკავშირდება ევთანაზიის ფენომენი.

ევთანაზია („სასიამოვნო სიკვდილი“) ავადმყოფისათვის დახმარების განწევას გულისხმობს, რომელიც გამოიხატება სასიკვდილოდ განწირული ადამიანისათვის ტანჯვის შემსუბუქებით ანუ დახმარებით სიცოცხლის ამა თუ იმ სახით შეწყვეტაში. კერძოდ ევთანაზიის პრინციპების თანახმად, თუ ავადმყოფის გამოჯანმრთელების არავითარი შანსი არ არსებობს და იგი აუტანელ ტანჯვას გა-

ნიცდის, ექიმმა მას ისეთი საშუალება უნდა მისცეს, რომელიც უმტკივნეულოდ შეწყვეტს პაციენტის სიცოცხლეს, კუჭის კიბოთი დასნეულებული ავადმყოფისათვის, რომელიც ძლიერ იტანჯება ტკივილისაგან, ვერ იღებს ვერავითარ საკვებს და განწირულია სასიკვდილოდ, სიკვდილი დიდი მონყალებაა, მაგრამ აქვს თუ არა ექიმს მორალური უფლება ასეთი წამალი მისცეს მას, რომელიც სიცოცხლეს წრაფად, უმტკივნეულოდ შეწყვეტს და ამით იხსნის შემდგომი ენით გამოუთქმელი ტანჯვისაგან? ევთანაზიის პრობლემით დაინტერესებულ სპეციალისტებს ძირითადად ორ ჯგუფად ყოფენ: მომხრეებად და მოწინააღმდეგეებად.

1989 წელს ამერიკის სამედიცინო ასოციაციამ მოაწყო ექიმთა ანონიმური გამოკითხვა ევანაზიის მიზანშეწონილობის შესახებ. გამოკითხულთა 60–ზე მეტმა პროცენტმა მხარი დაუჭირა ევთანაზიას. მომდევნო წლებში დასავლეთის ზოგიერთი ქვეყნის მედიკოსთა გამოკითხვის შედეგებიც დაახლოებით ასეთი იყო. განსხვავებული სურათია აღმოსავლეთ ერვოპის კერძოდ, ყოფილი სოციალისტური ქვეყნების ბანაკის სახელმწიფოებში. აქ ევთანაზიის მოწინააღმდეგეთა რიცხვი სადღეისოდ ბევრად სჭარბობს მის მომხრეებს.

სპეციალურ ლიტერატურაში ევთანაზიის ცნება ორგვარი გაგებით იხმარება: „პასიური ევთანაზია“ და „აქტიური ევთანაზია“.

პასიური ევთანაზია გულისხმობს მდგომარე-



ობას, როდესაც აუტანელი ტკივილებით გატანჯული ადამიანი, რომელიც გრძნობს, რომ განწირულია და მისი შველა შეუძლებელია, ექიმს სთხოვს შეუწყვიტოს მკურნალობა, ან ასეთ გადამწყვეტილებას თავად ექიმი იღებს.

პასიური ევთანაზიისაგან განსხვავებით, აქტიური ევთანაზია გულისხმობს ინექციით ან სხვა საშუალებებით ავადმყოფის ტანჯვისაგან განთავისუფლებას, თუ შეიძლება ასე ითქვას, მის „სამუდამო დამშვიდებას“.

პასიური ევთანაზიის პრობლემასთან დაკავშირებით განასხვავებენ დისტანაზიისა და ორთოთონაზიის ცნებებს. დისტანაზიის ცნებაში იგულისხმება ექიმის მიერ ავადმყოფის სიცოცხლის შენარჩუნებელი ძვირადღირებული საშუალებების შეზღუდვა მაშინ, როცა მისი ავადმყოფობა განუკურნებლად ითვლება. ხოლო სიცოცხლის შესანარჩუნებლად საჭირო ზომების (კერძოდ, ძვირადღირებული საშუალებების) შეწყვეტას ან მკურნალობის არდაწყებას, რომელიც ინვეს ავადმყოფის სიკვდილს, ეწოდება ოროთოთონაზია.

ზოგიერთი ოროთონაზიას, როდესაც ამონურულია ყველა რეანიმაციული საშუალება და ექიმი ყოველნაირად ცდილობს ავადმყოფს შეუმსუბუქოს ტანჯვა, გამონაკლის შემთხვევაში ჰუმანურ აქტად თვლის.

მიუხედავად იმისა, რომ ევთანაზია ოფიციალუ-

რად დღემდე არც ერთ ქვეყანაში კანონმდებლობით არ არის ნებადართული (გამონაკლისია კალიფორნიის შტატი, სადაც 1977 წელს ოფიციალურად გაფორმდა კანონი „ადამიანის უფლებების სიკვდილზე“, ამ კანონის თანახმად განუკურნებელი სენით დაავადებულ ავადმყოფს უფლება ეძლევა მოითხოვოს სამედიცინო პერსონალისაგან თავისი სიცოცხლის გადასარჩენად მუშაობის შეჩერება; ჩრდილოეთ ავსტრალიის შტატის ქ. დარვინში 1966 წლის ოქტომბერში მოხდა ევთანაზიის ლეგალიზაცია. ადგილობრივმა ხელისუფლებამ მიზანშეწონილად მიიჩნია მისი დაშვება. ავსტრალიის მცხოვრებთა დიდი ნაწილი ჩაება დისკუსიაში – უამრავლესობა ევთანაზიის ლეგალიზაციის გაუქმებას მოითხოვს, ფაქტობრივად კი ევთანაზიის არაერთი ფაქტია დაფიქსირებული. ამ მხრივ ყველაზე გახმაურებულია სომხური წარმოშობის ამერიკელი ექიმის პროფესორ გევორჯიანის საქმიანობა: 1990 წლიდან იგი დაესწრო 38 თვითმკვლევლობას, პროფესორ გევორჯიანის ავადმყოფთა თვითმკვლევლობის მეთოდებმა ახლახან კვლავ ააფორიაქა მისი მხარდამჭერებიც და მოწინააღმდეგეებიც. ამერიკის კანონმდებლობა ჯერჯერობით უძლურია გევორჯიანის წინაშე. უკანასკნელი ორი წლის განმავლობაში მან სამი სასამართლო პროცესი მოიგო. ამჟამად გევორჯიანი პატიმრობაშია, მაგრამ, პროკურორის აზრით, გევორჯიანს სასამართლო ისევ გაამართლებს, რადგან, რასაც

გევორქიანი აკეთებს, მიჩიგანში ის დანაშაულად არ ითვლება.

ამ მხრივ საინტერესოა გამოცდილი ამერიკელი კლინიცისტის, 81 წლის ჯონ კრაის მაგალითი. როცა ექიმი კრაი დარწმუნდა, რომ ვერ უშველიდა განუკურნებელი სენით შეპყრობილ თავის პაციენტსა და ძველ მეგობარს, ფრედერიკ ვაგნერს, სამუშაო დღის დამთავრების შემდეგ მან მედიცინის დას სამი დოზა ინსულინი დაუტოვა. ამ პრეპარატის მიღების შემდეგ ავადმყოფმა სამუდამოდ „დაისვენა“. როცა ფაქტი გახმაურდა, ნახევარსაუკუნოვანი უმნიკვლო სამედიცინო პრაქტიკის მქონე ექიმი ჯონ კრაი დააპატიმრეს წინასწარგანზრახული მკვლელობის ბრალდებით. ერთი კვირის შემდეგი იგი თავდებით გაათავისუფლეს საპატიმროდან. ორი კვირის შემდეგ ექიმმა კრაიმ, რათა თავიდან აეცილებინა სასამართლო პროცესი და შერცხვენა, თვითმკვლელობით დაასრულა სიცოცხლე.

ზოგი ქვეყნის კანონმდებლობა, კრძალავს რა ევთანაზიას, მეორე მხრივ, უშვებს მოქალაქეთა უფლებას უარი თქვან მკურნალობაზე, რაც, ფაქტობრივად, ევთანაზიის ერთ-ერთი ფორმაა. ევთანაზიას უნდა მიეკუთვნოს ის შემთხვევაც, როდესაც საავადმყოფოდან გამოიწერება უიმედო ავადმყოფი ან, როცა პაციენტი იძულებულია წავიდეს ამ ქვეყნიდან იმის გამო, რომ ვერ შოულობს წამალს ან არა აქვს ძვირადღი-

რებული აპარატურით სარგებლობის საშუალება.

ევთანაზიის გარშემო არსებული მრავალი განსხვავებული პოზიციის მიუხედავად, როგორც აღვნიშნეთ, არსებობს ორი მიმართულება: ევთანაზიის ლეგალიზაციის მომხრეები და მოწინააღმდეგეები. ორივე მხარეს აქვს საკმაო არგუმენტები. გავეცნოთ ზოგიერთ მათგანს:

1. ავადმყოფთა უმრავლესობისაგან ნებაყოფლობითი სიკვდილის მოთხოვნა ძირითადად მოტივირებულია აუტანელი ტკივილებით, ე. ი. ეს თხოვნა გამონვეულია იძულებით და არა ობიექტური მდგომარეობით. მედიცინის ისტორიაში მრავალი ფაქტი არსებობს, როდესაც დაჭრილები და დასახიჩრებულები კიდურების ამპუტაციის დროს კატეგორიულად ითხოვდნენ მომაკვდინებელი საშუალებების მიღებას. ისიც ცნობილია თუ როგორ შეუნარჩუნდა სიცოცხლე, ფეხი, ხელი და ა. შ. ათასობით ადამიანს.

2. მედიცინის განვითარების ტემპები, ახალი ტექნოლოგიები და საშუალებები ავადმყოფთა გადასარჩენად ადასტურებს, რომ ბევრი დაავადება, რომელიც განუკურნებლად ითვლებოდა, დღეს ექვემდებარება მკურნალობას, ამიტომ ევთანაზია ამ მოტივით დაუშვებელია.

3. ევთანაზიის ლეგალიზაცია მიუღებელია ზნეობრივი თვალსაზრისითაც. ყოველი ადამიანის სიცოცხლე უნიკალურია, განუმეორებელია

და ექიმი მოვალეა ბოლო წუთამდე ყველა სამუ-  
ალების გამოყენებით იბრძოლოს მისი გადარჩე-  
ვისათვის.

4. ევთანაზია საერთოდ მიუღებელია რელიგი-  
ური მოსაზრებით. ქრისტიანობამ ადამიანები  
ღმერთის მიერ უკვდავად შექმნილად გამოაც-  
ხადა, მაგრამ მისი წინაპრის, ადამის ჩადენილი  
ცოდვის გამო ღმერთმა ადამიანი – უკვდავად შექ-  
მნილი არსება – მოკვდავი გახადა. ასე დამკვიდრ-  
და შუა საუკუნეების ე. წ. „თანატოცენტრიზმი“,  
რომელთანაც პრინციპულ წინააღმდეგობაშია ჰუ-  
მანიზმით გამსჭვალული სამედიცინო მორალი.

5. არსებობს შესაძლებლობა, რომ საქმე გვეკონ-  
დეს საექიმო შეცდომასთან დიაგნოზის დასმის  
დროს ან ევთანაზია გამოყენებულ იქნას ბოროტი  
მიზნებისათვის (იგულისხმება წინასწარ გამიზნუ-  
ლი მკვლელობა ან ორგანოთა ტრანსპლანტაცი-  
ისათვის ნებართვის მიღება), რისი შემთხვევებიც  
საკმაოდ არსებობს.

ევთანაზიის მოწინააღმდეგეთა ამ და სხვა არ-  
გუმენტების გასაბათილებლად ევთანაზიის მომხ-  
რეებს მოჰყავთ საკუთარი მოსაზრებები. მათ ეჭვი  
არ ეპარებათ, რომ არცთუ შორეულ მომავალში ევ-  
თანაზია ეთიკური თვალსაზრისით ჯერ მისაღები  
გახდება, ხოლო შემდეგ მრავალ ქვეყანაში სამარ-  
თლებრივ საფუძველსაც შეიძენს. თუკი ეს მართ-  
ლაც ასე მოხდება, მაშინ დადგება ძალიან რთული  
საკითხი – ვინ უნდა გააკეთოს ეს? ამ საკითხზე

სპეციალისტებს შორის დიდი დავაა. ერთნი ფიქრობენ, რომ ეს ფუნქცია ექიმმა უნდა შეასრულოს (ყოველ შემთხვევაში, სამედიცინო პერსონალმა), მეორენი კი ამის კატეგორიული წინააღმდეგნი არიან. მათი აზრით, ექიმი არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება იყოს პაციენტის მკვლელი, რადგან ეს ეწინააღმდეგება ჰიპოკრატეს ფიცს.

მას შემდეგ, რაც ევთანაზიის შესახებ მიღებულ იქნება შესაბამისი იურიდიული კანონი, მისი შესრულება უნდა დაევალოს არა სამედიცინო პერსონალს, არამედ ვინმე სხვას („გზეუკურიების“ მსგავსთ), მით უმეტეს, რომ ეს რაიმე ტექნიკურ სიძნელესთან არ იქნება დაკავშირებული. აქვე უნდა დავამატოთ, რომ ეს კანონი (ევთანაზია) არავითარ შემთხვევაში არ უნდა შეეხოს სულით ავადმყოფებსა და გონებრივად არასრულფასოვან ადამიანებს.

ბოლო წლებში, უმეტესად აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, კერძოდ, რუსეთში, შეიმჩნევა აქტიური ევთანაზიის მონინააღმდეგეთა გააქტიურება. ისინი ევთანაზიას თვლიან განუკურნებელ ავადმყოფთა „მკვლელობად მონყალეპისათვის“ და დაუშვებლად მიიჩნევენ არა მარტო იმიტომ, რომ გამორიცხული არ არის საექიმო დიაგნოსტიკური შეცდომა ან შეგნებული ბოროტი განზრახვა, არამედ იმიტომაც, რომ ადამიანი, ვინც ევთანაზიას შეასრულებს, შემდგომში მუდამ დაიტანჯება სინდისის ქენჯნით და შეიძლება და-

ემუქროს „რასკოლნიკოვის კოშმარი“ ან დოქტორ ჯონ კრაის ბედი.

ევთანაზია ორგანულად უკავშირდება თანამედროვე მედიცინის სხვა პრობლემებსაც. აქ ამ კავშირის მხოლოდ ერთ მხარეზე მივუთითებთ. მას შემდეგ რაც, ევთანაზია დაკანონდება, გაჩნდება ახალი, თანაც მეტად მწვავე პრობლემა – მომაკვდავი ადამიანის სხეულის ჯანსაღი ნაწილების გადანერგვის საკითხი მეორე ადამიანისათვის. იმის ანალოგიურად, როდესაც სრულიად ჯანმრთელი ადამიანი წინასწარი განზრახვით სათანადო იურიდიული ხელშეკრულების საფუძველზე თანხმობას აცხადებს საკუთარი ჩონჩხის გაყიდვაზე, შეიძლება აქტიური ევთანაზიის მომხრე ადამიანმაც განაცხადოს სურვილი თავისი სხეულის ნაწილების გაყიდვაზე, რაც ცხადია, ახალ ეთიკურ პრობლემებს წარმოიშობს.

ევთანაზიის საკითხის განხილვა არ იქნება სრული, თუ არ შევეხებით განვითარების სერიოზული დეფექტების მქონე ახალშობილთა ევთანაზიის პრობლემას, რაც ბიოსამედიცინო ლიტერატურაში სათანადო ყურადღება ექცევა. ახალშობილთა თუ მოზრდილთა ევთანაზიის საკითხებზე განსხვავებულ შეხედულებებს ვხედავთ. ბევრი ავტორი ახალშობილთა სიცოცხლის ხელყოფას დიდი ხნის წინ დამკვიდრებული პრაქტიკის – პასიური, ძალდატანებითი ევთანაზიის გამოვლენად მიიჩნევს.

ახალშობილთა პასიურ ევთანაზიას მორალურად

გამართლებულად თვლიან მხოლოდ და მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც აშკარაა, რომ ბავშვის შემდგომ ცხოვრებას არავითარი აზრი არა აქვს. იმავე აზრს სხვა ავტორები თავისებურად ახასიათებენ. კერძოდ ისინი მიუთითებენ, რომ ბავშვი არ არის პიროვნება (ამ სიტყვის ვიწრო გაგებით), ამიტომ ბავშვის ევთანაზია ეთიკურად დასაშვებია, არ არსებობს არავითარი იმედი იმისა, რომ განვითარების პროცესში ის პიროვნებად იქცევა.

ამ საკითხზე სხვა თვალსაზრისიც არსებობს, რომლის მიხედვით ბავშვს, რომელსაც დაბადებიდანვე თანდაყოლილი სერიოზული ეფექტები აღმოაჩნდება, ისევე უნდა მოვეპყრათ, როგორც სხვა „ჩვეულებრივ“ ბავშვებს, ვინაიდან ახალშობილი წარმოადგენს პიროვნებას, რომელსაც სიცოცხლის უფლება აქვს. ამ თვალსაზრისით ახალშობილთა ევთანაზია ყოველთვის ამორალურია, ხოლო ოჯახის, სამედიცინო პერსონალისა და საზოგადოების ინტერესების გათვალისწინების აუცილებლობაზე მითითება არადამაჯერებლად ჟღერს.

როგორც ვხედავთ ევთანაზიის პრობლემა ურთულესია. ამ ცნებაში იგულისხმება მოვლენათა ფართო წრე, რომლის ყველა ასპექტი სათანადო შეფასებას საჭიროებს. თითოეული ავადმყოფი ბიოლოგიურად და სოციალურად დამოუკიდებელი ერთეულია. მას საკუთრივ მისთვის დამახასიათებელი ფსიქოლოგია აქვს, გარემოსთან



ურთიერთობის ინდივიდუალური ხასიათი პიროვნებათა, ამ შემთხვევაში ავადმყოფთა, ასეთი დიფერენციაცია ექიმს კარნახობს, რომ თვითონაც დიფერენციული იყოს მათთან ურთიერთობისას. ზოგადი კრიტერიუმის შერჩევის საკითხს ამძიმებს თითოეული პიროვნების, ავადმყოფის უნიკალურობა, მათი ინდივიდუალური თვისებები, მიდრეკილებები, სურვილები, რელიგიურობა, სიცოცხლესთან დამოუკიდებლობის აქსიოლოგიური გადანყვეტის მრავალფეროვნება, ტრადიციები და ა. შ. ასეთ სიტუაციაში გამოსავალი იმაშია, რომ, ერთი მხრივ, ზედმინევნით იქნეს შესწავლილი ობიექტური პირობები და, მეორე მხრივ, მოხდეს წამყვანი ქართველი ექიმების, პირველ რიგში, კლინიცისტების, რეანიმატოლოგების, ტრანსპლანტოლოგების მოსაზრებების შეჯერება, მათი გამოცდილების გაზიარება.

ასევე საჭიროა სამედიცინო ეთიკისა და სამართლოს ურთიერთობის გარკვევა. ის, რომ ეთიკური რეგულირების დონე უფრო მაღალია, ვიდრე სამართლებრივისა, მტკიცებას მოითხოვს. კანონი იმდენადაა პროგრესული, რამდენადაც ზნეობრივია.

ამავე დროს უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ექიმისათვის პაციენტის განადგურების დავალდებულება უზნეობაა. ასეთი უფლება, პოტენციურ ფორმაშიც კი, საზოგადოებრივი მორალის დესტრუქციას, მედიცინისადმი ნდობის დაკარგვას

გამოიწვევს, საზოგადოებრივი ცნობიერების შინაარსში მედიცინის დეფორმაციას მოახდენს.

ასეთი სახის საშიშროება რომ სრულიად რეალურია, ამას ადასტურებს ამ იდეის წინასწარი განხილვაც. მოსაკვდინებელთა შორის ასახელებენ გონებასუსტებს, დეფექტების მქონეთ და სხვა „არასაჭირო“, „უნაყოფო“, უპერსპექტივო“ ადამიანებს. აქ კი უნდა შევნიშნოთ, რომ საზოგადოებრივი მორალის საზომად ყოველთვის ითვლება მათი დამოკიდებულება სულიერ ავადმყოფებთან და ფსიქიკურად არნორმალურ ადამიანებთან, ანუ იმ ტვირთთან დამოკიდებულებას, რომლის ტარებასაც საზოგადოება ნებაყოფლობით და უსასყიდლოდ იღებს თავის თავზე, როცა მათ არსებობას უზრუნველყოფს. თორემ ევთანაზიური აგრესია გადაყლაპავს ქრონიკულად დაავადებულებს, არამრომისუნარიან პირებს, მოხუცებს, ინვალიდებს, და საერთოდ საზოგადოება შეიძლება მივიდეს ასეთი სახის „ბალასტის“ მოსპობის იდეამდე. და მაშინ ეს იქნება მისი მორალური დეგრადაციის ნათელი დადასტურება. ცნობილი ფრანგი ფსიქოლოგი შუტცენბერგი სტატისტიკური მონაცემების საფუძველზე ასაბუთებს, რომ რთული, სპეციალურად დამუშავებული სამედიცინო ფსიქოლოგიური სისტემების ზემოქმედებით დაახლოებით 13% უიმედო ონკოლოგიური ავადმყოფი შეიძლება გამოჯანმრთელდეს, დაახლოებით 43%–ს გამოუმუშავდეს სერიოზული,

ხანგრძლივი რემისია. ეს მეოთხეები გამოიყენება ამერიკის შეერთებულ შტატებში, საფრანგეთსა და შვედეთში.

აშშ-ის ყველა საავადმყოფოში შექმნილია ეთიკური კომისიის ინსტიტუტი, რომელიც მორალის სფეროში ასრულებს იმ ფუნქციას, რასაც სასამართლო – სამართლებრივ სისტემაში. ჩვენთან ასეთი რამ ჯერჯერობით არ არსებობს.

საქართველოში ევთანაზია კანონმდებლობით ნებადართული არ არის. გამოკითხულ მედიკოსთა 70% მისი კატეგორიული წინააღმდეგია. სამედიცინო წრეებში, ამ ბოლო დროს გაცხოველებული დისკუსია დაიწყო სიკვდილისადმი დამოკიდებულების საკითხზე, რაც ორგანოთა ტრანსპლანტაციის რამდენიმე წარმატებული ოპერაციით არის განპირობებული. ორგანოთა გადანერგვა კი თავისთავად ითხოვს ამ საკითხების ზნეობრივ და იურიდიულ გადანყვეტას.

ევთანაზიის პრობლემის მასშტაბური გააზრებისათვის ალბათ საჭიროა ადამიანმა გაარკვიოს სიკვდილისადმი თავისი დამოკიდებულება. დღეისათვის ლიტერატურაში ამ აზრით სამი მიმართულება არსებობს: ბიოლოგიური, რელიგიური და მისტიკური. მასობრივი ინფორმაციის საშუალებები (იგულისხმება საზღვარგარეთ) მხარს უჭერს ევთანაზიის ძნელად დასამტკიცებელ მისტიკურ ახსნას, რაც სიკვდილისადმი ადამიანის დამოკიდებულების საკითხს კიდევ უფრო ართუ-

ლებს, მაშინ როდესაც იგი ნათელი და განსაზღვრული უნდა იყოს.

ყოველ ადამიანს სიკვდილთან დამოკიდებულების საკუთარი პოზიცია უნდა ჰქონდეს, დაახლოებით ისეთი, რომელსაც აღმოსავლურს უწოდებენ. გამოჩენილი მონღოლი მწერალი, ლინგვისტი და ფილოსოფოსი, აკადემიკოსი რინჩენი წერდა, რომ ადამიანმა სიცოცხლე უნდა წარმოადგინოს როგორც გზა, რომელსაც აქვს დასაწყისი და დასასრული. მაშინ მისი აზროვნება იქითკენ იქნება მიპყრობილი, თუ როგორ უნდა გაიაროს ეს გზა. სწორედ ასეთი მიდგომით ბევრი პრობლემა, რომელიც დასავლეთში ძალიან გართულებულია და ზოგჯერ პათოლოგიური გადახრის ფორმითაც კი ვლინდება, უბრალოდ გადაწყდება. მორალი და ზნეობა უნდა გვეკარნახებოდეს ცხოვრების გზის არჩევას, სიკეთის თესვის აუცილებლობას, მიუხედავად იმისა, თუ რამდენ ხანს გასტანს იგი იმით გათავისება და გააზრება, რომ სიკვდილი გარდაუვალია, მიგვანიშნებს, რომ მის მოსვლას სრული სიმშვიდით უნდა შევხვდეთ. როდესაც ამ აზრების ავტორს კიბოს დიაგნოზი დაუსვეს და ამის შესახებ პირადად მოახსენეს, საქმე ეხება შორს ნასულ შემთხვევას და არავითარი გამოსავალი არ არსებობს, მას საპასუხო წერილში არც ერთი სიტყვა არ დაუნერია მისი ამქვეყნიდან მოულოდნელი წასვლის ტრაგიკულობის შესახებ და მთელი წერილი ნაციონალურ დამწერლობაზე მოსაზ-

რებებს მიუძღვნა. მორწმუნე ადამიანებისათვის ამის გააზრება უფრო ადვილია. მათ იმქვეყნიური ცხოვრების სწამთ. თუმცა არსებობენ ძლიერი ადამიანები, რომლებიც რელიგიურები არ არიან, მაგრამ სიკვდილს, როგორც გარდაუვალ ფენომენს, ისე აღიქვამენ და რადგან სიკვდილის ვადები შეუცნობელია, ცხოვრება მუდამ მაღალზნეობრივი უნდა იყოს.

მაშასადამე, სუიციდისა და ევთანაზიის პრობლემის განხილვა ადასტურებს სამედიცინო ეთიკის ფილოსოფიურ–აქსიოლოგიურ, ანთროპოლოგიურ ხასიათს, რადგან სუიციდისა და ევთანაზიის საკითხი ეხება ადამიანის, როგორც შესამეცნებელი ობიექტის, შინაგან ბუნებას. ამ ძიების დროს კი როგორც ადამიანის – პაციენტის, ასევე მისი მკურნალის წინაშე მთელი სიმწვავეით დაისმის „ექსის“ – არსებობის პრობლემა.

ევთანაზიის პრობლემა, თავისებური ფორმით, იდგა შორეულ წარსულში. სწორედ მაშინ შემუშავდა სამარცხვინო ცნება: „არასრულფასოვანი ადამიანი“ და დაისვა მისი სიცოცხლის საჭიროების საკითხი. სპარტის სინამდვილეში, სადაც მხოლოდ ძლიერი აღნაგობის ადამიანის კულტი ბატონობდა, მარტივად ნყდებოდა „არასრულფასოვანი“ ადამიანის ბედი, ასეთ ადამიანებთან დამოკიდებულება მათ ანადგურებდნენ.

მონების, როგორც „უუფლებო არსებების“ გაბატონებულმა შეხედულებამ, სპარტის სინამდ-

ვილემი, რეალურად განხორციელებული თეორიული დასაბუთების აუცილებლობა განაპირობა. ანტიკური ფილოსოფიური აზროვნების კლასიკოსმა – პლატონმა (428–348 ძვ. წ.), იდეალური სახელმწიფო მოდელის აგების დროს, დიალოგში: „სახელმწიფო“ გარკვეული ადგილი სწორედ იმ „არასრულფასოვან“ ადამიანებთან დამოკიდებულების გარკვევას დაუთმო. პლატონის აზრით, ასეთი ადამიანები უნდა მოესპოთ. მისი შეხედულებით, სახელმწიფო მოქალაქეები ჯანმრთელნი და მონესრიგებულნი უნდა იყვნენ, რათა მათი აღზრდა ისე წარიმართოს, რომ სახელმწიფოში ზედმეტი გახდეს სასამართლო და სამკურნალო დაწესებულებები. „ამის სრულყოფილი მიღწევა რთულია, – მსჯელობდა პლატონი, რადგან რჩებიან ფიზიკურად სუსტი ადამიანები, რა უნდა ვუყოთ მათ?“ „მამასადამე, – ასკვნიდა იგი, – ამგვარ სასამართლო ხელოვნებასთან ერთად, შენ დააკანონებ ჩვენს სახელმწიფოში ისეთ მკურნალობასაც, რომელზეც ვსაუბრობდით. სასამართლოც და ექიმიც უნდა ზრუნავდეს მოქალაქეებზე, რომლებიც სრულყოფილნი არიან სულითაც და ხორციითაც, ხოლო ვინც ასეთი არ არის, ვინც... სულითაც მანკიერია და ხორციითაც უკურნებელი, – ის უნდა მოკვდეს“.

პლატონის შეხედულება ფიზიკურად არასრულყოფილ ადამიანთან დამოკიდებულების შესახებ, გამომდინარეობდა იმ პერიოდისათვის დამახასი-

ათებელი ზნეობრივი პრინციპებიდან. პარადოქსული ის არის, რომ ისტორიულმა სინამდვილემ ასეთი შეხედულების ხანგრძლივი ბატონობა განაპირობა.

შუა საუკუნეების საღვთისმეტყველო აზროვნებამ გააღვიდა აზრი ადამიანის, როგორც განსაკუთრებული, ღმერთისეული ფასეულობის შესახებ. ამ აზრმა კითხვის ნიშანი დაუსვა პლატონის აღნიშნული შეხედულების სისწორეს. XII საუკუნის ებრაელმა ფილოსოფოსმა, სპეციალობით ექიმმა, მოშე მაიმონიდემ (1135–1204) აღიარა ადამიანის სიცოცხლის მნიშვნელობა და დაასაბუთა ამ ღირებულებისადმი უარყოფითი დამოკიდებულების მიუღებლობა. თავისი ძირითადი თეზისით – „მაშორე მე, ღმერთო აზრი, თითქოს ყველაფერი შემეძლოს!“ – მაიმონიდი კრძალავდა ადამიანის სიცოცხლის ხელყოფას და ადამიანებს სიცოცხლის ღვთაებრივი წარმოშობის უნიკალურობაზე მიუთითებდა.

იღვწოდა რა იდეალური სახელმწიფოს მოდელის ასაგებად, ინგლისელი ჰუმანისტი თომას მორი (1478–1535) ძირითად შრომაში „უტოპია“ არკვევდა სახელმწიფოში მცხოვრები ადამიანების ბედ-იღბალს, მიუთითებდა ავადმყოფებთან ურთიერთობაზე, უკუზრუნებელი სენით დაავადებულთა მოვლის, მათთვის ფიზიკური და ზნეობრივი ტანჯვის შემსუბუქების საჭიროებაზე. „მაგრამ თუ უკანასკნელ სენს, – მსჯელობდა თომას მორი,

– ამავე დროს ემატება აუტანელი ტკივილი, რომელიც ვერაფრით ვარ შეუმსუბუქებიათ, მაშინ მღვდელმსახურნი და ხელისუფლანი ინახულებენ ავადმყოფს და ეუბნებიან ბედშავს: ამ მდგომარეობაში მოკლებული ხარ სიცოცხლის ყველა სიკეთეს და ფუნქციას. სინამდვილეში საკუთარ სიკვდილს განიცდი და მიიმე ტვირთად აწვები საკუთარ თავსაც და სხვებსაც. რად გინდა გაიხანგრძლივო ასეთი სიცოცხლე, რომელიც შენთვის წამების დაუსრულებელი ჯაჭვია... განყვიტე ეს ჯაჭვი... ნებაყოფლობით გაითავისუფლე თავი სიცოცხლის საპყრობილისაგან ან სხვას მიენდე, რომ გაგათავისუფლონ. შენი სიკვდილი სიცოცხლის სიკეთის უარყოფა კი არ იქნება, არამედ შვება აუტანელი წამებისაგან განთავისუფლების გამო... ისინი ვინც ასეთ რჩევას დაიჯერებენ, ნებაყოფლობით იკლავენ თავს, ანდა მათ აძინებენ და ისინი შეუმჩნევლად გადადიან სხვა სიცოცხლეში“.

ასე ლოგიკურად შემოიტანა მსჯელობის საგნად ევთანაზიის პრობლემა თომას მორმა თავის „იდეალურ სახელმწიფოში“.

ევთანაზიის (თვითმკვლელობის) კატეგორიული უარყოფა მოითხოვა შუა საუკუნეების გამოჩენილმა თეოლოგმა თომას აქვინელმა (1225–1274). მისი მსჯელობის თანახმად, სიცოცხლის რაიმე სახით ხელყოფა ღვთაებრივის საწინააღმდეგო ქმედებაა.



ადამიანის, მისი ცხოვრების მოვალეობის, სიკვდილის საზრისის საკითხი ფართო მსჯელობის საგნად აღმავლობის პერიოდის ფილოსოფოსების ნაშრომებში წარმოჩინდება. ინგლისელმა ფილოსოფოსმა, ექსპერიმენტული მეცნიერების ფუძემდებელმა, ფრენსის ბეკონმა (1561–1626) შებრალების საბაბით „უშფოთველი ტკბილი სიკვდილის“ თემა ბუნებრივად ჩათვალა სიკვდილის აპოლოგიის პარალელურად თვით ცნების „ვეთანაზია“ დამკვიდრებაც ფრენსის ბეკონის სახელთან არის დაკავშირებული. ესემი „სიკვდილის თაობაზე“ ვერულამელი მოაზროვნე წერს: „სიკვდილი მომხიბვლელია ტანჯულთათვის, ვისაც აუტანელ ტვირთად დასწოლია ურვა თუ ბორკილები: და ენატრება აღსასრული გლახაკ ქრისტიანს. გალერაზე ნიჩაბს მიჯაჭვულს, დევნილ მეუფეს, საწყალობელს ქვრის თუ დილეგში პყრობილს – ბედის ჩარხი რომ პირუკუ დაუტრიალდა და ამიტომაც სული მისი ამბოხებულია. ასეთთათვის სიკვდილი ხსნაა, ხოლო სამარე – სანატრელი სარეცელი განსასვენებლად“. რაც მთავარია, ბეკონმა აუცილებელ ეთიკურ მოთხოვნად წამოაყენა მომაკვდავებისათვის დახმარება.

სახელმწიფოში „არასრულფასოვანი“ ადამიანების ბედის საკითხი არ დამთავრებულა ფრენსის ბეკონის მსჯელობით. აღმავალმა განმანათლებლობამ და ჰუმანისტური იდეების ქადაგებამ ისევ მაღლა ასწია სიცოცხლის ღირებულება, ადამი-

ანის – როგორც ღმერთის სახისა და პირის, როგორც მოაზროვნე არსების კულტი. ამის პარალელურად ჩამოყალიბდა სიკვდილისადმი ზნეობრივი დამოკიდებულების მოთხოვნები. ინგლისელმა მორალისტმა და სამართალმცოდნემ იერამია ბენტამმა (1748–1832) უტილიტარიზმის პოზიციებიდან დაასაბუთა დეონტოლოგიის აუცილებლობა. განმარტა სიკვდილის ცნება. მაგრამ ისტორიაში მოვლენები და პროცესები ერთი მიმართულებით არასოდეს მიმდინარეობენ. ბოროტება თან სდევს სიკეთეს, ისტორიულად გარკვეულ პერიოდებში კი ბატონობს კიდეც მასზე.

ამის ნათელი მაგალითია გერმანიის სინამდვილე. სწორედ გერმანიაში შემუშავდა ნებისმიერი ავადმყოფის ტანჯვის შემსუბუქებაში ექიმის მოვალეობის პრინციპები. გერმანელმა ექიმებმა რეილიმ (1759–1813) და გუფელანდიმ (1762–1836) კატეგორიულად მოითხოვეს ევთანაზიის აკრძალვა. მაგრამ იმავე გერმანიაში ერთი საუკუნის შემდეგ, 1920 წელს გამოცემულ ექიმ–ფსიქიატრის გოშისა და იურისპრუდენციის წარმომადგენლის ბინდინგის წიგნში „არასრულფასოვანი სიცოცხლის მოსპობის უფლება. მისი ფარგლები და ფორმები“, თეორიულად და პრაქტიკულად დასმულია იდეალურ სახელმწიფოში „არასრულფასოვანთა“ ადგილისა და როლის საკითხი, მოცემულია მათი ზედმეტობის, ასეთ ადამიანთა მოკვდინების აუცილებლობის დასაბუთების ცდა. საუბედუ-

როდ ამ „მტკიცებულებებმა“ ფაშისტურ გერმანიაში რეალური განხორციელება ჰპოვა.

ადოლფ ჰიტლერის სპეციალური დავალებით ჯანმრთელობისა და ჰიგიენის კომისარს, მედიცინის დოქტორს – კარლ ბრანდტსა და რაიხსლაიტერ ბოილერს დაევალათ, უმკაცრესი საიდუმლოების დაცვით მოემზადებინათ სამუშაოები, რომლებიც უზრუნველყოფდნენ სახელმწიფოს სიმტკიცესა და სიჯანსაღეს – „განმმენდნენ“ საზოგადოებას ფსიქიკურად არაჯანსაღი „ტვირთისაგან“. მართლაც მალე შემუშავდა ევთანაზიის სპეციალური პროგრამა, რომლის საფუძველზე 1939 წლის 1 სექტემბერს ჰიტლერმა ხელი მოაწერა საიდუმლო ბრძანებას. მის თანახმად შესაბამის სახელისუფლებო უწყებებს დაევალა „არასრულფასოვანი“ ადამიანებისაგან (ფსიქიკურად დაავადებულნი, ვენერიული სნეულებებით შეპყრობილნი, ნარკომანები, მეძავეები, პათოლოგიური დაავადებების მქონე ახალშობილები და სხვ.) საზოგადოების „გასუფთავება“. ამ ამოცანის შესასრულებლად შეიქმნა ეგრეთ ნოდებული საევთანაზიო ცენტრები. ისინი ახდენდნენ ადამიანთა კონტიგენტის შერჩევას, ადგენდნენ სიებს სრულიად უდანაშაულო ადამიანთა მოკვდინებისათვის. ზუსტი აღრიცხვის ბიუროკრატიული აპარატი არ ერიდებოდა სისხლიან ბორბალში გაეტარებინა ხორცად და ძვლად წარმოდგენილი ადამიანები.

სამედიცინო იარლიკით მოქმედი ადამიანთა

სასაკლაოები აფართოებდნენ კინტიგენტის შედგენილობას. „არასრულფასოვანთა“ ცნებაში თავდაპირველად მოაზრებულ ფსიქიკურად დაავადებულებს მალე დაემატა პოლიტიკური მოწინააღმდეგეები, სხვა რჯულის, სხვა რასის ადამიანები, პირველ რიგში ებრაელები და კომუნისტები ორი წლის განმავლობაში ამ სისტემამ საშინელ მარნუხებში გატარებით მოკლა 275000–ზე მეტი ტანჯული. მათ შორის მრავლად იყვნენ ბავშვები და ასაკში შესულები, იუდაიზმისა და ქრისტიანული მრწამსის წარმომადგენლები. მათ საევთანაზიო ცენტრებში, ადამიანზე ზრუნვის ლოზუნგით გადაიტანეს გოლგოთური წამება, დამცირება, გვემა, აბუჩად აგდება, ადამიანური უფლებების სრული იგნორირება. ყოველივე ეს უხეშად, ბარბაროსულად კეთდებოდა ჰუმანიზმის ნიღბით, ევთანაზიის – ტკბილი სიკვდილის დეკლარირებით.

ეგრენოდებული „ევთანაზიის პროგრამის“ წინააღმდეგ ხმა აიმაღლეს იმ პერიოდისთვის ცნობილმა მეცნიერებმა, მწერლებმა, მედიცინის დარგის წარმომადგენლებმა. ჰიტლერმა ისეთი პოზიცია დაიჭირა, თითქოს ყურად იღო მათი თხოვნა და მოწოდებები – შეწყდა „ევთანაზიის“ ცენტრების საქმიანობა. მაგრამ გამოირკვა, რომ ეს მხოლოდ მანევრი იყო. მალე მათ ნაცვლად ფიურერმა გერმანიის ტერიტორია საკონცენტრაციო ბანაკებით – დადახაუ, ბუხენვალდი, ოსვენციმი, მათი მსგავსი ოფიციალური ადამიანთა სასაკლაოებით მოფინა.

გერმანიაში მოქმედმა „ევთანაზიის ცენტრებმა“ თავისი შავზნელი საქმეები შეასრულეს, ამ ქმედებებს არავითარი საერთო არ ჰქონიათ მედიცინას, სამეცნიერო კვლევებთან. სწორედ ეს დაადასტურა 1946 წლის 28 ოქტომბრიდან 1947 წლის 19 ივლისამდე ამერიკის შეერთებული შტატების პირველი სამხედრო ტრიბუნალის სხდომებმა. ევთანაზიის პროგრამის მამამთავარი კარლ ბრანტი და მისი 22 თანამონაწილე ტრიბუნალმა დამნაშავედ სცნო. ექვს მათგანს სასიკვდილო განაჩენი გამოუტანეს, დანარჩენებს კი ხანგრძლივი პატიმრობა მიუსაჯეს.

ნიურნბერგის პროცესმა კიდევ ერთხელ წარმოაჩინა საექიმო ექსპერიმენტისა და ევთანაზიის შირმით ჩადენილი დანაშაული კაცობრიობის წინაშე. ეს აისახა კიდევაც დოკუმენტში – „ნიურბერგის კოდექსი“, რომელიც ადამიანის უფლებებისა და სამედიცინო პერსონალის მოვალეობის ფუნდამენტური – ფუძემდებლური საერთაშორისო დოკუმენტია. მასში მთელი კატეგორიულობით ნათქვამია, რომ სამედიცინო ექსპერიმენტისთვის ადამიანის ნებაყოფლობითი თანხმობა აუცილებელია. კერძოდ, კვლევის მონაწილე ქმედითუნარიანი უნდა იყოს: ამასთან ძალმომრეობის, თაღლითობის, მოტყუების, თავისუფლების აღკვეთის, ეშმაკობის 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 სახის. მასთან დაკავშირებული დისკომფორტისა და საშიშროების, ექსპერიმენტში მონაწილეობის შესაძლო გავლენის შესახებ მის ჯანმრთელობაზე, ფსიქიკაზე.

„ნიურბერგის კოდექსის“ შემდეგი მოთხოვნებია:

– თანხმობის ჭეშმარიტების განსაზღვრა და ამისათვის პასუხისმგებლობა იმ პირებს ეკისრებათ, ვინც კვლევის ინიციატორია, წარმართავს ექსპერიმენტს ან მონაწილეობს მასში. ზემოაღნიშნული მოვალეობა და პასუხისმგებლობა გაპიროვნებულია, მისი დელეგირება – დასჯადი;

– ექსპერიმენტი ისეთი სარგებლობის მომტანი უნდა იყოს საზოგადოების კეთილდღეობისათვის, რაც სხვა მეთოდით, სხვა საშუალებით მიუღწევადია, ის არ იყოს შემთხვევითი და უსარგებლო.

– ექსპერიმენტი უნდა ეფუძნებოდეს ცხოველებზე ჩატარებული ცდების შედეგებისა და დაავადებათა მიმდინარეობის ან სხვა საკვლევი პრობლემების ღრმა ცოდნას. კვლევის სავარაუდო შედეგები უნდა ამართლებდეს ექსპერიმენტს;

– ექსპერიმენტი ისე უნდა ჩატარდეს, რომ თავიდან იქნეს აცილებული ზედმეტი ფიზიკური და ფსიქიკური ტანჯვა და ზიანი;

– ექსპერიმენტი ისე უნდა ჩატარდეს, რომ თავიდან იქნეს აცილებული ზედმეტი ფიზიკური და ფსიქიკური ტანჯვა და ზიანი;

– ექსპერიმენტი არ უნდა ჩატარდეს, თუ მოსალოდნელია, რომ კვლევა გამოიწვევს სიკვდილს ან დაინვალიდება; შესაძლო გამონაკლისია ექსპერიმენტი, როცა ექიმი თავად არის კვლევის სუბიექტი;

– კვლევასთან დაკავშირებული რისკი არ უნდა აღემატებოდეს ექსპერიმენტით გადასაწყვეტი პრობლემების ჰუმანისტურ მნიშვნელობას;

– გულდასმით უნდა მომზადდეს და უზრუნველყოფილ იქნეს ადეკვატური პირობები კვლევის სუბიექტის დასაცავად დაზიანების, დაინვალიდების ან სიკვდილის თუნდაც ნაკლებ სარწმუნო ალბათობისაგან;

– ექსპერიმენტი უნდა წარმართოს მხოლოდ კვალიფიციურმა მეცნიერმა. ექსპერიმენტის წარმართველ და მაშისი მონაწილე მკვლევარს ექსპერიმენტის ყველა ეტაპზე მოეთხოვება უმაღლესი დონის ოსტატობა და გულისხმიერება.

– ექსპერიმენტის ნებისმიერ ეტაპზე ადამიანს უნდა ჰქონდეს ექსპერიმენტში მონაწილეობის შეწყვეტის უფლება, თუ ფიზიკური მდგომარეობის გამო შეუძლებლად მიაჩნია ექსპერიმენტის გაგრძელება.

– მკვლევარი მზად უნდა იყოს ნებისმიერ ეტაპზე შეწყვიტოს ექსპერიმენტი, თუ ვარაუდობს,

რომ კვლევის კეთილსინდისიერად და ოსტატურად წარმართავს და გულდასმით განსჯის მიუხედავად ექსპერიმენტის გაგრძელება კვლევის სუბიექტის დაზიანებას, დაინვალიდება ან სიკვდილს გამოიწვევს.

აღნიშნული დოკუმენტი იმიტომ დავიმოწმეთ, რომ ნათელი გაგვეხადა სამედიცინო ექსპერიმენტის, ევთანაზიის ერთ-ერთი აუცილებელი მოთხოვნის – პიროვნების უფლებების დაკმაყოფილების მნიშვნელობა, მისი დანიშნულება. ამ ფუნდამენტურმა მოთხოვნებმა და პრინციპებმა კონკრეტული სახე მიიღო საერთაშორისო სამედიცინო ასოციაციის ჰელსინკის დეკლარაციაში: „სახელმძღვანელო რეკომენდაციები ექიმთათვის ადამიანზე ჩატარებული სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის შესახებ“ (მიღებული მე-18 საერთაშორისო სამედიცინო ასამბლეის მიერ. ჰელსინკი, ფინეთი, 1964 წლის ივლისი, განახლებულია იმავე ასამბლეის შემდგომი წლების რამდენიმე ასამბლეაზე).

მითითებული დოკუმენტები მნიშვნელოვანია იმიტაც, რომ მათ დასაბამი მისცენ საკითხის ყოველმხრივ განხილვას. ამის დასაბუთებისათვის მოვიტანთ ამონარიდს 42-ე საერთაშორისო სამედიცინო ასამბლეის მიერ (რანჩო მირაჟი, კლაიფორნია, აშშ, 1990 წლის ოქტომბერი) მიღებული დოკუმენტიდან: „განუკურნებელი დაავადების, ძლიერი ქრონიკული ტკივილების მქონე



პაციენტის მოვლის სტრატეგიის შესახებ“. „მო-  
მაკვდავი, ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მქონე  
პაციენტისათვის სამედიცინო დახმარებაში მო-  
ნაწილე ექიმებისა და ყველა სხვა პირის მოვა-  
ლეობაა ტკივილის შეგრძნების, ანალგეზიური  
საშუალებების, ფარმაკოლოგიური მოქმედებე-  
ბისა და პაციენტის, მისი ოჯახისა და მეგობრე-  
ბის მოთხოვნილებების გაცნობიერება. ამ საერ-  
თაშორისო დოკუმენტში ხაზგასმით არის აღნიშ-  
ნული ისიც, რომ „იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი  
უკურნებელი სენით არის დაავადებული, ექიმმა  
ძალისხმევას უნდა მიმართოს მისი ტანჯვის შე-  
სამსუბუქებლად“.

ამის მიუხედავად, დღემდე არ არის უზრუნველ-  
ყოფილი ევთანაზიის ისეთი აუცილებელი მოთ-  
ხოვნის შესრულება, როგორცაა გამოსაკვლევთა  
სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის უეჭვო გარან-  
ტიის დაცვა, მათგან ინფორმირებული თანხმობის  
მიღება. მეტიც, დაფიქსირებულია აღნიშნული  
მოთხოვნის უხეში დარღვევების შემთხვევები.  
მათი ანალიზი მოცემულია პროფესორ ჰენრი ბი-  
ჩერის შრომაში „ეთიკა და კლინიკური გამოკვლე-  
ვები“. მასში განსაკუთრებული შემოფოთება არის  
გამოთქმული იმის გამო, რომ დაავადების ეტი-  
ოლოგიის შესწავლისა და დამცავი ვაქცინის შე-  
მუშავების მიზნით ხდებოდა ბავშვების დასნებოვ-  
ნება ჰეპატიტით. დაფიქსირებული იყო ისიც, რომ  
ნიუ-ორკის ერთ-ერთ საავადმყოფოში მოხუცი

და დაუძღურებული პაციენტების ორგანიზმში შეჰყავდათ კიბოს ცოცხალი უჯრედები.

მიუხედავად ამისა, „ნიურნბერგის კოდექსის“ (1964 წ.) და „ჰელსინკის დეკლარაციის“ (1964 წ.) იდეებმა და პრინციპებმა ადამიანზე ექსპერიმენტის ეთიკური და სამართლებრივი რეგულირების პრობლემების შესახებ, ფართო საზოგადოების ყურადღება მიიპყრო. მათში განსაკუთრებული ადგილი ევთანაზიის საკითხებმა ჰპოვეს.

ევთანაზიის ისტორიის ფურცლებში საინტერესოა ამ ფენომენისადმი საექიმო ტრენინგების წარმომადგენლების დამოკიდებულება.

დაგროვილია საკმაო მოცულობის მასალა ექიმი ტრენინგების საგანმანათლებლო, საგამომცემლო, ჰუმანიტარული საქმიანობის შესახებ. მათ შორის განსაკუთრებით აღსანიშნავია ჯონ ჰოპკინსის უნივერსიტეტის პროფესორ უილიამ ოსლერის (1849–1919) მოღვაწეობა. მის სახელთან არის დაკავშირებული მოკვდინების პროცესის დინამიკის აღწერის სპეციალური ოქმის შემოღება. 5 წლის განმავლობაში ოსლერმა შეისწავლა 469 მომაკვდავი ადამიანის ავადმყოფობის ისტორია, შეიმუშავა მომაკვდავთა მოვლის ფსიქოლოგიური პრინციპები, მიაქცია ყურადღება იმას, რომ მომაკვდავებს უნდოდათ

განმარტოება – თავის თავთან მარტო დარჩენა – „სიკვდილთან დიალოგი“, მაგრამ ამის საშუალებასაც არ აძლევენ ექიმები, რადგანაც მათ ეშინო-

დათ არ დაედანაშაულებინათ უყურადღებობასა და უსულგულობაში. ავადმყოფები ექიმებს მის უფლებას არ აძლევდნენ. ოსლერი ამ კატეგორიის ექიმებს „უზურპატორებს“, „აკვიატებულ თვითმარქვეებს“ უწოდებდა.

ოსლერს თვითონ შეეხო სიკვდილის მსახვრალი ხელი: დაელუბა მცირეწლოვანი შვილი, შემდეგ 21 წლის ვაჟი – ოქსფორდის უნივერსიტეტის სტუდენტი. ოსლერმა შეაგროვა მდიდარი ბიბლიოთეკა, რომლის ერთი კუთხე წარმოაჩენდა პრობლემის – „სიკვდილი, ზეცა და ეშმაკი“ მრავალასპექტიანობას.

თავად ოსლერიც „საინტერესოდ“ გარდაიცვალა – სიკვდილის წინ იგი კითხულობდა საყვარელ პოეტთა ლექსებს. როცა ესეც აღარ შეეძლო, მაშინ მეგობრები უკითხავდნენ.

„არც ერთ ადამიანს, – წერდა ოსლერი, – არ შეუძლია იყოს ბედნიერი და მშვიდი, თუ მასა არა აქვს ჰობი. სულ ერთია როგორია მისი გამოვლინება – გარეგნული ინტერესი – ბოტანიკაა ეს, ხოჭოები, პეპლები, ვარდები, ყაყაჩოები, თევზაობა, ალპინიზმი, ანტიკვარიატი – მთავარია იგი მყარად იდგეს ციგურებზე და მაგრად იჯდეს უნაგირზე“.

მთავარი ის არის რომ, უილიამ ოსლერი, საექიმო ტრუენტიზმის თეორიტიკოსი, მისი (ტრუენტიზმის) ფსიქოლოგიური პრინციპების ფუძემდებელი, სიკვდილის რაობის მცოდნე, კატეგორიულად უარყოფთა ევთანაზიას.

მომდევნო წლებში სახელმწიფოთა უმრავლესობამ უარი თქვა ევთანაზიის ლეგალიზაციის იდეაზე. რასკვირველია, განსხვავებული ტრადიციების ეთნოფსიქოლოგიურმა სახელმწიფოებმა ევთანაზიის მიმართ სხვადასხვა პოზიცია გამოხატეს.

უკანასკნელი 20–25 წლის განმავლობაში შეიმჩნევა სხვადასხვა რეგიონებში (სახელმწიფოში, ქალაქში, შტატსა და ა. შ.) ევთანაზიის ლეგალიზაციის იდეის კანონიზირება.

მაგალითად, 2001 წლის 19 აპრილს ნიდერლანდების პარლამენტის ზედა პალატამ დაამტკიცა კანონი „ევთანაზიის ლეგალიზაციის შესახებ“. კანონს პარლამენტის 75 დეპუტატიდან 46–მა მისცა ხმა. რის შემდეგ ოფიციალურად დაიწყო ევთანაზიის აღსრულება. მხოლოდ ერთი წლის განმავლობაში ოფიციალურად დაფიქსირდა ევთანაზიის 2216 შემთხვევა. აღნიშნული ევთანაზიის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაზე ნათელ წარმოდგენის შეგვიქმნის ამ საკითხზე შედგენილი იმ ოფიციალური „ავადმყოფობის ისტორიის“ გაცნობა, რომელიც ნიდერლანდების სამეფოს პარლამენტის მიერ არის დამტკიცებული და დღემდე ივსება ევთანაზიის განხორციელების დროს.

## I ავადმყოფობის ისტორიაში იწერება

- ა) საბოლოო დიაგნოზი;
- ბ) ხანგრძლივად მიმდინარეობს თუ არა ავადმყოფობა;
- გ) რა სახის მკურნალობა ტარდებოდა;
- დ) ყველა იმ ექიმის ვინაობა, მისამართი, ტელეფონის ნომერი, რომელთა მომსახურებით სარგებლობდა პაციენტი, თითოეულის მიერ დასმული დიაგნოზი;
- ე) იყო თუ არა პაციენტის სულიერი ან ფიზიკური ტანჯვა აუტანელი:
  - შეიძლებოდა თუ არა დასკვნის გამოტანა, რომ პაციენტს ელოდა მხოლოდ ტანჯვა, რომელიც დააკარგვინებდა მას ადამიანურ ღირსებას და აუტანელ ფიზიკურ ტკივილს მიაყენებდა;
  - ჰქონდა თუ არა პაციენტს იმისი შანსი, რომ ევთანაზიის გამოყენების გარეშე მომკვდარიყო ღირსეულად;
  - თქვენი აზრით, როდის იყო პაციენტის სიკვდილი მოსალოდნელი, თუ კი არ მიმართავდნენ ევთანაზიას;
  - სთავაზობდნენ თუ არა პაციენტს რაიმე საშუალებას მოსალოდნელი ტანჯვის შესამსუბუქებლად. ენიჭებოდა თუ არა პრინციპული მნიშვნელობა იმას, „შეიძლებოდა თუ არა გამონახულიყო ასეთი სახის საშუალებები?“

## II ავთანაზის მოთხოვნა

ა) არის თუ არა პაციენტის განაცხადი ევთანაზიის შესახებ ნებაყოფლობითი და გათვითცნობიერებული.

თუ არის, მაშინ:

– აქვს თუ არა მას ამომწურავი ინფორმაცია დავადების მიმდინარეობისა და სიცოცხლის შეწყვეტის საშუალებების შესახებ?

– ჩაუტარდა თუ არა საუბრები ტანჯვის შემსუბუქების შესაძლებლობის ან შეუძლებლობის შესახებ?

ბ) თუკი გააკეთა პაციენტმა შესაბამისი განაცხადი, როდის და ვის სახელზე? არიან თუ არა ამის მოწმეები?

გ) აცნობიერებდა თუ არა პაციენტი იმას, რასაც აცხადებდა.

– ჰქონდა თუ არა მას გააზრებული თავისი ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობა? რა სახის მტკიცებულებათა წარმოდგენა შეგიძლიათ თქვენი მოსაზრების სისწორის დასამტკიცებლად?

დ) განიხილა თუ არა პაციენტმა სხვა ვარიანტები ევთანაზიის გარდა? თუ განიხილა, მაშინ როგორია მისი დამოკიდებულება ამ ვარიანტის მიმართ, თუ არა, რატომ?

ე) მოახდინა თუ არა რაიმე გავლენა ექიმის ან პაციენტის გადაწყვეტილებაზე მესამე პირმა? თუ მოახდინა, როგორი სახით?

### III დეზულირებელი მოსაზრება

ა) მოეთათბირა თუ არა მკურნალი ექიმი სხვა ექიმებს? თუ მოეთათბირა, ვის (სახელი, გვარი, მისამართი და ტელეფონის ნომერი).

ბ) რა დასკვნა გააკეთეს კოლეგებმა I-გ და II-დ პუნქტების მიმართ?

გ) ნახეს თუ არა ექიმებმა პაციენტი? თუ არა, რას ეფუძნებოდა მათი დასკვნა?

### IV ვითარების

ა) ვინ განახორციელა ევთანაზია და როგორ?

ბ) იყო თუ არა პაციენტი ინფორმირებული ევთანაზიის ფორმის შესახებ? თუ იყო, როგორ და ვისი მეშვეობით?

გ) იყო თუ არა ექიმი დარწმუნებული, რომ ევთანაზიის არჩეული ფორმა გამოიღებდა მოსალოდნელ ეფექტს?

დ) კიდევ ვინ ესწრებოდა ევთანაზიის განხორციელებას? მათი სახელი, გვარი, მისამართი და ტელეფონის ნომერი.

1996 წლის ოქტომბერში ევთანაზიის ლეგალიზაცია ჩრდილოეთ ავსტრალიის ქალაქ დარვინშიც დაფიქსირდა.

1977 წელს აშშ-ის კალიფორნიის შტატში მიღებული იქნა კანონი: „ადამიანის უფლებების სიკვდილზე“. ამ კანონით განუკურნებელი სენით და-

ავადებულ ადამიანს უფლება ეძლევა შეწყვიტოს მკურნალობა. კერძოდ, ამ გადაწყვეტილების შესრულების უფლება მისცეს ექიმს, რომელსაც ნება დაერთო გაითვალისწინოს პაციენტის სურვილი სიცოცხლის ნებაყოფლობით შეწყვეტის შესახებ.

1989 წელს ამერიკის სამედიცინო ასოციაციამ ევთანაზიის მიზანშეწონილობის შესახებ ექიმთა ანონიმური გამოკითხვა ჩაატარა. გამოკითხულთა 60%-მა ევთანაზიის ლეგალიზაციის დაუჭირა მხარი. შემდგომ წლებში, დასავლეთ ევროპის ზოგიერთი სახელმწიფო მედიცინის მუშაკთა გამოკითხვის შედეგებიც დაახლოებით ისეთივე იყო.

1997 წელს აშშ-ის ორიგონას შტატში კანონმდებლობამ იურიდიულად მოახდინა ევთანაზიის ლეგალიზაცია.

უკანასკნელ წლებში შეიმჩნევა ევთანაზიის ლეგალიზაციის მომხრეთა რაოდენობის მატება მსოფლიო სამედიცინო საზოგადოებაში. ეს, უპირველესად, იმ რეგიონებში აღინიშნება, სადაც მაღალია სუიციდიის პროცენტული მაჩვენებლები.

ზოგიერთი პრობლემის გადაწყვეტის თეორიტიზებას ცდილობს. მაგალითად, 1969 წელს უპსალის (შვეცია) უნივერსიტეტის ფილოლოგმა ინგერ რედელიუსმა წამოაყენა წინადადება სუიციდური კლინიკის დაარსების შესახებ. მისი რეკომენდაციის შესაბამისად მოქმედ დაწესებულებაში საუბ-



რის საშუალებით ცდილობენ ზეგავლენა მოახდინონ სუიციდის გადანყვეტილების შეცვლაზე თუ გადანყვეტილების შეცვლა შეუძლებელია, მაშინ პაციენტს ეხმარებიან სიცოცხლის ღირსეულად დასრულებაში.

მაშასადამე, ევთანაზიის ლეგალიზაციის საკითხი კიდევ უფრო აქტიური ხდება. მან მსოფლიოს თითქმის ყველა რეგიონში მოიცვა. ზოგიერთ, ცალკეულ შემთხვევაში, ევთანაზია კურიოზული, კაზუსური ფორმით ხორციელდება. მაგალითად, 90-იანი წლებიდან ამერიკელი ექიმი ჯეკ კევორკიანი თავის მიერ „შექმნილი“ სპეციალური სასიკვდილო აპარატით „ეხმარება“ განუკურნებელი სენით შეპყრობილ ავადმყოფებს დაასრულონ სიცოცხლე.

სხვადასხვა საზოგადოებრივი ასოციაციის, ასევე ცალკეული პირის მიერ კევორკიანის წინააღმდეგ სასამართლოში აღძრული საქმეები, ჯერჯერობით, ბრალდებულის სასარგებლოდ წყდება. ვერ ხერხდება მისი ქმედების საზოგადოებრივი გაკიცხვა.

90-იან წლებში ქალაქ ვენაში გამოაშკარავდა ოთხი მედლის არაკანონიერი ქმედებები ავადმყოფთა ევთანაზიის საკითხში. 1983–1989 წლებში მათ 50-ზე მეტი ავადმყოფი მოაკვდინეს. ამ ქმედების გამო ქალაქ ვენაში ჩატარებულმა სასამართლო პროცესმა მედლებს ვერ დაუმტკიცა სისხლის სამართლის დანაშაული. მათმა ზნეობ-

რივმა დატუქსვამაც ვერ პოვა ფართო გამოხმაურება. საზოგადოების ერთი ნაწილის პროტესტი მხოლოდ პროტესტად დარჩა, თუმცა გამოითქვა სინანული იმის გამო, რომ სამედიცინო დაწესებულებებმა და სახელმწიფო ორგანოებმა ვერ უზრუნველყვეს ვერც საექიმო დანაშაულებრივი ქმედების, ვერც ამ ქმედების შედეგების იურიდიული სანქცირება.

ევთანაზიის მიმართ ქართულ საზოგადოებრივ ცნობიერებაში დამკვიდრებულია მხოლოდ და მხოლოდ უარყოფითი დამოკიდებულება, რასაც ჩვენის აზრით, განსაზღვრავს ქართველი ხალხის დედა ეკლესიის – საქართველოს მართმადიდებელი ეკლესიის პოზიცია, ძირძველი ეროვნული ტრადიციები და წეს-ჩვეულებები, ლოგინში ჩავარდნილზე ზრუნვა ქართულ ყოფაში ღრმად არის ჩაკირული. ქართველისათვის სიცოცხლის ერთი წუთიც კი უდიდესი ღირებულებაა, ქართული მართლმადიდებლობის მისი მსოფლმხედველობისათვის, ევთანაზია აშკარა თვითმკვლელობაა, დიდი ცოდვაა. „თავს არ მოიკლავს ქართველი, არა“ – მოტივაცია ბატონობს არა მხოლოდ ცნობიერებაში, არამედ ქართული ცხოვრების წესშიც.

ქართულ ისტორიოგრაფიასა და იურისპრუდენციაში ევთანაზიისადმი ინტერესი, განხილვის დონეზე. მეოცე საუკუნეშიც გამოიკვეთა. საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსი, გასაგე-

ბი მიზეზების გამო, მთლიანად იმეორებდა იმდროინდელი საბჭოთა კავშირის სისხლის სამართლის კოდექსის მუხლებს. პირველ ხანებში კოდექსის შესაბამისი მუხლი ევთანაზიას მკვლელობად მიიჩნევდა. მაგრამ გარდაცვლილის თხოვნის და შებრალების მოტივის გათვალისწინებით სასჯელი საგრძნობლად მსუბუქდებოდა. ამ ნორმის ხასიათზე დიდხანს ახდენდა გავლენას რსფსრ–ს 1922 წლის სისხლის სამართლის კოდექსის 1430–ე მუხლის შენიშვნა, სადაც მითითებული იყო, რომ ასეთი დანაშაული სრულად არ ისჯება. ამ ნორმამ ცოტა ხანს იმოქმედა. შემდგომში მტკიცედ დამკვიდრდა ნორმა, რომლის თანახმადაც მკვლელობა დაზარალებულის თანხმობით და შებრალების გრძნობით, ოფიციალური კანონმდებლობით ისჯებოდა, როგორც ჩვეულებრივი განზრახვი მკვლელობა. საბოლოოდ ევთანაზიის გამო გამოწვეული ასეთი სახის ქმედება ფასდებოდა, როგორც ბრალის შემამსუბუქებელი ზოგადი გარემოება. ე. ი. ცხადია, რომ ევთანაზია არ იყოს მიჩნეული დამამძიმებელ გარემოებაში ჩადენილ მკვლელობად. ამ შემთხვევაში გათვალისწინებული იყო ავადმყოფის დაჟინებული თხოვნა და სიბრალულის მოტივი.

ქართულ იურისპრუდენციას მხედველობიდან არ გამოორჩენია ევთანაზიის პრობლემის სირთულე. ან განსვენებული აკადემიკოსი თინათინ წერეთელი სპეციალურად იკვლევდა ევთანაზი-

ისადმი დამოკიდებულების საკითხს. ამ თემაზე მან წაიკითხა საჯარო ლექციები, დასტამბა სპეციალური სტატია „ევთანაზია, როგორც ზნეობრივი და სამართლებრივი პრობლემა“ ჟურნალში „საბჭოთა სამართალი“ (1976 წლი, №6), რომელშიც არა მხოლოდ შეჯამებულია ემპირიული ხასიათის მასალა და გაანალიზებული საინტერესო მაგალითები, არამედ პრობლემა გააზრებულია პერსპექტივის გათვალისწინებით. „ევთანაზია, – ნერდა ჰუმანისტი, პროფესიონალი იურისტი, – წარმოშობს პრობლემას როგორც იურისტების, ისე ექიმებისათვის, რადგან აქ ადამიანის შებრალებითი მოტივი, რომელიც მისი სიცოცხლის ისედაც დათვლილი დღეების შემცირების მიზეზი გახდა, კოლიზიაში ადამიანის სიცოცხლის აბსოლიტური ღირებულების შეფასებასთან, რომელიც დაცული უნდა იქნეს ყველა პერიოდში და ყველა გამოვლენაში“.

საქართველოს თანამედროვე კანონმდებლობა ევთანაზიას კატეგორიულად კრძალავს. ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ საქართველოს კანონის 151–ე მუხლის თანახმად „სამედიცინო პერსონალს, აგრეთვე ნებისმიერ სხვა პირს ეკრძალება ევთანაზიის განხორციელება ან ამ უკანასკნელში მონაწილეობის მიღება“. ხოლო სისხლის სამართლის კოდექსის მუხლი 110 – მკვლელობა მსხვერპლის თხოვნით, აკანონებს: „მკვლელობა მსხვერპლის დაჟინებული თხოვნით და მისი ნამდ-

ვილი ნების შესაბამისად, ჩადენილი მომაკვდავის ძლიერი ფიზიკური ტკივილისაგან გათავისუფლების მიზნით, – ისჯება თავისუფლების აღკვეთით ვადით ხუთ წლამდე“. ისიც საყურადღებოა, რომ 1999 წლის 22 ივლისამდე ეს დანაშაული ითვალისწინებდა თავისუფლების აღკვეთას ვადით სამ წლამდე, ე. ი. მოხდა სასჯელის გამკაცრება.

გასათვალისწინებელია ის, რომ საკანონმდებლო ნორმები, ყოველთვის არ ესადაგება მორალურ პრინციპებს. თანამედროვე პირობებში – გაუსაძლისი ყოფისა და სულიერების დეგრადაციის დროს, კიდევ უფრო შესაძლებელია ევთანაზიის (როგორც აქტიურის, ასევე პასიურის) მიმართ ლოიალური დამოკიდებულების გაფართოვება. გლობალიზმის გავლენამ შეიძლება არსებითად შეცვალოს ეროვნული ცნობიერება, ერთგვარად შეარყიოს ძირძველი ტრადიციები და წეს-ჩვეულებები. ამიტომ ჩვენი ეროვნული რელიგია – საქართველოს სამოციქულო ავტოკეფალური მართმადიდებელი ეკლესია – მისი ზნეობრივი პრინციპები, არის ის მტკიცე საფარი, რომელიც დაგვიცავს ამ დანაშაულისაგან.

მაშასადამე, ევთანაზია არ არის მარტივი საკითხი. მისდამი მიდგომას მრავალსაუკუნოვანი ისტორია აქვს. სხვადასხვა ისტორიულ პერიოდში, განსხვავებულ ზნეობრივ-ეთიკურ პირობებში ევთანაზიისადმი, სუიციდისადმი დამოკიდებულება კულტურულ დონეებს წარმოაჩენს.

გენეტიკაში, მოლეკულურ ბიოლოგიაში, სამედიცინო ინჟინერიისა და ფსიქოლოგიის სფეროში წარმოებულმა გამოკვლევებმა დიდი ხანია გადალახეს ვიწრო პროფესიული ფარგლები და ისინი დღეს განსაზღვრავენ არა მხოლოდ ცალკეული ადამიანის ბედს, არამედ, გარკვეული აზრით, მთელი კაცობრიობის მომავალსაც. ამიტომ უკანასკნელ წლები ამ დარგებში მიმდინარე პროცესებით დიდად დაინტერესდნენ როგორც ბიოთიკოსები, ასევე სწავლული-იურისტები, ფილოსოფოსები, საეკლესიო და სახელმწიფო მოღვაწეები და სხვა. იმ საკითხებს შორის, რომლებიც თანამედროვე მედიკოსების, ბიოეთიკოსების, მთელი საზოგადოების დიდ ინტერესს იმსახურებენ, უნდა გამოვყოთ კლინიკური ტრანსპლანტალოგიის პრობლემები.

სულ რამდენიმე ათეული წელი გავიდა მას შემდეგ, რაც სამხრეთ აფრიკელმა კარდიო ქირურგმა კ. ბერნარდმა განახორციელა ოპერაცია (1967 წ.), რამაც ძირფესვიანად შეცვალა ადამიანთა მრავალსაუკუნოვანი წარმოდგენა სიცოცხლისა და სიკვდილის შესახებ ზოგადად, წარმოდგენა გულზე, როგორც სულის ადგილსამყოფელზე, ადამიანის უმთავრეს ორგანოზე, კერძოდ. სადღეისოდ ტრანსპლანტალოგიის პრობლემების განხილვაში აქტიურადაა ჩართული უამრავი მეცნიერ-მკვლევარი, სამეცნიერო დანესებულება, საეკლესიო და სახელმწიფო მოღვაწე.

როგორია თანამედროვე რელიგიების წარმომადგენელთა დამოკიდებულება ტრანსპლანტაციისადმი? რაოდენ დაუჯერებლადაც არ უნდა მოგვეჩვენოს, ეკლესიის მსახურთა უმრავლესობის პოზიცია გამოკვეთილად დადებითია. ტრანსპლანტაციის მომხრეა დასავლეთის ქრისტიან ღვთისმეტყველთა აბსოლუტური უმრავლესობა, ებრაული ეკლესია, ორგანოთა გადანერგვას დასაშვებად მიიჩნევს, თუ საქმე ეხება ადამიანის სიცოცხლის შენარჩუნებას, მართლმადიდებელ ეკლესიათა უმრავლესობაც, პრინციპში, იზიარებს ტრანსპლანტაციის მიზნებს, თუმცა რუსული მართლმადიდებელი ეკლესიის წარმომადგენლები გვაფრთხილებენ, რომ ადამიანის სხეული არ შეიძლება განვიხილოთ როგორც სათადარიგო ნაწილების გროვა.

რაც შეეხება ტრანსპლანტალოგიის პრობლემის დაყენებას სახელმწიფოებრივ დონეზე, ამჟამად მსოფლიოს უმეტეს რეგიონებში (ამერიკა, ევროპა, აზია) უკვე შექმნილია დამოუკიდებელი ტრანსპლანტოლოგიური პროგრამები და დაგროვილია თირკმელების, გულის, ფილტვებისა და ღვიძლის ტრანსპლანტაციის გარკვეული გამოცდილება.

თანამედროვე კლინიკური ტრანსპლანტოლოგია, რომელსაც საფუძვლად ქირურგიული მეთოდი უდევს, ესაა ათეულ ათასობით პაციენტი, რომლებმაც მეორე სიცოცხლე შეიძინეს გულის, ღვიძლის, ფილტვების, თირკმელების, კუჭუკანა

ჯირკვლების გადანერგვის შედეგად; ესაა ასეულათასობით პაციენტი, რომლებმაც ახალი სიცოცხლე შეიძინეს სხვადასხვა ქსოვილების, ძვლოვანი ტრანსპლანტატების, მყესების, თვალის რგოლისა და რქოვანას, გულის კლაპანების ტრანსპლანტაციის შემდეგ. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, კლინიკური ტრანსპლანტალოგია – ეს არის უკვე შემდგარი და საზოგადოების მიერ მანამდე უიმედო ავადმყოფების განკურნების აღიარებული მეთოდი, ეს არის საექიმო რისკის უკიდურესი გამოვლენა და ავადმყოფის უკანასკნელი იმედი! ბუნებრივია, ყველაფერი ეს სპეციფიკურ პრობლემებს ქმნის დეონტოლოგიისა და ბიოსამედიცინო ეთიკის სფეროში.

ძირითად დეონტოლოგიურ პრინციპად ტრანსპლანტოლოგიაში კვლავ რჩება ჯერ კიდევ ჰიპოკრატეს მიერ წამოყენებული დებულება „ნუ ავნებ“. გასაგებია, რომ ტრანსპლანტოლოგიურ ჩარევას მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეუძლია ავადმყოფისადმი მაქსიმალური სარგებლობის მოტანა, როცა ტრანსპლანტოლოგიური ბრიგადა დაკომპლექტდება მაღალპროფესიონალი სპეციალისტებით, რომლებიც საექიმო ეთიკის პრინციპებით იქნებიან განმსჭვალულნი; მხოლოდ ასეთ ბრიგადებს შეუძლიათ დაიცვან პაციენტის უფლებები და ყალბი ქირურგიული პრიორიტეტები ვერ გადაფარავენ ყველაზე მთავარს პაციენტის, როგორც პიროვნების, აღიარებას და პატივისცე-



მას. ამდენად, ტრანსპლანტოლოგიური პროცესის მონაწილეებისათვის მარტო ექიმის დიპლომი არ არის საკმარისი, ამისათვის აუცილებელია მთელი ტრანსპლანტოლოგიური ბრიგადის სახელმწიფოებრივი ატესტაცია, მისი ლიდერისათვის კი პერსონალური ატესტაცია სათანადო დიპლომ-სერტიფიკატის მიცემით.

არსებობდა და დღესაც არსებობს ე. წ. „წმინდა საექიმო ტყუილი“. ხანდახან ასეთი რამ მიზანშეწონილია და გამართლებული ონკოლოგიაში, ქირურგიაში, მედიცინის ზოგიერთ სხვა დარგში. რაც შეეხება ტრანსპლანტოლოგიას, პირდაპირ უნდა ითქვას, რომ ასეთი „ტყუილი“ არათუ მიუღებელია, არამედ მავნეა; პაციენტებსა და მათ ნათესავებს უნდა მიეწოდოს სრული და ამომწურავი ინფორმაცია ავადმყოფის მდგომარეობაზე, იმაზე, რომ მხოლოდ ფუნქციადაკარგული ორგანოს ნაცვლად დაღუპული ადამიანის ჯანმრთელი ორგანოს გადანერგვას შეუძლია იხსნას პაციენტის სიცოცხლე, რომ არავითარი სხვა გამოსავალი არ არსებობს.

ქირურგიაში ყოველთვის რთული იყო საოპერაციოდ ავადმყოფის შერჩევა. ტრანსპლანტოლოგიის წარმოშობის შემდეგ ეს კიდევ უფრო გაართულდა და ჭეშმარიტად ჰამლეტისეულ „ყოფნა-არყოფნის“ საკითხად იქცა. გადაუჭარბებლად შეიძლება ითქვას, რომ რეციპიენტის შერჩევა ტრანსპლანტოლოგიაში ყოველთვის ტრანსპლან-

ტოლოგიური ბრიგადის, უპირველეს ყოვლისა მისი ლიდერის ეთიკური საქციელია. ასევე რთულია ტრანსპლანტოლოგიაში დონორის შერჩევის საკითხიც. იმის საილუსტრაციოდ, რამდენად რთულია ტრანსპლანტოლოგიაში რეციპიენტის შერჩევა, მოვიყვანთ ერთ მაგალითს, როცა 1970 წელს ვაშინგტონის შტატის ერთ-ერთ საავადმყოფოში დაამონტაჟეს აპარატი „ხელოვნური თირკმლები“, საავადმყოფოს ექიმები დარწმუნდნენ, რომ მათ არ შეეძლოთ ამ დანადგარით მომსახურებოდნენ ყველა ავადმყოფს, რომელიც ამას საჭიროებდა. დადგა არჩევანის პრობლემა, რომელიც ამ შემთხვევაში ძალიან მწვავე იყო: ვისთვის უნდა მიეცათ გადარჩენის შანსი, ვისთვის კი უარი ეთქვათ და მაშინ ექიმებმა გადაწყვიტეს, რომ ამ არჩევანის სიმძიმე მათ არ დაკისრებოდათ, და მოითხოვეს, რომ იმ მოქალაქეებისაგან, რომლებიც მოცემულ თემში ცხოვრობდნენ, შეექმნათ ეთიკური კომიტეტი, რომელსაც უნდა გაეკეთებინა არჩევანი, და მაშასადამე, თვითონ ეკისრა მორალური პასუხისმგებლობა. ასე ჩაეყარა საფუძველი ეთიკური კომიტეტებისა და კომისიების შექმნას, რომელმაც შემდგომში ფართო ხასიათი მიიღო.

ტრანსპლანტოლოგიაში მკურნალობის წარმატება დამოკიდებულია არა მხოლოდ ტრანსპლანტოლოგიური ბრიგადის წევრების პროფესიონალიზმსა და რეციპიენტის წინასაოპერაციო მდგო-

მარეობაზე, არამედ დონორზეც. ტრანსპლანტოლოგიაში შეუძლებელია წყვილის დონორ-რეციპიენტის დანაწევრება, ერთიმეორისაგან გამიჯვნა. არ არის დონორი – არ არის ტრანსპლანტოლოგია როგორც კლინიკური დისციპლინა. უმნიშვნელოვანესი სასიცოცხლო ორგანოების გადანერგვისას დონორი – ეს არის მკვდარი ადამიანი (ცხადია, ამაში არ შედის ნათესაური გადანერგვა), რომელსაც გარკვეული დროით შენარჩუნებული აქვს თავისი ძირითადი ორგანოების – გულის, ფილტვების, ღვიძლის, თირკმლების და სხვა ქსოვილებისა და ორგანოების ფუნქციები. გადანერგვისათვის დონორის ორგანოების გამოყენებას საფუძვლად უდევს მისი თავის ტვინის სიკვდილის დაფიქსირება. საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებულ კანონში „ადამიანის ორგანოების, ორგანოთა ნაწილების, ქსოვილების აღებისა და გამოყენების შესახებ“ ადამიანის სიკვდილის კრიტერიუმად დადგენილია „პაციენტის თავის ტვინის ფუნქციის სრული, შეუქცევადი დათრგუნვა“ (თავი 4, მუხლი 15). ეს მუხლი სწორად უნდა იქნას გაგებული უწინარეს ყოვლისა სპეციალისტ-მედიკოსების მიერ: თავის ტვინის სიკვდილის დიაგნოსტიკის მუდმივი სრულყოფა სრულებითაც არ ნიშნავს საყოველთაოდ მიღებული კრიტერიუმების გადასინჯვას. ყოველი ახალი მეთოდის ან საშუალება ცვლის მხოლოდ და მხოლოდ ტვინის დიაგნოსტიკის ტექნოლოგიას, გადანყვეტილების

მიღების დროს და საბოლოო დასკვნას. ყოველივე ამან შეიძლება ხელი შეუწყოს სადიაგნოზო ღირებულების შეფასების სუბიექტურობის წარმოდგენის შექმნას და გამოიწვიოს საზოგადოებრიობის შიში შესაძლო დარღვევების გამო. ამის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა ამ საფეხურზე დამთავრდეს საექიმო ვალდებულებები და ძალაში შევიდეს იურიდიული უფლება: ტრანსპლანტოლოგებს ეკრძალებათ სადიაგნოზო პროცესში მონაწილეობა, ხოლო ტვინის სიკვდილის ყველა კრიტერიუმი დოკუმენტურად უნდა იქნას დარეგისტრირებული დონორის ავადმყოფობის ისტორიაში დამოუკიდებელი სპეციალისტების მიერ.

ცოცხალი ნათესავების დონორობა ტრანსპლანტოლოგიაში სპეციფიკურ ეთიკურ პრობლემებს წარმოშობს. ცოცხალი დონორის ორგანოების ტრანსპლანტაციის დროს ექიმი პირველად მედიცინის ისტორიაში ხვდება ისეთ სიტუაციაში, როცა აუცილებელია სრულიად ჯანმრთელი ადამიანის ოპერირება და მისგან დაუზიანებელი ორგანოს აღება გადასანერგად. ამ შემთხვევაში, რასაკვირველია, ირღვევა ფიცი „ნუ ავნებ“. მაგრამ შევაჯამებთ ორი ადამიანის – დონორისა და რეციპიენტის ზიანს და სიკეთეს, მაშინ ცხადი გახდება, რომ საბოლოოდ სიკეთე უთუოდ გადასწონის მიყენებულ ზიანს. ჩვენ ვხედავთ, რომ მედიცინის ერთ-ერთი ყველაზე უფრო ჰუმანური პრინციპი „ნუ ავნებ“ იფარება დონორის საოცრად

ჰუმანური ქცევით, მისი თავგანწირვით – რადაც არ უნდა დაუჯდეს იხსნას ახლობელი ადამიანი. ასეთ სიტუაციებში ქიურგი–ტრანსპლანტოლოგი უნდა ფლობდეს უმაღლეს ოსტატობას, რაც გახდება ნათესავი დონორის უსაფრთხოების სამედიცინო გარანტი. საზოგადოებამაც უნდა შექმნას დონორის უფლებრივი და ეკონომიური დაცვის ყოველმხრივი გარანტიები. საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებულ ზემოთ მითითებულ კანონში ცოცხალი დონორის უფლებები დაცულია სახელმწიფოებრივი აქტებით (იხ. თ.5)76

კლინიკური ტრანსპლანტოლოგია – XX საუკუნის ეს დიდი მიღწევა – ერთ–ერთი ყველაზე ახალგაზრდა სწრაფად განვითარებადი სამეცნიერო დისციპლინაა. გადანერგო ორგანო – ეს უმაღლესი ხელოვნებაა, გააკეთო ისე, რომ გადანერგილი ორგანო დიდხანს ემსახუროს ახალ პატრონს – სერიოზული მეცნიერებაა. ტრანსპლანტოლოგიის ძირითადი პრაქტიკული ამოცანის გადაწყვეტას – რეციპიენტის სიცოცხლის შენარჩუნებას – სხვადასხვა დარგის მრავალი სპეციალისტი: ქირურგები, ანესთეზიოლოგები, რენიმატოლოგები, კარდიოლოგები, იმუნოლოგები, ბიოქიმიკოსები, გენეტიკოსები ემსახურება. მედიკოსებისა და ბიოლოგების გარდა, ტრანსპლანტოლოგიის პრობლემების გადაწყვეტაში მონაწილეობენ იურისტები, კანონმდებლები, ბიოეთიკოსები, ეკლესიის

ნარმომადგენლები და სხვა. ყველა მათ უნდა აერთიანებდეს ერთი აზრი: რეციპიენტის, ანუ გამოსაკვლევი პირის (თანამედროვე ტრანსპლანტოლოგიის განვითარება შეუძლებელია კლინიკური ექსპერიმენტების გარეშე), ინტერესები ყოველთვის უნდა პრევალირებდეს მეცნიერებისა და საზოგადოების ინტერესებზე.

ტრანსპლანტოლოგიაში ზნეობრივი პრინციპების დანერგვასა და საბოლოო ჯამში ტრანსპლანტოლოგიის კოდექსის შემუშავებაში დიდია ბიოეთიკური კომიტეტების როლი. მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში უკვე შეიქმნა ბიოეთიკის ეროვნული კომიტეტები. ასეთი კომიტეტი უკვე იქმნება საქართველოშიც, რაც მეტად მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ერის ჯანმრთელობა მისი მომავლის საფუძველია.

ტრანსპლანტოლოგიას, როგორც კლინიკური მედიცინის დარგს, აქვს სოციალური და სამართლებრივი კონცეფციები. სოციალური ასპექტებიდან მნიშვნელოვანია ის დიდი ეკონომიკური დანახარჯები, რაც ტრანსპლანტაციის განხორციელებასთანაა დაკავშირებული. მთელი რიგი ავტორების აზრით, თანამედროვე მსოფლიოში ათეული და ასეული ათასობით ადამიანები საჭიროებენ ორგანოთა და ქსოვილთა გადანერგვას, რაც უზარმაზარ სახსრებს მოითხოვს, არ გამოიწვევს საზოგადოებრივ უბედურებას, მათი სიკვ-

დილი არსებითად არ ემუქრება საზოგადოების არსებობას, თუმცა ინდივიდუალური ადამიანური უბედურება ამის გამო ნაკლებად მწვავედ როდი შეიგრძნობა. იბადება კითხვა: ვალდებულია თუ არა საზოგადოება დაფაროს უზარმაზარი ხარჯები, თუ უპირატესობა მიანიჭოს სხვა სოციალურად უფრო მნიშვნელოვან ე. წ. მასობრივ სამედიცინო პროცედურებს, მაგალითად, გრიპის სანინააღმდეგო ვირუსთან ბრძოლას? პრობლემის ამგვარ დასმას არც თუ იშვიათად ვხვდებით სახელმწიფო სამედიცინო მოღვაწეთა მხრივ. შეიძლება მათ დავეთანხმოთ კიდევ, თუ ამ წუთიერი ინტერესებით შემოვიფარგლებით. მაგრამ თუ დავფიქრდებით საზოგადოების მომავალზე, მედიცინის მომავალზე, ჩვენს ხვალისდელ დღეზე, მაშინ, ალბათ, უფრო სხვაგვარად ვიმსჯელებთ და ვიფიქრებთ იმაზე, რომ, ამ მომავლის ინტერესებიდან გამომდინარე, უკვე დღეს რაღაცა მაინც გავაკეთოთ.

რასაკვირველია, ბევრი, განსაკუთრებით განვითარებადი ქვეყნებისათვის ჯანდაცვის სფეროს დაფინანსების პრინციპები საკმაოდ რთული გადასაწყვეტია. სახელმწიფოებრივ სისტემაში საზოგადოებამ დანახარჯები უნდა დაფაროს იმ ზომით, რამდენადაც ეს სახელმწიფოს ეკონომიკურ პოტენციალს შეესაბამება. ამიტომ ამ საკითხების მოგვარებაში სახელმწიფო ორგანიზაციებთან ერთად მიზანშეწონილია კერძო სექტორის, მაგალითად, კერძო სადაზღვევო სისტემის ჩარ-

თვა. აუცილებლად უნდა გამოიძებნოს სხვა წყაროებიც, ვინაიდან ყოველ ადამიანს, მოქალაქეს, პიროვნებას, პოლიტიკურს, ეკონომიკურს თუ სხვა უფლებების გარდა, აქვს კიდევ ერთი, არანაკლებ, თუ უფრო მნიშვნელოვანი არა, უფლება: ესაა სიცოცხლის უფლება. ამიტომ ამა თუ იმ ქვეყანაში თუკი მედიცინის, კერძოდ კლინიკური ტრანსპლანტოლოგიის დონე იძლევა ამის შესაძლებლობას, საზოგადოებამ პირველ რიგში თითოეულ ადამიანს უნდა მისცეს ამგვარი სამედიცინო დახმარების გარანტია და გამოიძებნოს სათანადო სახსრები.

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 თანახლავს მორალური და სამართლებრივი ხასიათის ბევრი პრობლემის წარმოშობა, რომელთა გადაჭრა დიდ ადამიანურ ტკივილთან და საკაცობრიო ღირებულებების გადაფასებასთანაა დაკავშირებული. მაგალითად, საზოგადოების ფართო მასების ყურადღებას იქცევს პრობლემა, რომელიც ცოცხალი ან გარდაცვლილი ადამიანების გენეტიკურად იდენტიური ასლების მიღების შესაძლებ-



ლობასთან არის დაკავშირებული; სხვა, არანაკლებ მწვავე და მნიშვნელოვანი პრობლემები, ძირითადად, სპეციალისტთა წრეებში განიხილება.

ტრადიციულად სამედიცინო ეთიკის უმთავრეს პრობლემას ექიმისა და ავადმყოფის ურთიერთდამოკიდებულების ზნეობრივად მისაღები ნორმების დადგენა წარმოადგენს. მათ შორის ურთიერთმიმართების ეთიკური რეგულაცია მათ 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 პრობლემებს 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, უპირველესად, ამ დაავადებების პროფილაქტიკითა და დიაგნოსტიკის მეთოდებით შემოიფარგლება. სწორედ ამ გარემოებითაა გაპირობებული ისეთი სპეციფიკური პრობლემების არსებობა, როგორცაა სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობის დიაგნოსტიკის მორალურობა, თუ არ არსებობს მისი მკურნალობის ეფექტიანი 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 სფეროში ერთ-ერთი ავტორიტეტული სპეციალისტის ვ. მაკიუსიკის აზრით, თანამედროვე ადამიანის გენეტიკის ძლიერი პროგრესი მინიმუმ ორ რისკს მოიცავს: 1. ახალი ინფორმაცია გაადიდებს შუალებდს 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 (ექიმე-

ბი, მეცნიერი, საზოგადოება) ვფიქრობთ, რაც 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 ორმირებაზე 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 დაუბადებელ ბავშვებზე, 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 იქნე-

ბა განვითარების რესურსების მიღებისა და გან-  
რანტიების უსამართლო და უთანასწორო წესი.  
ამასთან, სამართლიანობა ვერ გაიმარჯვებს იმ  
შემთხვევაშიც, თუ გაუმართლებელ უპირატე-  
სობას მიიღებენ „მომავალი ადამიანები“. თუმცა  
ზოგიერთი სპეციალისტი იცავს „მომავალი ადა-  
მიანის“ უფლებათა და ინტერესთა უდავო პრი-  
ორიტეტის პრინციპს უკვე მცხოვრებ ადამიანთა  
უფლებებისა და ინტერესების წინაშე“. მაგრამ ან-  
მყო ხომ მომავალი განვითარების შესაძლებლო-  
ბათა ერთობლიობაა. თუ ადამიანთა ახლანდელი  
თაობა არ იქნება საკმარისად განვითარებული და  
ჯანმრთელი, მაშინ მას თითქმის არაფერი ექნება  
შთამომავლობისათვის გადასანაწილებელი. თა-  
ობათა შორის სამართლიანობა, ალბათ, ინტერეს-  
თა უფრო რთულად ჩამოყალიბებულ ბალანსში  
უნდა ვეძებოთ. ასე რომ, სამედიცინო გენეტიკისა  
და მისი მეთოდების საგნის სპეციფიკა განსაზღ-  
ვრავს მის მორალურ–ეთიკური პრობლემატიკის  
სპეციფიკას. ამერიკელი მკვლევარის ლ. უოლ-  
ტერსის აზრით, თანამედროვე სამედიცინო გენე-  
ტიკის ძირითად ეთიკურ პრობლემებს ისეთი სა-  
კითხები წარმოადგენს, როგორცაა: სამედიცინო  
საიდუმლოების დაცვა (გენეტიკური ინფორმა-  
ციის კონფიდენციალობა), ინდივიდთა გენეტიკუ-  
რი ტესტირებისა და პოპულაციის სკრინინგების  
ჩატარების ნებაყოფლობა, სამედიცინო გენეტი-  
კური დახმარების ხელმისაწვდომობა (ტესტირე-

ბის, კონსლტირების 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.

სამედიცინო გენეტიკა მრავალ მეთოდს იყენებს, მაგრამ განსახილველ პრობლემასთან დაკავშირებით განსაკუთრებით საინტერესოა გენეალოგიური ანალიზი, ტექსტირება 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 საშუალებაა გენეალოგიის შედგენა. გენეალოგიური ანალიზის ასეთი პრაქტიკა თავიდანვე წინააღმდეგობრივია. გენეტიკოსი ინდივიდს, ან ნყვილს 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 თანხ-

მობა. 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 მავნეჩვევები, 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 მასა და მის შთამომავლობა 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 სეროზული განსხვავება არსებობს.

პრობლემათა საფუძელი 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 დავადების 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, მკრუნალობის 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 მიწოდებაზე. 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



ნათესავეებს თავიდან ააცილოს უბედურება. თუმცა ამ შემთხვევაშიც ყველაფერი უნდა ვიღონოთ, 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 აღბათობას ეხება. განსაკუთრებულ შემთხვევებში ეთიკური გადანყვეტილებების მიღება, რომლებსაც უკიდურესს ვერ მივაკუთვნებთ, მიზანშეწონილია ე.წ. „ეთიკური კომიტეტების“ ჩარჩოებში განვახოციელოთ, რომელიც იმ სამედიცინო დაწესებულებაში შეიძლება ჩამოყალიბდეს, სადაც სამედიცინო-გენეტიკური კვლევა და კონსულტაციები ტარდება.

მორალურად რთული სიტუაციის ერთობლივი განხილვა პრობლემის შედარებით განონანსორებული გადანყვეტილების მოძებნის საშუალებას მოგვცემს. უფრო მეტიც, მსგავსი განხილვების დროს საზოგადოებაში ჩამოყალიბდება და გაფორმდება პროფესიონალთა ჯგუფი, რომელსაც საკუთარი ზნეობრივი ღირებულებანი და ტრადიციები ექნება. ამასთან, შეძლებისდაგვარად, თა-

ვიდან უნდა ავიცილოთ ფინანსური და კვლევითი ინტერესების, თვით მედიცინის, გენეტიკოსთა ზეგავლენა მისაღები გადანყვეტილების 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. ასე გასათვალისწინებელია, რომ ეთნიკურ ჯგუფებში განმსაზღვრელ როლს დღემდე გვაროვნული ურთიერთობები ასრულებენ. ამ შემთხვევაში, ალბათ, სასურველი იქნება გვარის ავტორიტეტული წარმომადგენლის (უხუცესი ან უბრალო 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 დაავადებე-

ბის 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 სანარმოს ადმინისტრაციამ შეიძლება გამოიყენოს როგორც დისკრიმინაციის საშუალება, დათხოვნის საბაბი, სამსახურში არ მიღების ან დანინაურების შეჩერების საფუძველი და ა. შ. ამასთანავე გაიზრდება მესამე პირთა რიცხვი, რომელიც 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 ნიმუშები ხშირად საჭირო იქნება მივიღოთ ოჯახის რამდე-

ნიმე წევრიდან რამდენიმე შთამომავლობაში, მოსახლეობის გათვითცნობიერება დნმ ტესტების მნიშვნელობის შესახებ გაიზრდება, ტესტირების საიდუმლოების დაცვა კი ფაქტიურად პრაქტიკულად შეუძლებელი იქნება. საექიმო საიდუმლოების დაცვის პრობლემები გაიზრდება პათოლოგიური გენების ადრეული წინაკლინიკური დეტექციის შესაძლებლობასთან დაკავშირებით იმ პირთათვის, რომლებიც დაავადების მალალი 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 პი-

რობებით, 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 ვ. პოზნერს მიჰყავდა. განხილული იყო სიტუაცია, რომელიც სამეცნიერო-გენეტიკური ინფორმაციის კონფიდენციალობის დარღვევის შედეგად წარმოიშვა. რაიონული გაზეთის კორესპოდენტმა ადგილობრივი ეკოლოგიის პრობლემებისადმი მიძღვნილ სტატი-აში, 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 გამჟღავნება მოხდა. სიტყვა „მუტანტი“ დალად დააჩნდა ბავშვს და მთელ ოჯახს, რამაც მათ მიმართ თანასოფ-ლელთა მტრული განწყობა და სოციალური იზო-ლაცია გამოიწვია. მსგავსი კოლექტიური აგრესი-ისათვის, რომელიც მიმართულია მემკვიდრეობით დაავადებულ პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრე-ბისადმი, არავითარი რაციონალური საფუძველი არ არსებობს. არ შეიძლება მხედველობაში არ მივიღოთ ცრურწმენათა საშიშროება, რომელიც გვაროვნულ ურთიერთობებთან („სისხლის ყვილ-თან„)და მემკვიდრეობაზე მცდარ წარმოდგენე-ბთან არის დაკავშირებული გენეტიკური დიაგნოზი

შეიძლება ბავშვს და მის ოჯახს დაღად დააჩნდეს და მათი სოციალურ დისკრიმინაციის საფუძვლად იქცეს.

პოპულაციის გენეტიკური სკრინირება მძიმე მემკვიდრული 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 ფენილალანონს გამოორიცხავს, ფსიქიკორეაქციული 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 ექიმგენეტიკოსს ავალდებულებს აცნობოს პაციენტს მძიმე დაავადების წარმოშობის შესაძლებლობა. ამასთან ერთად, განსაკუთრებული მო-

რალური 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 ავადმყოფა 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 მოჰყვეს.

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 გადანყვეტენ რა ავადმყოფი ბავშვების განკურნებას, აქვე უნდა იცოდნენ, რომ ჯანმრთელი ბავშვების გარკვეულ რაოდენობას ზიანს მიაყენებენ. ამიტომ სკრინირების პროგრამების გამოყენების შესახებ გადანყვეტილების მიღებისას ზედმინევით 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 არანინასწარგაზრახულ მოშლის რისკთანაა დაკავშირებული. თუკი არსებობს სამედიცინო-გენეტიკური მაჩვენებლები, რომლებიც ბავშვის გენეტიკური პათოლოგიით დაბადების მნიშვნელოვან ალბათობაზე მიუთითებენ, 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 მემკ-

ვიდრული 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.

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 სინძლეების 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,

რამდენადაც დიდად 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 ტექსტი. მაგალითად, ამერიკაში იმ ტესტების დანერგვამ, რომლებიც ტეი-საქსის დაავადებას ადგენს, ამ პათოლოგიით დაავადებულ ბავშვთა შობადობა 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 ტექნოლოგიები გაჩენა, რომლებიც შემდგომში 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 რესურსს 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 ჰუმანისტიკები, 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 მეთოდით, 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 კანონიერი წარმომადგენლებს, 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 დედისგან. 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 სიტუაციაშია უცვლელია ტრადიციული ეთიკის საფუძვლები ისეთი ცნებებით შევავსოთ, როგორცაა „კონფიდენციალობა“; „პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა“ და „პიროვნების ავტონომია“, რომლებიც უკვე ინდივიდს კი არ უნდა ეხებოდეს, არამედ ოჯახს და ნათესაური კავშირით გაერთიანებულ ოჯახთა ჯგუფებს (გვარი). მხოლოდ შიდა საოჯახო სოლიდარობა, სამართლიანობა და ურთიერთპასუხისმგებლობა დაიცავს ოჯახის თითოეულ წევრს მესამე პირების არასასურველი შემოჭრისაგან, ინდივიდთა გენე-

ტიკური 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 კანონზომიერების 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“ რეალიზაციისას უხდება საზოგადოებას შეჯახება, არის საკითხი გენეტიკური დიაგნოსტიკის, სამეცნიერო-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 მცირე (როგორც ეს საქართველოში ხდება), მაშინ უნდა გავითვალისწინოთ საზოგადოებრივი დაბანდებები ლაბორატორიათა მატერიალურ-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 მომსახურეობის 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 თანმიმდევრობის). 1983 წელს პატენტირებული იყო ცილის სინთეზის კონტროლზე პასუხისმგებელი დნმ თანმიმდევრობაზე, პლაზმოგენის გამააქტივებელი, 1987 წელს – ერიტროპოეტინი; დღეისათვის პატენტის მისაღებად წარდგენილია ლაბორატორიული გზით მიღებული ათასი თანმიმდევრობები. პაციენტი იცავს საკუთრებისა და გამგებლობის 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 მეტნაკლებად აშკარაა. მაგრამ თანმიმდევრობები ხომ ადამიანის სხეულის „ნაწილებია“. როგორ შეიძლება თითოეული ადამიანის სხეულის ნაწილი ვინმე ერთის საკუთრება იყოს? მნიშვნელოვანი საზოგადოებრივი რესურსების გამოყენებით მიღებული პროდუქტი შეიძლება თუ არა კერძო პატენტობისა და საკუთრე-



ბის საგანი იყოს? ეს საკითხები ძნელი გადასაწყვეტია. დამმუშავებლებს არ გააჩნიათ საპატენტო უფლებები, ამიტომ არ შეუძლიათ დანახარჯთა ანაზღაურება, რაც აუბრალოებს მათ მოღვაწეობას კერძო ინვესტიციებისათვის მოცემულ სფეროში. ამავე დროს პატენტირებას 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. რამდენადაც რომელიმე გენეტიკური თვისებების (მათ შორის პათოლოგიური გენებისაც) განაწილება არათანაბარია სხვადასხვა სოციალურ და ეთნიკურ ჯგუფებს შორის, იმდენად 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 არანესიერად ინტერპრეტირებული) რასისტულ სტერეოტიპებს დისკრიმინაციისა და სხვადასხვაგვარი ურთიერთობების გასამართლებლად სხვადასხვა ინდივიდუუმებთან 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, ექსტრაკორპორალური 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 თანდათანობით ტექნოლიზირდება 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 ჩაითვალოს, ვიდრე ისინი, ვინც ბუნებრივი „არაკულტურული“ გზით დაიბადნენ. ჯერ კიდევ 1971 წელს ამერიკელი ბიოლოგი ბ. 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.

ენტუზიაზმი, რომლითაც საზოგადოება ადამიანის გენომის კვლევისას მოპოვებულ წარმატებებს აღიქვამს, ადამიანურით ვისებების 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 წინასწარ განსაზღვრულობანი, ამიტომაც სამართლიანად აღნიშნავენ ჯ. ანასი და შ. ელიასი: „მეორე საშიშროება მდგომარეობს ტენდენციაში ვივარაუდოთ, რომ გენები უფრო ძლიერია, ვიდრე გარემოს გავლენა და ამიტომ ჩვენი ქცევები უნდა განვიხილოთ როგორც „გენეტიკურად დეტერმინირებულები“ და არა როგორც თავისუფალი ნების რეზულტატი. მსგავსი აზროვნების მოწმეები ჩვენ უკვე ვარ „47, კარიოტიპის 47, xyy მატარებლებს გენეტიკურად მისწრაფება აქვთ დანაშაულის ჩადენისაკენ, შესაბამისად, ზოგიერთი ინდივიდუუმები ზედმეტი 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 დატერმინირებულია 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 არ უნდა გააკეთოს მან – ყველაფერი შეიძლება განხილულ იქნეს, როგორც მისი საქციელი, ე. ი. ის, რაზედაც მას პასუხისმგებლობა ეკისრება: შეიძლება დასაჩუქრდეს ან გაიკიცხოს, მოწონებულ ან განკით-

ხულ იქნეს. ამ პოზიციის თანახმად, სოციალური სამყარო თითქოსდა 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.

ევგენიკის პრობლემები. ტერმინი ევგენიკა 1883 წელს მოგვანოდა ფრენსის გალტონმა, ჩარლზ დარვინის ბიძაშვილმა, რომელიც მრავალი სამეცნიერო აღმოჩენითაა ცნობილი, მაგალითად, პიროვნების იდენტიფიკაციის მეთოდით თითების ანაბეჭდის შედარებით გზით. გალტონის მიხედვით, ევგენიკა მოწოდებულია შეიმუშაოს სოციალური კონტროლის პერიოდები, 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 კონსულტაციების 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 (მაგ., ფინანსური) ფიზიკური და ინტელექტუალური ნიჭით დაჯილდოებულთა 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 იმგრაციულ პოლიტიკაზე არსებითი გავლენა მოახდინა, როცა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებიდან გადმოსახლებულთა ნაკადმა თითქმის წააგდო 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 „ზანგად“ ითვლებოდა, თუკი მას „ზანგური სისხლით“ 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 პრევენტიული მედიცინის სპეციალიზირებული დარგი – „რასობრივი ჰიგიენა“. 1933 წელს გერმანიაში მიღებულ იქნა „კანონი გენეტი-



კური 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 მონიშნავს, რა როლის შესრულება შეუძლია გენეტიკური ცოდნისა და უმეცრების ნარევის სახელმწიფოს რეპრესიულ პოლიტიკაში. ასევე ცხადია, რაოდენ ადვილად შეუძლიათ მეცნიერებს მონაწილეობა სახელმწიფოს რეპრესიულ პოლიტიკაში, როდესაც ანიჭებენ მას რესპექტაბელური ლეგიტიმურობის სახეს. 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 ნყვილთა კომპიუტერული შერჩევა, რომელთა ქორწინების შედეგად ნიჭიერი შთამო-

მავლობა შეიძლება დაიბადოს; კრუიზები „სიყვარულის ნავებში“, რომლებსაც განათლებული, მარტოხელა სახელმწიფო მოღვაწეთათვის (ქალების) ხაზინა იხდის; სხვადასხვაგვარი ფინანსური შეღავათები, ასევე პრივილეგიები მათი ბავშვების ელიტარულ სკოლებსა და უნივერსიტეტებში მოწყობისას, 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 დოლარის 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 ახორციელებს.

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 როგორც 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 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 ზენოლის 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 იდეოლოგიებისა და პოლიტიკოსების მსჯელობებში, რომლებიც ცალკეული ინდივიდების ინტერესებთან შედარებით ერის გენოფონდის ინტერესებს ანიჭებს უპირატესო-

ბას, საკმაოდ მკვეთრად გამოიხატება. ცნობილი იურისტი 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 დიაგნოსტირებული. 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 გამოიყენება, 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 ხ. ელისი დაჟინებით მოითხოვდა მხოლოდ ნებაყოფლობითი ევგენიკური ზომების მიღებას: „ერთ-ერთი იძულება, რომლებიც 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 ერთიერთ-საწინააღმდეგო მიდგომა შეგვიძლია განვასხვავოთ კონსერვატიული ლიბერალების აზრით, მოქ-

მედება შეიძლება განხილულ იქნეს როგორც თავისუფალი, ე. ი. ისეთი, რომელიც ძალდატანების ნიშნებს არ შეიცავს, იმ შემთხვევაში, თუკი მისი არჩევისა და განხორციელებისათვის სამართლებრივი, ან სხვა ფორმალური (მაგ., ადამიანისტრატციული) ბარიერი არ არსებობს. სოციალისტური ტრადიციის ჩარჩოებში ითვლება, რომ ძალდატანება არ არსებობს, თუ ადამიანს პრაქტიკულად შესაძლებლობა აქვს თანხმობა ან უარი განაცხადოს გარკვეული მოქმედების შესრულებაზე.

მოგონებები, რომლებლებიც XX საუკუნის პირველ ნახევარში ევგენიკის ბოროტად გამოყენებასთან არის დაკავშირებული, განსაზღვრავენ იმ მწვავე რეაქციას, რითაც თანამედროვე სამეცნიერო და სამედიცინო საზოგადოება აღიქვამს წინადადებებს, რომლებიც ადამიანური პოპულაციების 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 განმსაზღვრავს. ადამიანის გენეტიკაში, ისევე როგორც მეცნიერების სხვა დარგებში, ჰიპოთეზებსა და თეორიულ მოდელებს, რომლებსაც ჯერ არ გააჩნიათ საკმარისი ემპირიული მტკიცება და თეორი-

ული დასაბუთება, მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა.

ამასთან დაკავშირებით მხედველობაში უნდა მივიღოთ, რომ სამეცნიერო ჰიპოთეზები, როდესაც აღმოჩნდებიან მასობრივ ცნობიერებაში, „შერჩევის“ მკაცრი მექანიზმების კონტროლიდან გამომდინარე, საკუთარ სიცოცხლეს იძენენ, მოტივირებენ და წარმართავენ სოციალურ მოქმედებებს, რომლებსაც ხშირად არაერთმნიშვნელოვანი შედეგები მოჰყვება. მეცნიერება კარგად უნდა გაიაზრონ იმ ზარალზე პასუხისმგებლობა, რომელიც არასაკმარისად მოფიქრებულ ან მცდარ ჰიპოთეზის „განთავისუფლებას“ შეიძლება მოჰყვეს.

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

გენური თერაპიის მორალური პრობლემები ბიოეთიკაში ერთ–ერთი ურთულესი საკითხია თავისი სპეციფიკაიდან 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 ვარაუდობენ, 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 მულტფაქტორიალური დარღვევების მიმართებით, როგორებიცაა, მაგალითად, გულისისხლძარღვოვანი დაავადებები. თუმცა აქაც, დაავადების „ვინრო“ ადგილების გამოვლენისას, შესაძლოა გენეტიკური კორექციის ვარიანტები, რომლებიც ყოველ შემთხვევაში პათოლოგიის განვითარების შენელების საშუალებას მაინც მოგვცემს. მაგრამ აქვე უნდა აღვნიშნოთ, რომ ჯერჯერობით 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 რუტინირებულ 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 დაკომპლექტებულია დამოუკიდებელი ექსპერტებისა და საზოგადოების წარმომადგენლებისაგან.

ამჟამად გრძელდება მნიშვნელოვანი გაურკვევ-

ლობა პაციენტის ორგანიზმში გენეტიკური მასალის გადატანის შედეგად განვითარებული ნეგატიური მოვლენების აღრიცხვასთან დაკავშირებით და ასევეა გენური თერაპიის ეფექტურობის შეფასების მიმართაც. 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 გამოცდების ჩატარების ნებართვისათვის აღიარებულად ითვლება შემდეგი პირობების შესრულება:

1. ცხოველებზე ექსპერიმენტებისას აუცილებელია დავამტკიცოთ, რომ საჭირო გენი შეიძლება გადატანილ იქნას შესაბამის უჯრედსამიზნეში, 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 კონკრეტიზირებული 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 სამართლებრივი 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 უნდა 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.

აქ ჩვენი მკითხველისათვის ინტერეს მოკლებული არ იქნება იმ მეცნიერული კვლევების ძირეული გაცნობა, რომელიც აბორტის, დედისა და ნაყოფის პრობლემატიკური საკითხია, ამიტომ საუბარი ამ უმნიშვნელოვანეს საკითხზე გვსურს ლიტერატურული ჩანართით შოთა ნიშანიძის ლექსით დავინწყოთ:

### კახილი

რა გალეულს და ფერწასულს გხედავ,  
ჩემო პანია, ცოდვილო დედა,  
ვაიმე, როცა შენს გულთან მჭრიდნენ,  
რაიმე ხომ არ გატკინე ნეტა?

არ შეგეშინდეს, შვილი ვარ შენი,  
შენი ტანჯული სისხლი და ხორცი,  
ნიავი ვარ და მგონია გშველი, -  
სიცხიანს, მწუხარს კულულზე გკოცნი.

მაგ ბავშვურ შუბლსაც გიკოცნი მორცხვად,  
გაბუსხულ ტუჩსაც, ბავშვურად ლამაზს...  
ახლა სული ვარ და უფალს ვლოცავ -  
შენს გადარჩენას ვულოცავ მამას.  
მადლობა უფალს, რომ არ დაგვღუპა,  
არ დამიობლა ძმები და დები.  
მე კი, ბარტყივით ტანშეუბუმბლავს  
ცად ანგელოზმა მაჩუქა ფრთები.  
როგორ მინდოდა, მეც მოგსწრებოდი,  
მეც გამეხარა ამ სამზეოთი,  
მეც დამეძახა შენთვის „დედიკო“  
და მამას ყელზე შემოვხვეოდი.  
ჩაწნული ვიყავ მომავლის ფიქრთან,  
როგორც პეპელა ყვავილში რგული,  
დაბადებამდე რამდენი მიკლდა,  
ითვლიდა ჩემი პანია გული.  
აღბათ, გგონივარ დაღლილი სხივი,  
აღბათ, გგონივარ სუნთქვა სიოთა,  
შენ ხომ, უძლებდი საკუთარ ტკივილს,  
მე კი, ძვირფასო, შენიც მტკიოდა.  
თურმე ტყუილად მომიხაროდა,  
შეხვედრა შენთან, ძმებთან და დებთან...  
ახლა მოგტირით სხვა სამყაროდან  
არარაობის ჩრდილი და სევდა.  
ჩრად გაანბილე ღვთის იმედები,  
რატომ შეშალე და გაამრუდე,  
ანგელოზების და პლანეტების  
კეთილი გათვლა და ვარაუდი?

## II

ჰოი, დედებო, რა პასუხს აძლევთ,  
რას ეუბნებით წარსულს და ხვალეს,  
ვინ მოუაროს ვაზივით გამძლე  
დიდების მსურველ პატარა მხარეს!  
წინ მოუაროს შენ ზვრებს და ანბანს,  
შენ ხმებს, ჩუქურთმას, იმედებს, სიზმრებს.  
მაგ ცოდვას რაღა მირონი გაბანს  
და მაინც გამშრალ ტუჩებზე ვიმცვრევ!  
მირონო, ჩემი მინის მირონო,  
იმედო, რწმენავ - სულ შემენახე,  
სულ იარაგვე, სულ ირიონე,  
სულ იჯეჯილე, სულ ივენახე.

†

კიდევ სად არის სხვა საქართველო?  
ჰყივის ლექსი და ციხის ქონგური.  
მინაში, დედავ... და ვინ დათვალოს  
შვილი და ძირი ჩემებრ მოკლული.  
თუ სვეტიცხოველს ვერ ავაგებდით,  
„ვეფხისტყაოსანს“ თუ ვერ დავწერდით,  
მაინც ზედმეტი და მოსაკვეთი  
არ ვიქნებოდით შენთვის არც ერთი...

შვილთა სიმრავლე დაგბეებოდეს  
მტრედის გრუტუნი და მუხის ჩერო,  
ჩხებით, აკვნებით და ბუდეებით  
ამაღლდი, ჩვენო ფუძევ და ჭერო!..

აბორტის გარშემო დღეს მწვავე დისკუსიაა გაჩაღებული მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში. სრულიად აშკარაა თანამედროვე საზოგადოების ორ ნაწილად დაყოფა – აბორტის მომხრეებად და მოწინააღმდეგეებად. ორივეს ჰყავს მრავალრიცხოვანი მომხრე და გამოკვეთილი ლიდერები. ორივე მოიცავს მთელ პოლიტიკურ სპექტრს „სახალხო პარლამენტარებით“ დაწყებული და გავლენიანი კონგრესმენებით დამთავრებული. აბორტის პრობლემის განხილვაში აქტიურადაა ჩართული სხვადასხვა რელიგიური ორგანიზაციები. ეკლესიის მსახურებს წამყვანი პოზიციები უკავიათ აბორტის მოწინააღმდეგეთა ბანაკში. არიან აგრეთვე ექსტრემისტები და ტერორისტები, რომლებიც არბევენ სამედიცინო კლინიკებს. სცემენ ექიმებს, ავინრობენ ქალებს, რომლებიც აბორტის გაკეთებას გადაწყვეტენ. აღსანიშნავია ისიც, რომ აბორტის პრობლემა აღმოჩნდა ერთ-ერთი ასპექტი, სადაც ვერ მოხერხდა ყოფილი გერმანიის დემოკრატიული რესპუბლიკის კანონმდებლობის გერმანიის ფედერაციული რესპუბლიკის კანონმდებლობასთან შესაბამისობაში მოყვანა გერმანიის გაერთიანების შემდეგ. ამის ერთ-ერთი მიზეზი ისიც არის, რომ მოკამათე მხარეები პრობლემის სხვადასხვა ასპექტზე აკეთებენ აქცენტს. ერთნი დედის უფლებას აყენებენ წინ, მეორენი – ნაყოფისას და შედეგად სრულიად განსხ-



ვაგებულ დასკვნამდე მიდიან. აბორტის საკითხზე ეთიკური მედიცინის იმ წარმომადგენელთა პოზიცია, რომლებიც ადამიანის სიცოცხლის საწყისად მის ჩანასახს მიიჩნევენ, ნათელია. თუკი ადამიანის სიცოცხლის საწყისად მისი ჩანასახი უნდა ჩაითვალოს, გამოდის, რომ ჯერ კიდევ არშობილი ნაყოფი უნდა განვიხილოთ როგორც ადამიანური ინდივიდუმი და, აქედან გამომდინარე, მივანიჭოთ მას გარკვეული ადამიანური უფლებები, უპირველეს ყოვლისა კი სიცოცხლის უფლება. მაშასადამე, აბორტი სხვა არაფერია, თუ არა მკვლელობა აქედან გამომდინარე ყველა შედეგით.

სრულიად საპირისპირო პოზიციაზე დგანან აბორტის მომხრეები, რომლებსაც მიაჩნიათ, რომ ნაყოფი გარკვეულ მომენტამდე მხოლოდ და მხოლოდ ქალის სხეულის ნაწილია და არა ინდივიდუმი. ამიტომ ქალის სხეულიდან მისი მოცილება ისევე მორალურია და გამართლებული, როგორც ნებისმიერი სიმსივნის ამოკვეთა, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როცა ორსულობა საფრთხეს უქმნის ქალის სიცოცხლეს. უფრო დაწვრილებით აბორტის მომხრეებისა და მონინააღმდეგეების არგუმენტებს განვიხილავთ აშშ-ში უკანასკნელ ხანებში გამოსული ლიტერატურის მიმოხილვის საფუძველზე.

აშშ-ში აბორტი დაშვებულია 1973 წლიდან, როცა უმაღლესი სასამართლოს გადაწყვეტილებით მისი აკრძალვა არაკონსტიტუციურად იქნა

მიჩნეული. იმ დროიდან ქალს აქვს ორსულობის შეწყვეტის კონსტიტუციით გარანტირებული უფლება. ამასთან ერთად სახელმწიფოს შეუძლია, დედის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით, აბორტის გაკეთების დროის შეზღუდვა პირველი ტრიმესტრის ბოლო პერიოდით. ლიტერატურაში იურიდიულ ასპექტებთან ერთად განსაკუთრებული ყურადღება აბორტთან დაკავშირებულ ეთიკურ პრობლემებს ექცევა. აქ, როგორც წესი, წინა პლანზე ორი საკითხია წამოწეული: 1. რა გარემოებით შეიძლება აბორტის გაკეთების გამართლება; 2. აბორტის გაკეთება ნაყოფის განვითარების რომელ საფეხურზე (სტადიაზე) უნდა ჩაითვალოს ეთიკური თვალსაზრისით დაუშვებლად.

ჩვეულებრივი მტკიცებით, ქალს აბორტის გაკეთების უფლება შემდეგი გარემოებების დროს აქვს: 1. როდესაც ორსულობის გაგრძელება საფრთხეს უქმნის დედის სიცოცხლეს; 2. როდესაც ბავშვის დაბადება თუმცა საფრთხით არ ემუქრება დედის სიცოცხლეს, მაგრამ ზიანის მომტანი შეიძლება გახდეს დედის ფიზიკური და სულიერი ჯანმრთელობისათვის; 3. როდესაც საკმაოდ მაღალია მშობიარობის შედეგად მრავალმხრივ არასრულფასოვანი ბავშვის მოვლენის ალბათობა (ფიზიკური და გონებრივი განვითარების დეფექტები, მძიმე მემკვიდრული დაავადებები და ა. შ.); 4. როდესაც ორსულობა ინცესტის ან ქალზე ძალადობის შედეგია; 5. როდესაც ორსული ქალი

ქორწინებაში არ იმყოფება და ბავშვის დაბადებას მის რეპუტაციაზე არასასურველი გავლენის მოხდენა შეუძლია; 6. როდესაც დედობას (ან მორიგი ბავშვის დაბადებას) შეიძლება ქალის მატერიალური მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება მოჰყვეს; 7. როდესაც ბავშვის დაბადება ქალისათვის, მისი ოჯახისათვის მძიმე დარტყმა შეიძლება იყოს (ხელს შეუშლის მის კარიერას, გაართულებს ოჯახში მის მდგომარეობას და სხვა). ამგვარი ჩამოთვლა, როგორც მთელი რიგი ავტორები აღნიშნავენ, პრაქტიკულად უსასრულოდ შეიძლება გაგრძელდეს.

აბორტის საკითხის განხილვა აუცილებლობით მოითხოვს ბიოსამედიცინო ცოდნის მინიმუმს, რაც დისკუსიაში მონაწილე სპეციალისტების ყურადღების გარეშე არ დარჩენილა. განაყოფიერების შემდეგ კვერცხუჯრედი (ზიგოტა) ფალოპის მილის გავლით საშვილოსნოში შედის და მის კედელზე იმპლანტირდება (ამ პროცესს დაახლოებით ორი კვირა სჭირდება). ამ მომენტიდან დაწყებული შეიძლება ვილაპარაკოთ ბავშვის განვითარების ემბრიონული სტადიის დადგომაზე, რომელიც ორსულობის მერვე კვირის დასასრულს მთავრდება. ამ დროისათვის ნაყოფის ტვინის ქსოვილი ელექტრულად აქტიური ხდება. შემდგომში ჩვენ საქმე გვაქვს (თვით დაბადებამდე) არა ემბრიონთან, არამედ განვითარებად ნაყოფთან. ნაყოფის განვითარებაში განსაკუთრებით

ორ მომენტს გამოყოფენ: ორსულობის დაახლოებით 12–16 კვირას, როდესაც დედა პირველად შეიგრძნობს ნაყოფის მოძრაობას და 20–28 კვირას, როდესაც ნაყოფი ხდება „სიცოცხლისუნარიანი“ ე. ი. დედის სხეულიდან გამოყოფის შემდეგ ხელსაყრელი პირობების შემთხვევაში შეუძლია დამოუკიდებლად არსებობა. აბორტის გაკეთების მეთოდები, სხვა ფაქტორებთან ერთად, ნაყოფის განვითარების სტადიებით განისაზღვრება, რაც ამ საკითხის განხილვის დროს გათვალისწინებული უნდა იქნეს.

იმ სპეციალისტებს, რომლებიც დარწმუნებული არიან აბორტის ამორალურობაში და მისი დაშვება შესაძლებლად მიაჩნიათ მხოლოდ და მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც საქმე ეხება ორსული ქალის სიცოცხლის შენარჩუნებას, ბიოსამედიცინო ლიტერატურაში ჩვეულებრივ „კონსერვატორების“ სახელით მოიხსენიებენ. სანინაალმდეგო პოზიციაზე მდგომ ავტორებს, რომლებიც აღიარებენ ქალის მიერ აბორტის გაკეთების აბსოლუტურ უფლებას, „ლიბერალებს“ უწოდებენ. „ლიბერალების“ ან „ზომიერების“ (ზოგჯერ მათ ასეც მოიხსენიებენ) პოზიცია ამ საკითხში იმაში მდგომარეობს, რომ მათ აბორტები დასაშვებად მიაჩნიათ ეთიკური თვალსაზრისით მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როცა ნაყოფი ჯერ კიდევ არ არის განვითარების განსაზღვრულ სტადიამდე მიღწეული, ან თუ მოცემულ კონკრეტულ შემთხვევაში

ადგილი აქვს გარკვეულ გარემოებებს, რომლებიც ამართლებენ ამ პროცედურის ჩატარებას.

ჩვენი მოქმედებები მორალურად ან ამორალურად შეიძლება შეფასდეს მხოლოდ სხვა ადამიანურ არსებებთან მიმართებაში. ამასთან დაკავშირებით, აბორტების ჩატარების ზნეობრივი ასპექტების განხილვა აუცილებლობით მოითხოვს ემბრიონის (ნაყოფის) სტატუსის გარკვევას. კონსერვატორულ პოზიციებზე მდგარი ავტორები ამტკიცებენ, რომ ნაყოფს აქვს ყველა (ან თითქმის ყველა) უფლება, რაც ნებისმიერ ადამიანურ არსებას უნდა ჰქონდეს. ზოგიერთ შემთხვევაში „კონსერვატორები“ უფრო „ფაქიზ“ არგუმენტაციას მიმართავენ: ვართმევთ რა ემბრიონს სიცოცხლეს, ამით ჩვენ ვკლავთ იმას, რაც მომავალში შეიძლება პიროვნება გახდეს. „ლიბერალები“ ცხადია, უარყოფენ ამ თვალსაზრისს და მიუთითებენ, რომ ნაყოფის უფლებებზე მსჯელობა ისეთივე უაზრობაა, როგორც, მაგალითად, აპენდიქსის უფლებაზე მსჯელობა.

აბორტის საკითხის განხილვა ასევე აუცილებლობით მოითხოვს დროის იმ მომენტების ნათლად განსაზღვრავს, რომლებიც ნაყოფს ეთიკური თვალსაზრისით ორ, არსებითად განსხვავებულ მდგომარეობად ყოფს: მდგომარეობა, რომელსაც ჩვენ არავითარ „ადამიანურ“ შინაარს არ მივანერთ და მდგომარეობას, რომელსაც ასეთი შინაარსი უკვე მიენერება. „კონსერვატორების“

მტკიცებით, ორივე ეს მომენტი ემთხვევა ჩასახვას (განაყოფიერებას): ნაყოფი განვითარების ნებისმიერ საფეხურზე ადამიანურ არსებას წარმოადგენს. „ლიბერალები“ კი, პირიქით, ფიქრობენ, რომ ნაყოფს არ შეიძლება „ადამიანური არსების“ უფლება მიენეროს ორსულობის გვიანდელ სტადიებშიც კი. ისინი ყოველ ღონეს ხმარობენ დაამტკიცონ, რომ ნაყოფი არ არის პიროვნება. ამ თვალსაზრისის ზოგიერთი მომხრე კიდევ უფრო შორს მიდის და ამტკიცებს, რომ ახალდაბადებული ბავშვიც კი ჯერ კიდევ არ არის პიროვნება. დამაჯერებელი რომ გახადონ თავისი შეხედულებები, ისინი ჩამოთვლიან იმ ნიშნებს, რომლებიც პიროვნებას აუცილებლად უნდა ჰქონდეს: 1. ცნობიერება და ტკივილის გრძნობა; 2. ახალი და შედარებით რთული პრობლემების გადანყვეტის უნარი; 3. თვითაქტივიზაცია (როცა პიროვნების აქტივობა გენოტიპის ან გარემოს კონტროლს არ ექვემდებარება); 4. კომუნიკაციის უნარი; 5. მეორე კონცეფციისა და თვითცნობიერების გამომუშავება.

ვინაიდან ნაყოფს თავისი განვითარების არცერთ საფეხურზე არა აქვს ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნები, ის არ შეიძლება განვიხილოთ როგორც პიროვნება. აქედან კეთდება ლოგიკური დასკვნა – აბორტი მორალურად (და იურიდიულადაც) დასაშვებია. იმაზე მითითება, რომ ნაყოფი შეიცავს პიროვნებად გახდომის პოტენციურ შესაძლებ-

ლობას, არ შეიძლება აბორტის დამაბრკოლებელ ფაქტორად იქნეს მიჩნეული. ქალის ინტერესები, რომელმაც გადაწყვიტა აბორტის გაკეთება, რათა შეინარჩუნოს ჯანმრთელობა, ბედნიერება, თავისუფლება, სიცოცხლე; ყოველთვის გადანონის განვითარებადი ნაყოფის სიცოცხლის უფლებას.

აბორტის მოწინააღმდეგეებს (ისინი განსაკუთრებით ბევრნი აშშ-ში არიან) არ შეუწყვეტიათ თავისი ბრძოლა აბორტის ასაკრძალავად. ისინი მიუთითებენ, რომ, თუმცა უმაღლესი სასამართლოს გადაწყვეტილების შესაბამისად ქალს აქვს აბორტის გაკეთების უფლება, მაგრამ ეს სრულებით არ აძლევს მას იმის უფლებას, რომ საზოგადოებისაგან მოითხოვოს შესაბამისი მატერიალური სახსრების გამოყოფა. მათი ძალისხმევის შედეგად „უფასო“ აბორტების გაკეთება ღარიბი ფენების წარმომადგენლებისათვის ნებადართულია მხოლოდ იმ შემთხვევებში, როდესაც: 1. ორსულობა შეწყვეტილ უნდა იქნეს სასიცოცხლო მონაცემებით; 2. თუ ქალი დაორსულდა ინცესტის ან გაუპატიურების შედეგად.

ამასობაში არც ქალის უფლებების გაფართოების მომხრეები რჩებოდნენ უმოქმედოდ და თავისი აქტიურობით გარკვეულ წარმატებებსაც მიაღწიეს. ამ წარმატებებმა თავისი გამოხატულება პოვა უმაღლესი სასამართლოს გადაწყვეტილებებში, რომელმაც არაკონსტიტუციურად მიიჩნია იმის მოთხოვნა, რომ აბორტები მხოლოდ

საავადმყოფოს პირობებში კეთდებოდა, რამაც მნიშვნელოვნად გააძვირა ამ პროცედურის ჩატარება. ამასთან ერთად, უმაღლესმა სასამართლომ აკრძალა აბორტის გაკეთებისათვის ქალისაგან ინფორმირებული თანხმობის მიღების პრაქტიკა.

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 ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში ლიცენზირებული ექიმის მიერ. თუ ფეხმძიმობა საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ვადაზე ნაკლები ხანგრძლივობისაა და 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 სანინაალმდეგო პროპაგანდა და საგანმანათლებლო მუშაობა აბორტის წინააღმდეგ სახელმწიფოსა და საზოგადოების მოვალეობაა. აბორტის რეკლამა აკრძალულია. საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ ვადაზე მეტი ხანგრძლივობის ორსულობის შემთხვევაში აბორტი ნებდართულია მხოლოდ სამედიცინო და სოციალური ჩვენებების მიხედვით.

ფერტილიზაცია ნებადართულია: ა) უშვილობის მკურნალობის მიზნით, თუ მიღებულია როგორც უშვილო წყვილის, ისე დონორის წერილობითი თანხმობა, დადასტურებული სანოტარო წესით; ბ) სამეცნიერო მიზნით გენეტიკური დეფექტების აღმოცენების მიზეზების, მათი გადაცემის გზების, პროფილაქტიკისა და მკურნალობის შესასწავლად. სახელმწიფო, საზოგადოებასთან ერთად, ხელმძღვანელობს და აკონტროლებს გამოკვლევებს ხელოვნური განაყოფიერების სფეროში; გ) მხოლოდ სათანადო ლიცენზიის მქონე დაწესებულებაში, თუმცა 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 ჩაუტარა წინასწარი გასაუბრება და გასაუბრებიდან სტერილიზაციამ-

დე გასულია კანონმდებლობით დადგენილი მოსაფიქრებელი ვადა.

აბორტის, დედის და ნაყოფის პრობლემა უნდა გადაიჭრას კონკრეტული პირობების შესაბამისად. გათვალისწინებული უნდა იყოს დედის სამედიცინო-ბიოლოგიური მდგომარეობა, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული დემოგრაფიული სიტუაცია. გარკვეულ როლს ასრულებს ეკონომიკური ფაქტორი, ეროვნული, რელიგიური ტრადიციები და პაციენტის სულიერი მდგომარეობა.

წინამდებარე სახელმძღვანელო არასრულყოფილი გამოვა, თუ სამედიცინო დეონტოლოგიაში გარკვეულ ადგილს არ დავუთმობთ ნარკომანიის, აივ-ინფექციის შიდსისა და ჰეპატიტების საკითხებს.

ამ ოციოდე წლის წინ, საქართველოში ექიმები, ნარკომანიის ლეგალიზაციას მოითხოვდნენ, მათ ასეთ გადაწყვეტილებას მე დღესაც ვუერთდები და საკითხის გაანალიზებისას ყოველთვის ჩემი უფროსი კოლეგა, უძვირფასესი ადამიანი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის კათედრის ყოფილი გამგე, აკადემიკოსი, ან განსვენებული დავით გეგეშიძე მაგონდება, რომელმაც ნაშრომთა მთელი ციკლი მიუძღვნა აღნიშნულ პრობლემას, ისე კი გასული საუკუნის სამოციანი წლების თბილისში ცნება ნარკომანი არ არსებობდა, იმ დროს იყო მორფინისტიც ცნება, იმიტომ რომ ერთადერთი ნარკოტიკული სა-

შუალეზა იხმარებოდა – მორფი! შემდეგ ისე დაიხვეწა ნარკოტიკული საშუალებების სია, ისე გაძლიერდა და გამრავლდა, მარტო მორფინში ვერ ჩაეტეოდა, გაერთიანდა და არის ნარკოტიკები, ანუ ნარკოტიკული საშუალებები.

ნარკოტიკებს ორი ასპექტი აქვს, სამკურნალო, გამაყუჩებელი და...

პირველი და მეორე მსოფლიო ომების დროს მორფინმა რამდენიმე ათასობით ადამიანი გადაარჩინა, იმიტომ, რომ ძლიერი შეტევის დროს ვითარდება ისეთი მდგომარეობა, როდესაც ტკივილებს ვერ უძლებს ადამიანი, ამიტომ ტკივილ-გამაყუჩებელი აუცილებელია.

– ფილოსოფიური კუთხით თუ შევხედავთ, დღეს მსოფლიოს სჭირდება ასეთი დამამშვიდებელი საშუალებები – „ნარკოტიკები“. ეს ნარკოტიკი იქნება კარგი ხელოვნება, ადამიანთა შორის კარგი ურთიერთობა, ეს ნარკოტიკი იქნება შენში გამოუმუშავებული უნარი, დატკბე სინამდვილით.

მთელი მსოფლიო აპოკალიფსის მოლოდინშია, არა აქვს მნიშვნელობა იმას, ამ ქვეყანას უჭირს თუ იმ ქვეყანას, ადამიანური ურთიერთობის საყოველთაო დეფიციტია.

60–იანი წლების ჰიპები გავიხსენოთ. იყო პროტესტის გრძნობა იმ ყოფის მიმართ, იმ სოციალური გარემოს მიმართ, რომელშიც ცხოვრობდნენ. მათ დაინახეს არარაობა, ყველა ფასეულობის დაყვანა დოლარზე, ამიტომ დაიწყეს პასიური,

კეთილი ბრძოლა ამის წინააღმდეგ. ვიეტნამში ნავიდნენ და ყვავილები ისროლეს. დღეს ჰიპები მოხუცდნენ, მაგრამ არც ყოფა შეიცვალა და არც ზნეობრივი ღირებულებები არ შეცვლილა, იგივე პრობლემებია... ფილოსოფია, ლიტერატურა... რელიგიაც კი, როგორც ჩანს საკმარისი არ არის, წარმართული ხანის ქურუმები სკანდალური რიტუალების შესრულების დროს, ბალახებს ხარშავდნენ და გაბრუებულ მრევლს ექსტაზში აგდებდნენ, ინყებოდა მეექვსე გრძნობის გახსნა... ძალიან საინტერესო ისტორია აქვს ნარკოტიკის წარმოშობას, ჩვენ ადამიანებს გვაქვს ხუთი გრძნობა: – მხედველობა, ყნოსვა, გემოვნება, შეხება, სმენა, აი შემდეგ ინყება ხელოვნება, შემოქმედება... გალაკტიონს ექვსი, შვიდი, ცხრა... გრძნობა ჰქონდა, მაგრამ ამისათვის ნარკოტიკი არ სჭირდებოდა, არ ვთქვათ გალაკტიონი ბევრს სვამდაო... იმ დროს ასე სჭირდებოდა. გალაკტიონი ჩვეულებრივი ადამიანი არ იყო. არც ვაჟა იყო ჩვეულებრივი. როგორც ჩანს, იმის ჭვრეტა, რაც მათ ჰქონდათ, რასაც ჩვენ მხოლოდ ხუთი გრძნობით ვხედავთ და ვაფასებთ, არსში წვდომა არ არის.

ადამიანი რთული ფენომენია. საგანს შეისწავლი, მაგრამ არსთან ვერ მიხვალ, ვერ ჩანვდები. დოსტოევსკის, ამბობენ, როდესაც ეპილეფსიური სტრესი ჰქონდა, მეექვსე გრძნობა ეხსენებოდა. გალაკტიონი არასდროს ყოფილა ლოთი და ჭუჭ-

ყიანი. ის სუფთა იყო. ტანი ერთი წელიც რომ არ დაეხანა, მაინც სუფთა იყო. ტიცციანი არასოდეს შარვალს არ გაიუთოებდა. ეს მე მჭირდება და სხვას. ტიცციანტი – ტიცციანი იყო.

როგორც ჩანს, ანიმისტურ, ოკულტისტურ ქმედებებში დაჭერილი იყო მეექვსე გრძნობის მოსვლის ეს მომენტი.

ისინი სხვა სამყაროში გადადიოდნენ. რა მედიკო-ბიოლოგიური პროცესები ხდებოდა, ეს რთულია და ჩვენ არ ვიცით. ისე კი წარმართულ საქართველოშიც არსებობდა მსგავსი რიტუალები, მაგალითად სვანეთში, სვანები კანაფს ხმარობდნენ თუ საპატიო სტუმარი მოუვიდოდათ, გამხმარი კანაფით ცეცხლს დაუნთებდნენ. კანაფი იწვოდა და გამოყოფდა იმ ნარკოტიკს, რომელიც დიდი რაოდენობით არის ამ მცენარეში. საპატივცემულო სტუმარი ტრანსში ვარდებოდა და სიამოვნებას ეძლეოდა. სვანეთში დღესაც ორმოცის გადახდის დროს, სარიტუალო ფლავში ურევენ კანაფის ნარჩენებს. ეს გარკვეულ ზემოქმედებას ახდენს ჭირისუფალზე, დარს უქარვებს... ასოციაციათა ცვალებადობას და ნეტარებას იწვევს. მაგრამ ამ რიტუალის მეცნიერული მექანიზმი მათ არ იცოდნენ. მაგიურ, ტოტემისტურ რიტუალებში გამაბრუებელი საშუალებები – ნარკოტიკები ცნობილი იყო. ცნობილი იყო მათი დანიშნულება და გამოყენების ხერხები. თრიაქის მოწვევა და სხვა. მაგრამ მერე... მერე სად მივდივართ...?

ნარკომანები ახლა იმასაც ამბობენ, ღმერთებს ვესაუბრებითო, ადამიანი ხომ რთული არსებაა, ღმერთამდე ერთი ნაბიჯია და იმ ერთ ნაბიჯზე ქალი მამაკაცმა უნდა აიყვანოს, მაგრამ მამაკაცები იმდენად არაორდინალეები ვართ, არ ვაკეთებთ ამას. ადამიანი, საბოლოო ჯამში, მაინც სიამოვნებისთვის ცხოვრობს, დიახ ცხოვრების ძირითადი მიზანი სიამოვნებაა... ქართულ სუფრაზე გვადღეგრძელებენ, ვიცით, რომ ბევრი სიტყვები სიცრუეა, ყალბია... მაგრამ გვსიამოვნებს, დიახ სასიამოვნო ტყუილიც ნეტარებას იწვევს, მაგრამ ეს მეტ-ნაკლებად, ნამდვილი სიამოვნება კი მხოლოდ მამაკაცისა და ქალის ურთიერთობის საბოლოო აქტია. ამ დროს ტვინის უჯრედებში გამოიყოფა ნივთიერება – ენდოფილები, რომელიც ნეტარებას იწვევს.

შეიძლება ცოლ-ქმარმა 60 წელი იცხოვრონ ერთად და ეს სიამოვნება არ ჰქონდეთ. ქართველი ცოლ-ქმარი ერთ ოთახში წევს, ფრანგები პატარა ოთახსაც კი გაიყოფენ... ცოლ-ქმარს ერთად არ უნდა ეძინოთ, თამაშობს ქალი, თამაშობს კაცი, ნამდვილი ურთიერთობა ძალიან იშვიათია, მცირე ენდოფილებს გამოყოფენ და მიტომ, ისე კი, ენდოფილები მაშინაც გამოიყოფა, როდესაც კარგ წიგნს წაიკითხავ, ხელოვნებას ეზიარები...

ნარკომანი, არ ვამეტებ, სწორედ ამ მდგომარეობას განიცდის. ნაპოლეონი ოცნებობდა, სიამოვნება რამდენიმე წუთს გაგრძელებულიყო.

არის ასეთი ნარკოტიკები, რომლებიც რამდენიმე საათით ახანგრძლივებს ამ გრძნობას და ხავერდოვანს ხდის. ჩვენ ვეუბნებით ნარკომანს – შენ იცოცხლებ ხუთ წელს. ის მეუბნება, თუ ეს არის ცხოვრების მიზანი, მე ხუთი წლის განმავლობაში გამოვყოფ ტონობით ენდოფილს, შენ კი – არა...

ახლა სხვა კუთხით შევხედოთ. როდესაც ცხოვრებაში არის ამდენი საშინელება, სიძულვილი, ღალატი, ბოროტება... ადამიანი ველარ უძლებს, ძალიან ცოტანი არიან ისეთებიც, რომლებიც კარლსონს და შიოლას იგონებენ.

ისე კი ხშირად, რეალობიდან გაქცევისთვის ტყუილებს ვიგონებთ და ვმშვიდდებით, რამეთუ ტყუილს შექმნაც ხელოვნებაა.

ნარკომანიის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი და არსი ადამიანის რთული ბუნებიდან გამოდის. არ მოსწონს რეალობა და ირეალურს, ილუზურს ირჩევს, იქ თავს კარგად გრძნობს. გოგონებში, ქალებშია ნარკომანია. ჩვენი ცხოვრების წესი ველარ პასუხობს ქალის გაზრდილ მოთხოვნებს. არ ვაძლევთ იმას, რაც უნდა მივცეთ – ურთიერთობას. ალბათ, ცოტაა ოჯახები, სადაც ქმარი ყვავილს უყიდის მეუღლეს. ნარკომანია საქართველოში ეროვნულ ნიადაგზე არ გავრცელებულა. პატრიოტიზმი არ არის ნარკომანიის მიზეზი. მიზეზი სოციალური გარემოა.

ნარკოტიკმა **ЛСД**-მ სიკვდილიც დაამარცხა, ჰო ახლა ნარკოტიკების უამრავი დასახელება არსე-

ბოზს. ნარკობიზნესის გაქანება იმდენად დიდია, რომ ახალი პრეპარატების შექმნას აფინანსებენ. რუსეთში ნიჭიერ ქიმიკოსთა კონკურსი ჩაატარეს. აარჩიეს ოთხი „ოქროს ტვინი“. ჩამოიყვანეს აზერბაიჯანის ერთ-ერთ ქალაქში. დაუსვეს ამოცანა – მიეღოთ მორფინი, მიიღეს, გამოეგონებინათ ახალი ნარკოტიკი, გამოიგონეს – ჩინური ცილა. ეს არის ბრწყინვალე საშუალება და კოლოსალური თანხა ღირს შავ ბაზარზე. თუმცა ამასაც ვერ ვუწოდებთ ბოლო ნარკოტიკს. მთელი სინდიკატი მუშაობს ნარკოინდუსტრიაზე. ეს პირები მუშაობის დროს სრულ კომფორტში ჰყავთ. დიდი ჰონორარები, სრული სერვისი, სადილი ნიცაში, გასეირნება ვენეციაში, ქალები და ა. შ.

ეს საქმე კი აი, როგორ გაიხსნა. მოსკოვში ჩავარდა ვილაც ნარკოტიკების გამაფრცველებელი დოდო, ქართველი. (სამნუხაროდ, ბიზნესში უკვე ჩნდება ქართული ჭკუა, ქართული გენი). ოთხივე ქიმიკოსი აიყვანეს. იმდენად ნიჭიერები იყვნენ, რომ საჭირო გახდა მათი დაცვა. ერთ-ერთმა უკვე პატიმრობაში, გამოიგონა ისეთი პრეპარატი, რომელიც მთელი ქალაქის მონამვლის შემთხვევაში გაანეიტრალებს სანამლავს. ნარკოინდუსტრია მუშაობს, უზარმაზარ თანხებს დებს ამ ბიზნესში და უზარმაზარ თანხებს იგებს. ჩვენ რას ვაკეთებთ? არაფერს, ყოველდღიურად ვულახავთ რწმენას ადამიანს, ყოველდღიურად ვათახსი-



რებთ, ხოლო ისინი მასობრივად აძლევენ ასეთ დამამშვიდებლებს.

გლობალური პრობლემაა რამდენიმე წლის წინ გამოქვეყნდა ამერიკელი ფსიქიატრის წერილი. საინტერესო დაკვირვება ჩაატარა. მსოფლიო მონაცემებით, ფსიქიკური პათოლოგიის დინამიკა მატულობს. რამდენიმე წელის შემდეგ კი პათოლოგია ნორმად ჩაითვლება, ხოლო ნორმა პათოლოგიად.

ოცდამეერთე საუკუნის დასაწყისს, ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული ნივთიერებებისა და პრეკურსორების უკანონო ბრუნვის უსასრულოდ ზრდამ, ნარკომაფიისა და ნარკობიზნესის საერთაშორისო მასშტაბების გაფართოებამ, შექმნილი იმუნოდეფიციტის ვირუსი – შიდსის და ჰეპატიტის მასობრივმა გავრცელებამ არა მხოლოდ სამედიცინო საზოგადოების, არამედ ყველა ადამიანის, კაცობრიობის წინაშე სამედიცინო-ბიოლოგიური, სოციალური, იურიდიული, ფსიქოლოგიური და ა. შ. პრობლემების პარალელურად, მწვავე, ურთულესი ეთიკური პრობლემები დააყენა. ამ პრობლემატიკის განსაკუთრებული აქტუალობა საქართველოში ღია, დემოკრატიული საზოგადოების მშენებლობის პერიოდში ადამიანის უფლებების გაფართოებამ და დაცვამ განაპირობა.

ნარკომანიის, აივ-ინფექცია-შიდსის და ჰეპატიტების მითითებული ასპექტები ერთმანეთთან

მჭიდროდ არიან დაკავშირებული და, შეიძლება ითქვას, რომ ერთმანეთს აპირობებენ, ამიტომ თავდაპირველად თითოეულ დაავადებას (ნარკომანიას, აივ-ინფექცია-შიდსს და ჰეპატიტებს) მოკლედ მიმოვიხილავთ, შემდეგ მათი თავისებურებების და გავრცელების შედეგად წარმოშობილ ეტიკური ხასიათის პრობლემებს განვიხილავთ. დაბოლოს, სათანადო დასკვნებს გამოვიტანთ.

ნარკომანია ნარკოტიკული საშუალებების არასამედიცინო მომხმარებით განპირობებული დაავადება, რომელიც ვითარდება ამ საშუალებების სისტემატური მოხმარების შედეგად და ავადმყოფში გარკვეული ნიშნების, სინდრომების ერთობლიობით ხასიათდება. ეს საშუალებები ინვევენ ფიზიკურ და ფსიქიკურ დამოკიდებულებას, ნორმალური ქცევის შეცვლას, მთელი რიგი პათოლოგიური ხასიათის ცვლილებებს.

ნარკოტიკული საშუალებები ის ქიმიური ან ბუნებრივი ნივთიერებები და მცენარეებია (მათი ნაწილებია), რომლებიც განსაკუთრებულ მდგომარეობას – ეიფორიას, აგზნებას, ჰალუცინაციებს და ა. შ. იწვევენ.

არსებობს ნარკომანიის სხვადასხვა სახეები: მორფინიზმი, ჰაშიშომანია, ბარბიტუმანია, სტიმულატორით გამოწვეული ნარკომანია, პოლინარკომანია.

ნარკომანიის ყველა სახისათვის დამახასიათებელია ნარკოტიკული საშუალებებისადმი ორ-

განიზმის რეაქტიულობის შეცვლის პროცესი, უპირველეს ყოვლისა, ორგანიზმის ამტანობის (ტოლერანტობის) ცვლილება, რაც იმ ფიზიოლოგიური ხასიათის კანონზომიერების გამოვლენაა, რომლის მიხედვითაც ორგანიზმი სათანადო შეგუების, ადაპტაციის უნარით ხასიათდება. ამიტომ საჭიროა ნარკოტიკების დოზის გაზრდა, რომელიც დროთა განმავლობაში შეიძლება იმდენად დიდი გახდეს, რომ თავდაპირველი მისი მიღების ან ზედდოზირების შემთხვევაში ადამიანის სიკვდილიც კი გამოიწვიოს.

ნარკოტიკული საშუალებების ამტანობის შეცვლა ნარკოტიკული თრობის სურათს ცვლის, ზოგჯერ ნარკოტიკული მოქმედების ხასიათიც იცვლება – სედატიური ეფექტი მასტიმულირებული მოქმედების სახეს იღებს.

აღნიშნული მდგომარეობა, როგორც წესი, ადამიანში ნარკოტიკებისადმი ბიოლოგიური ლტოლვის – ფიზიკური დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას იწვევს. ნარკოტიკული საშუალებების ზემოქმედების შემდეგ ნარკომანს აღენიშნება აუტანელი ფსიქოსომატური და ნერვულვეგეატიტური მოშლილობები, რომლებიც სხვადასხვა ფორმით ვლინდება: მოსალოდნელია გულისცემის აჩქარება, არტერიული ჰიპერტენზია, გუგების გაფართოება, ლორწოვანი გარსების სიმშრალე, ოფლიანობა, შემცივნება, ფსიქიკური დაძაბულობა, შფოთვა, მოუს-

ვენრობა, უძილობა, უმადობა, ფალარათობა, კრუნჩხვები და ა. შ. ყოველივე ეს ნარკომანის ცხოვრებას აუტანელს ხდის. მას ერთადერთი გამოსავალი რჩება, რადაც არ უნდა დაუჯდეს უნდა იშოვოს ნარკოტიკი და მისი დახმარებით „უშველოს თავს“.

ბიოლოგიური, ფიზიკური ნამალთდამოკიდებულების პარალელურად ნარკომანის ცნობიერებაში მკვიდრდება მეორე სახის დამოკიდებულება – იგი იძულებულია მუდმივად იფიქროს მოსალოდნელ უბედურებაზე აბსტინენციის სინდრომზე – „ლომკის“ დაწყებაზე და მისგან მიყენებულ აუტანელ ტკივილზე. ასე ეშვება ნარკომანის ფსიქიკური დამოკიდებულების სიღრმეში, რომელიც მას თავის წიაღისაკენ ეწევა. ნარკომანის აზრები მთლიანად ნარკოტიკული საშუალებების შოვნასა და მიღებაზე გადაერთვება. იგი ნარკომანში არა მარტო დომინირებს, არამედ მას სრულ ტყვეობაში აქცევს. აღნიშნულის გამო, ნარკომანში მორალური და სულიერი ღირებულებები უფასურდებიან, სიცოცხლე კარგავს საზრისს, ზნეობრივი პრინციპების დაცვის მოთხოვნების სრულიად ქრებიან და ა. შ.

ნარკომანისათვის დამახასიათებელი სინდრომები: ამტანიანობის (ტოლერანტობის) შეცვლა, აბსტინენცია – ფიზიკური და ფსიქიკური დამოკიდებულება, გამოხატავენ ნარკომანიის არსს, მაგარამ მთავარი ის არის, რომ ნარკომანი, როგორც

ადამიანი, საზოგადოებისა და თავის თავისთვის დაღუპულია.

ნარკოტიკული საშუალებები: ოპიუმის ჯგუფის პრეპარატები (მორფიუმი, კოდეინი, პრომედოლი და სხვა), ასევე ჰაშიში (ანაშა, პლანი, მარიხუანა), ასევე სტიმულატორები ორგანიზმში, პირველ რიგში, ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში არსებითი ხასიათის ძვრებს იწვევენ, რომლებიც ფაქტიურად შეუქცევადი ხასიათის არიან.

ცვლილებები გამოიხატება ჰიპოთალამუსში, ნათხემში, ამონის რქაში, მხედვლეობის ბორცვებში, ვაროლის ხიდში, მოგრძო ტვინსა და ზურგის ტვინში. მორფიუმის ინტოქსიკაციის მწვავე პერიოდში მკვეთრად დაზიანებულია ცენტრალური ნერვული სისტემის შედარებით მაღალდიფერენცირებული წარმონაქმნები. ვლინდება ბირთვული ციტოპლაზმური ურთიერთობების შეცვლა, რაც ბიოქიმიურ ცვლილებებთან და ნეირონებში მეტაბოლურ ძვრებთან არის დაკავშირებული.

ჰაშიშის ხანგრძლივი ხმარება სასუნთქი გზების ლორწოვანი გარსის განლევას (ატროფიას) იწვევს. ამ დროს აღწერილია აგრეთვე ფილტვის სკლეროზისა და თავის ტვინის ქსოვილის განლევის შემთხვევები პარკუჭების გაგანიერებით.

სტიმულატორებით გამონვეული ნარკომანიის დროს სისხლის არეტრიული წნევა მომატებულია, დიურეზი და სუნთქვა – გახშირებული, აღინიშნე-

ბა პირის სიმშრალე, სიგამხდრე, კუჭის კუნთოვანი შრის მოდუნება.

ნარკომანიის ყოველი სახისათვის დამახასიათებელია ფიზიკური განღვება, საერთო სისუსტე და იმუნურ სისტემით ფუნქციური აქტივობის შესუსტება, რის გამოც ნარკომანიის შემთხვევაში ყველა სახის სომატური დაავადება გართულებებით მიმდინარეობს.

აღნიშნული და მისი ანალოგიური სამედიცინო-ბიოლოგიური შედეგების ლოგიკური დასასრული ის არის, რომ უმთავრეს შემთხვევაში, ნარკომანში ყალიბდება სოციალური დეფორმაცია, თავაშვებულობა, მიმბაძველობა, ჰედონისტური მიდრეკილებანი, უსაქმურობა, უმუშევრობა, ნარკობიზნესის გავრცელებაში მონაწილეობა და ა. შ.

მაშასადამე, ნარკოტიკული საშუალებების არასამედიცინო მიზნებით სისტემატური მიღება ფიზიკურად ანგრევს, აავადებს ადამიანის ორგანიზმს, სულიერად აჩანაგებს პიროვნებას, აუკულმართებს მისი ცნობიერების შინაარსს, ცვლის მისი ცხოვრების წესს და საგრძნობლად ამცირებს მისი სიცოცხლის წლებს.

შიდსი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის (აივ) მიერ გამოწვეული ინფექციური დაავადებაა, უფრო ზუსტად, აივ ინფექციის ბოლო სტადიაა, როდესაც ავადმყოფს უვითარდება დაავადების გარკვეული კლინიკური ნიშნები ან იმუნური სისტემის მძიმე დაზიანება. აივ ორგანიზმში შეჭრის

შემდეგ აზიანებს ორგანიზმის დამცველ იმუნურ სისტემას და წყობრიდან გამოჰყავს იგი, რის შემდეგაც ინფიცირებულ პირს ადვილად უჩნდება სხვადას, პირველ რიგში ინფექციური ან სიმსივნური დაავადება, როგორც წესი, სასიკვდილო შედეგით.

თავდაპირველად ვერც სამედიცინო და ვერც სამოქალაქო საზოგადოებამ ვერ გაითავისა შიდსის გავრცელების საშიშროებანი და მასთან დაკავშირებული პრობლემები, რაც, ძირითადად, იმით იყო გამოწვეული, რომ ჩამოყალიბდა არასწორი შეხედულება ამ დაავადების გადაცემის გზების შესახებ. მიჩნეული იქნა, რომ შიდსით ავადდებიან მხოლოდ ჰომოსექსუალისტები, ნარკომანები და მეძავი ქალები. მაგრამ მალე გამოირკვა, რომ შიდსი ამით არ შემოსაზღვრავს თავის კონტიგენტს. დადგინდა აივ ინფექცია–შიდსის გადაცემის შემდეგი გზები: სქესობრივი კონტაქტი (როგორც ჰომოსექსუალური, ისე ჰეტეროსექსუალური); ინფიცირებული სისხლის ან მისი ცალკეული კომპონენტის გადასხმა; ავირინფიცირებული სისხლით დაბინძურებული შპრიცის, ნემსის და სხვა სამედიცინო ინსტრუმენტის გამოყენება; ინფიცირებული დედისაგან ნაყოფზე ან ახალშობილზე გადაცემა მუცლადყოფნის პერიოდში, მშობიარობის ან ძუძუთი კვების დროს.

შიდსის კლინიკური ნიშნები ნარკომანიის კლინიკურ ნიშნებს ჰგავს, ეს ნიშნებია: ლიმფური კვან-

ძების გადიდება; ნათლად გამოხატული სისუსტე; ტემპერატურის უმოტივო მომატება საკმაო ხნის მანძილზე; კანსა და ლორწოვან გარსებზე წითელი ფერის კვანძები; ფილტვების ანთება; ოფლიანობა; პათოლოგიური მოვლენები ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრივ და სხვა. რაც მთავარია, ყველა ეს ნიშნები მკურნალობის საშუალებებს არ ექვემდებარებიან.

აღნიშნული და სხვა ვითარების გამო აუცილებელია სპეციალური ლაბორატორიული გამოკვლევების ჩატარება. საქართველოში ასეთი სახის მაღალკვლავიფიცირებული სპეციალობით დაკომპლექტებული სამედიცინო დაწესებულებაა საქართველოს შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი.

დადგენილია ვირუსული ჰეპატიტების შვიდი დამოუკიდებელი ფორმა, რომელთა აღნიშვნა ხდება ლათინური ანბანის მიხედვით: A, B, C, D, E, F, G. ეს ფორმები არ ამოწურავენ ადამიანში ღვიძლის ვირუსული დაზიანების ვარიანტებს. შესაძლოა ვირუსით დაავადების ეტიოლოგიურად ახალი, დამოუკიდებელი ფორმების გამოვლენა.

ჰეპატიტების აღნიშნულ ფორმებს აერთიანებს გამომწვევის პეპატოტროპულობა – ღვიძლის შერჩევითი დაზიანება. ხოლო განსხვავდებიან მთელი რიგი ასპექტებით: ვირუსების ტაქსონომიური კუთვნილებით, ინფიცირების მექანიზმით და გადაცემის გზებით, პათოგენეზით და იმუნოგენე-



ზით, კლინიკური გამოვლინებით, მიმდინარეობის სიმძიმით და გამოსავლით, სპეციალური დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებით, პროფილაქტიკის და მკურნალობის განსხვავებული პროგრამით.

განსაკუთრებული რისკის ჯგუფს წარმოადგენენ ნარკომანები, მეძავეები, ჰომოსექსუალები. მაღალი ინფიცირების ჯგუფს მიეკუთვნება აგრეთვე სისხლთან და მის კომპონენტებთან კონტაქტში მყოფი სამედიცინო პერსონალი, ჰემოდიალიზზე მომუშავე პირები, ქირურგები, გინეკოლოგები, ჰემატოლოგები, ლაბორანტები, საოპერაციო დები.

ინფექციის გადაცემის მექანიზმის მიხედვით ვირუსული ჰეპატიტების უკვე ცნობილი ფორმები ორ ჯგუფად იყოს: ინფიცირების ფეკალურორალური მექანიზმებით მიმდინარე – **A** და **B** ჰეპატიტები და პრარენტერული მექანიზმით მიმდინარე – დანარჩენი (**B, C, D, F, G**).

**B** ჰეპატიტის გამომწვევია დნმ-ის შემცველი ვირუსი, რომელიც ჰეპადნავირუსებს მიეკუთვნება.

**B** ვირუსი საკმაოდ მდგრადია გარემო პირობების მიმართ. ოთახის ტემპერატურაზე ცხოველმყოფელობას 3 თვე ინარჩუნებს, მაცივარში – 6 თვე, გაყინულ მდგომარეობაში – 15–20 წელი, გამომშრალ პლაზმაში – 25 წელი.

**C** ჰეპატიტის ძირითადი თავისებურებაა, მწვავე პერიოდის მსუბუქი მიმდინარეობის მიუხედავად, ქრონიკული ფორმების სიხშირე. ამ დაავადების

შესახებ ინფიცირებულები რამდენიმე წლის შემდეგ იგებენ ან შემთხვევით, ან უკვე ქრონიკული ჰეპატიტისათვის დამახასიათებელი ჩივილების განვითარებისას, რადგან ძირითადი სიმპტომები არ არის მკაფიოდ გამოხატული: უმადობა, სისუსტე, სახსრების ტკივილი და სხვა. ჩვეულებრივი სიმპტომები და ლაბორატორიული მონაცემების გამწვავებები მონაცვლეობენ რემისიის პერიოდთან.

ვირუსული ჰეპატიტები მეტად ვერაგი დაავადებაა არა მარტო მისი ფართო გავრცელებით, არამედ იმით, რომ დღეს მსოფლიოში მისი მკურნალობის ეფექტური საშუალება არ არსებობს. ვერაგია პირველ რიგში იმიტომ, რომ ინფექციის ძირითად წყაროს წარმოადგენენ ჰეპატიტით ინფიცირებული ნარკომანები. მათ ირგვლივ წარმოიქმნება ოჯახური კერები, რომლებიც მოიცავენ მეუღლეებს, ბავშვებს და ოჯახის სხვა წევრებს. ხშირად **B** და **C** ჰეპატიტებით დაავადებულთა მეგობრები, ახლობლები, რომლებიც თავს ჯანმრთელად თვლიან, ვირუსის მატარებლები არიან. ამ ვირუსის თავისებურება იმაში მდგომარეობს, რომ იგი წაშლილი ფორმით მიმდინარეობს და პრაქტიკულად ავამყოფი ექიმს უკვე ქრონიკული ფორმით მიაკითხავს ხოლმე.

ვირუსული ჰეპატიტებით ინფიცირებულის ძირითადი მიზეზი ინტრავენური ნარკომანიაა. დადგენილია, რომ ნარკოტიკული საშუალებების არა-

სამედიცინო მიზნით ქართველ მომხმარებელთა, ნარკომანთა, პოლინარკომანთა წრეში გავრცელებაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება არასამედიცინო ინექციებს, რომლებიც ძირითადად, ნარკოტიკების ინტრავენური შეყვანას მოიცავს, რასაც ადასტურებს ავადმყოფობის მკვეთრი ზრდა 15–30 წლის ასაკში. C ჰეპატიტს მთელ მსოფლიოში და საქართველოშიც სამართლიანად „ნარკომანთა ჰეპატიტს“ უწოდებენ.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ამჟამად მსოფლიოში შიდსის პანდემიაა – შიდსმა მსოფლიოს ხუთივე კონტინენტი მოიცვა. შიდსით, ეპიდემიის დაწყებიდან დღემდე, 30 მილიონზე მეტი ადამიანია დაინფიცირებული, მათგან 2.6 მილიონი ბავშვი. შიდსით გარდაცვლილთა რიცხვებმა უკვე 6 მილიონს მიაღწია. მეცნიერული პროგნოზით, საუკუნის დასასრულისათვის ამ დაავადებით გარდაცვლილთა რიცხვი 8 მილიონს მიაღწევს. აივ ინფექცია–შიდსით დაავადებულთა რაოდენობის ზრდის ტემპები იმდენად შემაშფოთებელი და ყოვლისმომცველია, რომ, თერმობირთვული ომის შემდეგ, კაცობრიობის ყველაზე დიდ საფრთხედ არის მიჩნეული.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ოფიციალური ცნობით მსოფლიო მოსახლეობის 1/3 ინფიცირებულია B ვირუსით. ყოველწლიურად მსოფლიოში 50 მილიონი ადამიანი ინფიცირდება. 350 მილიონზე მეტ ადამიანში დაავადება

ქრონიკული ფორმით და ვირუსმატარებლობის სახით მიმდინარეობს, რომელთაგან უახლოეს ათწლეულში 70 მილიონი ღვიძლის კიბოთი და 45 მილიონი ციროზით მოკვდება. ჰეპატიტის ვირუსით ინფიცირებულია 80% ხდება ქრონიკული ფორმით დაავადებული, მათგან 50%-ს უყალიბდება ღვიძლის ციროზი.

ნარკომანიის, აივ ინფექცია–შიდსის, ჰეპატიტის საქართველოში გავრცელების ტენდენციები ამ დაავადებათა მსოფლიოში გავრცელების თავისებურებების ანალოგიურია.

არასრული მონაცემებით, ამჟამად, საქართველოში ნარკოტიკული საშუალებების არასამედიცინო მიზნით მომხმარებელთა, ნარკომანთა, ტოქსიკომანთა, პოლინარკომანთა რიცხვმა ათეულ ათასობით მაჩვენებელს გადააჭარბა. გაფართოვდა ნარკომანიის გავრცელების გეოგრაფია. ნარკომანია ქალაქის მცხოვრებთა პრობლემიდან სოფლის მცხოვრებთა ფენომენიც გახდა. საყურადღებოა ისიც, რომ საქართველოში მასობრივად გამოიყენება კუსტარული წესით დამზადებული ნარკოტიკული საშუალებები.

ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტები ვარაუდობენ, რომ დღეს საქართველოში რეალურად 2000–მდე აივ ინფიცირებული და შიდსით დაავადებულია. მათი პროგნოზით: თუ დაუყოვნებლივ არ გატარდა ღონისძიებათა კომპლექსი, საქართველოში უახლოეს მომავალში

მოსალოდნელია აივ ინფექცია–შიდსის შემთხვევათა სწრაფი მატება (2005 წლისათვის – 20 000 ინფიცირებული) სოციალური და ეკონომიკური შედეგებით განპირობებული. ყურადღებას ისიც იქცევს, რომ აივ ინფექცია–შიდსიც აღარ არის ლოკალური ხასიათის მოვლენა. იგი საქართველოს ყოველ კუთხეს მოედო.

ეთიკური პრობლემები. ნარკომანთა მსოფლიოს მასშტაბით არნახულმა რიცხოვნობამ ზრდამ, აივ ინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულთა კატასტროფულმა მატებამ, ჰეპატიტების გავრცელების მასობრიობამ, საზოგადოებას, ადამიანებს, ექიმებს აპოკალიფსური ხასიათის მოსაზრებები გაუფართოვა. ღვთისმეტყველები, ექსპერტები, ფილოსოფოსები, ფსიქოლოგები, ანთროპოლოგები, კულტუროლოგები და ა. შ. აღნიშნულ დაავადებებს, მათი გავრცელების საყოველთაობას ადამიანის მიერ დედამიწაზე დაგროვილი ცოდვების, უზნეობის, დანაშაულის, უდიერი ქცევების ღმერთისეულ სასჯელად მიიჩნევენ.

თერმოდინამიკის პირველი კანონის თანახმად ერთი სახის ენერგია გადადის მეორე სახის ენერგიაში და, როგორც წესი, გადასული (გარდაქმნილი) ენერგიის რაოდენობა იმის თანაბარია, რაც გადასვლამდე იყო. ენერგიათა აღნიშნული ექვივალენტობა საყოველთაოა, მაგრამ, სხვადასხვა მიზეზების გამო, არავინ უფიქრდება იმას, თუ ვინ „წონის“, ვინ „ათანაბრებს“ ენერგიების რაოდენო-

ბას, მეტიც, ეს „უხილავი ძალა“ რატომ არასოდეს არ აკეთებს გამონაკლისს.

ასტროლოგიაში შემუშავებულია ჰიპოთეზა, რომლის თანახმად, ენერგიათა გარდაქმნის კანონის ფარგლებში დასახლებული ადგილის (ქალაქის, დაბის, სახელმწიფოს) მოსახლეობის ბოროტი ზრახვები, უზნეობანი, ნეგატიური მოსაზრებები, ადამიანის მიერ ჩადენილი დანაშაულობები (ქურდობა, სქესობრივი გახრწნილება, ლალატი, გაცემი, მკვლევლობები და ა. შ.) უკვალოდ არ ქრებიან. ისინი და მისი მსგავსი უარყოფითი აზრები და ქმედებები გროვდებიან ატმოსფეროში და წარღვნის სხვადასხვა ფორმით (ომებით, შურისძიებებით, ავადმყოფობით – ნარკომანია, შიდსი, ჰეპატიტი, ტუბერკულოზი, ავთვისებიანი სიმსივნე, კანისა და ვენერიული დაავადებანი და ა. შ.) ადამიანებს უკანვე უბრუნდებათ. ამ მიმართებაში ახლებურ ფლერადობას იძენს საერთო სიყვარულის, რელიგიური თეზის მნიშვნელობა, ზოგადზნეობრივი პრინციპების დაცვის აუცილებლობა – თუ არ დავაგროვებთ უარყოფით მუხტს, არ მივიღებთ შესაბამის ნეგატიურ შედეგებს და პირიქით.

ნიშანდობლივია ის, რომ ბიბლიის ბოლო წიგნი იოანეს გამოცხადება – აპოკალიფსი ადამიანებს სწორედ ასეთი სახის დასასრულის (ფინალის) ფორმებს აცნობს. განსაცვიფრებლად ასრულდა მესამე ანგელოზის წინასწარმეტყველება, რომლის თანახმად სამი მდინარის შესაყარზე მზე

ჩამოვარდება (ატომური ელექტროსადგურის სიმბოლო) მონამლავს წყალს, გარემოს, რაც ადამიანთა მასობრივ სიკვდილს გამოიწვევს. როგორც გამოირკვა ჩერნობილის ტერიტორიაზე სამმა მინისქვეშა მდინარემ რადიოაქტიური ნაწილები განავრცო, რასაც ადამიანთა მასობრივი დასნეულება მოჰყვა. ასრულდა ბიბლიაში ადგილის დასახელების სიზუსტეც – უკრაინულ ენაზე „ჩერნობილ“ – ქართულად აბზინდა – რუსულად „პოლინ“ – ყვავილის სახელია (უკრაინულად ჩერნობილი აბზინდას ნიშნავს).

ნარკომანთა შიდსით, ჰეპატიტებით დაავადებულთა მიმართ ხომ არ გავრცელდება ერთ–ერთი ანგელოზის წინასწარმეტყველება: „იმ დღეებში ადამიანები სიკვდილს დაუნყებენ ძებნას, მაგრამ „ვერ ჰპოვებენ მას: ინატრებენ სიკვდილს, მაგრამ სიკვდილი გაექცევა მათ“. (იოზ. 3, 21, ე. 2, 19, ოსე 10. 8; ლუკ. 23. 30).

მეხუთე ანგელოზის წინასწარმეტყველებაში დაზუსტებულიც კი არის მოკვდინების ფორმა: ჯურღმულიდან ამოსული კალიების გამრავლების შედეგად, კალიის ნაკბენის შემდეგ (ინფექციების გავრცელება დ. გ.) დაიწყება ადამიანის წამება, რომელიც დაახლოებით ხუთ თვეს გასტანს. დამტკიცებულია, რომ აივ–ინფიცირებული და შიდსით დაავადებული ადამიანი არნახული ფსიქოლოგიური ზენოლის შედეგად განიცდილის საშინელ წამებას, მოახლოებული გარდაუვალი

სიკვდილის მომლოდინე კარგავს მოსვენებას და სწორედ ხუთი თვის შემდეგ დგება მისი სრული დეპრესიის, ფიზიკური და სულიერი განადგურების – გაჩანაგების პერიოდი.

აივ ინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულთა განწირულობამ, ნარკომანთა ფაქტიურად განუკურნებლობამ, ჰეპატიტებით დაავადებულთა გართულებებმა ხსნის უიმედობა წარმოშვა. ამ დაავადებათა განსაკუთრებით ავბედითმა ხასიათმა დედამიწაზე სიცოცხლის განადგურების აპოკალიფსური წარმოდგენების ჩამოყალიბება გამოიწვია საბოლოო ჯამში ყოველივე ეს ღმერთის მიერ ადამიანებზე მოვლენილ კანონიერ სასჯელად წარმოისახა.

შიდსის პათოლოგიური და ეპიდემიოლოგიური შესწავლის შემდეგ დადგენილია, რომ გარკვეული სპეციფიკურობის მიუხედავად ეს დაავადება ისეთივე სახის თავისებურებებით ხასიათდება, როგორც ეპიდემიური და ინფექციური პათოლოგიის სანიერიდან დანახული სხვა დაავადებები, მაგალითად, ავთვისებიანი სიმსივნეები, ცოფი, ჭირი ტუბერკულოზი, ჰეპატიტები და სხვა. შიდსი ტუბერკულოზის მსგავსად ავლენს თავის თავს მანამ, სანამ არ მომწიფდება; შიდსი, როგორც წესი, მთავრდება სიკვდილით, როგორც ჭირი და ცოფი, შიდსი არ ექვემდებარება მკურნალობას, როგორც ავთვისებიანი სიმსივნეები და სხვა.

შიდიღება დასახელებულია დაავადებებით გა-



მონვეული სიკვდილის გარდაუვალობის აღქმა სხვადასხვა იყოს, შეიძლება ასევე განსხვავდებოდეს თითოეული ამ დაავადებით დასნეულებულის ფსიქოლოგიური შოკი, მაგრამ საბოლოოდ ყველა მითითებული დაავადების შემდეგ ადამიანის ცნობიერებაში ამოტივტივდება და გავრცელდება (კონკრეტულ შემთხვევაში დომინირდება) ყოფნა-არ ყოფნის, სიკვდილ-სიცოცხლის ზოგადმსოფლმხედველობითი პრობლემა.

ფინალის – სიკვდილის წინაშე უსუსურობის განცდის გამო, რასაკვირველია, მეტ ჟღერადობას იძენს შიდსით დაავადებულთა, ნარკომანთა, ავთვისებიანი სიმსივნეებებით დასნეულებულ ადამიანთა ფსიქოლოგიური განცდები, მათი ზნეობრივი პოსტულატების გადასინჯვის აუცილებლობა. ასეთი კატეგორიის ადამიანები, რასაკვირველია, ვერ დაეთანხმებიან მორალის კატეგორიების: „ბედნიერება“, „მშვენიერება“, „სიცოცხლის საზრისი“ და სხვა იმ დეფინიციებს, რაც მისაღებია ჯანმრთელი ადამიანებისთვის. ასეთი ავადმყოფ-პაციენტ-ექიმის დამოკიდებულება და საერთოდ ამ ადამიანთა სამყაროსადმი ურთიერთობა, ბუნებრივია, თვისობრივად შეცვლილია, გარდაქმნილია მათი მსოფლმხედველობის შინაარსი.

ნარკომანთა ეთიკურ ღირებულებათა სისტემა თავისი ხასიათის თვითმყოფადობის პარალელურად, ანტიზნეობრივია – იმის საპირისპიროა, რაც საზოგადოების მიერ ქცევის ნორმად არის

მიღებულ—მიჩნეული. ეს თვალნათლივ აისახება იმაში, რომ ნარკომანებს ნარკოტიკების დასახელება, ხმარების და განცდების საკუთარი ცნებები, ტერმინები და ჟარგონები აქვთ, რომლებსაც ურთიერთობაში ხმარობენ. ისინი ჰერმენევტული თვალსაზრისით საინტერესო სპეციფიკურობით ხასიათდებიან და ნარკომანიის არსს გამოიხატავენ. ისიც აღსანიშნავია, რომ უმრავლეს შემთხვევაში ნარკომანიის ცნებათა უმრავლესობა შესატყვისი ორი ან მეტი ჟარგონით არის დამკვიდრებული. ასე, მაგალითად: პრიხოდი ან ტასკა ან ატხადნიაკი – ნარკოტიკული თრობის სტადიებზე მიუთითებს; პლანაქეში ან ქეში – მარიხუანას მომხმარებელს ჰქვია; მასტერკა ან შმატი ან ჩეკი ან ზახოდი ან კუბი ან დეცი – სხვადასხვა ნარკოტიკული საშუალებების საზომი ერთეულების აღმნიშვნელად გამოიყენება; წყალი ან მაკი ან შოკოლადი ან შავი – ოპიუმის აღმნიშვნელია; კოკნარი ან სალომკა – ოპიუმის ყაყაჩოს ნამჯის სინონიმებია; პური ან კატიუხა ან კოდა ან კალიკი ან კალიოსა – კოდეინის; გერა ან პუდრა – ჰეროინის; პლანი ან ანაშა ან მოსანევი ან ბალახი ან თივა ან ტრავკა ან ბოლი ან შალა ან მაცანი ან ნახერხი – მარიხუანასი; კოკა ან კოქსი ან გრაფეტი – კოკაინის; ჯეფის კოქტეილი ან ეფენდი ან მულკა ან კოსმოსი – ეფედრინის; ლაშადკა ან ცხოვრება – მეტადონის და ა. შ.

თავისი დატვირთვა აქვს ერთჯერად ჟარგონ-

ნებს: კოქტეილი – ოპიუმის და ყაყაჩოს ნამჯის ექსტრაქტის ნაერთი; მარფუშა – მორფინი; ხიმკა – ჰაშიშის ზეთი; მანაგუა – რძეში მოხარშული მარიხუანა; კაიფი – ნარკოტიკული თრობა; აგდე-ბა – უხარისხო ნარკოტიკის მიერ გამოწვეული არასასიამოვნო ეფექტი; შეკეთება – მარიხუანას მომზადება მოსაწვეად; ბაიანი – შპრიცი, წამალი – ნარკოტიკული საშუალებების ზოგადი სახელი; ბაბოჩკა – ერთგვარი საინექციო ნემსი და ა. შ.

მხოლოდ იმის აღნიშვნა, რომ ნარკომანებს თავიანთი ფილოსოფია, თავიანთი მსოფლმხედველობა, თავიანთი ზნეობრივი იმპერატივები აქვთ საკითხის არსს არ ხსნის. ამ შემთხვევაში, ჩვენ მხოლოდ შედეგს ვაფიქსირებთ და არ ვცემთ პასუხს კითხვებზე: რატომ წარმოიშვა ეს განსხვავებული ზნეობა? რამ განაპირობა ნარკომანთა ეთიკური ნორმების ჩამოყალიბება?

ადამიანთა მძიმე, რთულ სიტუაციაში მოხვედრა თანამედროვეობის ჩვეულებრივი მოვლენაა. ბუნებრივია ისიც, რომ ადამიანი ეძებს გამოსავალს, რამდენიმე ხნით მაინც საშინელი სინამდვილიდან თავის დაღწევას. იგი ცდილობს ადამიანთა შორის ნეგატიური ურთიერთობებიდან თავის დაღწევას, საშინელი არსებობიდან დროებით გასვლას, სულიერ ცხოვრებაში მიმდინარე ომის, „მე„–სა და „არამე„–ს შორის შერკინების შედეგად სულიერი ქარიშხლის ერთგვარ შენელებას; გამოუვალ მდგომარეობაში მყოფი რწმენდაკარგული, ხვა-

ლინდელი დღის უიმედობაში მყოფი ადამიანი ნარკოტიკების საშუალებებით აღწევს ამას – ხვდება ილუზორულ, ჰალუცინირებულ სამყაროში, იგი დროებით მშვიდდება, რადგან, ერთი მხრივ, საკვებს აწვდის უჯრედებს – იკმაყოფილებს სამედიცინო–ბიოლოგიურ მოთხოვნილებებს და, მეორე მხრივ, მირაჟების სამყაროში ყოფნის დროს სულიერ სიმშვიდეს აღწევს, საკუთარი „მე„–ს რეალიზაციას ახერხებს. ყოველივე ეს მართალია, მოჩვენებითია, მაგრამ ეს დროებითი (მისი მავნეობის თუ ზიანის მიუხედავად) მისთვის მისაღებია. ადამიანი ცხოვრების მიზანისა და მამოძრავებელი ძალის – სიამოვნების რეალიზაციას აღწევს, ეს დროებითი სიამოვნება მისი ცხოვრების წესად ექცევა. იგი მისი სულიერი დაკმაყოფილების ერთადერთი საშუალებას ხდება. ამ სამყაროში მყოფ ადამიანს კი საზოგადოებრივად მისაღები ზნეობრივი ნორმები აღარ აკმაყოფილებს, მეტიც, მას იძულებულს ხდის დაუპირისპირდეს ამ რეალობას, ყოველ შემთხვევაში პროტესტი გამოთქვას მის მიმართ. ასე იქმნება პროტესტანტული ეთიკა.

ასეთ შემთხვევაში ნარკომანის, როგორც ავადმყოფის, როგორც ადამიანის უფლება–მოვალეობის (იგულისხმება როგორც იურიდიული სანქცია, ასევე ზნეობრივი მოვალეობა) სუბიექტის სტატუსის დასადგენად დაისმის საკმაოდ პრობლემური კითხვა – როგორ შევაფასოთ ნარკომანის, როგორც ავადმყოფის, როგორც იურიდიული

პირის მდგომარეობა? როგორ ავხსნათ ის, რომ შექმნა საპირისპირო ეთიკა – შეიმუშავა განსხვავებული ეთიკური პრინციპები.

ამ კითხვებზე ცალსახა პასუხის გაცემა არ შეიძლება საჭიროა ყველა კონკრეტულ შემთხვევაში საკითხისადმი ინდივიდუალური მიდგომა. დასმულ კითხვას სწორი, ამომწურავი პასუხი გასცა დიდმა ილია ჭავჭავაძემ მოთხრობაში „სახრჩობელაზედ“. ეს პასუხი დღესაც საპროგრამოა. „ჩემი ერთადერთი ძმა ერთადერთი კეთილისმყოფელ კატის კნუტივით ჩამოახრჩვეს, – სწერს ერთი შეხედვით სრულიად უდანაშაულო გლეხს ჩამოხრჩობილის ძმა, – თქვენ იდექით და სეირს უყურებდით... არ შეგარჩინთ... ჩვენ შუა საბოლოოდ ჩავტეხე ხიდი. მე ერთი აქეთ პირას დავრჩი. თქვენ მრავალნი – იქით. განკითხვის დღემ გამოაჩინოს საით არიან მართალნი და საით მტყუანნი“.

ზოგადსაკაცობრიო, ეროვნულ მორალთან ნარკომანთა, სასიკვდილოდ განწირულ ადამიანთა დაპირისპირება განსაზღვრულია მათი სიკვდილსიცოცხლის, ცხოვრების საზრისთან დამოკიდებულებით, სადაც პიროვნული თვისებები გადამწყვეტ როლს ასრულებენ.

ნარკომანთა, აივ-ინფიცირებულთა და შიდსით დაავადებულთა ეთიკურ-ფილოსოფიური პრობლემები არ შემოიფარგლება პირადი განცხადებით, გარდაუვალ სიკვდილზე ფიქრით. მათ პარალელურად, დღის წესრიგში დგება ეთიკური

პრობლემების გადაწყვეტის მთელი რიგი, რომელთა შესახებ შემუშავებულია სხვადასხვა, ხშირ შემთხვევაში ურთიერთგამომრიცხავი მოსაზრებები, პარადიგმები, ჰიპოთეზები.

ექიმებისა და სპეციალისტების მიერ ნარკომანების, აივ-ინფიცირებულ, შიდსით და ჰეპატიტებით დაავადებულ პირთა მკურნალობაზე უარის განცხადების ფაქტი ჰიპოკრატეს „ექიმის ფიცის“ სანინააღმდეგო ეთიკურ ქმედებად უნდა შეფასდეს და გამონვეულია, ერთი მხრივ, ამ დაავადებით დასნეულების შიშით, მეორე მხრივ, დაავადებულთა კონტინგენტის შემადგენლობით.

როგორც საექიმო პრაქტიკამ დაადასტურა, შიდსით დასნეულების ძირითადი წყაროა ინფიცირებული სისხლი, რომელიც შესაძლებელია ექიმის ან სხვა სპეციალისტის სისხლში სხვადასხვა სახის მანიპულაციების ჩატარების პროცესში მოხვდეს. თავდაცვითი ხასიათის ღონისძიებების გატარება, რასაკვირველია, ასეთი სახის რეციდივების პროცენტს საგრძნობლად ამცირებს, მაგრამ, მათ მთლიანად არ გამორიცხავს. ამიტომ, ექიმთა ერთმა ნაწილმა, საზღვარგარეთის მთელ რიგ სახელმწიფოებში, მათ შორის ეკონომიკურად ძლიერ ქვეყნებში, „კავშირი განყვიტეს ამ დარგთან“ – უარი თქვეს აივ-ინფიცირებულ და შიდსით დაავადებულთა მკურნალობაზე.

ზოგიერთ სახელმწიფოში ამ ტენდენციის შეჩერების მიზნით ივინფიცირებულ და შიდსით და-

ავადებულთა მკურნალობაზე დაკავებულ პირებს დამატებითი ანაზღაურება დაუნიშნეს, მაგრამ ამ ღონისძიებას სათანადო შედეგი არ მოჰყოლია. პირიქით, ჩათვალეს, რომ დამატებითი ანაზღაურება საშიშროების რეალობის გამო ხდებოდა, რამაც განთესვის პროცენტი გაზარდა. ერთდროულად დამატებითი ანაზღაურება მოითხოვეს იმ მომიჯნავე ნოზოლოგიების წარმომადგენლებმაც, რომლებიც, პირდაპირ ან არაპირდაპირ, აივინფიცირებულ და შიდსით დაავადებულთა მკურნალობაში იყვნენ ჩაბმულნი.

ეთიკური თვალსაზრისით გამართლებული და დასაბუთებული იყო ეს პრეტენზიები იმიტომაც, რომ ეყრდნობოდნენ იმ რეალურ ფაქტს, რომლის თანახმად აივინფიცირებულ და შიდსით დაავადებულთა აბსოლუტური უმრავლესობა, როგორც წესი, ჰომოსექსუალისტები და ნარკომანები არიან.

მნიშვნელოვან ფაქტორად იყო მიჩნეული ისიც, რომ შიდსით დაავადებულები და ნარკომანები, ფაქტიურად არ ინკურნებიან (ის უმნიშვნელო პროცენტი, რომლებიც შეიძლება განიკურნონ, მხედველობაში არ არის მისაღები). საქმე იქამდეც კი მიდის, რომ ასეთი კატეგორიის ადამიანებთან დაზღვევის ორგანოები კავშირს არ ამყარებენ და მათზე ზრუნვას მიზანშეუწონლად თვლიან.

მამასადამე, აივინფიცირებულ და შიდსით დაავადებულებს, ნარკომანებს და ტოკსიკომანებს

ერთადერთ ნუგეშად რჩებათ ექიმის პირადი გადაწყვეტილება, მათი საექიმო ეთიკური ნორმებისადმი პირადი ერთგულება. გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ეთნოფსიქოლოგიურ ტრადიციებს, წეს-ჩვეულებების შესრულების პასუხისმგებლობას. აღნიშნულ შემთხვევაში ქართული მრავალსაუკუნოვანი საექიმო ტრადიციები ხელს შეუწყობენ ქართველ ექიმთა მხრიდან ზოგადზნეობრივი პრინციპების დაცვის უზრუნველყოფას.

საექიმო ეთიკური პრინციპების დაცვა განსაკუთრებული სიმწვავეით დგას მათი განხორციელების პროცესში. პირველ რიგში მაშინ, როდესაც ნარკომანთა, აივ,ინფიცირებულ და შიდსით დაავადებულთა შესახებ ინფორმაციის გაცემაა საჭირო: დაავადებულთათვის ყველაფრის თქმის სირთულის პარალელურად, ოჯახის წევრების, ნათესავების, ახლობლების და სახელმწიფო სტრუქტურების (ქალაქის მერია, პოლიცია, სამუშაო ადგილი და ა. შ.) წარმომადგენლობისათვის აღნიშნულის შესახებ ცნობების მიწოდება, როგორც წესი, ზნეობრივი კოლიზიების წარმოშობის მიზეზი ხდება, ადამიანთა ურთიერთობას ართულებს. ნარკომანი, აივ-ინფიცირებული, შიდსით დაავადებული ადამიანები საზოგადოებიდან გაირიყებიან. მათ საშიშ პიროვნებებად, ზედმეტ ბარგად მიიჩნევენ. აღნიშნული სახის დამოკიდებულება ავადმყოფების მხრიდან ანალოგიური ხასიათის



(ძალადობა, აბუჩად აგდება, აგრესია და სხვ.) რეაქციას იწვევს.

ასეთ პირობებში წარმოშობილი ეთიკური ხასიათის სირთულეების დარეგულირება თითქმის შეუძლებელია, მათი ფსიქოთერაპიული კორექცია, ფაქტიურად, არ ხდება.

ნარკომანთა, აივ-ინფიცირებულ და შიდსით დაავადებულთა უიმედო მდგომარეობამ, პესიმიზმმა, ცხოვრების საზრისის დაკარგვამ, ეგზისტენციალურ ვაკუუმიდან თავის დახსნის შეუძლებლობამ ახლებურად დააყენა ევთანაზიასთან (როგორც აქტიურ, ასევე პასიურ ევთანაზიასთან) დამოკიდებულების ეთიკური საკითხიც.

სკანდინავიის ერთ-ერთ სახელმწიფოში შიდსით დაავადებულთა 50% მიმართავს ევთანაზიას, ისე რომ საზოგადოების გაკიცხვას არ განიცდის, ამ სახელმწიფოში როგორც იტყვიან, „თვალს ხუჭავენ“ და ასეთ ქმედებებს არც სამართლებრივ და არც მორალურ შეფასებას არ აძლევენ. ესე იგი, ფაქტიურად, საზოგადოებრივი აზრის და სახელმწიფოს მიერ ქცევის ასეთი ფორმა მონონებულია. საექიმო ეთიკის, სამედიცინო დეონტოლოგიის ტრადიციული პრინციპები ამ შემთხვევაში „უსუსურნი არიან“.

ეთიკური ხასიათის სიძნელეები წარმოიშვება შიდსის დაავადებული, ნარკომანიით და ტოქსიკომანიით დასნეულებული ფეხმძიმე ქალის აბორტის ან მშობიარობის დროს. ჯერ ერთი, ამ კატეგორიის

ქალთა აბორტი „გამართლებულია“ იმით, რომ დამტკიცებულია ნაყოფის დასნეულების შესაძლებლობის დიდი პროცენტი, ნარკომან ქალთა მიერ ნაშრომი ახალშობილთა დეფექტები. მართალია, მხედველობაში უნდა მივიღოთ ის, რომ თანამედროვე მედიცინის მიღწევების გონივრული გამოყენებით შესაძლებელია აღნიშნული რისკის პროცენტული შემცირება, მაგრამ ეს მხოლოდ შესაძლებელია. თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რომ დაავადებულ მშობელთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა არც თუ ისე ხანგრძლივია და ახალშობილის აღზრდას უძნელესი პრობლემები ელოდება ეკონომიკური სიძნელეების პარალელურად მას მორალური ხასიათის სირთულეების დაძლევა მოუხდება (ობლობა, დედის სიტბოს არ არსებობა და სხვ.).

ასეთ შემთხვევაში აბორტის მონინაალმდეგეთა მოსაზრებების გათვალისწინება მის გაკეთება-არგაკეთებაზე გადანყვეტილების მიღებას ართულებს, ქცევის ზნეობრივ კრიტერიუმებს აზრს უკარგავს.

მაშასადამე, აივ-ინფიცია-შიდსით დაავადებული, ნარკომანიით და ტოქსიკომანიით დასნეულებული ფეხმძიმე ქალის აბორტის ან ნაყოფის შობადობის პრობლემის ცალსახა გადანყვეტაც რთული იქნება. ეს არ არის უბრალოდ, მარტივად მოსაგვარებელი საკითხი. მას ჩაფიქრება, სწორი შეფასება და გაბედული გადანყვეტილების მიღება სჭირდება.

საინტერესო ეთიკურ პრობლემებს წარმოშობს შიდსით დაავადებულთა, ნარკომანთა და ტოქსიკომანთა შესაბამისი წამლებით მომარაგების, მათი მოთხოვნების დაკმაყოფილების საკითხის გადანყვეტის დროს წარმოშობილი სიძნელებები.

უკანასკნელ წლებში შემუშავებული საზღვარგარეთული პრეპარატების ე. წ. „აივ“-ის აროტეზის ინგიბიტორები“, ფასი საკმაოდ დიდია (20 000 დოლარი წლიურ კურსზე). სახელმწიფოს მიერ მათი მომარაგება განვითარებადი სახელმწიფოსაგან გამორიცხულია. მაშასადამე, დგება საკითხი ექიმების მორალური ქცევის შესახებ, რაც შემდეგში გამოიხატება: აქვს თუ არა ექიმს იმის უფლება, გამოუწეროს „სიკვდილმისჯილ“ პაციენტს წამალი, რომლის შექმნის საშუალება მას არა აქვს? ანდა, როგორ უნდა შეფასდეს იმ ექიმის მორალური ქცევა, რომელიც იძულებულია პაციენტებს შორის მათი დიფერენციაცია ეკონომიკური შესაძლებლობების მიხედვით მოახდინოს? ბევრს მსჯელობენ ნარკომანების ეგრეთ წოდებულ „ჩანაცვლების“ მეთოდით მკურნალობის შესახებ. ასე მაგალითად: ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ პიროვნებას აბსტინენციის სინდრომს მეტადონი უხსნის. შემუშავებულია მეტადონური მკურნალობის მეთოდოლოგია, მაგრამ აღნიშნული სახის ქმედებას ის მორალური გამართლება აქვს, რომ ერთი ნარკოტიკის შედარებით მძიმე ბოროტებას ნაკლები

ბოროტებით ცვლის. ასეთი კატეგორიის ავადმყოფი მეტადომანი ხდება.

კიდევ ერთი მეტად რთული ზნეობრივი კაზუსი. შიდსი და ნარკომანია უპირატესად შედარებით ახალგაზრდა ადამიანების დაავადებებია. ამის მიუხედავად, ამ დაავადებებისადმი საზოგადოების დამოკიდებულება მკვეთრად ნეგატიურია. ზოგიერთი მათი მასობრივი გაჟღეჭის იდეის განხორციელების მომხრეც კი არის. ფაქტია, რომ ზოგიერთი მძიმე ქრონიკული, სოციალური დაავადების მიმართ საზოგადოება, როგორც წესი, ტოლერანტულია. ხოლო იგივე საზოგადოება შიდსით ან ნარკომანიით დაავადებულებს საზოგადოებისაგან რიყავს. მაგალითად, შაქრიანი დიაბეტის მძიმე დაავადება ავადმყოფს შრომით მონყობაში ხელს არ უშლის. შიდსით ან ნარკომანიით დაავადებულის სამსახურში მონყობა კი პრაქტიკულად შეუძლებელია.

ამერიკის სოციოლოგიური კვლევის ერთ-ერთი ავტორიტეტული ცენტრის მიერ ჩატარებულმა გამოკვლევამ დაადასტურა ზემოთ აღნიშნული რეალობა. ნარკომანიით დაავადებულთა 15%—მა აღნიშნა საზოგადოების მხრიდან მათდამი უარყოფითი დამოკიდებულება; 10% დაავადების მიმართ პესიმისტურად იყო განწყობილი, შიდსით და ნარკომანიით დაავადებულთა 70%—ის აზრით, მათი საზოგადოებასთან ურთიერთობა უარყოფითად არის გადანწყვეტილი.

სოციოლოგიურმა და ეპიდემიოლოგიურმა გამოკვლევებმა ცხადყვეს, რომ შიდსი და ნარკომანია საზოგადოების მიერ ფაქტიურად გათანაბრებულია კეთრთან. ზოგიერთ სახელმწიფოში შიდსით და ნარკომანიით დაავადებულებს აკრძალული აქვთ ოჯახის შექმნა. მათ არ თვლიან ადამიანებად, ე. ი. შელახულია მათი მოქალაქეობრივი უფლებები. აღნიშნულს სპეციალურ ლიტერატურაში მოყვანილი შემდეგი სახის დაკვირვება ადასტურებს: ამერიკის ერთ-ერთ ქალაქში ნარკომანიის წინააღმდეგ საბრძოლველად მერიას შეეძლო 100 000 დოლარის გამოყოფა, რაც პრობლემის გადასაწყვეტად საკმარისი არ იყო. სპეციალისტთა ერთი ჯგუფის მსჯელობის თანახმად მთელი თანხა უნდა მოხმარებოდა ანტინარკოტიკულ საქმიანობას და პროგრამას, რომელიც იმოქმედებდა არანარკომანთა და შემთხვევით მომხმარებელთა შორის ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებაზე. მეორე ჯგუფის მიერ შემოთავაზებული პროგრამის გავრცელების შემთხვევაში, ყურადღების გარეშე ნამდვილი ნარკომანები რჩებოდნენ. ამ ორი სხვადასხვა არის გათვალისწინებით ჩამოყალიბდა საკითხისადმი მიდგომის ორი პოზიცია:

1. სამართლიან გადაწყვეტილებად ითვლებოდა ის, როცა სახსრები არ გაიცემოდა იმ პირებზე, რომლებსაც უფრო უჭირდათ. ე. ი. ნარკომანებზე, რადგან ყველაზე გაჭირვებულნი ისინი იყვნენ;
2. მეორე გადაწყვეტილებით დახმარების თანხები

ყველაზე უნდა გადანაწილებულიყო. აღნიშნულ შემთხვევაშიც გამოკვეთილია ნარკომანებისადმი საზოგადოების უარყოფითი დამოკიდებულება.

ნარკომანთა, შიდსით დაავადებულთა მკურნალობის დროს აღნიშნული ეთიკური პრობლემების პარალელურად სხვა სახის ეთიკური კაზუსებიც წარმოიშვება. ასე, მაგალითად: პროფესიონალი ნარკოლოგებისათვის გაუგებარია, ზნეობრივად მიუღებელია, თუ რატომ უნდა დანვრილმანდეს იგი იქამდე, რომ ნარკომანს შპრიცის გაკეთება ან უსაფრთხო ნარკომანიის წესები ასწავლოს, ან შიდსის მაღალკვალიფიციურმა სპეციალისტებმა დააკვალიანონ ჰომოსექსუალისტები და მეძავეები „უფასო სექსის“ საკითხებში პრეზერვატივების ტექნიკის ათვისებაში და სხვ.

ნარკომანების, პოლინარკომანების, ტოქსიკომანების, შიდსით, ჰეპატიტებით დაავადებულთა მკურნალობის დროს წარმოშობილი ეთიკური პრობლემები საერთოდ დაავადებულთა მკურნალობის დროს დასმული პრობლემების ანალოგიურია, მაგრამ, როგორც ეს ზემოთ აღნიშნულიდან ირკვევა, მათ თავისი სპეციფიკურობაც ახასიათებთ.

სამედიცინო დეონტოლოგიის პრინციპების დაცვას ნარკოლოგიაში კერძოდ, ნარკოლოგიურ პრაქტიკაში ყველაზე მეტი მნიშვნელობა აქვს, ვიდრე მედიცინის სხვა დარგებში, იმიტომ, რომ ნარკომანი განსაკუთრებული – განსხვავებული

პაციენტი. ექიმთან ურთიერთობას იგი „გამჭვირვალე“ ნიღბით ამყარებს. ეს ურთიერთობა არ არის არც პატერნალური, არც ინფორმაციული ხასიათის. ამიტომ დადებით შედეგს მხოლოდ მაშინ მივალწვეთ, როდესაც ნარკომანის (პაციენტის) და ნარკოლოგის დიალოგი, მათი ურთიერთობა სათათბირო ხასიათს ატარებს, რომლის დროსაც ნარკომანი დიალოგის სრულფასოვან წევრად წარმოდგება. ამ შემთხვევაში იმას ვგულისხმობთ, რომ ნარკომანმა, შიდსით დაავადებულმა კარგად იცის დაავადების ხასიათის შესახებ, მისი შედეგები, ისიც, თუ რა საშუალებებით არის შესაძლებელი მკურნალობა. ასე რომ, ექიმ–ნარკოლოგს ტაქტის დაცვის, კავშირის დამყარების მიღწევისათვის საკმაო გამოცდილება და მოაზრებულობა სჭირდება. შიდსის მკურნალი მოთმინების, დაყვავების უნარს, მოძღვრის თვისებებს უნდა ფლობდეს.

ნარკომანებთან, აივ–ინფექცია–შიდსით და ჰეპატიტებით დაავადებულებთან ექიმის და საექიმო პერსონალის ურთიერთობის დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება საექიმო საიდუმლოების პრინციპების დაცვას, რადგან საზოგადოება აღნიშნული დაავადებებით დასნეულებულ ადამიანებთან ნეგატიურად არის განწყობილი, ფაქტიურად, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, საზოგადოებასა და მათ შორის ხიდი ჩატეხილია. სასურველი შედეგი მხოლოდ იმ შემთხვევაში მიიღწევა,

როცა ექიმის მხრიდან თამაში გამოორიცხულია, გათვალისწინებულია ის, რომ ნარკომანიით, შიდსით დაავადებული საკმაოდ ფრთხილია და ყველას ეჭვის თვალით შეჰყურებს, პრაქტიკულად აფასებს ყველა სახის ქმედებას, მსჯელობას, არ ტყუვდება და თავსაც არ იტყუებს. სპეციალისტის უნიკალური თვისებების გამოვლენის შესაძლებლობას, ნარკოტიკული საშუალებების არასამედიცინო მიზნით მომხმარებელთა ნარკომანთა, საშუალებების არასამედიცინო მიზნით მომხმარებელთა ნარკომანთა, ტოქსიკომანთა, შიდსით და ჰეპატიტებით დაავადებულთა ანონიმური მკურნალობის ფენომენი ქმნის, კერძოდ: ამ დროს პრაქტიკაში მოწმდება ექიმის, საექიმო პერსონალის სახე, მათი მხრიდან საიდუმლოების დაცვის მოთხოვნების შესრულების დონე. რასაკვირველია, პაციენტი თავდაპირველად უნდა დავარწმუნოთ იმაში, რომ მკურნალობა ანონიმურია და არ ითვალისწინებს საზოგადოებრივ გაკიცხვას. მას (პაციენტს) ისიც უნდა შევაგნებინოთ, რომ მკურნალობის წარმატება დამოკიდებულია დაავადების ხასიათზე; რომ გადამწყვეტ მნიშვნელობას იძენს პიროვნების მობილიზაცია, მისი ნებისყოფა, მისი სურვილი და მზადყოფნა – მოერიოს მის არსებაში „ჩასახლებულ“ უდიდესი ძალის მქონე „არსებას“; საზოგადოებას კი უნდა შევაგნებინოთ (ამ სიტყვის პირდაპირი მნიშვნელობით) ის ჭეშმარიტება, რომ მკურნალობის შედეგიანობა დამო-



კიდებულია ავადმყოფობის განვითარების სტადიებზე და სასურველი შედეგის მიღწევა მხოლოდ მაშინ შეიძლება, თუ მას მანამდე მივხედავთ, ვიდრე ნარკოტიკული საშუალებების ხმარება ჩვევაში არ გადაიზრდება და არ განმტკიცდება, ფიზიკური და ფსიქიკური დამოკიდებულება არ ჩამოყალიბდება.

აღნიშნულზე იმიტომ მივუთითებთ, რომ თითქმის როგორც წესი, მშობლები, ოჯახის წევრები ცდილობენ დამალონ მათი შვილების, ქმრების, ახლობლების ნარკომანიით დაავადება, ამით გადაურჩენ საზოგადოებისაგან გაკიცხვას, მეზობლების, ნათესავების, ახლობლების ჭორს. მაგრამ მათ უნდა იცოდნენ, რომ ასეთი დამოკიდებულება მხოლოდ თავის მოტყუებაა და მეტი არაფერი, იგი დამღუპელია. სატკივარი, როცა კიდევ უფრო გამწვავდება, და ყველა სახის ჯებირებს ქარაშოტით წალეკავს, ადამიანიც, როგორც ღმერთისეული არსება იღუპება.

აღნიშნული ეთიკური ხასიათის პარადიგმები მთელი სიმწვავეთ აყენებენ ნარკომანის, როგორც ავადმყოფის და საზოგადოების ურთიერთობის პრობლემას. ცხადია ისიც, რომ ამ ურთიერთობის ცალსახა შეფასებაც არ შეიძლება. საზოგადოება ავადმყოფ ადამიანზე – ნარკომანზე ზრუნვის ეთიკური ნორმისაგან ვერ განთავისუფლდება. ამ მიმართებით უნდა ამოქმედდეს მათდამი ზნეობრივი ზრუნვის მექანიზმი, ჩამოყალიბდეს

ანონიმური მკურნალობის სისტემა, შეიქმნას აბსტინენციის სინდრომის „მოხსნის“ საშუალებების გადაუდებელი სამსახური. ასეთ შემთხვევაში დღის წესრიგში დგება ნარკომანის, უფლებამოსილი ადამიანის, დაცვის იურიდიული სტატუსის უზრუნველყოფელი ღონისძიებების გატარების აუცილებლობა. საჭიროა ნარკომანისა და ნარკოტიკული საშუალებების გამსაღებლისადმი ერთმანეთისაგან გამიჯვნა. პირველისადმი დამოკიდებულების ზნეობრივ ნორმად უნდა დაისახოს ღმობიერება, ხოლო მეორისადმი დაუნდობლობა.

ზოგადსაკაცობრიო ზნეობრივი პრინციპების – ბიბლიის ათი მცნების გამოყენებით – შესაძლებლად მიგვაჩნია ურთულესი პრობლემის – ნარკომანიის, როგორც მრავალასპექტიანი, ურთულესი სამედიცინო–ბიოლოგიური, სოციალური, სამართლებრივი, ფსიქოლოგიური, აქსიოლოგიური, ანთროპოლოგიური ფენომენის სწორი გადანყვეტა, ასევე აივ–ინფექცია–შიდსის, ჰეპატიტების სოციალური და ზნეობრივი კოლიზიების გადაჭრა.

მაშასადამე, ნარკომანია, აივ–ინფექცია–შიდსი, ჰეპატიტები არა მხოლოდ სამედიცინო–ბიოლოგიური პრობლემაა, არამედ ეთიკურიც. იგი მჭიდროდ არის დაკავშირებული საზოგადოების ყოფნა–არყოფნის, მისი მომავლის – აპოკალიფსის საკითხთან, დღის წესრიგში დგება ურთულესი დემოგრაფიული პრობლემები, რომელთა გადანყვეტა ძნელი, მაგრამ საშური, საჭირო საქმეა.

სამედიცინო დეონტოლოგიის დასკვნითი თავი მინდა მედიცინაზე ბრძნულ გამონათქვამებს და-  
ვუთმო, რამეთუ ამ სამეცნიერო ნაშრომით კიდევ  
ერთად გავიაროთ მედიცინის ჯანმრთელობის  
სამყარო...

– არ შეიძლება იმ ავადმყოფის გაჯანსაღება,  
რომელიც თავის თავს ჯანმრთელად არ თვლის.

*ანრი ამიელი*

– ჯანმრთელობის მოპოვება და შენარჩუნება  
მხოლოდ თვით ადამიანს შეუძლია. მედიცინა მხო-  
ლოდ ეხმარება მას. იგი კურნავს დაავადებას.

– მასწავლებელი და ექიმი – ორი ხელობაა, რომ-  
ლებისთვისაც ადამიანების სიყვარული აუცილე-  
ბელი თვისებაა.

*ნიკოლოზ ამოსოვი*

– იდარდო და შესაძლოა იტირო კიდევ. როდე-  
საც ვერ იხსნი ადამიანს სიკვდილის ბრჭყალები-  
საგან. იგრძე სიხარული და იზეიმე შენი განსწავ-  
ლულობისათვის. როდესაც ყოფილი ავადმყოფი  
ჩამოგართმევს ხელს და მთელი გულით, მოკრძა-  
ლებით გეტყვის: „გმადლობთ, ექიმო!“

*ალექსანდრე ბაკულევი*

– როდესაც ადამიანი ხანგრძლივად ავადმ-  
ყოფობს, იგი უფრო განსწავლული ხდება, ვიდ-  
რე ექიმი და იწყებს თავისი დაავადების რაობის

შესწავლას, რაც არც ისე ხშირად კეთილი ექიმის მხრიდანაც არ აღინიშნება.

### ***ონორე დე ბალზაკი***

– მთელი სიცოცხლე იმის ცდაა, რომ იგი შეინარჩუნოთ.

### ***ინგებორ ბახმანი***

– ფიზიოლოგიაში, დიაგნოსტიკასა და თერაპიაში გადამწყვეტი ადგილი იმ შემოქმედ ადამიანს უკავია, რომელიც არა მხოლოდ დაავადებას, არამედ ავადმყოფს სწავლობს.

აქსელ ბერგი.

– მომავლის ექიმი – ექიმი ექსპერიმენტატორია.

### ***კლოდ ბერნარი***

– ათასგვარი დაავადება არსებობს, ჯანმრთელობის კი – მხოლოდ ერთი.

### ***ლუდვიგ ბერნე***

– ზომიერება არის ბუნების მოკავშირე და ჯანმრთელობის დარაჯი.

– უხვი საჭმელი ისე ვნებს სხეულს, როგორც ჭარბი წყალი – ნათესს.

– საჭმელი, რომელსაც ვერ მოვიწვებთ, თვითონ მის მჭამელს შეჭამს.

### ***აბულ ფარაჯი***

– ფიზიკური ვარჯიშისა და თავშეკავების დახმარებით ადამიანთა დიდ ნაწილს შეუძლია მედიცინის გარეშე ცხოვრება.

### **ჟოზეფ ადისონი**

– სისტემატურად და ზომიერად მოვარჯიშე ადამიანს არავითარი მკურნალობა არ ჭირდება.

### **ავიცენა**

– თუ ავადმყოფმა თავი უკეთ ვერ იგრძნო ექიმთან საუბრის შემდეგ, მაშინ იგი ექიმი არ არის.

– ყველამ იცის, თუ როგორი მაგიური გამაჯანსაღებელი შედეგი შეიძლება მოჰყვეს ექიმის დამმშვიდებელ სიტყვას და, პირიქით, როგორ მომაკვდინებლად მოქმედებს ავადმყოფზე იმ ექიმის ცივი განაჩენი, რომელმაც არ იცის, ან არც უნდა იცოდეს, ჩაგონების ძალა.

### **ვლადიმერ ბენტერევი**

– ქირურგს უნდა ჰქონდეს არწივის ხედვა, ლომის გული და ნაზი ხელები.

### **თეოდორ ბილროტი**

– გადამეტებით გამლიზიანებლობა, რომელსაც ჭორებამდე მივყავართ, ამოკლებს სიცოცხლეს.

– მხიარული ადამიანები უფრო სწრაფად გა-

მოჯანსაღდებიან ხოლმე, მხიარული ფიქრებიც უთუოდ უხდება ყოველგვარ ავადმყოფობას.

***ალექსანდრე ბოგომოლეცი***

– გაციება ეს ის ძრავაა, რომელიც არღვევს წონასწორობას ჩვენს ორგანიზმში.

***სერგეი ბოტკინი***

– კარგად მოხმარებული სიცოცხლე თავის დღეში არც მეტად გრძელია და არც მეტად მოკლე.

– ექიმთა არცნობა განათლებულ ადამიანებსაც შეუძლიათ, მედიცინის უარყოფა კი – მხოლოდ უცოდინარებს.

***პიერ ბუასტი***

– ექიმის მოვალეობა იმაში მდგომარეობს, რომ თავისი ხელებით ზიანი არ მოიტანოს, ხელი არ შეუშალოს ბუნების ბუნებრივ მკურნალობას.

***კლავდიი გალენი.***

– ავადმყოფს ყველაზე წინ ესაჭიროება კარგი დიაგნოზი.

– თვითონ წამალი ისე ძლიერად არ მოქმედებს ავადმყოფის განკურნებაზე, როგორც ამ ავადმყოფის სრული რწმენა ექიმისადმი და მის მიერ დანიშნული წამალისადმი.

– თუ ტყის მოვლა არ ვისწავლეთ... სხვადასხვა სენი უფრო გაძლიერდება.

– მედიცინა ჯერ კიდევ შორს არის იმისაგან, რომ განკურნოს ადამიანის ორგანიზმი ყველა დაავადებისაგან.

– რწმენას... ავადმყოფის მორჩენაში უპირველესი მნიშვნელობა აქვს.

– ყოველგვარ ავადმყოფობას მხოლოდ მაშინ მოევლება, როდესაც მის ნამდვილ მიზეზს ვიპოვნით.

### ***იაკობ გოგებაშვილი***

– მედიცინა შედგება მეცნიერებისა და ხელოვნებისაგან, რაც უფრო ვითარდება მეცნიერება, იგი მით უფრო დევნის ხელოვნებას, მედიცინა კი უფრო მეტად ხდება მეცნიერული.

– ფიზიკური ჯანმრთელობის ყველაზე მნიშვნელოვანი საშუალება სულიერი სიმხნევეა. სულიერი დაცემა სიკვდილის ტოლია.

### ***უილიამ გოდვინი***

– თუ ადამიანმა დაიწყო თავისი ორგანიზმის ან სულიერი მდგომარეობის შესწავლა, იგი აუცილებლად ჩათვლის თავს ავადმყოფად.

### ***იოან ვოლთგანგ გოეთე.***

– ავადმყოფობის განკურნება აუცილებელია ჯანმრთელობის დასაფასებლად!

*გარი ჩაფიძე*

– ნებისყოფის ძალა ყველა ნამალზე მეტად გვიშველის.

*მაქსიმ გორკი*

– სიცოცხლის შემოკლების მიზეზთა შორის განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს შიშს, ჯავრს, მწუხარებას, გულგატეხილობას, სულმოკლეობას, შურს, სიძულვილს.

*ქრისტოფ გუფელანდი.*

– ყურადღება მიაქციეთ საკუთარ სხეულს, თუ გინდათ, რომ თქვენმა აზრმა სწორად იმუშაოს.

– მხოლოდ მედიცინას შეუძლია გადანყვიტოს პრობლემები, რომლებიც ყველაზე მეტად ეხება კაცობრიობის სიღიადესა და ბედნიერებას.

*რენე დეკარტი*

– მხოლოდ მხნე ადამიანი შეიძლება იყოს ექიმი.

– ისტორია არის ხასიათი და არა დაავადება: ამ ხასიათის მთავარი თვისება აზრის თვითჩანერგვა არის.

*პოლ დიუბუა*



– ყველაზე უარესი სნეულებანი მომაკვდინებელი კი არ არის, განუკურნავია.

*ებნერ ეშენბახი*

რაკი ერთხელ ხიფათს გადაურჩებიან, შემდეგ მუდამ ფრთხილობენ გონიერნი.

*ეზოპე.*

– ვისაც ჯანმრთელი სხეული აქვს, შეუძლია აიტანოს სიცხეც და სიცივეც. ასევე, ვინც სულით საღია, ადვილად გადაიტანს მრისხანებასაც და მწუხარებასაც. სიხარულსაც და სხვა განცდებსაც.

*ეპიკტეტი*

– არაფერი ისე არ გვაახლოებს სიბერესთან, როგორც ზომიერად ცილებული ღვინის სმა, აღირახსნილი სიყვარული და უზომო ავხორცობა.

*ერაზმ როტერდამელი*

– ავადმყოფობა ეს არის სიცოცხლე არანორმალურ მდგომარეობაში.

*რუდოლფ ვიხროვი*

– განკურნების იმედი ნახევრად განკურნებაა.

**ფრანსუა ვოლტერი**

– რაც უფრო მომნიფებელია პრაქტიკულად ექიმი, მეტად ესმის ჰიგიენის ძლიერება და თერაპიის შედარებითი სისუსტე.

**გრიგორ ზახარიანი**

– უპირველესად ყოვლისა უმკურნალე გულს, თუ გსურთ გააღვიძოთ დაბეჩავებული ადამიანის სხეული.

**უოშინგტონ ირვინგი**

– უნდა ვესწრაფოდეთ იმას, რომ ჯანსაღ სხეულში ჯანსაღი სული იყოს

**უნიუს დეციმ იუვენალისი**

– ვინც ავადმყოფურად ზრუნავს იმაზე, რომ როგორმე არ დაკარგოს სიცოცხლე, ამ უკანასკნელით ვერასოდეს დატკბება.

**იმანუელ კანტი**

– ჯანმრთელი ადამიანი ბუნების ყველაზე ძვირფასი ნაწარმოებია.

– ჯანმრთელობა დიდი საქმეა არა მარტო იმათთვის, ვინც ჯანმრთელია, არამედ სხვებისთვისაც.

**თომას კარლეილი**

– ერთნი მუდამ ავად არიან იმის გამო, რომ ძალიან ზრუნავენ თავიანთ ჯანმრთელობაზე, ხოლო მეორენი ჯანსაღნი მხოლოდ იმიტომ, რომ დაავადების არ ეშინიათ.

**ვასილ კლიუჩევსკი**

– ბედნიერება, უპირველეს ყოვლისა, ჯანმრთელობაში მდგომარეობს.

**გეორგ კურტიისი.**

– კარგი ექიმი ისაა, ვისაც რამდენიმე დაავადების განკურნება შეუძლია, ან თუ მისთვის დაავადება უცნობია, შეუძლია დაუძახოს ავადმყოფთან იმ ექიმს, ვინც მის დახმარებას შეძლებს.

– სიცოცხლე ისაა, რის შენახვასაც ადამიანები ყველაზე მეტად ცდილობენ და ყველაზე მეტად არ უფრთხილდებიან.

**ჟან ლაბრიუერი**

– ის, ვინც არ აფასებს სიცოცხლეს, მას არ იმსახურებს.

**ლეონარდო და ვინჩი**

– სანამლავი, რომელიც უცბად არ მოქმედებს, უფრო უსაფრთხო როდია.

***ეფრაიმ გოტჰოლდ ლესინგი***

– ყველაზე ჯანმრთელი და ლამაზი, პროპორციული აღნაგობის მქონე ის ადამიანები არიან, რომელთაც არაფერი აღიზიანებთ.

***ანრე ლიხტენბერგი.***

– ვინც უპირველეს ყოვლისა არ არის ადამიანი, ვერასოდეს გახდება ექიმი.

***ალექსანდრე მაკედონელი.***

– ყველაფერი, რაც ხელს უწყობს ნერვული სისტემის ენერჯისა და სიცოცხლისუნარიანობის გაძლიერებას, ახანგრძლივებს სიცოცხლეს და ყოველივე ის, რაც მათ ასუსტებს, ამოკლებს სიცოცხლეს.

***ალფრედ მიუსი***

– ის ვინც დაავადებულია ავადმყოფობის შიშით, უკვე დაავადებულია შიშის დაავადებით.

– ექიმმა, რომელმაც პირველად დაიწყო თავი-

სი პაციენტის მკურნალობა, ეს უნდა გააკეთოს სათუთად, ხალისით და ავადმყოფისათვის სასიამოვნოდ.

*მიშელ მონტენი*

– ბრძენი უფრო იმას ეცდება, რომ სნეულება აირიდოს, ვიდრე მის წინააღმდეგ საშუალებები ეძებოს.

– ჯანმრთელობა თავად არის სიამოვნება, ანდა აუცილებლად შობს სიამოვნებას, ისევე როგორც ცეცხლი გამოსცემს სითბოს.

*თომას მორი.*

– ვიცი რა სულისა და სხეულის ერთმანეთზე ზემოქმედება, ვთვლი საჭიროდ შევნიშნო, რომ არის წამლები სულისათვის, რომლებიც სხეულსაც კურნავენ.

– დაავადების შეცნობა ნახევრად განკურნებაა.

– არ უნდა უმკურნალო მხოლოდ დაავადებას. არამედ უნდა უმკურნალო თვით ავადმყოფს, მის ორგანიზმს, მის ძალებს.

*მათე მუდროვი.*

– მომავალი პროფილაქტიკურ მედიცინას ეკუთვნის. ეს მეცნიერება სამკურნალო მედიცინასთან

მჭიდრო კავშირში, ადამიანებს უსათუოდ მოუტანს სარგებლობას.

**ნიკოლოზ პიროგოვი**

– ვარჯიში მედიცინის ის ნაწილია, რომელიც კურნავს.

**პლატონი**

– სწეულებას რაოდენობა არა აქვს.

**კლინიუს უფროსი**

– მთავარი მედიკამენტებია: სუფთა ჰაერი, ცივი წყალი, ხერხი და ნაჯახი.

**ვასილ პოლენოვი**

– ავადმყოფობა თავისებური ნაადრევი სიბერეა.

**ალექსანდრე პოპი**

– როგორც ჩანს, ექიმთა ყველა სასწაული ავადმყოფებისადმი ყურადღებაშია. ამ ძალით პოეტები ბუნებას ასრულდგმულებენ, ექიმები კი ავადმყოფებს საწოლიდან აყენებენ.

**მიხეილ პრიშვინი**

– ჯანმრთელობა ისევე გადამდებია, როგორც ავადმყოფობა.

*რომენ როლანი*

– ექიმი რაც უფრო მკურნალობს ავადმყოფს და არა დაავადებას, მით უფრო მეტ შედეგს აღწევს.

*გრიგოლ როსსოლომო*

– ექიმის სანდომიანი გამომეტყველება – ავადმყოფის გამოჯანმრთელების დასაწყისია.

*ფერანდო დე როსახი*

– თავშეკავება და შრომა – აი ადამიანის ჭეშმარიტი ექიმები.

*ჟან-ჟაკ რუსო.*

– ქალაქის მცხოვრებთა ჯანმრთელობას იქ ჩასული ჯამბაზი მეტად არგებს, ვიდრე წამლებით დატვირთული ასი ჯორი.

*ტ. საიდენჰემი*

– ლოთობა ნებაყოფლობითი სიკვდილია.

– სიცოცხლე ბრძოლაა.

– გამოჯანმრთელების ერთ–ერთი პირობაა სურვილი გამოჯანმრთელებისა...

– ყველაზე უარესი სენი ის არის, რომ საკუთარ სწეულებას მიეჯაჭვები.

– ზოგიერთი წამალი თვით დაავადებაზე უფრო საშიშია.

– უმეცრებაა მოკვდე სიკვდილის შიშით.

– სიცოცხლე, ისე როგორც იგავ–არაკი, თავისი ხანგრძლივობით კი არ ფასდება, არამედ შინაარსით.

### ***ლუციუს სენეკა***

– საკუთარი დაავადების შეგნება და განკურნებისათვის განწყობა უკვე გემოჯანმრთელების დასაწყისია.

### ***მიგელ სერვანტესი***

– ყველაზე ძვირფასი, რაც ადამიანს აქვს, ჯანმრთელობაა.

### ***ნიკოლოზ სემაშკო***

– ბედნიერება ჯანმრთელობის პროდუქტია.

– ხალისიანობა მხოლოდ ჯანმრთელობის ნიშანი კი არ არის, არამედ დაავადებებისაგან თავდასხმის ყველაზე მოქმედი საშუალება.

### ***სამუელ სმაილსი***

– თუ სულს არ უმკურნალებ, სხეულის განკურნება შეუძლებელია.

– როცა ადამიანი თვალყურს ადევნებს თავის



ჯანმრთელობას. მაშინ ძნელად მოიძებნება ექიმი, რომელსაც ამაზე უკეთ ეცოდინება, თუ რა არგებს მის ჯანმრთელობას.

– ჩვენ ვცოცხლობთ არა იმისათვის, რომ ვჭამოთ, არამედ ჩვენ ვჭამთ იმისათვის, რომ ვიცოცხლოთ.

### *სოკრატე*

– სადილად ცოტა ჭამე, ვახშმად კიდევ უფრო ნაკლები, რადგან შენი ჯანმრთელობა შენივე კუჭის სამჭედლოში იჭედება.

– ადამიანის მთელი ცხოვრების საფუძველი რიტმია, რომელიც ბუნებიდან, სუნთქვიდან არის მოცემული.

### *კონსტანტინე სტანისლავსკი*

– ცხოვრებასთან გასამკლავებლად საჭიროა როგორც მშვენიერი და ხალისით სავსე სული, ისე ჯანმრთელობა, ჯანმრთელობა და ჯანმრთელობა.

– თუ ჯანმრთელობა არ იქნა, რად გინდა რამე.

– თუ იმდენად სულელია ადამიანი, რომ ექიმთან მისვლაც არ შეუძლია და ვერ მოუხერხებია, იმისი არაფერი ღირს.

– თუ კაცმა თვითონ არ მიხედა თავის ჯანმრთელობას, არავინ სხვა თავს შენთვის არ აიტკივებს. ეს მე პირადი გამოცდილებიდან ვიცი.

– კაციც ის არის, ვინც ჰპოვა ჭირთაგან გამოსავალი.

– და მწუხარება განუკურნელი აქვითინდება გესლით და შხამით.

### *გალაკტიონ ტაბიძე.*

– ნამლები უფრო ნელა მოქმედებენ, ვიდრე სნე-  
ულებანი.

**ტაციტუსი.**

– დღისეული ქრილობები ძალით განკურნე.

**თედორე ტიუტჩევი.**

– თქვენი ჯანმრთელობის შესახებ იმსჯელეთ  
იმის მიხედვით, თუ როგორ გახარებს დილა და  
გაზაფხული.

**ჰენრიხ ტორო.**

– ავადმყოფობა არის უბედურება, როცა ის არ  
არის, ეს უკვე ბედნიერებაა.

**ლევ ტოლსტოი.**

– უცოდინარი ექიმები, როგორც წესი, უვიცები  
არიან.

– სიცოცხლის გახანგრძლივების მთელი სა-  
იდუმლოება ისაა, რომ იგი არ შევამოკლოთ.

**ერნს ფეისტერსლებენ**

– ყველა წამალზე უმჯობესია დასვენება და თავ-  
შეკავება.

– ადამიანებს, რომლებიც არ ისმენენ რჩევას,  
ვერ დაეხმარები.

**ბენჟამენ ფრანკლინი.**

თუ დაჭრილს ცოცხალს მიუსწრო,  
ნუ აქვს სიკვდილის დარდია.  
შუაზე გაჭრილს გაჰკურნავს  
მის უებარი წამალი;

\*

ხეები ფოთლებს არხევენ,  
ბუნება ინყებს ბიბინსა,  
და მერე სათითაოდა  
ყველა მოჰყვება ტიტინსა:  
„მე ვარო ამის წამალი“;  
სხვა გაიძახის – „იმისა“;  
მინდიაც მოსწყვეტს, თან მიაქვს,  
ჯერ ზედ ნამი აქვთ დილისა.

\*

თურმე ზნედა სჭირთ ყვავილთა:  
ოღონდ ეწამლონ სნეულთა,  
სიცოცხლით გაფუფუნებულს  
არად აგდებენ სხეულთა:  
სალხინოდ ჰსახვენ, კაცთ სარგოდ,  
ძვალ-ხორცთა ჩამორღვეულთა.  
ყვავილთ ეს ზნე სჭირთ და ხეებს  
თურმე მოუვათ ტირილი;

\*

რავარ? განალა კაცი ვარ,  
ღირსი, ცის ქვეშე ვიდოდე?  
იმაღვე ყოფნის, რაც ვიყავ,  
ნეტავ წამალი ვიცოდე!...

*ვაჟა-ფშაველა*

... როცა ლაპარაკობენ ექიმზე, რომ იგი ჭკვიანია, ბრწყინვალედ იცის ფიზიოლოგია, ანატომია, რასაკვირველია, მას ძლიერ სიამოვნებს. მაგრამ ექიმისათვის საუკეთესო ქება ისაა, თუ მას უწოდებენ დაკვირვებულს ან ადამიანს, რომელსაც შეუძლია დაინახოს, რასაც ვერ ამჩნევენ სხვები.

**ჟან-მარტენ შარკო**

- ჯანმრთელობა ოქროზე ძვირფასია.
- ჭრილობა რომელსაც ადამიანი თავის თავს აყენებს, უფრო ძნელად იკურნება.
- ძილი დედაბუნების სასწაულია, უგემრიელესი საკვებია მინიერი ნადიმისა.

**უილიამ შექსპირი**

- ჩვენი ბედნიერების ცხრა მეთედი დამოკიდებულია ჯანმრთელობაზე.
- ჯანმრთელობა ისე გადანონის ყველა სიკეთეს, რომ ჭეშმარიტად ჯანმრთელი მათხოვარი უფრო ბედნიერია, ვიდრე ავადმყოფი მეფე.

**არტურ შოპენჰაუერი.**

- ჯობს სულ არ იფიქრო, ან იშვიათად იფიქრო სწეულებაზე.
- მედიცინა ჩემი კანონიერი ცოლია, ლიტერატურა კი – საყვარელი.
- ადამიანებს უყვართ თავიანთ დაავადებაზე სა-

უბარი, ეს კი, სხვათაშორის, მათ ცხოვრებაში ყველაზე უინტერესო რამ არის.

– ექიმის პროფესია გმირობაა, იგი ითხოვს თვითშენიშვნას. სულისა და აზრების სინმინდეს.

– ერთი დაავადება ყოველთვის ამსუბუქებს მეორეს.

### ***ანტონ ჩეხოვი***

– იმედი ყველაზე საუკეთესო ექიმია, რომელიც ჩემთვის ცნობილია.

– ყოველგვარი სახის დაავადება არის ანარქია, ეს არის აჯანყება ბუნების წინააღმდეგ და მასთან საბრძოლველად ყველა საშუალება კარგია.

### ***სტეფან ცვაიგი***

– აზრის ავადმყოფობა უფრო დამლუპველია და უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე სხეულის დაავადება.

### ***ცელიუს მარკუს ციცერონი***

ფსიქოთერაპიის გარეშე შეიძლება მხოლოდ შეაკეთო ჩექმა ან დაამყნო მცენარე, მაგრამ არამც და არამც არ შეიძლება უმკურნალო ისეთ მგრძნობიარე ორგანიზმს, როგორიც ადამიანია.

### ***ედუარდ ცაგენი***

– ვის განუკურნავს სნეული, რჩევით და მარტო ენითა.

– სიტყვა მხოლოდ წამალი გულისთქმის, სურვილისაო.

– კარგია, ექიმო, ნუგეში, მაგრამ იმისთანასათვის, რომელსაც სჯერა, როცა ატყუებენ.

– ხოლერამ თქვა: „ღვთის რისხვა ვარ, სიკვდილის მოციქული“.

– ვით სნეულსა თანაუგრძნობს მისივე მსგავსი სნეული.

– წურბელა მკურნალია, მაგრამ ცოტა მყრალია.

– თანაგრძნობა უნდა მალამოდ სნეული გულის ძგერასა.

– სიჭაბუკე და სიბერე ორი სხვადასხვა კიდეა.

**აკაკი წერეთელი**

– ბოდში ძნელად თუ მოარჩენს მოგრეხილს კისერსა, – არც მოტეხილი ფეხისთვის არის უებარი წამალი.

– ზომას გადამეტული პურის ჭამაც მანყინარია.

– კმაყოფილება კაცის მომაკვდინებელი სენია.

– მწყურვალის წამალი წყალიაო.

**ილია ჭავჭავაძე.**

– სიცოცხლის მიზანია იცოცხლო ისე, რომ სიკვდილის შემდეგაც არ მოკვდე.

**მუსა ჯალილი**

– მხოლოდ ჯანმრთელობა არის სიცოცხლე.

**ფრიდრიხ შაგედორნი.**

– სიცოცხლე ავადმყოფობაა, მთელი მსოფლიო ლაზარეთია, ხოლო ჩვენი მკურნალი სიკვდილია.

**ჰაინრიხ ჰაინე**

– უგუნურ შეგრძენებებს მინდობა ტლანქი სულის თვისებაა.

**ჰერაკლიტე ეფესელი**

– უნდა დავიცვათ სხეულის სიმაგრე, რათა შევიწარჩუნოთ სულის სიმაგრე.

**ვიქტორ ჰიუგო.**

– რასაც წამალი ვერ განკურნავს, დანა განკურნავს.

– რასაც დანა ვერ განკურნავს, ცეცხლი განკურნავს.

– უმიზეზო დაღლილობა ავადმყოფობის მომასწავლებელია.

– ტანვარჯიში, ფიზიკური ვარჯიშები, სიარული მტკიცედ უნდა შევიდეს ყოველი ადამიანის ყოველდღიურ ცხოვრებაში, ვისაც სურს შეინარჩუნოს შრომის უნარი, ჯანმრთელობა, სისხლსავე და მხიარული სიცოცხლე.

– მედიცინა ყველა ხელოვნებას შორის უკეთილშობილესია.

– არა მარტო ექიმმა უნდა გამოიყენოს თავის საქმიანობაში ყველაფერი, არამედ ავადმყოფი,

მისი ახლობლები, ყველა გარეშე უნდა დაეხმაროს ექიმს მის საქმიანობაში.

– როცა მეფარდაგეები წმენდენ ფარდაგს და აცლიან მას ჭუჭყს, ასევე ვარჯიში წმენდს ორგანიზმს.

– დაავადებას ბუნება კურნავს, ექიმი მხოლოდ ეხმარება მას.

– ბუნება დაავადებათა ექიმია.

– ის ექიმი მიმაჩნია მე უკეთესად, რომელსაც აქვს წინასწარგანჭვრეტის უნარი.

– აუცილებელია, რომ ექიმმა შეინარჩუნოს ხელები სუფთა, ხოლო სინდისი შეუბღალავი.

– არც სიმაძღრე, არც შიმშილი და არც სხვა რამ არ ვარგა, რაც ბუნებრივ ზღვარს გადასცდება.

**ჰიპოკრატე**



**GARI CHAPIDZE**

**Medical  
Deontologia**

რედაქტორი: დარიკო ონიანი

მხატვრული რედაქტორი: ეკა ქურციკიძე

ტექნიკური რედაქტორი: ქეთევან ცისკარიშვილი

კომპიუტერული

უზრუნველყოფა: ირმა ჯიშკარიანი

გამომცემლობა „კოლორი“



– ავადმყოფობის განკურნება, აუცილებელია ჯანმრთელობის დასაფასებლად – ასეთი ფორმულირებით ხსნის სამედიცინო დეონტოლოგიის ძირითად მიმდინარეობას პროფესორი გარი ჩაფიძე და აღნიშნავს მედიცინის სფეროს ზუსტად განსაზღვრულ, შეუქცევად და განუმეორებელ მიმართულებას.

